



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2002

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Postbus 571

9700 AN Groningen

Telefoon: 050 - 311 5299 fax: 050 - 311 5301

Secretaris: mw. mr. H.T.J. van de Meerendonk

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

Telefoon: 026 - 370 4745 fax: 026 - 370 4746

Secretaris: mw. mr. M.L. Düpper,
mw. mr. N.E.C. Visée

Regio 3 Noord-Holland

Postbus 3186

2001 DD Haarlem

Telefoon: 023 - 532 8454 fax: 023 - 532 8504

Secretaris: mw. mr. E. Stoop,
mw. mr. J. Kooij (tevens algemeen secretaris)

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland

Postbus 1173

2280 CD Rijswijk

Telefoon: 070 - 396 4319 fax: 070 - 396 5908

Secretaris: mw. mr. G.G.M.L. Huntjens

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

Telefoon: 026 - 383 1923 fax: 026 - 383 1917

Secretaris: mw. mr. E.M. Suur



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2002

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk I	
Werkzaamheden van de commissies	6
1. Werkwijze	6
2. Verschillen in toetsing	9
3. Overleg	10
4. Kwaliteitsbewaking	11
Hoofdstuk II	
Landelijk overzicht	12
Hoofdstuk III	
1. Inleiding casuïstiek	14
2. Bevoegdheid van de commissies	17
3. Behandelrelatie tussen meldend arts en patiënt	18
4. Zorgvuldigheidseisen	21
I. Verzoek	21
II. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	23
III. Consultatie	27
IV. Uitvoering	30
5. Verslaglegging	30
6. Project SCEN	31

Bijlagen

I Overzicht per regio	33
A. Groningen, Friesland en Drenthe	34
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	35
C. Noord-Holland	36
D. Zuid-Holland en Zeeland	37
E. Noord-Brabant en Limburg	38
II Regeling Regionale toetsingscommissie euthanasie	39
III Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	45
IV Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	53

Voorwoord

Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden, bijna dertig jaar na het vonnis van de Rechtbank Leeuwarden in de zaak Postma, dat wordt beschouwd als het startpunt van de euthanasiediscussie in Nederland. Deze wet is tevens het sluitstuk van het in de negentiger jaren gevoerde beleid.

De in de wet geformuleerde zorgvuldigheidseisen zijn gebaseerd op de normontwikkeling binnen de medische beroepsgroep en de jurisprudentie van enkele tientallen jaren, waarbij de rechter zich steeds heeft laten leiden door het heersend wetenschappelijk medisch inzicht en de in de medische ethiek geldende normen. Door de codificatie van deze normen wordt nu de rechtszekerheid van arts en patiënt verhoogd.

Indien de arts ingeval van euthanasie heeft voldaan aan de in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen en de euthanasie heeft gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer, is er geen sprake van strafbaar handelen. De zaak is daarmee afgedaan.

In het jaar 2002 zijn 1882 gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding gemeld. De commissies kwamen in vijf zaken tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Deze zaken zijn ter kennis gebracht van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vergeleken met voorgaande jaren valt op dat er in dit verslagjaar in meer gevallen is geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissies hebben in het afgelopen jaar ervaren dat de beoordelingsruimte onder de wet kleiner is dan onder de regeling. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 1, paragraaf 2.

In dit jaarverslag wordt – evenals in voorgaande jaren – een aantal in 2002 ontvangen (geanonimiseerde) meldingen besproken, waarmee inzicht wordt gegeven in de door de commissies bij de beoordeling gemaakte afwegingen.

Wij hebben er vertrouwen in dat hiermee een bijdrage wordt geleverd aan een beter inzicht in de werkwijze van de toetsingscommissies en de inhoudelijke (juridische, medische en ethische) vragen die hierbij spelen.

Een belangrijke kwestie bij de onderhavige problematiek blijft de meldingsbereidheid onder artsen. Immers, de dalende trend van het aantal meldingen heeft zich ook in 2002 doorgezet.

Wij zijn uiteraard erg benieuwd naar de reden hiervan. Wij kijken dan ook met spanning uit naar de resultaten van het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure van euthanasie en hulp bij zelfdoding van de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas, die binnenkort zullen verschijnen.

Arnhem, april 2003

mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Voorzitter landelijk overleg toetsingscommissies euthanasie

Het afgelopen verslagjaar 2002 bracht voor de Regionale toetsingscommissies euthanasie (verder te noemen: commissies) een verandering van hun werkzaamheden met zich mee. In de eerste maanden van dit verslagjaar werkten de commissies nog volgens de meldingsprocedure, zoals vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur (Besluit van 19 november 1997, Stb. 550), gebaseerd op artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging. De instelling en de werkwijze van de commissies was geregeld in de Regeling Regionale toetsingscommissies euthanasie van 27 mei 1998 (Stcrt. 1998, 101, verder te noemen: de regeling).

Op 1 april 2002 trad de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Stb. 2001, 194, verder te noemen: de WTL) in werking. Hiermee kreeg de bovenvermelde meldingsprocedure, alsmede de instelling en de werkwijze van de commissies een wettelijke basis. De essentie van de wettelijk vastgelegde meldingsprocedure is, dat het handelen van een arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent niet langer strafbaar is, indien de arts de in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen in acht neemt en zijn handelen meldt aan de gemeentelijke lijkschouwer. Alle overige verschijningsvormen van levensbeëindigend handelen blijven strafbaar. De meldingsprocedure heeft geen betrekking op levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek. Voor dit laatste is (nog) geen aparte regeling getroffen en geldt vooralsnog de meldingsregeling van 1994, op grond waarvan gevallen zonder uitdrukkelijk verzoek door de gemeentelijke lijkschouwer worden gemeld aan de officier van justitie.

Een andere belangrijke wijziging betreft de afdoening van de gemelde zaken. Door de WTL zijn de taak en de positie van de commissies ten opzichte van het Openbaar Ministerie veranderd. Vormde het oordeel van de commissie onder de regeling een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie en werden om die reden alle oordelen schriftelijk ter kennis gebracht aan het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie¹ en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in de nieuwe situatie leidt de toetsing tot een eindoordeel en doet de commissie de zaak af. Alleen in gevallen waarin de commissie van mening is dat er door de arts niet is gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen of de euthanasie niet correct is gemeld, wordt het oordeel doorgestuurd naar het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht (artikel 9, tweede lid, WTL).

Mede door de nieuwe wetgeving zijn er enkele verschuivingen waar te nemen in de problemen en bijzonderheden waarmee de commissies bij de beoordeling van de hen voorgelegde zaken worden geconfronteerd. Daarnaast komen enkele zaken aan de orde, die ook in voorgaande jaren aandachtspunt waren, maar nog niet zijn uitgekristalliseerd. De commissies illustreren een en ander aan de hand van casuïstiek. De opzet van dit jaarverslag komt overeen met die in voorgaande jaren. Aan de hand van concrete zaken wordt inzichtelijk gemaakt hoe de commissies werken en met welke bijzondere problematiek zij in de loop van dit verslagjaar te maken hebben gekregen.

De commissies merken hierbij op dat in het overgrote deel van de gevallen geoordeeld is dat overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. De casus die in dit verslag worden beschreven betreffen bijzondere gevallen.

¹ De beoordeling van de zaken vindt plaats door het College van procureurs-generaal. Samen met de staf vormt het College het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie: het landelijke hoofdkantoor van het Openbaar Ministerie.

In het afgelopen verslagjaar hebben de commissies hun medewerking verleend aan het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure van euthanasie en hulp bij zelfdoding, dat op verzoek van de Ministers van VWS en van Justitie, door de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas is uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort bekend gemaakt.

Allereerst hebben alle (plaatsvervangende) commissieleden een schriftelijke vragenlijst beantwoord. Vervolgens zijn tien commissieleden en secretarissen benaderd voor een diepte-interview. Voorts zijn aan alle commissies tien fictieve zaken voorgelegd, die op de gebruikelijke wijze werden behandeld.

De commissies merken op dat van de tien voorgelegde zaken slechts drie à vier gevallen te herkennen waren in de gangbare praktijk van de commissies. De overige gevallen betroffen zeer bijzondere casuïstiek, waarover wel maatschappelijk wordt gediscussieerd, maar waarmee de commissies in de praktijk tot nu toe zeer zelden zijn geconfronteerd. Het ging dan bijvoorbeeld om patiënten met de ziekte van Alzheimer of de problematiek van terminale sedatie.

Opbouw van het jaarverslag

In hoofdstuk I wordt eerst inzicht gegeven in de wijze waarop een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door de commissies wordt behandeld. Door de inwerkingtreding van de nieuwe wet per 1 april 2002 zijn er veranderingen in de toetsing opgetreden. In dit verslag wordt uitgebreid ingegaan op de verschillen in de toetsing vóór en na 1 april 2002. Verder wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de verschillende vormen van overleg van de commissies. De overige activiteiten van de commissies in het kader van de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding krijgen eveneens aandacht.

Hoofdstuk II bevat een cijfermatig overzicht van de meldingen van alle commissies in het afgelopen verslagjaar.

In hoofdstuk III worden aan de hand van de zorgvuldigheidseisen enkele concrete gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding besproken.

In de bijlage I wordt een cijfermatig overzicht per regio gegeven.

In de bijlage II is de regeling opgenomen en in bijlage III de tekst van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Tot slot wordt in bijlage IV het Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies vermeld.

Hoofdstuk I

Werkzaamheden van de commissies

De belangrijkste taak van de toetsingscommissies euthanasie is het beoordelen van de bij de commissies gemelde zaken. In dit hoofdstuk wordt door middel van een schematische weergave inzicht gegeven in de wijze waarop de commissies hun werkzaamheden verrichten. Het eerste schema geeft de situatie weer op basis van de regeling in de eerste drie maanden van dit verslagjaar. Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe wetgeving per 1 april 2002 zijn de taken en bevoegdheden, alsmede de werkwijze van de commissies geregeld in de artikelen 8 tot en met 13 van de WTL. Het tweede schema maakt de nieuwe werkwijze inzichtelijk. Op de verschillen die de nieuwe wetgeving met zich meebrengt voor de toetsing door de commissies wordt in een aparte paragraaf ingegaan.

Vervolgens wordt aandacht besteed aan de diverse vormen van overleg en de wijze waarop de commissies de eenheid in de toetsing van de zorgvuldigheidseisen bewaken. Als laatste onderwerp van dit hoofdstuk komt aan de orde hoe de commissies een bijdrage leveren aan het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen door middel van voorlichting.

1. Werkwijze

De Regionale toetsingscommissies euthanasie bestaan sinds 1 november 1998. Er zijn vijf commissies, gevestigd in Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch. De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest ten kantore van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg. De secretariaten van de commissies Arnhem en 's-Hertogenbosch zijn gezamenlijk gehuisvest in Arnhem.

De commissies bestaan uit drie leden, een jurist, tevens voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken. Voor elk lid is een plaatsvervanger benoemd van dezelfde discipline. Iedere commissie heeft een secretaris die jurist is en in de vergadering van de commissie een raadgevende stem heeft.

Werkwijze commissies onder de Regeling Regionale toetsingscommissies euthanasie (tot 1 april 2002)

Op grond van artikel 10, eerste lid, van de regeling brengt de commissie haar oordeel als zwaarwegend advies ter kennis van het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Het Openbaar Ministerie heeft een eigen verantwoordelijkheid om al dan niet te vervolgen. Dit brengt met zich mee dat aan de hand van het door de commissie uitgebrachte oordeel in elk individueel geval wordt nagegaan of het handelen van de arts heeft plaatsgevonden binnen de grenzen van de zorgvuldigheidseisen. Ook de Inspectie voor de gezondheidszorg heeft een eigen beslissingsbevoegdheid om het handelen van de arts nader te onderzoeken. De mogelijke vervolgstappen door beide instanties vallen verder geheel buiten de bevoegdheid van de commissies. In schema I is dit weergegeven door middel van stippellijnen.

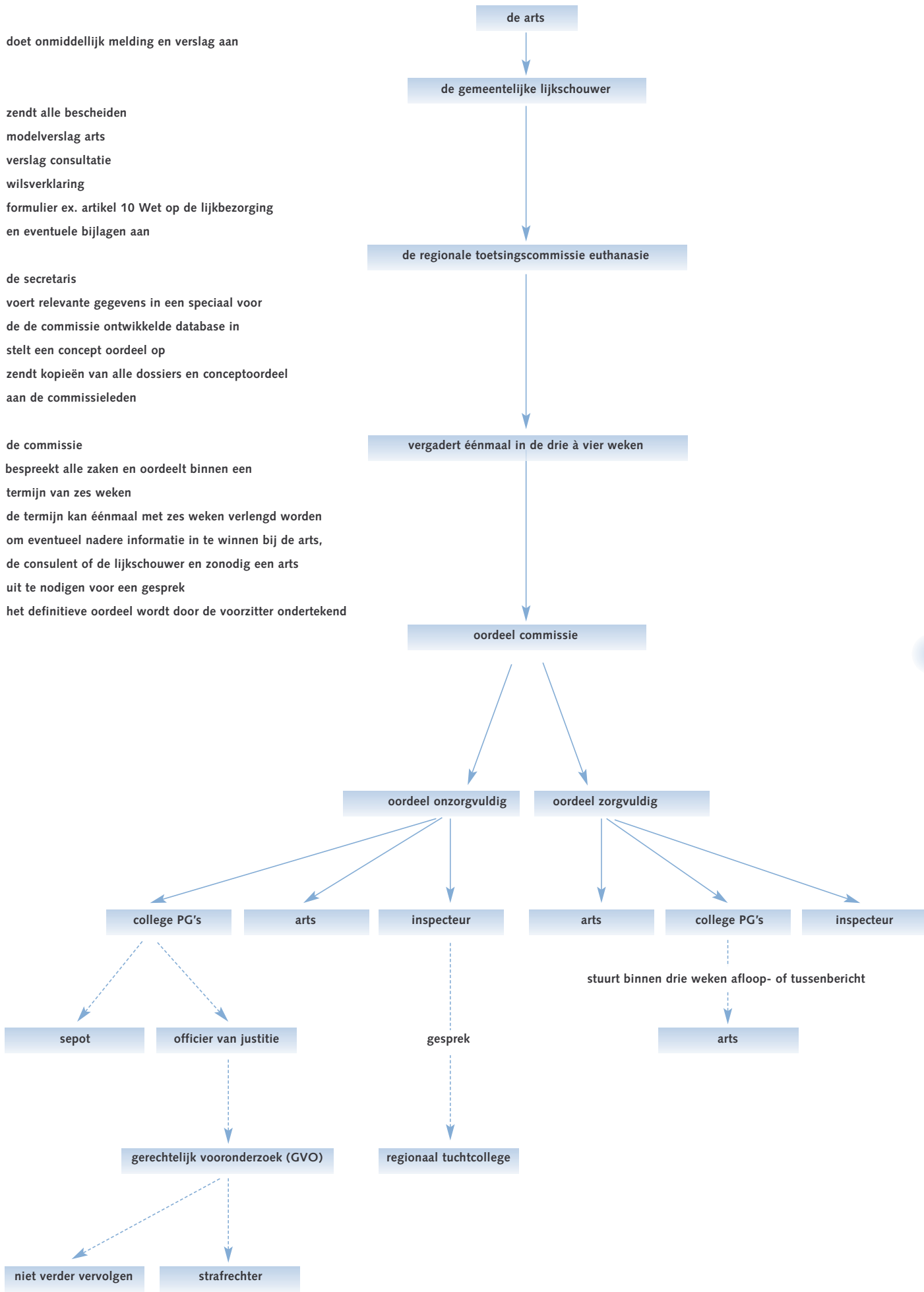
Schema I

- doet onmiddellijk melding en verslag aan

- zendt alle bescheiden
 - modelverslag arts
 - verslag consultatie
 - wilsverklaring
 - formulier ex. artikel 10 Wet op de lijkbezorging
 - en eventuele bijlagen aan

- de secretaris
 - voert relevante gegevens in een speciaal voor de commissie ontwikkelde database in
 - stelt een concept oordeel op
 - zendt kopieën van alle dossiers en conceptoordeel aan de commissieleden

- de commissie
 - bespreekt alle zaken en oordeelt binnen een termijn van zes weken
 - de termijn kan éénmaal met zes weken verlengd worden om eventueel nadere informatie in te winnen bij de arts, de consultant of de lijkschouwer en zondig een arts uit te nodigen voor een gesprek
 - het definitieve oordeel wordt door de voorzitter ondertekend



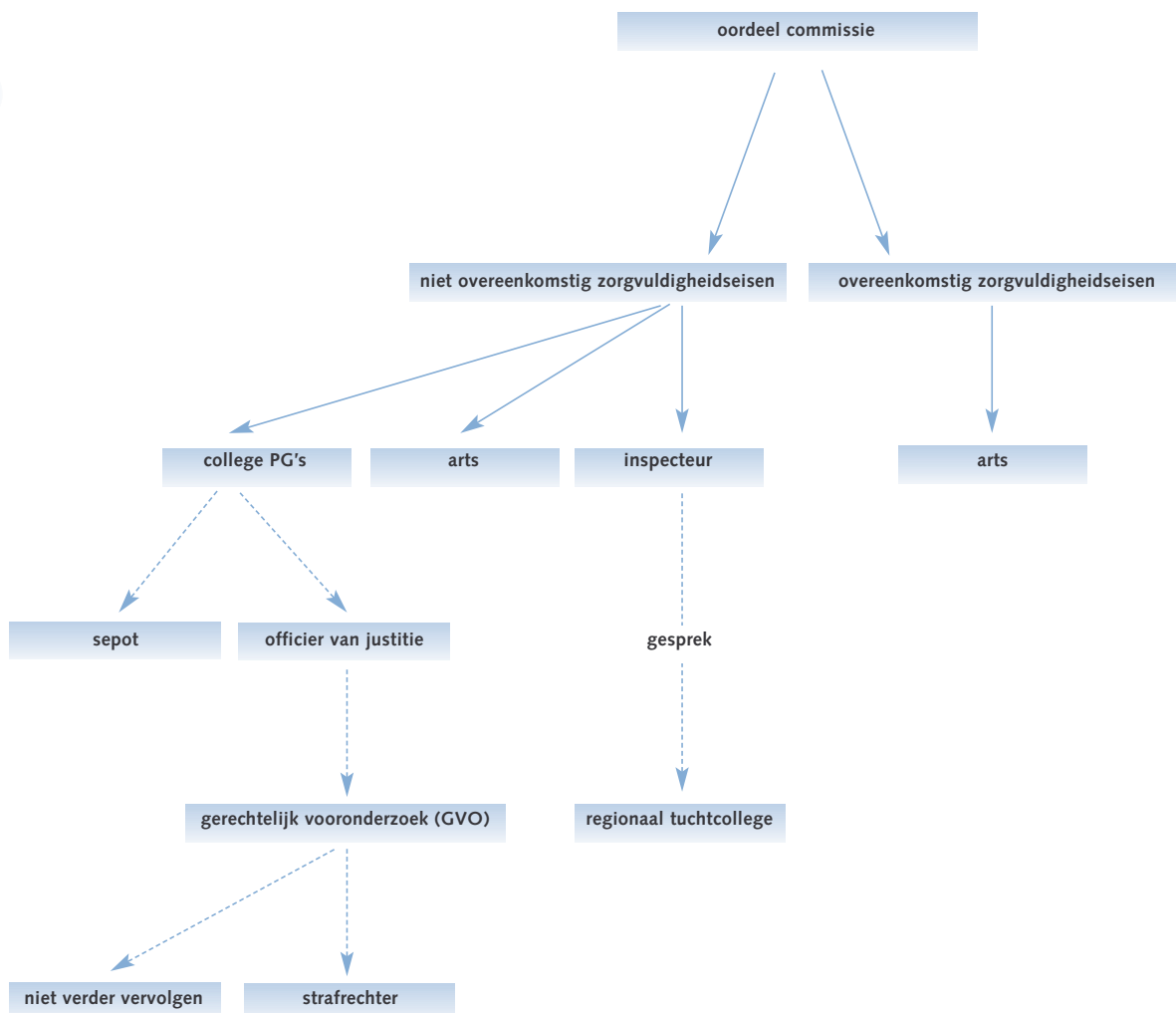
Werkwijze commissies onder de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (vanaf 1 april 2002)

In de nieuwe wetgeving is de formulering van het oordeel door de commissie veranderd. Beoordeelden de commissies onder de regeling of de arts zorgvuldig, dan wel niet zorgvuldig had gehandeld, onder de nieuwe wetgeving toetsen de commissies of de arts al dan niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Op de veranderingen die dit voor de toetsing met zich meebrengt, wordt later in dit hoofdstuk ingegaan.

Op grond van artikel 9, tweede lid, sub a, van de WTL brengt de commissie haar oordeel in de nieuwe situatie alleen ter kennis van het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de in artikel 2 van de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen. Het Openbaar Ministerie kijkt in dat geval of een strafvervolgning geïndiceerd is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg beziet op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid of een (tuchtrechtelijk) gevolg en zo ja, welk gevolg aan het handelen van de arts moet worden gegeven.

Schema II geeft dit weer.

Schema II



2. Verschillen in toetsing

Uit de hiervoor vermelde schema's wordt duidelijk dat de nieuwe wetgeving per 1 april 2002 gevolgen heeft voor de toetsing door de commissies.

Voordat de nieuwe wet in werking trad – onder de regeling – oordeelden de commissies dat de arts zorgvuldig of niet zorgvuldig had gehandeld. In verreweg de meeste gevallen was hun oordeel positief. De commissies brachten alle oordelen – ook de zaken waarin de arts zorgvuldig had gehandeld – ter kennis van het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie. Op deze wijze gaven de commissies het Openbaar Ministerie een zwaarwegend advies bij de beslissing om al dan niet een strafrechtelijk onderzoek of vervolging in te stellen. In deze situatie waren euthanasie en hulp bij zelfdoding als 'misdrijf' (artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht) strafbaar, maar de arts die zich aan bepaalde zorgvuldigheidseisen had gehouden kon een beroep op noodtoestand doen en daarmee op straffeloosheid. (De procedure bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijft in deze paragraaf verder buiten beschouwing, omdat er – behalve het niet meer toezenden van de oordelen waarin de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld – voor de toetsing door de commissie geen andere verschillen zijn opgetreden.)

In de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht is een bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen. Dit houdt in dat het handelen van de arts (het feit) niet strafbaar is, indien de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld en de euthanasie of hulp bij zelfdoding op de voorgeschreven wijze heeft gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer. De formulering van de bijzondere strafuitsluitingsgrond heeft tot gevolg dat de commissies niet langer toetsen of de arts zorgvuldig heeft gehandeld, maar of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Dit heeft gevolgen voor de wijze van toetsing.

Als een arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, is daarmee de bijzondere strafuitsluitingsgrond vervuld en is zijn handelen niet strafbaar. Het oordeel van de commissie vormt in dat geval een eindoordeel. Het Openbaar Ministerie wordt niet meer op de hoogte gesteld van dit positieve eindoordeel. De zaak is afgedaan. Indien de commissie tot het oordeel komt dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, wordt het Openbaar Ministerie hiervan wel op de hoogte gebracht.

Door deze verandering hebben de commissies een zwaardere verantwoordelijkheid gekregen.

Bij de beoordeling hebben de commissies slechts twee mogelijkheden: of de arts heeft wel voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen of niet. Een tussenweg is niet mogelijk. Dit was onder de regeling anders. Bij de beoordeling of de arts wel of niet zorgvuldig had gehandeld, konden de commissies – in gevallen waarin de arts niet helemaal volgens de regels te werk was gegaan – met vermelding van de gebreken, tot de conclusie komen dat de arts wel zorgvuldig had gehandeld. De formulering 'zorgvuldig, met dien verstande...' werd hierbij vaak toegepast.

Deze gewijzigde formulering heeft tot gevolg dat de commissies, indien er bijvoorbeeld op procedurele gronden niet (helemaal) voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, een negatief oordeel moeten uitspreken. Meestal gaat het dan om een gebrek in de consultatie of de uitvoering. Hierdoor is in het afgelopen jaar vaker een negatief oordeel uitgesproken dan in voorgaande jaren onder de oude regeling.

Uit de wetsgeschiedenis blijkt evenwel dat de commissies bij de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen enige beoordelingsruimte hebben. Hoe in concrete gevallen aan de vereisten wordt getoetst, wordt overgelaten aan de commissies.

Door het opnemen van (geanonimiseerde) casuïstiek in dit jaarverslag, willen de commissies inzicht geven in de afwegingen die zij maken bij hun beoordeling.

3. Overleg

- **Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies onderling**

In het afgelopen verslagjaar hebben de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies achtmaal vergaderd, waarbij ook de secretarissen van de commissies aanwezig waren. Eenmaal werd tevens in aanwezigheid van alle leden en plaatsvervangende leden van de commissies vergaderd tijdens de landelijke bijeenkomst van de toetsingscommissies euthanasie.

Tijdens deze bijeenkomst werd een presentatie gegeven over Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) en een algemene toelichting gegeven op het evaluatieonderzoek van de meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding. Tevens werd aan de hand van casuïstiek van gedachten gewisseld over een aantal inhoudelijke onderwerpen, zoals de ondraaglijkheid van het lijden bij niet meer aanspreekbare patiënten, de situatie waarin een patiënt hoofdzakelijk lijdt aan een opeenstapeling van ouderdomskwalen en de situatie waarin er sprake is van (beginnende) dementie.

In het overleg van de (plaatsvervangend) voorzitters en secretarissen werd uitgebreid aandacht besteed aan de onderlinge inhoudelijke afstemming van de oordeelsvorming en aan een aantal praktische zaken. Aan de orde kwamen onder meer de gevolgen van de nieuwe wetgeving voor de toetsing, de vraag naar de (on)bevoegdheid van de commissies en de inhoud van de – op grond van de nieuwe wetgeving op te stellen – richtlijnen voor de werkwijze van de commissies. Voorts werd gesproken over een protocol met betrekking tot de benoeming van nieuwe (plaatsvervangende) commissieleden. Naar aanleiding van het overleg over de structuur en organisatie van de secretariaten van de commissies in het voorgaande jaar is per 1 januari 2002 een algemeen secretaris aangesteld, die de werkzaamheden van de secretariaten ten behoeve van alle commissies coördineert en tevens tot taak heeft de onderlinge afstemming tussen de commissies in hun oordeelsvorming te bewaken en te bevorderen.

- **Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

In het jaar 2002 heeft dit overleg eenmaal plaatsgevonden. Tijdens dit overleg kwamen praktische en inhoudelijke zaken aan de orde. Er werd ondermeer gesproken over de veranderingen in de toetsing door de commissies en in de rol van het Openbaar Ministerie en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg na invoering van de WTL. Daarnaast vond terugkoppeling plaats over een aantal bijzondere zaken.

- **Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Ministerie van VWS en het Ministerie van Justitie**

Het overleg van de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies met de ministeries van VWS en Justitie heeft in dit verslagjaar viermaal plaatsgevonden. In dit overleg werd onder meer gesproken over nieuwe ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding, de nieuwe wetgeving en de gevolgen ervan voor de toetsingsprocedure. Er werd met de departementen uitgebreid gesproken over de veranderingen in de bevoegdheid en taak van de commissies. Tevens werden de gesprekken omtrent de opzet en inrichting van een nieuwe databank voortgezet. Ook zijn er afspraken gemaakt over de procedure inzake de benoeming van (plaatsvervangende) commissieleden.

Verder kwam een aantal praktische zaken aan de orde, zoals de problematiek rond de bezetting en huisvesting van de secretariaten, de voorbereidingen voor het onderbrengen van de secretariaten bij het Centraal Informatiepunt Beroepen gezondheids-

zorg (CIBG) en een nieuwe vergoedingsregeling voor (plaatsvervangende) voorzitters en leden van de commissies.

- **Overleg tussen de secretarissen**

Het overleg tussen de secretarissen van de commissies vond in 2002 gemiddeld eenmaal per twee maanden plaats. Dit overleg is bij uitstek bedoeld als een inhoudelijk afstemmingsoverleg tussen de secretarissen van de vijf commissies en als voorbereiding op de bovengenoemde overlevormen. Daarnaast werd ook in dit overleg aandacht besteed aan diverse praktische zaken zoals bezetting, huisvesting, overige faciliteiten en de onderlinge werkverdeling.

4. Kwaliteitsbewaking

De primaire taak van de commissies is het toetsen van het levensbeëindigend handelen van artsen. Daarnaast hebben de commissies een toegevoegde waarde in educatieve zin. Soms maakt de commissie een educatieve opmerking in het oordeel of de oplegbrief aan de arts of consulent over bijvoorbeeld de kwaliteit van de verslaglegging of over de uitvoering van de levensbeëindiging.

Voorts wordt door commissieleden en secretarissen door middel van voordrachten of deelname aan symposia voorlichting gegeven aan huisartsen, medisch specialisten en gemeentelijke lijkschouwers. In het kader van het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) leveren een arts van de commissie en een secretaris een bijdrage aan deze opleiding.

Daarnaast wordt door de commissies meegewerkt aan artikelen in vakbladen en wordt via diverse media desgevraagd commentaar gegeven op actuele ontwikkelingen. Op deze wijze wordt bekendheid gegeven aan het werk van de commissies, maar wordt tevens de kwaliteit van het zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding bevorderd.

In het afgelopen verslagjaar is door de commissies ook in het buitenland voorlichting gegeven over de Nederlandse euthanasiewetgeving en de toetsingsprocedure. Tijdens de in september 2002 te Brussel gehouden World Conference van de World Federation of Right to Die Societies met als thema 'Euthanasie en de wet' hebben secretarissen in een workshop 'Assessment Procedures' een voordracht gehouden over de Nederlandse toetsingsprocedure. In deze workshop kwamen verder de Belgische toetsingsprocedure aan de orde en de situatie in Zwitserland. In oktober 2002 hebben secretarissen de Nederlandse toetsingsprocedure uiteengezet in Parijs bij een hearing over euthanasie van de Social, Health and Family Affairs Committee van de Raad van Europa.

Hoofdstuk II

Landelijk overzicht toetsingscommissies

Overzicht 1 januari 2002 tot en met 31 december 2002

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1882 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 1672 gevallen was er sprake van euthanasie, in 184 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 26 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Instelling

De levensbeëindiging vond in 1544 gevallen thuis plaats, in 208 gevallen in een ziekenhuis, in 42 gevallen in een verpleeghuis, in 51 gevallen in een verzorgingshuis en in 37 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in 5 gevallen niet bevoegd om de zaak te beoordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies in 5 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.²

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 27 dagen.

² Opgemerkt wordt dat meldingen die aan het einde van 2002 bij de commissies binnenkomen, in verband met de behandeltermijn van zes weken en eventuele verlenging van nog eens zes weken, in 2003 worden behandeld en afgedaan. De beslissing op deze meldingen wordt dan ook in het volgende jaarverslag verwerkt. De hier genoemde vijf gevallen betreffen overigens allemaal meldingen die in het kalenderjaar 2002 zijn ontvangen.

Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 2000, 2001 en 2002

Totaal aantal meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding



regio Groningen, Friesland en Drenthe



regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



regio Noord-Holland



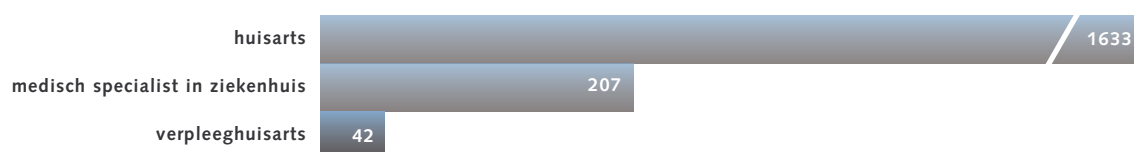
regio Zuid-Holland en Zeeland



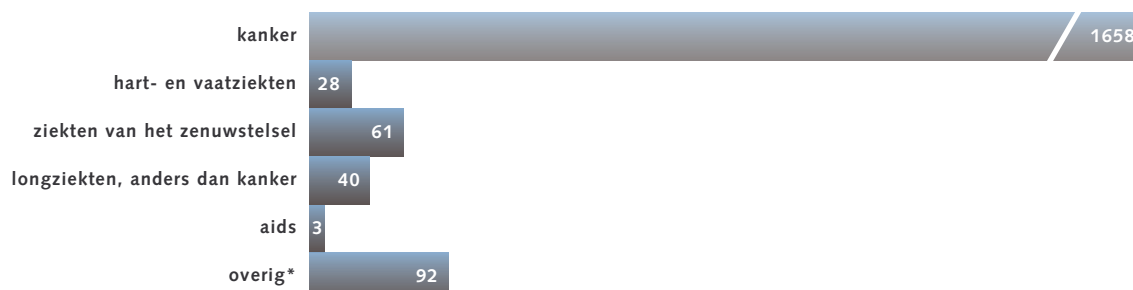
regio Noord-Brabant en Limburg



Meldende artsen 2002



Aandoeningen 2002



* meestal gecombineerde ziektebeelden

1. Inleiding casuïstiek

De toetsingscommissies hebben in dit verslagjaar 1882 meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding ontvangen. In de meeste gevallen vormden de verslagen een goede basis voor de toetsing en bestond er geen aanleiding nadere vragen te stellen. Indien daartoe wel aanleiding was, werd de arts of de consulent door de commissie verzocht schriftelijk of mondeling informatie te verstrekken. In dit verslagjaar hebben de commissies in vijf gevallen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. De betreffende zaken zijn doorgezonden naar het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Hoewel de zorgvuldigheidseisen in de wet helder zijn geformuleerd en de verslagen een goede basis vormen voor toetsing, blijken zich in de praktijk situaties voor te doen die tot discussie aanleiding geven. Aan de hand van casuïstiek willen de commissies een beeld geven van de problematiek die zij in het afgelopen verslagjaar hebben behandeld. De hier vermelde casuïstiek is in alle gevallen getoetst na 1 april 2002 onder het regime van de nieuwe wet. In dit hoofdstuk wordt daarom de wettelijke regeling steeds als uitgangspunt genomen.

Zoals reeds eerder aangegeven is in verreweg de meeste zaken duidelijk dat er door de meldend arts is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Om daarvan een indruk te geven, worden eerst drie voorbeelden gegeven van zogenoemde 'doorsnee-casus'.

casus 1

Bij patiënt, een man van 79 jaar, werd begin 2002 een longcarcinoom vastgesteld met ingroei in de wervelkolom. De behandeling bestond uit radiotherapie en later eenmaal chemotherapie. De in opzet curatieve bestraling had geen effect. Genezing was niet mogelijk.

Patiënt leed pijn. Hij was al langdurig bedlegerig en decubitus kon niet worden voorkomen. Ondanks laxeermiddelen en clysmas had patiënt veel last van obstipatie en problemen bij het plassen. De geboden pijnbestrijding door een specialistisch team schoot uiteindelijk tekort. Het lijden werd verhoogd door het besef dat de situatie uitzichtloos was en de klachten erger werden. Op het laatst had patiënt ook nog een urineweginfectie. Hierdoor had hij koorts, een licht delier en overal pijn. Patiënt weigerde behandeling van de urineweginfectie. Het delier werd effectief behandeld met medicijnen. De huisarts verwachtte dat zijn patiënt, zonder levensbeëindiging op verzoek, binnen één tot twee weken zou zijn overleden.

Uit de stukken bleek dat de huisarts en de specialist in het ziekenhuis patiënt voldoende hadden voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten. Patiënt had in het ziekenhuis vaak met de specialisten over levensbeëindiging gesproken. Na zijn ontslag uit het ziekenhuis verklaarde hij ten overstaan van zijn huisarts herhaaldelijk dat hij euthanasie wenste en ondertekende hij een schriftelijke wilsverklaring. Het verzoek werd ook ten overstaan van de kinderen en een verzorgster van patiënt geuit, alsmede ten overstaan van het specialistisch team van de thuiszorg. Met hen is overleg geweest. Allen ondersteunden het verzoek van patiënt. Volgens de huisarts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van zijn verzoek en van zijn lichamelijke situatie.

Nadat patiënt zijn verzoek had gedaan voerde de huisarts over de medische situatie van patiënt telefonisch overleg met de behandelend longarts. Deze bevestigde dat er geen behandelingsmogelijkheden meer waren.

Vervolgens werd door de huisarts een SCEN-arts als consulent benaderd, die tevens een collega-huisarts was, maar geen medebehandelaar. De consulent sprak met patiënt. In het verslag van zijn bezoek bevestigde de consulent het uitzichtloze en

voor patiënt ondraaglijke lijden. Er waren geen palliatieve mogelijkheden meer. Patiënt was tijdens het gesprek helder van bewustzijn en wilsbekwaam. Het verzoek was duurzaam, weloverwogen en vrijwillig tot stand gekomen. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Een maand na het verzoek heeft de huisarts zijn patiënt in bijzijn van diens kinderen en de verzorgster Nesdonal en Pavulon intraveneus toegediend, waarna patiënt is overleden.

De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

casus 2

Bij patiënt, een man van 54 jaar, werd in 1998 de diagnose Amyotrofe Laterale Sclerose (ALS) gesteld. Genezing van deze ziekte is niet mogelijk. De behandeling bestond uit revalidatie, fysiotherapie en ergotherapie. Het lijden van patiënt werd bepaald door de pijn, het niet meer kunnen praten en een moeizame ademhaling. Verslikken en verstikking dreigde. De klachten waren progressief. De pijn werd bestreden met morfine. Er waren geen andere mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen een termijn van een aantal weken zou komen te overlijden. De arts gaf aan dat de termijn echter moeilijk was in te schatten, omdat de aandoening plotseling kon verergeren.

Patiënt had reeds in 2000 aangegeven dat hij euthanasie wenste indien het lijden voor hem ondraaglijk zou worden. Een paar weken vóór zijn overlijden heeft hij uitdrukkelijk ten overstaan van de arts en zijn partner om levensbeëindiging verzocht. Zijn partner steunde het verzoek. Patiënt had in de loop van de tijd meerdere verklaringen opgesteld. Uitdrukkelijk vermeldde hij niet beademd te willen worden. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Een onafhankelijke consulent – een SCEN-arts – bezocht patiënt tweemaal. Er was bewust gekozen voor een vroegtijdige consultatie omdat de patiënt op dat moment nog redelijk goed kon spreken. In het verslag van de eerste consultatie bevestigde de consulent de ongeneeslijke ziekte met een progressief verloop. Bij zijn tweede bezoek bevestigde de consulent dat de ziekte verder was voortgeschreden. De patiënt kon niet meer verstaanbaar praten. Ook kon hij niet meer eten zonder zich te verslikken. De pijnstillers gaven onvoldoende resultaat. Patiënt was benauwd, omdat hij niet meer goed kon ademen. Door deze factoren ervoer hij zijn lijden als ondraaglijk. Volgens de consulent was het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Hierna heeft de arts patiënt in bijzijn van zijn naasten 2 gram pentothal en 20 miligram Pavulon intraveneus toegediend.

De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

casus 3

Een 68-jarige patiënt leed sinds het najaar van 2000 aan een carcinoom in de linker long. De aangedane longheft werd weggenomen. Daarna kreeg patiënt chemotherapie gevolgd door radiotherapie. Een jaar later werd een recidief vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt werd eenmalig palliatief bestraald. Hij kreeg steeds meer pijn. Als gevolg van de orale morfine was hij misselijk. De pijn en de misselijkheid waren onvoldoende onder controle te krijgen. Na een tijdelijke verbetering door toediening van morfine via een pomp en antibraakmiddelen kwam de pijn terug. Patiënt werd magerder en kon steeds moeizamer een houding in bed vinden. Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele weken tot maanden zou overlijden.

Patiënt had na het bekend worden van de diagnose aangegeven geen lijdensweg te willen en eventueel te zijner tijd voor euthanasie te willen kiezen. Zijn eerste echtgenote was overleden na een lang ziekbed ten gevolge van borstkanker. Na een korte periode van verbetering door de continu toegediende pijnmedicatie (pijnpomp), verzocht patiënt de arts uitdrukkelijk om euthanasie. Zijn echtgenote en kinderen respecteerden het verzoek. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie. Patiënt had een NVVE-wilsverklaring ondertekend.

De consulent – SCEN-arts – tevens een collega-huisarts, maar geen medebehandelaar, bezocht patiënt tweemaal thuis. Op het moment van het eerste bezoek bleken de palliatieve behandelmogelijkheden nog niet geheel uitgeput. Patiënt bleek baat te hebben bij de pijnbestrijding en antibraakmiddelen. Bij zijn tweede bezoek was de pijn na een tijdelijke verbetering echter weer verergerd en daarmee het lijden voor patiënt ondraaglijk geworden. Patiënt had nauwelijks eetlust, maar dronk nog wel. Hij kon nauwelijks meer uit bed komen.

Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent concludeerde bij zijn laatste bezoek dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De euthanasie werd uitgevoerd door intraveneuze toediening van Nesdonal en Pavulon. De commissie was van oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

De meldend arts is degene die de levensbeëindiging feitelijk heeft uitgevoerd

Uitgangspunt van de meldingsprocedure is dat de arts die feitelijk de levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, na afloop aan de hand van het modelverslag de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer verzorgt (artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging). De gemeentelijke lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en verifieert hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Vervolgens neemt hij van de behandelend arts diens verslag in ontvangst, gaat na of dat volledig en duidelijk is ingevuld, controleert of eventueel vermelde bijlagen aanwezig zijn en voegt ook, voor zover die er zijn, de schriftelijke wilsverklaring van de overledene en de verklaring van de geconsulteerde arts toe aan dit materiaal. De gemeentelijke lijkschouwer stelt hiervan – door invulling van een daartoe bestemd formulier – de desbetreffende commissie in kennis en stuurt de hierboven genoemde stukken mee (artikel 10, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging).

Een aandachtspunt voor de commissies is of de meldend arts (de arts die het meldingsformulier heeft ondertekend) de levensbeëindiging ook feitelijk heeft uitgevoerd, dan wel de hulp bij zelfdoding heeft verleend. Indien de commissie vaststelt dat dit niet het geval is, stuurt zij in de regel de melding via de lijkschouwer terug met het verzoek ervoor zorg te dragen dat de juiste persoon – dat wil zeggen de arts die de euthanasie feitelijk heeft uitgevoerd of de hulp bij zelfdoding heeft verleend – de levensbeëindiging meldt door het invullen en ondertekenen van het modelverslag. Het is niet altijd meteen duidelijk dat de melder geen uitvoerder is. In dat geval stelt de commissie nadere schriftelijke vragen. In een enkel geval komt het voor dat een melding wordt gedaan door twee artsen. In het geval er een andere arts bij de procedure is betrokken, ontvangt deze een afschrift van de aan de meldend arts gestuurde berichtgeving. Slechts in het uitzonderlijke geval dat beide artsen verklaren dat zij de levensbeëindigende handeling daadwerkelijk gezamenlijk hebben verricht, worden beide artsen aangemerkt als meldend arts.

casus 4

Een 60-jarige patiënt leed aan een gemetastaseerd prostaatacarcinoom. Op het meldingsformulier werden de persoonsgegevens van twee artsen vermeld en beiden ondertekenden het formulier. Uit de verslaglegging bleek dat patiënt ten overstaan van beide artsen zijn euthanasiewens had geuit. Ook werd de gehele euthanasiepro-

cedure door beide artsen begeleid. De uitvoering werd echter door één van hen verricht. De commissie beschouwde de arts die de levensbeëindiging feitelijk had uitgevoerd door toediening van de euthanatica als meldend arts. Dit standpunt werd beide artsen meegedeeld. De arts die door de commissie niet werd beschouwd als meldend arts, ontving ter kennisneming een afschrift van het oordeel van de commissie.

2. Bevoegdheid van de commissies

De bevoegdheid van de commissies om het levensbeëindigend handelen van de arts in een concreet geval te toetsen, moet worden afgeleid uit de systematiek van de WTL en in het bijzonder uit de zorgvuldigheidseisen, genoemd in artikel 2 van de WTL.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding betreffen situaties waarin sprake is van levensbeëindiging op verzoek, uitgevoerd door een arts. De toetsingscommissies beoordelen dus alleen die gevallen waarin sprake is van een uitdrukkelijk verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. In gevallen waarin geen sprake is van een zodanig verzoek, zijn de commissies niet bevoegd en zal de procedure die is vastgesteld voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gevolgd moeten worden. Dat wil zeggen dat de zaak rechtstreeks door de gemeentelijke lijkschouwer naar de officier van justitie wordt gezonden.

De meldingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek geldt niet voor pasgeborenen en minderjarige patiënten tot twaalf jaar. Voor minderjarige patiënten in de leeftijd van twaalf tot zestien jaren of in de leeftijd van zestien tot achttien jaren die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding doen, gelden specifieke voorschriften in verband met de toestemming van de ouder(s) of voogd, die zijn opgenomen in de artikel 2, vierde en vijfde lid, WTL.

In het tweede lid, van artikel 2 WTL is voorts bepaald dat een arts gevolg kan geven aan de schriftelijke wilsverklaring van een wilsonbekwame patiënt (van zestien jaar en ouder) waarin een verzoek om levensbeëindiging is opgenomen. Voorwaarde is dat de wilsverklaring is opgemaakt op het moment dat de patiënt nog tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. Ook in dergelijke gevallen zijn de commissies bevoegd. De schriftelijke verklaring van de inmiddels wilsonbekwame patiënt wordt in deze gevallen opgevat als een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging en is een vervanging voor het mondelinge concrete verzoek waartoe de patiënt niet meer in staat is.

Het zogenoemde 'normaal medisch handelen' valt evenmin onder de wettelijke regeling voor levensbeëindiging op verzoek. Hiervan is sprake in gevallen waarin een medisch zinloze behandeling of een behandeling op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt wordt gestaakt, of niet wordt ingesteld. Ook pijnbestrijding met het overlijden van de patiënt als onbedoeld neveneffect valt niet onder de meldingsprocedure op verzoek. In de onderstaande casus wordt duidelijk dat deze grenzen soms moeilijk zijn.

casus 5

Een 50-jarige patiënte leed sinds 1999 aan borstkanker. Ze werd bestraald en behandeld met chemotherapie en hormoontherapie. Genezing was niet mogelijk. Patiënte was benauwd, had moeite met slikken en braakte veelvuldig. De levensverwachting werd geschat op enkele weken. Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden van patiënte te verlichten.

Patiënte had sinds drie jaar mondeling aangegeven euthanasie te wensen indien haar lijden ondraaglijk zou worden. In november 2002 ondertekende ze daartoe een wils-

verklaring. Enkele dagen eerder had patiënte aangegeven niet meer verder te willen leven. Hierop is door de arts een consulent – een SCEN-arts – ingeschakeld, die patiënte heeft bezocht en gesproken. Mede op advies van de consulent is door een specialistisch pijnteam – voorafgaand aan de eventuele uitvoering van de euthanasie, in het kader van pijnbestrijding – een infuus aangelegd voor de toediening van Dormicum en morfine. Als gevolg van de 'sedatie' is patiënte overleden, zonder dat de arts daarbij aanwezig was.

De commissie was van oordeel dat nu patiënte vóór het uitvoeren van de euthanasie – als gevolg van de eerdere sedatie – was overleden, er geen sprake was van levensbeëindiging op verzoek, zoals bedoeld in de WTL. De melding viel niet onder de meldingsprocedure en is daarom teruggestuurd naar de gemeentelijke lijkschouwer. Er was immers sprake van een natuurlijke dood.

3. Behandelrelatie tussen meldend arts en patiënt

De wettelijke systematiek van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding veronderstelt dat de uitvoering van het levensbeëindigend handelen wordt verricht door de behandelend arts. Zo is het verwoord in de parlementaire behandeling bij de totstandkoming van de WTL³.

Ook de formulering van de zorgvuldigheidseisen veronderstelt een (vorm van een) behandelrelatie met de patiënt. Hoe kan de arts anders tot de overtuiging komen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden? Ook dienen arts en patiënt samen tot de conclusie te komen dat er geen andere redelijke oplossing meer aanwezig is en moet de arts patiënt voorlichten over diens situatie en vooruitzichten.

Een andere aanwijzing is dat in artikel 1, sub e, WTL wordt verwezen naar artikel 446, boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW) inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Van een geneeskundige behandelingsovereenkomst is sprake indien een natuurlijk persoon of een rechtspersoon zich in de uitoefening van het geneeskundig beroep of bedrijf tegenover de patiënt verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt. Deze verwijzing veronderstelt dat er bij de hulpvraag om levensbeëindiging sprake moet zijn van een medische behandelrelatie tussen arts en patiënt. Daarvan is geen sprake indien de relatie zich uitsluitend beperkt tot de uitvoering van de euthanasie, zoals in onderstaande casuïstiek het geval was.

casus 6

*Een patiënte leed sinds 1996 aan een gemetastaseerd longcarcinoom met wervelmeta-
stasen. Er werden radio- en chemotherapie en pijnbestrijding toegepast. Genezing
was niet meer mogelijk. Patiënte leed ondraaglijk onder de onhoudbare pijn die niet
te bestrijden was. Morfine verdroeg ze niet. Tevens had patiënte last van benauwd-
heid en decubitus. Er waren geen reële mogelijkheden om het lijden te verlichten.
Haar levensverwachting werd geschat op hooguit enkele dagen. Patiënte bracht
vanaf medio oktober 2001 haar verzoek om euthanasie ter sprake bij haar huisarts.
Enkele weken voor haar overlijden uitte patiënte meermalen het verzoek om eutha-
nasie, in het bijzijn van de huisarts en van haar kinderen.*

*De dag voor haar overlijden werd de meldend arts tijdens zijn avonddienst, duidelijk
niet in de hoedanigheid van SCEN-arts, opgeroepen om patiënte in verband met
onhoudbare pijnklachten te bezoeken. De meldend arts trof naar eigen zeggen een*

3 In de memorie van antwoord bij het wetsvoorstel is hierover het volgende opgemerkt: "In artikel 1, onder c, is het begrip 'de arts' gedefinieerd. Kort gezegd gaat het om de behandelend arts die de euthanasie heeft toegepast" (Kamerstukken I, 2000-2001, 26 691, nr. 137b).

mensonwaardige situatie aan. Patiënte leed ernstige niet te behandelen pijn, was onrustig, cachectisch en benauwd. Ze gebruikte zuurstof. De meldend arts had diezelfde avond een uitgebreid gesprek met patiënte en haar familie over de mogelijkheden om over te gaan tot euthanasie. Het werd de meldend arts tijdens het consult duidelijk dat patiënte slechts zijdelings euthanasie ter sprake had gebracht bij haar eigen huisarts. Patiënte voelde zich uitermate onzeker over haar huidige situatie. Niet duidelijk werd waarom patiënte niet vaker concreet met haar huisarts over euthanasie had gesproken. De meldend arts had de volgende dag contact met de huisarts van patiënte om te bespreken hoe te handelen in deze voor patiënte ondraaglijke situatie. Het werd de meldend arts pas op dat moment duidelijk dat de huisarts van patiënte om principiële redenen geen euthanasie wilde toepassen. De hagro-collega van de huisarts was met vakantie. Normaliter voerde zijn collega de euthanasie dan uit. Patiënte werd die dag opnieuw bezocht door de meldend arts. De toegediende pijnstilling had geen enkel effect. Patiënte smeekte de meldend arts te mogen inslapen. In de ogen van de meldend arts was de lijdensdruk van patiënte zo groot en de situatie zo nijpend, dat deze zich bereid verklaarde de euthanasie uit te voeren. De meldend arts overwoog nog een moment een andere arts te raadplegen voor de consultatie, maar besloot uiteindelijk dat het lijden van patiënte zo evident was dat een consultatie niet meer aan de orde was.

De commissie was van oordeel dat de meldend arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen. Volgens de commissie was er niet voldaan aan het consultatievereiste, waarbij de arts in ieder geval één andere arts raadpleegt die de patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. In dit geval werd de arts – die in eerste instantie optrad als dienstdoend arts en in de avonduren in consult werd geroepen in verband met de hevige pijnklachten van patiënte – uiteindelijk ook de arts die de euthanasie uitvoerde (meldend arts). De arts raadpleegde slechts de eigen huisarts van patiënte, die in zijn rol van behandelbaar niet onafhankelijk was. De meldend arts stelde zelf een consultatieverslag op en ondertekende dit. De commissie heeft – ook uit de mondelinge toelichting van de arts – niet kunnen concluderen, hoewel zij de goede wil en integriteit van de meldend arts geenszins in twijfel trekt, dat er sprake was geweest van een dusdanige noodsituatie dat er geen tijd meer was een consulent te raadplegen. De commissie kwam tot de conclusie dat er geen consultatie, zoals bedoeld in de wet, had plaatsgevonden. Dit klemde volgens de commissie des te meer daar de meldend arts de patiënt slechts één dag kende. Consultatie was in dit geval essentieel om de zorgvuldigheidseisen te verifiëren.

Het College van procureurs-generaal heeft in deze zaak onderzoek gedaan. Dit mede naar aanleiding van het feit dat uit het dossier bleek dat er slechts een zéér korte behandelrelatie had bestaan tussen arts en patiënte en er geen consultatie had plaatsgevonden bij een onafhankelijke collega. Het College was met de commissie van oordeel dat de meldend arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Desalniettemin achtte het College een strafvervolging in dit specifieke geval onevenredig zwaar. Er werd geen vervolging ingesteld.

casus 7

Een patiënte van 60 jaar leed aan een variant van amyotrofe lateraal sclerose (ALS). Er waren geen therapeutische opties aanwezig. Genezing was derhalve uitgesloten. Patiënte leed ondraaglijk onder haar toenemende verlammingen, die in de laatste fase van haar leven ook de ademhalingsspieren begonnen aan te tasten. Patiënte was angstig onder haar ademhalingsproblemen, zij voelde zich volledig uitgeput. Behalve het toedienen van morfine, waren er geen reële mogelijkheden om het lijden van patiënte te verlichten. Patiënte wees dit van de hand. Zij ervoer dit als uitstel van executie. De levensverwachting van patiënte was moeilijk te voorspellen. Waarschijnlijk zou zij op korte termijn overlijden door optredende verlamming van haar ademhalingsspieren.

Patiënte – zelf medisch specialist – bracht vanaf juni 2001 regelmatig euthanasie ter sprake. Uitvoerige brieven van haar waren terug te vinden in het dossier. Zij uitte haar wens tot levensbeëindiging op termijn ten overstaan van haar behandelend specialist, de huisarts en haar familie. Uit een gesprek met de meldend arts, een collega-specialist van patiënte, werd het de commissie duidelijk dat patiënte in een vroeg stadium van haar ziekte aan de meldend arts had gevraagd om tot uitvoering van euthanasie over te gaan zodra de situatie voor haar ondraaglijk werd. Er was geen sprake van een behandelrelatie tussen de meldend arts en patiënte. De avond voor de uitvoering van de euthanasie bezocht de meldend arts patiënte in gezelschap van de behandelend specialist. Euthanasie kwam die avond niet aan de orde. De volgende dag – de dag van de uitvoering van de euthanasie – werd de meldend arts door patiënte zelf gebeld met het verzoek om de euthanasie uit te voeren. Patiënte wilde zo niet meer verder leven. Ze was zeer angstig om door verstikking te zullen overlijden. Volgens de meldend arts was de grens van de mogelijkheden die het leven voor patiënte nog enigszins draaglijk maakten, bereikt. De consulent, die geen medebehandelaar maar wel een oud-collega van patiënte en een collega van de meldend arts was, sprak patiënte vijf weken voor haar overlijden. Patiënte was toen alleen nog in staat haar armen op beperkte wijze te gebruiken. De consulent werd na dit consult door naasten van patiënte op de hoogte gehouden van de toestand van patiënte. Op de dag van de uitvoering van de euthanasie vernam de consulent van derden dat patiënte in de nacht aanvallen van benauwdheid had gehad door aantasting van haar ademhalingspiëren. Volgens de consulent was het besluitvormingsproces inzake de levensbeëindiging in volledige harmonie tussen de meldend arts, patiënte en haar familie verlopen. De consulent concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie kwam evenwel tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Het was voor de commissie duidelijk dat de onderhavige levensbeëindiging en de hele voorgeschiedenis daarvan, moesten worden gezien in de context van de collegiale sfeer, waarin de betrokken artsen zich op verzoek van hun oud-collega als een team deskundigen en toegewijde vrienden hebben opgesteld. Door, en in die context, is men zich er onvoldoende van bewust geweest dat alle zorgvuldigheidseisen in acht dienden te worden genomen. Dit werd nog eens bevestigd door het gegeven dat de meldend arts op de dag van de levensbeëindiging telefonisch contact met een politiearts had gehad over de vraag of aan de wettelijke eisen zou zijn voldaan. Volgens de meldend arts zou de politiearts die vraag bevestigend hebben beantwoord. Een degelijke verificatie in dat stadium kon volgens de commissie niet serieus worden genomen.

Volgens de commissie is levensbeëindiging op verzoek op grond van artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht voorbehouden aan een arts, die daarvan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Mede door de verwijzing in artikel 1 van de WTL naar de behandelingsovereenkomst in artikel 446, boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW), is duidelijk dat tussen arts en patiënt een medische behandelrelatie wordt verondersteld. Daarvan is geen sprake – zoals in het onderhavige geval – indien de relatie tussen de overledene en de meldend arts uitsluitend betrekking heeft op de wens het leven te doen beëindigen. Tussen patiënte en de meldend arts bestond slechts de afspraak dat deze de uitvoering voor zijn rekening zou nemen. De meldend arts kon niet als (mede)behandelaar worden beschouwd. Bij deze stand van zaken vroeg de commissie zich tevens af of de meldend arts had kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen. De commissie dacht hierbij in het bijzonder aan de eisen b, c en d van artikel 2 van de WTL. De commissie heeft met name niet kunnen vaststellen, ook niet na het gesprek met de meldend arts, of deze de overtuiging had gekregen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënte.

De consultatie is, overigens vijf weken voor de levensbeëindiging, verricht door een arts die geenszins als onafhankelijk – zowel ten opzichte van patiënte als ten opzichte van de meldend arts – stond. Aan de eis van onafhankelijkheid was derhalve niet voldaan. Overigens was het volgens de commissie zeer de vraag of de consulent zo

lang van tevoren, toen nog geen sprake was van een onvoorwaardelijk verzoek om levensbeëindiging, in staat was een gegrond oordeel over de zorgvuldigheidseisen te geven. De commissie vond het onbegrijpelijk dat niet in een later stadium een nieuw consult is gevraagd.

Het College van procureurs-generaal heeft de commissie laten weten dat in overleg met de Minister van Justitie in november 2002 is besloten een gerechtelijk vooronderzoek (GVO) in te stellen. Hierbij zal ondermeer de vraag aan de orde komen of bij het ontbreken van een behandelrelatie een arts kan voldoen aan de zorgvuldigheidseisen genoemd in artikel 2 van de WTL.

4. Zorgvuldigheidseisen

I. Verzoek

Van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding kan alleen sprake zijn als er een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt daartoe aanwezig is. Het verzoek om levensbeëindiging moet vrijwillig en weloverwogen tot stand zijn gekomen. Pas dan is voldaan aan de zorgvuldigheidseis dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (artikel 2, eerste lid, sub a, WTL).

Is er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek?

De eerste vraag die de commissies zich bij dit vereiste stellen, is de vraag of en op welke wijze de patiënt het verzoek heeft geuit. Dat hoeft niet perse een schriftelijk verzoek te zijn, hoewel dit vanuit bewijsrechtelijk oogpunt de voorkeur verdient. In vrijwel alle gevallen was een schriftelijke wilsverklaring overigens aanwezig. De commissies kunnen zich voorstellen dat een arts prijs stelt op een dergelijke verklaring, maar deze kan – zo kort voor het overlijden – ook worden vervangen door een getrouwe weergave van de mondeling geuite euthanasiewens, bijvoorbeeld in het medische dossier van de patiënt. In het algemeen doet de arts die met zijn patiënt spreekt over euthanasie er goed aan om in een tijdig stadium te bevorderen dat een schriftelijke verklaring wordt opgemaakt.

In sommige gevallen is de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring wel van doorslaggevend belang. Indien een patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten, maar – voordat hij wilsonbekwaam werd – een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld met daarin een verzoek om levensbeëindiging, kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De commissies bezien dan bij de beoordeling van het criterium of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek of de verklaring betrekking heeft op de huidige situatie van de patiënt en of deze situatie voldoet aan de (overige) zorgvuldigheidseisen. Dit is overigens niet gemakkelijk. Hoe concreter de wilsverklaring, des te meer zal zij aanknopingspunten bieden voor de besluitvorming van de arts en de beoordeling door de commissies. Belangrijk is dan ook dat de arts en de patiënt in een tijdig stadium met elkaar overleggen over de inhoud en de strekking van de wilsverklaring.

In veel gevallen wordt er door de patiënt al in een vroeg stadium met de arts over euthanasie gesproken, bijvoorbeeld na de infauste diagnose. Ook tijdens het ziekteverloop geeft de patiënt veelal uiting aan zijn euthanasiewens. Dergelijke gesprekken geven de weloverwogenheid van het verzoek weer, maar moeten worden onderscheiden van de situatie waarin de patiënt concreet om levensbeëindiging verzoekt. De vraag in het meldingsformulier wanneer de patiënt het verzoek voor het eerst heeft geuit, geeft soms aanleiding tot misverstanden. Sommige artsen geven hier het ogenblik aan waarop euthanasie voor het eerst werd besproken. Anderen het moment waarop de patiënt voor het eerst een voorwaardelijk euthanasieverzoek uitte

en nog anderen het ogenblik waarop voor het eerst een concreet verzoek werd gedaan.

Het komt ook voor dat het tijdsverloop tussen het eerste concrete verzoek en de uitvoering kort is, soms zelfs minder dan een dag. Naar het oordeel van commissies kan dit alleen in uitzonderlijke situaties van onverwacht optredende acute nood gerechtvaardigd zijn. Het is dan van belang dat uit de door de arts en consulent verstrekte informatie blijkt dat een dergelijke acute situatie zich heeft voorgedaan. Soms verstrijkt er vrij veel tijd tussen het concrete verzoek en de uitvoering van de euthanasie, bijvoorbeeld een aantal weken. In dat geval vragen de commissies de arts vaak dit tijdsverloop nader toe te lichten indien daarover in de melding niets is aangegeven.

Een volgende vraag betreft de aard van het verzoek. Ingevolge de wettelijke zorgvuldigheidseis moet de arts zich ervan vergewissen dat het verzoek om euthanasie inderdaad geheel vrijwillig en van de patiënt zelf afkomstig is. Zo moet duidelijk zijn dat het verzoek van de patiënt niet is ingegeven door druk van anderen of door de omstandigheden. Soms verklaart de patiënt dat hij zijn familie niet langer tot last wil zijn. De arts dient dan na te gaan wat de waarde van die uitspraak is. In een enkel geval lijkt het erop alsof de druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest.

Tevens moet het verzoek weloverwogen zijn en herhaaldelijk geuit. Daarbij letten de commissies op mogelijke belemmeringen, zoals de aanwezigheid van depressiviteit of andere stoornissen in de cognitieve en expressieve vermogens. Aanwezigheid van dergelijke belemmeringen kunnen het verzoek aantasten, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Een verzoek dat is geuit op een helder moment kan wel degelijk weloverwogen zijn. Hierbij moet ook onderscheid worden gemaakt tussen een depressie in psychiatrische zin en somberheid en neerslachtigheid als gevolg van de ernstige ziekte van de patiënt. In dergelijke gevallen kan het oordeel van een onafhankelijk psychiater de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek ondersteunen.

Soms geven de meldingsgegevens de commissies aanleiding tot het inwinnen van nadere informatie over de vraag in hoeverre de depressieve gevoelens van invloed zijn geweest op de wilsbekwaamheid van de patiënt en op diens vermogen tot het doen van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

casus 8

Een 65-jarige patiënt leed sinds eind 2001 aan uitzaaiingen van een melanoom in de borst en de oksel. Vanaf begin 2002 werden tevens metastasen in de lever, de longen en enkele maanden later in het bekken en de wervelkolom aangetroffen. Het lijden bestond uit pijn, misselijkheid, zichtbare huidmetastasen, dubbelzien en volledige zorgafhankelijkheid. Ook vermeldde de arts dat patiënt leed aan depressiviteit en angst voor mogelijk heviger pijn. Om de stemming van patiënt te beïnvloeden gaf de arts hem Ritalin, hetgeen echter onvoldoende resultaat gaf.

Andere anti-depressiva werden door patiënt geweigerd. In april 2002 verzocht patiënt de arts om levensbeëindiging. Sindsdien herhaalde hij zijn verzoek meerdere malen. Een in mei en juni 2002 geactualiseerde schriftelijke wilsverklaring uit 1998 was aanwezig.

Patiënt werd in mei en juni 2002 bezocht door twee verschillende consulenten, waarbij de tweede consulent in juni 2002 concludeerde dat er was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Ten aanzien van het verzoek was de consulent van mening dat dit vrijwillig en weloverwogen tot stand was gekomen. Patiënt was tijdens het gesprek helder van geest en duidelijk in zijn verzoek om euthanasie. Eind juni 2002 werd de levensbeëindiging uitgevoerd door intraveneuze toediening van Nesdonal en Pavulon.

Voor de commissie was het op grond van de meldingsgegevens niet volledig duidelijk of en in hoeverre de genoemde depressie van invloed was geweest op de wilsbekwaamheid van patiënt en op zijn vermogen om een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie te doen. Hierop heeft de commissie de arts om een schriftelijke nadere toelichting gevraagd.

De arts vermeldde in zijn toelichting dat de patiënt – alvorens hij last kreeg van depressiviteit – herhaaldelijk had aangegeven euthanasie te wensen indien zijn lijden voor hem ondraaglijk zou worden. De arts was van mening dat er geen aanwijzingen voor waren dat de depressiviteit van invloed was geweest op de wilsbekwaamheid van de patiënt ten tijde dat deze zijn verzoek om levensbeëindiging had gedaan. De mogelijke depressie die zich uitte in neerslachtigheid en somberheid was vooral een gevolg van de ernstige ziekte en het karakter van patiënt, die altijd zeer zelfstandig was geweest. Op grond van de aanvullende informatie van de arts oordeelde de commissie dat de arts had gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Weloverwogenheid vereist bovendien dat de patiënt een goed beeld heeft van zijn ziekte, de situatie waarin hij zich bevindt, de prognose en eventuele alternatieve mogelijkheden. Bij de beoordeling hiervan doet een arts er verstandig aan het verzoek van de patiënt meerdere malen in gesprekken aan de orde te stellen, zodat arts en patiënt een goed beeld hebben van elkaars visie en positie. Om dit goed te kunnen toetsen is het belangrijk dat de arts dergelijke gesprekken goed documenteert en de relevante stukken bij zijn verslaglegging voegt.

II. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Tweede criterium en cruciaal voor een zorgvuldige levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding is het vereiste dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (artikel 2, tweede lid, sub b, WTL).

De uitzichtloosheid van het lijden is in medisch opzicht redelijk objectief vast te stellen. Er is geen kans op verbeteringen, het vooruitzicht is een steeds verdergaande verslechtering. Voor de uitzichtloosheid geldt dat deze naar heersend medisch inzicht moet vaststaan.

Het element van de ondraaglijkheid is voor een groot deel subjectief bepaald. Of het lijden ondraaglijk is hangt af van het perspectief van de patiënt, zijn persoonlijkheid en zijn normen en waarden daaromtrent. Daarnaast verschilt de ervaring van het lijden per patiënt. Voor de ene patiënt is het door de ziekte volledig afhankelijk worden van anderen ondraaglijk, voor een ander de steeds verdergaande ontluistering. Overigens is de ondraaglijkheid van het lijden niet geheel subjectief. Factoren als pijn, miselijkheid, benauwdheid en uitputting dragen in belangrijke mate bij aan de vaststelling dat het lijden ondraaglijk is.

Desondanks is het element van de ondraaglijkheid van het lijden één van de grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan. Vaak doet zich de vraag voor in hoeverre de ondraaglijkheid geobjectiveerd moet kunnen worden. Is het voldoende dat een patiënt zelf vindt dat zijn lijden ondraaglijk is, vooropgesteld dat er sprake is van een ongeneeslijke aandoening? Is het lijden – hoewel er ook sprake is van een somatische aandoening – eigenlijk niet méér van psychische aard? In het algemeen geldt bij de toetsing van dit criterium dat de ondraaglijkheid van het lijden in zoverre geobjectiveerd moet kunnen worden dat dit in elk geval voor de behandelend arts invoelbaar is.

In sommige gevallen is de angst voor het toekomstige lijden een belangrijke factor. Die angst kan gebaseerd zijn op ervaringen van de patiënt zelf, of omdat hij het ziek-

teverloop van een naaste heeft meegemaakt. Indien er sprake is van angst voor toekomstig lijden, moet deze naar het oordeel van de commissies wel reëel zijn, bijvoorbeeld angst voor verstikking, acute bloeding of nog verdergaande ontluistering.

In het overgrote deel van de zaken die ter beoordeling aan de commissies worden voorgelegd is er sprake van een onbehandelbaar kwaadaardig proces. Dit ziektebeeld gaat vaak gepaard met onbeheersbare pijnen, hevige misselijkheid en braken. Daarnaast zijn er ziektebeelden als Multiple Sclerose (MS), Amyotrofe Lateraal Sclerose (ALS), de ziekte van Parkinson, de chronische longaandoening COPD en andere fatale ziekten, die leiden tot een volledige (zorg)afhankelijkheid en bedlegerigheid of tot de kans om door verstikking te overlijden. In andere gevallen, bijvoorbeeld bij patiënten met een dwarslaesie of na een cerebrovasculair accident (CVA), is het soms moeilijker om vast te stellen dat het lijden ondraaglijk is. Het lijdt overigens geen twijfel dat het lijden van deze patiënten uitzichtloos is in de zin dat er geen kans op verbetering is.

In dit verslagjaar kregen de commissies ook gevallen voorgelegd waarin sprake was van een opeenhoping van meerdere ouderdomskwalen. Hierbij gaan de commissies zeer nauwkeurig na hoe het proces tussen arts en patiënt is verlopen, welke factoren het lijden voor de patiënt ondraaglijk maakten en op welke wijze de arts de overtuiging heeft gekregen dat het lijden voor de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was. De onderstaande casus geeft hiervan een voorbeeld.

casus 9

Een patiënt van 82 jaar leed aan een opeenstapeling van ouderdomskwalen. Sinds 1980 had hij glaucoom waarvoor hij meerdere operaties onderging. Zijn gezichtsvermogen verslechterde in de loop van de tijd steeds meer. Ook had hij sinds de jaren 80 diabetes en hypertensie. In 1997 kreeg patiënt een multi-infarct brain waarna er sprake was van matig tot ernstig geheugenverlies. Ongeveer een maand vóór zijn overlijden kreeg hij een CVA waarna er gedurende enige dagen verlamingsverschijnselen optraden. Na dit CVA was patiënt geheel blind geworden en gebleven. De arts werd door de commissie gevraagd nadere (schriftelijke) informatie te verstrekken en werd daarna tevens door de commissie gehoord. De arts benadrukte dat patiënt naast zijn blindheid aan diverse ernstige aandoeningen leed, waaronder ernstig vaatlijden op meerdere plaatsen in het lichaam (hersenen, hart en benen, gepaard gaande met zweren) en herhaalde herseninfarcten, waardoor tot driemaal toe verlamingsverschijnselen en geheugenstoornissen optraden. Een andere handicap was dat hij zeer moeilijk liep door een doof gevoel in de voeten wellicht veroorzaakt door de suikerziekte en evenwichtstoornissen. Door de blindheid en het geheugenverlies en daarnaast nog het verlies van zijn echtgenote en zoon, ervoer patiënt zijn leven als zinloos en ondraaglijk. Daarbij was hij zich er goed van bewust dat zich elk moment een nieuw CVA kon voordoen, hetgeen tot verdergaande invaliditeit zou leiden. De angst van patiënt daarvoor was volgens de arts zeer reëel. Nadat hij jarenlang onder zijn slechtiendheid geleden had, wilde hij volledige blindheid niet aanvaarden. Nog meer lijden was voor hem onverdraaglijk.

De arts verklaarde dat er geen mogelijkheden meer waren voor verbetering van de aandoeningen. De arts had patiënt antidepressiva en hulp van een psycholoog aangeboden, maar dit werd door patiënt afgewezen, omdat dit geen verbetering zou brengen in zijn lichamelijke handicaps. De arts verklaarde zowel schriftelijk als mondeling dat hij er in de loop van de tijd van overtuigd was geraakt dat patiënt uitzichtloos en ondraaglijk leed.

De laatste week van zijn leven weigerde patiënt te eten en te drinken, waardoor de diabetes werd ontregeld. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, gelet op de dehydratie en ontregelde diabetes, binnen één week zou komen te overlijden. De consulent concludeerde dat het euthanasieverzoek voldeed aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria. Alles overwegende en gelet op de toelichting van de arts, was de commissie van oordeel dat er naar heersend medisch

inzicht sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts had naar het oordeel van de commissie overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen gehandeld.

In het afgelopen jaar zijn de commissies een aantal keren geconfronteerd met meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij patiënten die op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging niet meer aanspreekbaar waren. De patiënt had vlak voor het moment van de uitvoering het bewustzijn verloren, bijvoorbeeld door ophoging van de medicatie (morfine).

Hoewel binnen de medische beroepsgroep in het algemeen wordt aangenomen dat een patiënt in comateuze toestand niet (ondraaglijk) kan lijden, kunnen bijzondere feiten en omstandigheden van het geval voor de commissies aanleiding zijn om te beslissen dat de arts bij de uitvoering van de euthanasie toch overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Belangrijk element in deze problematiek kan zijn de vraag of de comateuze toestand reversibel is. De omstandigheden waarin de patiënt zich bevond – voordat hij in een bewusteloze toestand geraakte – kunnen van dien aard zijn, dat het weer bij (laten) komen van de patiënt in die omstandigheden niet humaan is. Ook andere factoren, zoals de uitdrukkelijk geuite wens van de patiënt over een eventuele comateuze situatie, spelen mee bij de afweging. In het algemeen zijn de commissies echter van mening dat artsen zich in dergelijke situaties zeer terughoudend moeten opstellen. Vaak kan een natuurlijke dood worden afgewacht. Het zijn echter de concrete feiten en omstandigheden in een specifieke zaak die doorslaggevend zijn voor de beslissing van de commissie of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

casus 10

Een 96-jarige patiënte leed aan diverse aandoeningen. Zij onderging in 1992 een dikke darmoperatie wegens een coloncarcinoom. Vanaf 1999 had zij herhaaldelijk urineweginfecties. Verder leed zij aan anemie, hypertensie en hypothyreoïdie. Sinds 2002 had patiënte meerdere herseninfarcten gehad. Een verder onderzoek naar een eventueel darmcarcinoom werd nog overwogen, maar werd door patiënte van de hand gewezen. Een week voor haar overlijden bleek er bovendien sprake van pomptfalen. Patiënte was kortademig bij geringe inspanning en in rust en incidenteel incontinent voor urine en faeces. Ze werd behandeld met diverse medicijnen. Genezing was niet mogelijk.

De laatste maanden ging patiënte lichamelijk snel achteruit. Haar lijden bestond uit intense moeheid en benauwdheid. Als altijd actieve en zelfstandige vrouw was de toenemende afhankelijkheid voor haar ondraaglijk. De incontinentie vond zij ontluisterend. Patiënte woonde zelfstandig in een serviceflat. De laatste dagen werd zij door haar kinderen verzorgd, zeer tegen haar zin. Naast de gegeven medicatie waren er geen mogelijkheden meer het lijden te verlichten. Patiënte werd door de arts voldoende voorgelicht over haar situatie en vooruitzichten. Op de dag van de uitvoering was patiënte niet meer aanspreekbaar. Naar aanleiding van deze situatie vroeg de commissie de arts om nadere schriftelijke informatie. Daarin vermeldde de arts dat hij – gezien de toenemende benauwdheid en pijnklachten van patiënte en in afwachting van het consultatieverslag – in overleg met patiënte en in het bijzijn van haar zoons een paar dagen vóór haar overlijden met toediening van morfine was begonnen. Patiënte was bang dat ze niet meer bij kennis zou zijn als gevolg van de medicatie. Met patiënte en haar zoons werd afgesproken dat, als patiënte een paar dagen later niet zou zijn overleden, de levensbeëindiging op een van te voren afgesproken dag zou plaatsvinden, ook al was patiënte niet meer bij kennis. Hierna verslechterde de toestand. Patiënte werd kortademig, was niet meer aanspreekbaar en erg onrustig. In de avond werd ze extreem angstig, benauwd en verward. De arts diende hierop naast de reeds toegediende morfine, Haldol en Dormicum toe. Hierna is patiënte niet meer wakker geworden.

Patiënte was inmiddels in een situatie geraakt, waarvan zij eerder had aangegeven deze absoluut niet te willen. Haar eerder geuite wens om niet meer gewassen te worden, werd door haar zoons gerespecteerd. Patiënte lag in haar eigen vuil en kreeg decubitus. Ondanks de uitleg van de arts aan de zoons dat patiënte in deze omstandigheid formeel niet leed en van de lichamelijke verzorging niets zou merken, wilden de zoons de wensen van hun moeder respecteren.

Patiënte had vanaf 1993 regelmatig om levensbeëindiging verzocht, maar kwam er op terug als het weer beter ging. In 1993 had zij een NVVE-verklaring ondertekend. Hierin had zij een aanvulling opgenomen betreffende euthanasie in het geval van een coma. Vanaf juli 2001 had zij regelmatig met de arts over levensbeëindiging gesproken. In maart 2002 gaf zij aan niet verder te willen leven. Zij had in een laatste schriftelijke wilsverklaring aangegeven haar leven door euthanasie te willen laten beëindigen en deze verklaring ondertekend. Op het laatst had patiënte met de arts afgesproken dat de euthanasie zou worden uitgevoerd als zij op de afgesproken datum nog niet op natuurlijke wijze was overleden.

De consulent – een SCEN-arts – was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft patiënte in bijzijn van haar kinderen intraveneus 10 milligram Pavulon toegediend. (Aangezien patiënte op het moment van de uitvoering reeds comateus was hoefde geen middel te worden gegeven om het coma te induceren.)

De commissie overwoog ten aanzien van deze melding het volgende.

In het geval van een coma is algemeen geaccepteerd dat een patiënt niet lijdt. Hier was de vraag of in dit specifieke geval – waarbij de verwachting was dat patiënte op korte termijn een natuurlijke dood zou sterven – actief ingrijpen noodzakelijk of wenselijk was. Gelet op de toelichting van de arts dat de situatie van patiënte (mede) ten gevolge van de medicatie was ontstaan, meende de commissie dat er sprake was van een mogelijk reversibel coma. Het weer bij laten komen van patiënte was echter onder deze omstandigheden niet humaan en derhalve niet opportuun. Wel was de commissie van mening dat van de arts onder deze omstandigheden een grotere terughoudendheid verwacht had mogen worden bij het doen van een toezegging tot uitvoering van de euthanasie. Gelet echter op de wilsverklaring van patiënte uit 1993, schriftelijk bevestigd in 2002 en mondeling herhaald vlak voor zij niet meer aanspreekbaar was, alsmede het door de arts beschreven lijden, op basis waarvan de arts overtuigd was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, kwam de commissie tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Voorlichting aan de patiënt; is er geen redelijke andere oplossing?

De commissies beoordelen voorts of en op welke wijze de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten (artikel 2, eerste lid, sub c, WTL). Was de patiënt voldoende op de hoogte van de diagnose en prognose? Specifiek aandachtspunt hierbij is de mogelijkheid van palliatieve zorg. Bij onduidelijkheden worden hierover door de commissies vragen gesteld. Zijn de behandelmogelijkheden met patiënt besproken, wat is er op het gebied van palliatie gedaan en met welk resultaat? Hierbij geldt dat de arts samen met de patiënt tot de overtuiging moet zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing aanwezig was (artikel 2, eerste lid, sub d, WTL). Het betekent niet dat ook iedere palliatieve behandeling moet worden geprobeerd. Er kan op goede gronden worden afgezien van een behandeling. Sommige palliatieve behandelingen hebben bijwerkingen die voor de patiënt moeilijk te verdragen zijn. Het komt bijvoorbeeld voor dat een patiënt geen (verdere) ophoging van de dosis morfine wil vanwege een mogelijk verlies van bewustzijn. Ook geven palliatieve behandelingen met radiotherapie soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet (meer) opweegt tegen de nadelen ervan. In andere gevallen is vervoer naar de plaats van behandeling voor de patiënt te belastend. Als een patiënt een palliatieve behandeling om dergelijke rede-

nen weigert, kan dat redelijk zijn. Een dergelijke weigering hoeft inwilliging van het euthanasieverzoek dan ook niet in de weg te staan. Soms weigert een patiënt echter een op het eerste gezicht weinig ingrijpende palliatieve behandeling. Het kan dan gaan om een 'redelijk andere oplossing'. Van de arts wordt in zo'n geval verwacht hierover met de patiënt te spreken. De commissies achten het van belang dat er door de verslaglegging inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de arts met deze situatie is omgegaan.

casus 11

Bij een 81-jarige patiënt werd in mei 2002 een gemetastaseerd coloncarcinoom vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt verzocht de arts om uitvoering van de euthanasie en weigerde iedere palliatieve behandeling. Voor de commissie werd uit de meldingsgegevens niet duidelijk of er, en zo ja, welke behandelalternatieven aanwezig waren. De arts werd daarom gevraagd een nadere toelichting te geven. In zijn schriftelijke toelichting vermeldde de arts dat er reeds sprake was van doorgroei van de tumor in de buikwand. Ook werden levermetastasen en peritonitis carcinomatosa geconstateerd. De prognose was op korte termijn infaust. Tijdens de operatieve ingreep bleek bovendien dat er sprake was van een langer dan 24-uur bestaande perforatie van de darm met faecale peritonitis. Als gevolg hiervan was de kans groot dat het postoperatieve beloop gecompliceerd zou zijn. Een palliatieve behandeling met chemotherapie was pas mogelijk als patiënt hersteld zou zijn van deze ingreep. De kans op succes van de chemotherapie werd geschat op 25 procent. De arts gaf aan deze situatie meerdere malen met patiënt te hebben besproken. Patiënt zelf wees de behandeling af, gelet op het gecompliceerde postoperatieve herstel en de geringe kans van slagen van de chemotherapie. Dit was voor de arts aanvaardbaar. Na deze toelichting van de arts, was het ook voor de commissie duidelijk dat hier de zwaarte van de behandeling het effect oversteeg. Er was geen sprake van een reëel behandelingsalternatief. De commissie was van oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

III. Consultatie

Eén van de zorgvuldigheidseisen betreft de consultatie door een tweede onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen (artikel 2, eerste lid, onder e. WTL). De consulent moet derhalve zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt inclusief de vraag of er nog alternatieven waren om dat lijden te verlichten, alsmede over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Dit betekent dat de arts onafhankelijk moet zijn ten opzichte van de patiënt, hetgeen inhoudt dat hij geen medebehandelaar of familie mag zijn, maar ook dat hij in beginsel niet bekend mag zijn met de patiënt in het kader van waarneming. Daarnaast moet de consulent onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts die de euthanasie verricht of de hulp bij zelfdoding verleent. Dit houdt in dat er in beginsel geen familieband of ondergeschikte relatie mag zijn tussen de arts en de consulent of dat beiden in dezelfde maatschap zitten.

Het vereiste dat de consulent de patiënt moet hebben gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, gold reeds ten tijde van de oude regeling (voor 1 april 2002), maar is nu expliciet opgenomen in de wet. Het niet voldoen aan dit vereiste, leidt ertoe dat de arts niet voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen. De arts doet er goed aan zich ervan te vergewissen of het consult op de juiste wijze wordt uitgevoerd en vastgelegd.

Een uitvoerig en goed gedocumenteerd verslag van de consulent ondersteunt bovendien de euthanasiemelding en helpt de commissie bij een juiste oordeelsvorming. In het afgelopen verslagjaar zijn de commissies een aantal malen geconfronteerd met

meldingen waarin niet was voldaan aan het consultatievereiste. In de onderstaande casuïstiek werd geoordeeld dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

casus 12

Bij een patiënt van 47 jaar werd in april 2001 een maagcarcinoom vastgesteld, dat in februari 2002 uitgezaaid bleek te zijn naar de lever. Genezing was niet meer mogelijk. De vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, alsmede de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden stonden niet ter discussie. De arts gaf in zijn modelverslag aan dat als consulent was opgetreden een medisch specialist en voegde een specialistenbrief als consultatieverslag bij de melding. In de betreffende brief kwam de euthanasievraag van de patiënt in het geheel niet aan de orde. Uit de bij de melding gevoegde status van patiënt bleek dat de arts de specialist nog tweemaal telefonisch had geconsulteerd. Eenmaal op de dag vóór en eenmaal op de dag van de uitvoering van de euthanasie. Aangezien er bij de melding geen consultatieverslag was gevoegd en ook uit de overige stukken niet kon worden opgemaakt of de geraadpleegde specialist zelf had getoetst of er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, heeft de commissie de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting op zijn verslag.

De arts vertelde de commissie dat zowel het bezoek van patiënt aan de specialist als beide telefoongesprekken van hem met de specialist door hem bedoeld waren als consultatie in de zin van de wet. De arts gaf verder aan in het verleden meerdere malen euthanasie te hebben uitgevoerd met uitsluitend een telefonische raadpleging van de consulent. Volgens de arts had hij daarover van het Openbaar Ministerie nooit een opmerking gekregen.

De commissie heeft vervolgens schriftelijk inlichtingen ingewonnen bij de specialist en gevraagd of hij de raadplegingen van de arts had opgevat als een verzoek tot consultatie in de zin van de wet. De specialist berichtte de commissie expliciet dat dit niet het geval was. Hij had patiënt eenmaal poliklinisch gezien. Hij kon zich niet herinneren dat er tijdens dit bezoek was gesproken over euthanasie. Ook in de twee telefoongesprekken werd hem niet specifiek gevraagd naar zijn mening over levensbeëindiging bij patiënt. Wel was er nog gesproken over het feit dat er voor patiënt geen curatieve behandelopties meer waren en dat het beleid slechts gericht kon zijn op symptoombestrijding.

De commissie was op grond van de verslaglegging, de mondelinge toelichting van de arts en de aanvullende informatie van de specialist van mening dat de arts niet voldaan had aan het vereiste van een onafhankelijke consultatie en dat hij bij de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten.

Het College van procureurs-generaal heeft de commissie na onderzoek laten weten met dit oordeel in te stemmen, maar niet over te gaan tot een strafrechtelijke vervolging. De zaak is wel onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht en er heeft een gesprek met de arts plaatsgevonden.

casus 13

Een patiënte van 80 jaar leed aan gemetastaseerd maagcarcinoom. Een deel van de maag en de dikke darm werd weggenomen. Genezing was niet mogelijk. Patiënt leed ten tijde van het concrete verzoek ondraaglijk door het wachten op de onvermijdelijke dood. Tevens was er sprake van een ernstig ileusbeeld. Een proeflaparatomie wees uit dat er in de buik veel tumoren aanwezig waren. Er waren geen reële mogelijkheden om het lijden van patiënte te verlichten. Haar levensverwachting werd geschat op enkele dagen tot enkele weken. Patiënte bracht vanaf 2000 euthanasie ter sprake. Een actueel verzoek vond plaats in februari 2002. Zij herhaalde haar verzoek na die datum dagelijks, tot aan de dag van haar overlijden.

In deze zaak werd het modelverslag door twee personen ingevuld. Het eerste gedeelte werd door de behandelend arts ingevuld, die zichzelf ook als melder profileerde. De overige vragen werden door een anesthesist beantwoord, die het modelverslag tevens ondertekende. Na een gesprek met de meldend arts werd het de commissie duidelijk dat de anesthesist de feitelijke uitvoerder van de euthanasie was. Er bevond zich tevens een verslag van een consult van hem in het dossier. Uit het gesprek met de behandelend arts van patiënte bleek echter, dat deze de euthanasieprocedure in gang had gezet. Voor de feitelijke uitvoering van de euthanasie had de behandelend arts de anesthesist in consult geroepen. Duidelijk werd dat de bedoeling van het raadplegen van de anesthesist de feitelijke uitvoering van de euthanasie was geweest, dus duidelijk geen consultatie in de zin van de wet. Aangezien de anesthesist op het ogenblik van het gesprek met patiënt al de beoogde uitvoerder was, kon hij daarom niet als onafhankelijk consulent optreden. Nadat de anesthesist patiënt had bezocht vond er geen overleg meer plaats tussen de behandelend arts en de anesthesist. De behandelend arts had geen kennis genomen van het verslag dat de anesthesist naar aanleiding van zijn bezoek had opgesteld. De commissie was van oordeel dat er in deze zaak geen onafhankelijke consultatie had plaatsgevonden. De rol van de meldend arts en de consulent kunnen immers niet verenigd zijn in één en dezelfde persoon. Tevens was de behandelend arts niet aanwezig bij de uitvoering van de euthanasie en bovendien niet op de hoogte wie de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer had verricht. De commissie is van mening dat een arts bij de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek aanwezig moet zijn om daarvoor de volle verantwoordelijkheid te dragen. De commissie oordeelde dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. De beslissing van de commissie is ter kennis gesteld van het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Slechts in een zeer uitzonderlijke situatie kan een consultatie achterwege blijven. Dit is het geval indien er sprake is van een acute noodsituatie. Om dit te voorkomen is het belangrijk dat er een tijdige consultatie plaatsvindt. Dat geldt te meer wanneer zich complicaties kunnen voordoen, zoals bijvoorbeeld het optreden van hersenmetastasen of bijwerkingen als gevolg van het verhogen van de dosis pijnstilling. De communicatie met de patiënt kan dan gestoord raken zodat op dat moment niet onomstotelijk vast komt te staan wat diens wil is.

Een tijdige consultatie kan evenwel een tweede bezoek van de consulent noodzakelijk maken, met name wanneer er tijdens de eerste consultatie nog geen sprake was van ondraaglijk lijden. De consulent maakt dan twee keer een verslag op, waarbij het van belang is dat bij het tweede bezoek de inmiddels ontstane ondraaglijkheid van het lijden wordt geëvalueerd. Het gaat er immers om of de omstandigheden die bij het eerste bezoek voorzienbaar waren actueel zijn geworden. Er doen zich ook gevallen voor, waarbij de patiënt een verzoek doet gericht op de situatie die nog niet aanwezig is tijdens het bezoek van de consulent. Er vindt dan al wel een consultatie plaats omdat de patiënt wil weten of in de (vaak nabije) toekomst zijn verzoek kan worden ingewilligd. Ook in dat geval is een tweede consultatie nodig.

casus 14

Bij een 52-jarige patiënt werd een half jaar voor de levensbeëindiging een inoperabel en stenoserend carcinoom van de dikke darm vastgesteld met buikvliesmetastasen. Gezien de uitgebreidheid van het proces werd chemotherapie niet zinvol geacht. Na twee maanden kreeg patiënt ernstige passageklachten en werd er operatief een overloop aangelegd. Een maand later was patiënt fors afgevallen en was zijn ontlasting waterdun geworden. Hierop werd een gedeelte van de dikke darm en de dunne darm verwijderd. Na deze operatie vroeg patiënt de arts om levensbeëindiging, waarop de arts een consulent raadpleegde. De consulent bezocht patiënt twee weken voor de levensbeëindiging.

Blijkens het eerste verslag van de consulent trof hij patiënt op een bed in de woonkamer aan, zeer zacht sprekend en in een redelijke voedingstoestand. Patiënt leed pijn, was erg moe en had last van obstipatie en misselijkheid. Patiënt maakte op de consulent een enigszins theatrale indruk. Hij veronderstelde dat zijn sterven zeer binnenkort zou plaatsvinden en verlangde er ook naar. Er waren geen symptomen die op een depressie wezen. Op advies van de arts gebruikte patiënt wel Ritalin. Volgens de consulent was het verzoek vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos. Voor de consulent was de ondraaglijkheid van het lijden nog niet volledig invoelbaar. Bovendien was de consulent van mening dat er op palliatief gebied mogelijk nog iets bereikt zou kunnen worden met krachtiger pijnbestrijding. De consulent sprak met de arts af dat de pijnstilling snel naar maximaal zou worden opgevoerd. Mocht dit niet het gewenste resultaat opleveren, dan zou er een tweede consultatie volgen.

Blijkens het tweede verslag van de consulent heeft de arts de consulent tien dagen later opnieuw telefonisch geconsulteerd. Patiënt had inmiddels meer dan tien dagen geen ontlasting meer gehad ondanks medicatie. Er dreigde op korte termijn een ileus met faecaal braken en er waren geen behandelopties meer. Volgens de consulent was er nu wel sprake van ondraaglijk lijden. De consulent concludeerde in zijn verslag dat er nu wel volledig aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

In nagenoeg alle gevallen werd een collega geconsulteerd. Huisartsen vroegen vrijwel altijd een collega-huisarts – vaak een SCEN-arts – in consult en specialisten in de regel één of meer collegae specialisten in hetzelfde ziekenhuis. In enkele gevallen werd tevens een psychiater of psycholoog geraadpleegd om te onderzoeken in hoeverre de patiënt wilsbekwaam was en of er mogelijk sprake was van een psychische of psychiatrische stoornis. In een enkel geval werd een psychiater als enige in consult geroepen. De commissies achten dit in het algemeen minder wenselijk. Immers, de consulent dient naast het vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek ook de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden te toetsen.

IV. Uitvoering

In het algemeen levert het vereiste dat de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig moet worden uitgevoerd, weinig problemen op. In de meeste gevallen wordt voor de methode en de middelen het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) 'Toepassing en bereiding van euthanatica' (1998) gevolgd.

De levensbeëindiging wordt verricht door een actieve handeling van de arts die de euthanatica – meestal intraveneus – aan de patiënt toedient. Om een coma te induceren wordt intraveneus thiopental toegediend, gevolgd door een spierverslapper (bijvoorbeeld pancuronium, atracurium, rocuronium of vecuronium). In een aantal gevallen kiest de patiënt ervoor om zelf de middelen in te nemen. Er is dan (juridisch) sprake van hulp bij zelfdoding. In dat geval drinkt de patiënt zelf een drank bestaande uit een barbituraat. Hoewel de arts niet zelf de middelen toedient – slechts verstrekt – dient hij in het algemeen wel bij de inname aanwezig te blijven. Hij mag de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Een enkele keer gebeurt het dat de patiënt de drank weer uitbraakt, waarna alsnog actief door de arts moet worden ingegrepen.

5. Verslaglegging

Een goed gedocumenteerde melding is van groot belang voor een zorgvuldige toetsing. De commissies toetsen het handelen van de arts immers in eerste instantie op basis van de schriftelijke melding. Een uitgebreid modelverslag van de arts en consultatieverslag van de consulent zorgen er in veel gevallen voor dat het niet nodig is om nog aanvullende (schriftelijke of mondelinge) informatie te vragen bij de arts, de consulent dan wel een andere hulpverlener.

Voor de schriftelijke verslaglegging van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is voor de arts een modelverslag gemaakt, dat in de meeste gevallen ook wordt gebruikt. Het gebruik van het modelverslag is niet verplicht. Ook een door de arts zelf opgesteld verslag wordt door de commissies gehonoreerd, mits daarin aan alle zorgvuldigheidseisen aandacht is besteed. Het blijkt dat in de praktijk vrijwel altijd gebruik wordt gemaakt van het modelverslag.

Bij de inwerkingtreding van de WTL is het modelverslag aan de nieuwe wetgeving aangepast. Inmiddels is door de ministeries van Justitie en van VWS een werkgroep ingesteld die alle modelformulieren voor de melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding tegen het licht gaat houden om te bezien welke verbeteringen kunnen worden aangebracht, zodat de formulieren zo duidelijk mogelijk zijn en nog beter aansluiten bij de meldingspraktijk. De commissies maken deel uit van deze werkgroep.

De commissies hebben gemerkt dat in het afgelopen jaar de verslaglegging door artsen in het algemeen weer is verbeterd. Door voorlichting en feedback van de commissies zijn artsen steeds beter op de hoogte van de wijze waarop de verslaglegging dient plaats te vinden. Toch komt het nog voor dat de vragen in het modelverslag zeer summier beantwoord worden. Dan zien commissies zich vaak genoodzaakt tot het vragen van nadere informatie aan de meldend arts.

Ook de consulent legt zijn bevindingen in een verslag vast. In deze verslaglegging moet de consulent een eigen oordeel met betrekking tot alle zorgvuldigheidseisen formuleren en onderbouwen. Daarnaast dient hij in te gaan op zijn relatie tot de patiënt en de meldend arts.

De commissies hebben geconstateerd dat het gebruik van invulformulieren, waarbij vragen met 'ja' of 'nee' werden beantwoord, sterk verminderd is. In de meeste gevallen was bij de melding een eigen verslag van de consulent bijgevoegd. Wel stellen de commissies vast dat sommige consultatieverslagen nog zeer summier zijn, met name de consultatieverslagen uit de ziekenhuizen. Bij een zeer summiere verslaglegging werd de consulent veelal verzocht (in de toekomst) een uitgebreider verslag op te stellen.

6. Project SCEN

Het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) – inmiddels in heel Nederland actief – leidt artsen op tot consulent bij euthanasie. Tot op heden werden vrijwel alleen huisartsen opgeleid.

In deze cursussen worden alle elementen van de consultatie uitvoerig belicht, zowel wat de medische, ethische als de juridische aspecten betreft. Ook een arts van de commissie en de secretaris leveren door middel van een voordracht een bijdrage aan de cursus. Het is de commissies in dit verslagjaar opnieuw gebleken dat zowel de consultatie als de verslaglegging door dit project aan kwaliteit winnen.

De verslaglegging door medisch specialisten zou echter nog verbeterd kunnen worden. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de consultatie in ziekenhuizen. De commissies hebben zich bereid verklaard aan dit onderzoek hun medewerking te verlenen.

Het project SCEN heeft plannen om de cursus ook aan medisch specialisten aan te bieden als hiervoor financiering beschikbaar komt. De commissies hechten grote waarde aan continuering en uitbreiding van het project, omdat het een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van het zorgvuldig handelen bij euthanasie. De commissies hebben het betrokken ministerie van dit standpunt op de hoogte gebracht.



Bijlage I

Overzicht per regio

Overzicht 1 januari 2002 tot en met 31 december 2002

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 209 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 190 gevallen was er sprake van euthanasie, in 17 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 191 gevallen een huisarts, in 13 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 5 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

De aard van de ziekten was als volgt in te delen:

kanker	184
hart- en vaatziekten	4
ziekten van het zenuwstelsel	6
longziekten, anders dan kanker	5
aids	0
overige ziekten	10

Instelling

De levensbeëindiging vond in 184 gevallen thuis plaats, in 13 gevallen in een ziekenhuis, in 5 gevallen in een verpleeghuis, in 5 gevallen in een verzorgingshuis en in 2 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen. De commissie kwam 14 maal bijeen om de bovenvermelde 209 zaken te bespreken. In dit verslagjaar kwam de commissie in alle gevallen tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 22 dagen.



Overzicht 1 januari 2002 tot en met 31 december 2002

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 430 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 390 gevallen was er sprake van euthanasie, in 34 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 6 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 373 gevallen een huisarts, in 47 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 10 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

De aard van de ziekten was als volgt in te delen:

kanker	377
hart- en vaatziekten	7
ziekten van het zenuwstelsel	18
longziekten, anders dan kanker	11
aids	0
overige ziekten	17

Instelling

De levensbeëindiging vond in 368 gevallen thuis plaats, in 47 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 5 gevallen in een verzorgingshuis en in 1 geval elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 2 gevallen onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 15 maal bijeen om de bovengenoemde 430 zaken te bespreken. In dit verslagjaar kwam de commissie in 2 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 29 dagen.

Overzicht 1 januari 2002 tot en met 31 december 2002

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 528 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 425 gevallen was er sprake van euthanasie, in 89 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 14 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 453 gevallen een huisarts, in 64 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 11 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

De aard van de ziekten was als volgt in te delen:

kanker	458
hart- en vaatziekten	7
ziekten van het zenuwstelsel	6
longziekten, anders dan kanker	13
aids	1
overige ziekten	43

Instelling

De levensbeëindiging vond in 405 gevallen thuis plaats, in 69 gevallen in een ziekenhuis, in 12 gevallen in een verpleeghuis, in 18 gevallen in een verzorgingshuis en in 24 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 1 geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen om de bovengenoemde 528 zaken te bespreken. In dit verslagjaar kwam de commissie in alle gevallen tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 27 dagen.

Overzicht 1 januari 2002 tot en met 31 december 2002

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 420 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 386 gevallen was er sprake van euthanasie, in 33 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 1 geval was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 370 gevallen een huisarts, in 42 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

De aard van de ziekten was als volgt in te delen:

kanker	373
hart en vaatziekten	9
ziekten van het zenuwstelsel	18
longziekten, anders dan kanker	6
aids	1
overige ziekten	13

Instelling

De levensbeëindiging vond in 346 gevallen thuis plaats, in 40 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 18 gevallen in een verzorgingshuis en in 8 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 1 geval niet bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen om de bovengemelde 420 zaken te bespreken. In dit verslagjaar kwam de commissie in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 30 dagen.

Overzicht 1 januari 2002 en met 31 december 2002

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 295 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 281 gevallen was er sprake van euthanasie, in 11 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 246 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

De aard van de ziekten was als volgt in te delen:

kanker	266
hart- en vaatziekten	1
ziekten van het zenuwstelsel	13
longziekten, anders dan kanker	5
aids	1
overige ziekten	9

Instelling

De levensbeëindiging vond in 241 gevallen thuis plaats, in 39 gevallen in het ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 5 gevallen in een verzorgingstehuis en in 2 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 1 geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen om de bovengenoemde 295 zaken te behandelen. In dit verslagjaar kwam de commissie in alle gevallen tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 29 dagen.

Bijlage II

Regeling Regionale toetsingscommissies euthanasie

Staatscourant 1998, nr. 101

Regeling van de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 mei 1998 nr. 698972/98/6, tot instelling van regionale commissies voor de toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie)

Paragraaf 1: Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. de betrokken Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. het Besluit van 19 november 1997 (Stb.550): het Besluit van 19 november 1997 (Stb. 550), houdende vaststelling van de formulieren als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek;
- c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
- d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
- e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk wetboek;
- f. commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 2;
- g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 2: Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 2

1. Er zijn vijf regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 2 van het Besluit van 19 november 1997 (Stb.550).
2. De commissies zijn gevestigd ten kantore van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg te Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch.

Artikel 3

Tot toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is bevoegd:

- a. de commissie te Groningen indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Groningen, Leeuwarden of Assen;
- b. de commissie te Arnhem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Zwolle, Arnhem, Almelo, Zutphen of Utrecht;
- c. de commissie te Haarlem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Alkmaar, Amsterdam of Haarlem;
- d. de commissie te Rijswijk indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Gravenhage, Rotterdam, Dordrecht of Middelburg;
- e. de commissie te 's-Hertogenbosch indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Hertogenbosch, Breda, Roermond of Maastricht.

Artikel 4

1. Een commissie bestaat uit drie leden, waaronder één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

2. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door de betrokken Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
3. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door de betrokken Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
4. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 3: Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door de betrokken Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door de betrokken Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 4: Bezoldiging

Artikel 7

De voorzitter en de leden van een commissie alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 5: Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt de zorgvuldigheid van het handelen van de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend op basis van het verslag van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en de overige bescheiden, genoemd in artikel 2 van het Besluit van 19 november 1997 (Stb. 550).
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

De commissie komt tot het oordeel dat door de arts zorgvuldig is gehandeld, indien:

- a. er sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek,
- b. er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt naar heersend medisch inzicht,
- c. de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, en
- d. de levensbeëindiging medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

Artikel 10

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van de bescheiden als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur. Indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen als genoemd in artikel 9, bevat het oordeel het verzoek aan het Openbaar Ministerie of de regionaal inspecteur om de zaak nader te bezien.
2. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. Een afschrift van het in het eerste lid bedoelde oordeel wordt gelijktijdig gezonden aan de behandelend arts onder de mededeling dat de beslissing of vervolging zal worden ingesteld met betrekking tot het handelen van de arts, is voorbehouden aan het Openbaar Ministerie.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Paragraaf 6: Werkwijze**Artikel 11**

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding op een door de betrokken ministers vastgestelde wijze.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

1. De voorzitters van de commissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies.
2. Bij het in het eerste lid bedoelde overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7: Geheimhouding en verschoning**Artikel 14**

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8: Rapportage

Artikel 17

1. De commissie brengt jaarlijks vóór 1 april aan de betrokken Ministers een verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar.
2. Het in het vorige lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b. de aard van deze gevallen;
 - c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

De betrokken Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het vorige artikel bedoelde verslag van werkzaamheden en voorts met betrekking tot de afdoening van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 9: Slotbepalingen

Artikel 19

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 november 1998.

Artikel 20

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Justitie,
mr. W. Sorgdrager
De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
dr. E. Borst-Eilers



Bijlage III

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp
bij zelfdoding

Staatsblad 2001, nr. 194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)¹

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk 1: Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

- a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
- c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
- d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
- e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
- f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
- g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

Hoofdstuk II. Zorgvuldigheidseisen

Artikel 2

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,

¹ Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal: Kamerstukken II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691.

Handelingen II 2000/2001, blz. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375.

Kamerstukken I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (herdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h).

Handelingen I 2000/2001, zie vergadering d.d. 10 april 2001.

- 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.
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.
 3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
 4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

Hoofdstuk III. Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Paragraaf 1: Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidelijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2: Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3: Bezoldiging**Artikel 7**

De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4: Taken en bevoegdheden**Artikel 8**

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
 - a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
 - b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.
De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

- 1° ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
- 2° ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6: Werkwijze**Artikel 11**

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7: Geheimhouding en verschoning**Artikel 14**

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8: Rapportage**Artikel 17**

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b. de aard van deze gevallen;
 - c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
 - a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
 - b. hun vestigingsplaats.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
 - a. hun omvang en samenstelling;
 - b. hun werkwijze en verslaglegging.

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht² wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

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

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

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

C

In artikel 295 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.

D

In artikel 422 wordt na «293» toegevoegd: , eerste lid,.

Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging³ wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de medede-

2 Laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 70.

3 Stb. 1991, 133, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 1 juli 1998, Stb. 466.

ling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

1. De vorm en de inrichting van de modellen van de verklaring van overlijden, af te geven door de behandelende arts en door de gemeentelijke lijkschouwer, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur.
2. De vorm en de inrichting van de modellen van de mededeling en het verslag, bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de mededeling bedoeld in artikel 7, derde lid en van de formulieren bedoeld in artikel 10, eerste en tweede lid, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

1. Indien de gemeentelijke lijkschouwer meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, brengt hij door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de officier van justitie en waarschuwt hij onverwijld de ambtenaar van de burgerlijke stand.
2. Onverminderd het eerste lid brengt de gemeentelijke lijkschouwer, indien sprake is van een mededeling als bedoeld in artikel 7, tweede lid, door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hij zendt het beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7, tweede lid, mee.

D

Aan artikel 12 wordt een volzin toegevoegd, luidende: Indien de officier van justitie in de gevallen als bedoeld in artikel 7, tweede lid, meent niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan, stelt hij de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, hiervan onverwijld in kennis.

E

In artikel 81, eerste onderdeel, wordt «7, eerste lid» vervangen door: 7, eerste en tweede lid,.

Artikel 22

De Algemene wet bestuursrecht⁴ wordt als volgt gewijzigd. In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende: e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

4 Stb. 1998, 1, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 71.

Hoofdstuk V. Slotbepalingen

Artikel 23

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24

Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals
De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

Bijlage IV

*Besluit van 6 maart 2002, houdende
vaststelling van regels met betrekking tot
de commissies, bedoeld in artikel 19 van
de Wet toetsing levens-beëindiging op
verzoek en hulp bij zelfdoding*

Staatsblad 2002, nr. 141

Besluit van 6 maart 2002, houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies, bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Justitie van 13 november 2001, nummer 5133198/01/6, gedaan mede namens Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Gelet op artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding;

De Raad van State gehoord (advies van 28 januari 2002, nr. WO3.01.0608/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Justitie van 25 februari 2002, nr. 5151613/02/6, uitgebracht mede namens Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk I. Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. de wet: de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding;
- b. arrondissementen: de arrondissementen, bedoeld in de Wet op de rechterlijke indeling;
- c. de zorgvuldigheidseisen: de zorgvuldigheidseisen, omschreven in artikel 2 van de wet.

Hoofdstuk II. Commissies

Artikel 2

1. Er zijn vijf regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 3 van de wet.
2. De commissies zijn gevestigd te Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch.

Artikel 3

Tot toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is bevoegd:

- a. de commissie te Groningen indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Groningen, Leeuwarden, of Assen;
- b. de commissie te Arnhem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Zwolle, Arnhem, Almelo, Zutphen of Utrecht;
- c. de commissie te Haarlem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Alkmaar, Amsterdam of Haarlem;
- d. de commissie te Rijswijk indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Gravenhage, Rotterdam, Dordrecht of Middelburg;
- e. de commissie te 's-Hertogenbosch indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Hertogenbosch, Breda, Roermond of Maastricht.

Artikel 4

1. Op de voordracht van de voorzitters wijzen Onze Ministers een coördinerend voorzitter aan.
2. De coördinerend voorzitter heeft in ieder geval tot taak:
 - a. het initiëren en voorzitten van overleg tussen de voorzitters;

- b. het zorgdragen, na overleg met de voorzitters, voor het opstellen van richtlijnen met betrekking tot de voorlichtingsactiviteiten;
- c. het vertegenwoordigen van de voorzitters;
- d. het geven van aanwijzingen aan de algemeen secretaris, bedoeld in artikel 6, eerste lid.

Artikel 5

1. De voorzitters stellen richtlijnen vast voor de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen en de daarbij te volgen procedure.
2. Deze richtlijnen bevatten in ieder geval regels omtrent:
 - a. de wijze waarop de gemelde gevallen aan de zorgvuldigheidseisen worden getoetst;
 - b. de gevallen waarin de behandelende arts in ieder geval wordt gehoord;
 - c. de wijze waarop de inlichtingen, bedoeld in artikel 8, tweede en derde lid, van de wet worden vastgelegd.

Artikel 6

1. Onze Ministers wijzen een algemeen secretaris aan.
2. De algemeen secretaris heeft in ieder geval tot taak:
 - a. het coördineren van de functionele en beheersmatige werkzaamheden van de secretarissen;
 - b. het coördineren van het opstellen van het jaarverslag;
 - c. het initiëren van overleg tussen de secretarissen;
 - d. het verstrekken van alle gevraagde inlichtingen aan Onze Ministers;
 - e. het vertegenwoordigen van de secretarissen.
3. De voorzitters, plaatsvervangend voorzitters en de secretarissen van de commissies geven met het oog op de taken, bedoeld in het tweede lid, aan de algemeen secretaris alle gevraagde inlichtingen.

Artikel 7

1. Onze Ministers winnen het gevoel van de desbetreffende commissie in met betrekking tot een overeenkomstig artikel 4, eerste lid, van de Wet, naar verwachting te benoemen voorzitter, lid of plaatsvervangend lid.
2. Indien de benoeming een arts betreft wordt tevens het gevoel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ingewonnen.

Artikel II

De Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie wordt ingetrokken.

Artikel III

Dit besluit treedt in werking op het tijdstip waarop de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking treedt.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 6 maart 2002

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

Uitgegeven de negentiende maart 2002

De Minister van Justitie,

A.H. Korthals

Colofon

Uitgave

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Bestellen

Het jaarverslag is te bestellen bij:

Ministerie van VWS

Directie Voorlichting en Communicatie

telefoon 070 340 7890 maandag t/m vrijdag

9.00 - 17.00 uur

fax 070 340 6251.

Het jaarverslag is ook beschikbaar op de Internet-site van het ministerie:

www.minvws.nl

Ministerie van Justitie

Directie Voorlichting, afdeling In- en Externe

Communicatie

telefoon 070 370 6850 maandag t/m vrijdag

9.00 - 17.00 uur

fax 070 370 7594.

Het jaarverslag is ook beschikbaar op de Internet-site van het ministerie:

www.justitie.nl

Vormgeving

Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

April, 2003

DVC 03-0025

Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2002

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Voorzitter: mr. R.J.C. Wessels

Ethicus: prof. dr. R. Veldhuis

Arts: dr. J.H. Zwaveling

Plv. voorzitter: mw. drs. J.H.W. Kits Nieuwenkamp-
Storm van 's Gravesande

Plv. ethicus: mw. drs. L.S. van Epenhuysen

Plv. arts: dr. J. Schuling

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager

Ethicus: dr. J.J.M. van Delden

Arts: drs. E.H. Hochheimer

Plv. voorzitter: mr. J.E.B. van Julsingha

Plv. ethicus: prof. dr. H.A.M. Manschot

Plv. arts: drs. H.H.M. Hassing

Regio 3 Noord-Holland

Voorzitter: mw. mr. W.G. Schimmel-Bonder

Ethicus: prof. dr. E. van Leeuwen

Arts: dr. C.D. van der Does (tot 1 februari 2002)

dr. P. Portegies (m.i.v. 1 februari 2002)

Plv. voorzitter: mr. C. van Steenderen

Plv. ethicus: mw. Y. Orobio de Castro

Plv. arts: dr. P. Portegies (tot 1 februari 2002)

dr. N.P. van Duijn (m.i.v. 1 februari 2002)

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland

Voorzitter: mr. J.J.H. Suyver

Ethicus: prof. dr. G.A. den Hartogh

Arts: mw. drs. J.M.G. Lanphen (tot 1 oktober 2002)

drs. G.K. Kimsma (m.i.v. 1 oktober 2002)

Plv. voorzitter: mw. mr. M.E.A. Wildenburg

Plv. ethicus: mw. prof. dr. M.A. Verkerk

Plv. arts: drs. G.K. Kimsma (tot 1 oktober 2002)

mw. drs. J.A. Schulkes-van der Pol (m.i.v. 1 oktober 2002)

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg

Voorzitter: mw. mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Ethicus: prof. dr. G.A.M. Widdershoven

Arts: drs. J. Douma

Plv. voorzitter: prof. mr. C. Kelk

Plv. ethicus: prof. dr. R.H.J. ter Meulen

Plv. arts: drs. E. Hendriksen



Regionale toetsingscommissies euthanasie