



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2005

Colofon

Uitgave

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Internetadres

www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

Bestellen

Het jaarverslag 2005 is te bestellen via

Postbus 51

Op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 21.00 uur.

Telefoon 0800-8051 (gratis)

Het jaarverslag is beschikbaar via

www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

www.minvws.nl

www.justitie.nl

Vormgeving

Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

april, 2006

Inhoud

Voorwoord	4
Hoofdstuk I	
Werkzaamheden van de commissies	5
1. Wettelijk kader en rol commissies	5
2. Ontwikkelingen in 2005	8
Hoofdstuk II	
Totaaloverzicht meldingen	10
Hoofdstuk III	
Zorgvuldigheidseisen	
1. Zorgvuldigheidseisen algemeen	12
2. Zorgvuldigheidseisen specifiek	14
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	14
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	19
c. Voorlichting aan de patiënt	23
d. Geen redelijke andere oplossing	23
e. Onafhankelijke consultatie	24
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	31

Bijlagen

I Overzicht van meldingen per regio	
A. Groningen, Friesland en Drenthe	38
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	39
C. Noord-Holland	40
D. Zuid-Holland en Zeeland	41
E. Noord-Brabant en Limburg	42
II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	43
III Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding	51
IV Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie	55

Voorwoord

Op grond van artikel 17 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding brengen de regionale toetsingscommissies euthanasie jaarlijks een verslag uit.

Voor U ligt het zevende jaarverslag, waarin verslag wordt gedaan van de werkzaamheden van de toetsingscommissies in 2005.

In het afgelopen kalenderjaar is vooral in het buitenland door de media veel aandacht besteed aan het onderwerp euthanasie. In Nederland zijn echter op het gebied van levensbeëindigend handelen ook enkele interessante ontwikkelingen te melden. Er is (mede in het kader van de strafzaak Vencken) uitvoerig gediscussieerd over het verschil tussen euthanasie en terminale sedatie, ook wel palliatieve sedatie genoemd. De artsenfederatie KNMG heeft begin december hierover een richtlijn gepresenteerd. Verder heeft de regering in het najaar van 2005 ingestemd met het instellen van een landelijke toetsingscommissie in geval van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging door artsen bij pasgeborenen.

Wat de cijfers betreft, is er sprake van lichte stijging van het aantal meldingen.

In 2005 zijn 1933 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld.

In het jaar 2004 waren er 1886 meldingen en in 2003 kwamen er 1815 meldingen binnen. De commissies hebben in 2005 in drie zaken geoordeeld, dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Evenals in voorgaande jaren wordt ook in dit jaarverslag weer een aantal in 2005 ontvangen meldingen besproken, waarmee inzicht wordt gegeven in de door de commissies bij de beoordeling gemaakte afwegingen.

Vanaf mei 2006 kunt u de (geanonimiseerde) oordelen vinden op de nieuwe website van de toetsingscommissies www.toetsingscommissies euthanasie.nl.

De vele werkzaamheden in verband met het bouwen van deze website hebben in 2005 plaats gevonden. Het bleek met name geen eenvoudige opgave de oordelen te anonimiseren en de informatiewaarde zo goed mogelijk te bewaren.

Zeer specifieke (mogelijk) tot een individueel persoon herleidbare informatie zal niet (meer) in een oordeel kunnen worden opgenomen. Het is van belang, dat de lezer zich dat realiseert.

Met de staatssecretaris van VWS gaan wij ervan uit dat met het openbaar maken van onze oordelen de meldingsbereidheid nog verder zal toenemen en ook de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen nog zal worden verbeterd.

Arnhem, april 2006

mr R.P de Valk-van Marwijk Kooy

Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Hoofdstuk I

Werkzaamheden van de commissies

1. Wettelijk kader en rol commissies

Het Nederlandse strafrecht stelt het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen strafbaar (artikel 293, eerste lid, Sr.). Daarnaast is bepaald dat dit feit niet strafbaar is wanneer het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, zoals bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) en die daarvan melding doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Over hulp bij zelfdoding is een vergelijkbare bepaling in de strafwet opgenomen (artikel 294 Sr.). Het Wetboek van Strafrecht bepaalt daarmee dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in bepaalde omstandigheden niet strafbaar zijn.

De WTL schrijft vervolgens voor dat er regionale toetsingscommissies zijn (hierna: commissies) die tot taak hebben de meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te toetsen. Ook zijn de zorgvuldigheidseisen waaraan de arts zich moet houden in die wet opgenomen. Op basis van de WTL voeren de commissies hun hoofdtaak uit. Zij toetsen meldingen van levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) en hulp bij zelfdoding. Bij euthanasie dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding stelt de arts de middelen ter beschikking die vervolgens door de patiënt worden ingenomen.

Wanneer een arts een leven op verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, meldt hij dat aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het modelverslag¹. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld en controleert of alle vereiste bijlagen aanwezig zijn. De verklaring van de geconsulteerde arts en -indien van toepassing- de schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd. De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en overige relevante stukken mee.

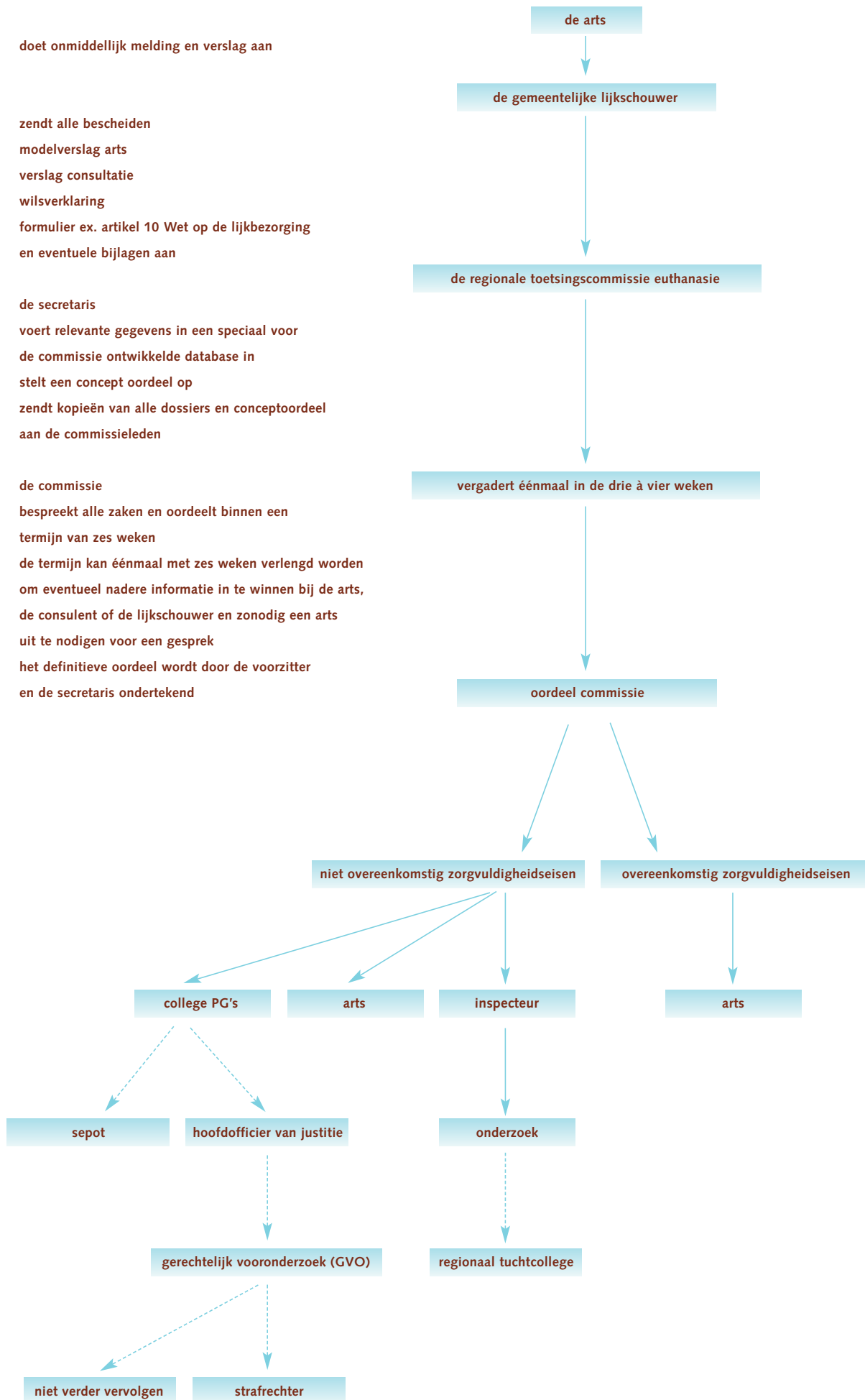
In ons land bestaan vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden is bepalend voor het antwoord op de vraag welke commissie bevoegd is de melding te behandelen. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De secretarissen en de ondersteunend medewerkers vormen het secretariaat van de commissies. Het secretariaat heeft als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden.

De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. De arts kan in dat geval worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. Wat meer voorkomt is dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op vragen te reageren. Ook komt het regelmatig voor dat door de commissie telefonisch contact met een arts wordt opgenomen en de gevraagde informatie mondeling op die manier wordt gegeven. Binnen zes weken ontvangt de arts van de commissie bericht over het oordeel.

¹ Dit formulier is te vinden op www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

Schema

- doet onmiddellijk melding en verslag aan
 - melding arts
 - verslag 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 consulent of de lijkschouwer en zonodig een arts uit te nodigen voor een gesprek
 - het definitieve oordeel wordt door de voorzitter en de secretaris ondertekend



Deze termijn kan éénmaal worden verlengd. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.

De commissies zijn tot oordelen bevoegd als sprake is van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, uitgevoerd door een arts. In een aantal gevallen zijn de commissies niet bevoegd² een melding in behandeling te nemen.

Wanneer een arts zonder uitdrukkelijk verzoek van een patiënt tot levensbeëindiging overgaat, dient de gemeentelijke lijkschouwer de zaak direct te zenden aan de desbetreffende officier van justitie. De toetsingsprocedure zoals genoemd in de WTL is daarvoor niet bedoeld.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een – multidisciplinair – oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de voorgeschreven zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd. In een zeer beperkt aantal gevallen – in 2005 driemaal – komen de commissies tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig (één of meer van) de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In zo'n geval wordt het oordeel gezonden aan het College van Procureurs-Generaal en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het genoemde college bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan.

De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of het handelen van de arts een vervolgdient te krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van het voeren van een gesprek met een arts of het aanhangig maken van een tuchtzaak. Met het College en de Inspectie voeren de commissies jaarlijks overleg.

De wetgeving op het gebied van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding heeft tot doel de kwaliteit van levensbeëindigend handelen door artsen te bewaken en te bevorderen. Het uitgangspunt daarbij is dat levensbeëindigend handelen in openheid plaatsvindt. In de wet- en regelgeving wordt het toetsingskader gegeven in de vorm van zorgvuldigheidseisen. De commissies passen dit kader toe en vervullen daarmee hun hoofdtaak: het toetsen van meldingen. Zij dragen daarmee bij aan de zorgvuldigheid rondom levensbeëindigend handelen.

Daarnaast dragen zij actief bij aan de verhoging van de kwaliteit van dit handelen in het algemeen, onder meer via het geven van voorlichting. De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN).

Verder geven ze presentaties aan GGD's, huisartsenverenigingen en buitenlandse delegaties. Daarbij besteden zij aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht aan de geldende procedure en de zorgvuldigheidseisen.

In 2005 zijn voorbereidingen getroffen om de website www.toetsingscommissies euthanasie.nl te vernieuwen en daarop ook de oordelen van de commissies in anonieme vorm te publiceren. Daarmee wordt beoogd meer inzicht te geven in de werkwijze van de commissies.

Het is voor de commissies geen eenvoudige opgave om in het oordeel zoveel mogelijk de informatiewaarde te behouden, terwijl de tot een individuele persoon herleidbare informatie daarin niet (meer) kan worden opgenomen. In de voorbereidingen van het publiceren van de oordelen op de website is hieraan veel aandacht besteed.

Om de uniformiteit van de oordelen te bewaken overleggen de voorzitters van de commissies en hun plaatsvervaarders regelmatig met elkaar. Daarnaast gelden werkafspraken. Is bijvoorbeeld een commissie voornemens tot het oordeel te komen dat een arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, dan wordt het concept-oordeel door alle (plaatsvervaardend) voorzitters van commentaar voorzien, zodat de betreffende commissie mede met inachtneming daarvan haar oordeel geeft.

² Zie artikel 1, tweede lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 18 juni 2003.

2. Ontwikkelingen in 2005

Tegen de achtergrond van de werkzaamheden van de commissies is een aantal ontwikkelingen relevant. Het meldingsgedrag van de artsen blijft voor de commissies steeds een punt van aandacht.

Meldingsbereidheid en aantal meldingen in 2005

Een hoog meldingspercentage maakt de wijze waarop in de praktijk met euthanasie wordt omgegaan transparant en dat is, na het bewaken en stimuleren van de zorgvuldigheid, een belangrijk doel van het beleid.

In dit verband wordt er nadrukkelijk op gewezen dat een daling of stijging van het aantal meldingen nog niets zegt over de meldingsbereidheid van artsen. Immers, om de meldingsbereidheid te bepalen moet duidelijk zijn hoe het aantal meldingen zich verhoudt ten opzichte van het totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland.

Uit evaluatieonderzoek van de toetsingsprocedure euthanasie 1998-2002 bleek dat in 1990 18% van het aantal gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding werd gemeld en dat dit percentage in 1995 41% was en in 2001 54 %³. Dit verslagjaar ontvingen de commissies 1933 meldingen van euthanasie en van hulp bij zelfdoding. In 2004 waren dat 1886 meldingen.

Palliatieve sedatie

De maatschappelijke discussie over palliatieve sedatie in relatie tot euthanasie werd ook in het verslagjaar gevoerd. In december 2005 is de KNMG richtlijn palliatieve sedatie gepubliceerd⁴. Deze richtlijn geeft helderheid over de bedoelde verhouding. Palliatieve sedatie heeft als doel refractaire symptomen te verlichten, symptomen die gepaard gaan met ernstig lijden dat niet op andere wijze kan worden verlicht. Indien de sedatie op de juiste wijze, dat wil zeggen met sedativa (benzodiazepines) in de juiste dosering, wordt uitgevoerd, is een levensbekortend effect zelfs niet mogelijk. Zorgvuldig uitgevoerde palliatieve sedatie is dan ook normaal medisch handelen en kan niet worden beschouwd als euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek. Bij een diepe sedatie die bedoeld is tot het overlijden te worden volgehouden, wordt veelal afgezien van het toedienen van vocht en voedsel omdat dit medisch zinloos handelen zou zijn. Volgens de richtlijn is dit aanvaardbaar bij een levensverwachting van, in het algemeen, maximaal één à twee weken.

In een aantal situaties van ernstig lijden door refractaire symptomen kunnen zowel palliatieve sedatie als euthanasie als uitweg overwogen worden. Open overleg tussen arts en patiënt over deze keuze is dan aangewezen.

De patiënt kan goede redenen hebben om aan euthanasie de voorkeur te geven boven palliatieve sedatie.

Bijvoorbeeld omdat de patiënt in de laatste dagen wil blijven communiceren met zijn naasten en daarom niet wil komen in een situatie van verlaagd bewustzijn of omdat de patiënt niet wil sterven in een geseedeerde toestand⁵.

In het voorjaar van 2005 zijn alle commissieleden en hun plaatsvervaarders bij elkaar gekomen om over dit onderwerp van gedachten te wisselen.

In het verslagjaar hebben de commissies een melding ontvangen van een arts die een patiënte palliatief seedeerde en haar vocht en voeding onthield. De commissie die de melding behandelde heeft zich onbevoegd verklaard omdat het in deze kwestie geen euthanasie betrof, maar normaal medisch handelen.

3 Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Door: G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen en P.J. van der Maas; Amsterdam/Rotterdam, 2003.

4 Zie website van de KNMG.

5 Zie Dick Willems, Preadvies Nederlandse vereniging voor Bio ethiek, Opvattingen over de goede dood.

Euthanasie en dementie

In 2005 hebben de commissies enkele meldingen ontvangen van euthanasie bij een patiënt met dementie (zie casus 4). In deze gevallen betrof het patiënten in een relatief vroeg stadium van de ziekte.

In algemene zin moet worden gezegd dat euthanasie bij dementiepatiënten niet snel in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen kan worden uitgevoerd. De feiten en omstandigheden zullen, zoals bij iedere individuele melding, zorgvuldig moeten worden gewogen.

Vooraf de zorgvuldigheidseisen van het weloverwogen en vrijwillig verzoek en die van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn daarbij cruciaal. De toetsing van deze twee eisen kan, gelet op de specifieke omstandigheden van dit individuele geval, ook bij patiënten die lijden aan een vorm van dementie tot het oordeel leiden dat er sprake was van een situatie van actueel ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Minderjarige patiënt

In 2005 is een melding ontvangen van levensbeëindiging van een patiënt van 12 jaar. Niet eerder werd een melding ontvangen met betrekking tot levensbeëindiging van een patiënt jonger dan 16 jaar. Deze melding is opgenomen als casus 3.

Hoofdstuk II

Overzicht meldingen

Overzicht van 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1933 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 1765 gevallen was er sprake van euthanasie, in 143 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 25 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 1697 gevallen een huisarts, in 170 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 66 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	1713
hart- en vaataandoeningen	23
aandoeningen van het zenuwstelsel	85
longaandoeningen, anders dan kanker	29
overige aandoeningen ⁶	27
combinatie van aandoeningen	56

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 1585 gevallen thuis plaats, in 159 gevallen in het ziekenhuis, in 73 gevallen in een verpleeghuis, in 44 gevallen in een verzorgingshuis, in 6 gevallen in overige instellingen en in 66 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in één geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies in 3 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld⁷.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen.

⁶ In voorgaande jaren werd de aandoening aids separaat genoemd. Omdat in 2005 één geval van aids is gemeld is dit onder de overige aandoeningen gebracht.

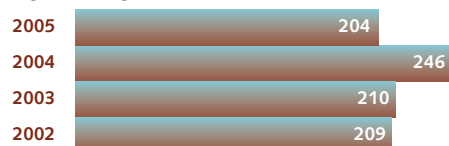
⁷ Het overzicht betreft alle meldingen die in 2005 zijn binnengekomen. Meldingen die aan het einde van een jaar binnenkomen worden in verband met de behandeltermijn in het volgende jaar afgedaan. De inhoudelijke beslissing op deze meldingen wordt dan ook in het volgende jaarverslag verwerkt. Van de hier genoemde drie gevallen, zijn er twee in 2004 ontvangen. In al deze drie gevallen is het eindoordeel in 2005 gegeven.

Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2002, 2003, 2004 en 2005

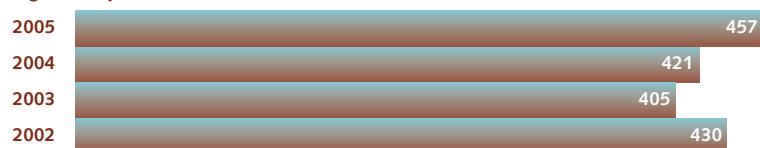
Totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding



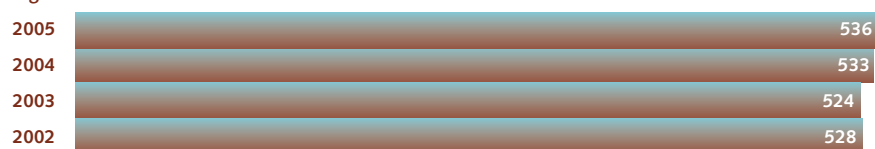
regio Groningen, Friesland en Drenthe



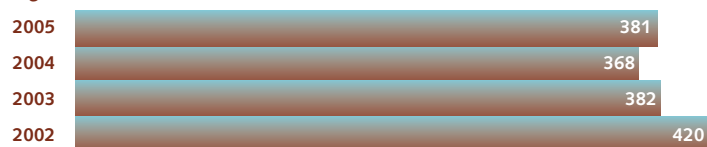
regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



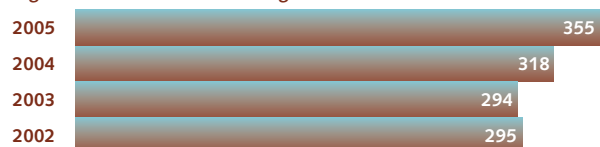
regio Noord-Holland



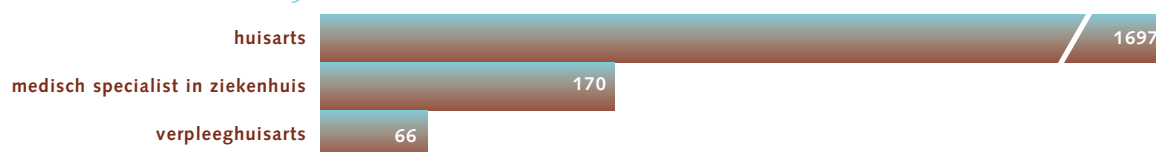
regio Zuid-Holland en Zeeland



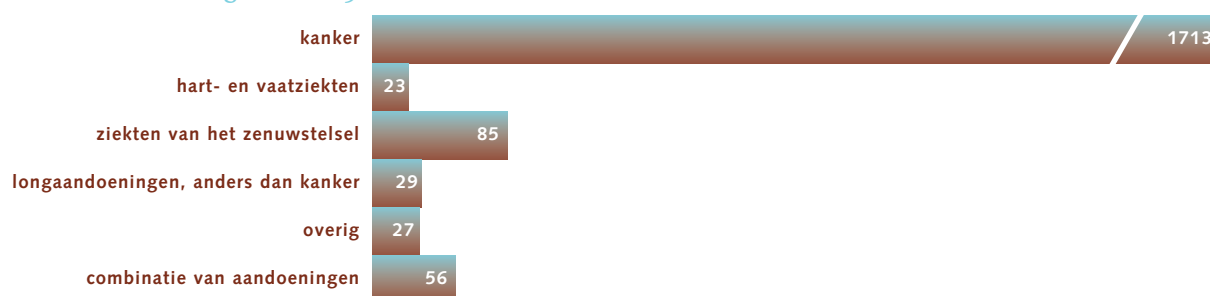
regio Noord-Brabant en Limburg



Meldende artsen 2005



Aandoeningen 2005



Hoofdstuk III

Zorgvuldigheidseisen

1. Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies geven een oordeel waaruit blijkt of de arts al dan niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissies beoordelen of aan alle eisen is voldaan. Deze zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Sr., 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, de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
- e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en;
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De volgende twee casus maken de toetsing van de meldingen op basis van deze eisen inzichtelijk. In bijna alle gevallen komen de commissies tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Ook in onderstaande twee casus is dat het geval.

Zoals blijkt kan het lijden van patiënt uit verschillende elementen bestaan die elkaar kunnen versterken en gezamenlijk het lijden ondraaglijk maken. Naast de ziekte of aandoening waaraan de patiënt lijdt kunnen ook andere factoren uit zijn omstandigheden of levensgeschiedenis aan zijn lijden bijdragen. Het is niet altijd mogelijk of nodig deze factoren strikt te onderscheiden.

Een van de elementen van het lijden kan vrees voor toekomstig lijden zijn (vgl. casus 4). Daarbij is het van belang na te gaan of die vrees reëel is en op welke termijn dat toekomstig lijden dan verwacht mag worden.

Casus 1

Bij patiënte, een vrouw van 35 jaar, werd in april 2001 een mammacarcinoom vastgesteld, waarvoor zij een radicale mastectomie onderging met okselkliertoilet. In de okselklieren werden metastasen aangetroffen. In 2003 werden er metastasen aangetoond in het skelet, de lever, de longen, de lymfeklieren en de hersenen. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënte kreeg palliatieve chemotherapie en schedelbestralingen.

Vanaf mei 2005 had ze pijnklachten over de gehele romp en last van een sterke vermoeidheid. In juni 2005 kreeg ze epileptische insulten door de hersenmetastasen. In juli 2005 werd patiënte palliatief bestraald op de wervelkolom vanwege de pijn.

Het lijden van patiënte bestond, behalve uit de toenemende bedlegerigheid, uit extreme vermoeidheid, toenemende niet meer te couperen pijn, niet meer zelfstandig kunnen zitten en lopen, verwardheid, onmogelijkheid nog te eten en uitputting. Ook leed patiënte zeer onder het besef dat ze de steeds minder grip had op haar eigen functioneren. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte wees palliatieve sedatie af. De arts verwachtte dat de patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele dagen tot maximaal drie weken zou overlijden.

In september 2004 had patiënte voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken.

Begin juli 2005 heeft ze de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Zij heeft haar verzoek daarna bij ieder bezoek van de arts herhaald. De arts benaderde als consulent een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN arts.

De consulent bezocht patiënte medio juli 2005. Patiënte was toenemend bedlegerig en moe. Ze vertelde dat ze steeds had aangegeven dat ze om euthanasie zou verzoeken zodra ze zou merken dat ze de regie over haar leven begon te verliezen. De pijn was de laatste weken fors toegenomen ondanks de verhoogde medicatie, en de uitzaaiingen groeiden met de week. Twee dagen voor het bezoek van de consulent was ze nog een kwartiertje naar een toneelstuk van haar jongste dochter gegaan. Dat was voor haar de mijlpaal geweest. Daarna was ze ingestort en was de grens voor haar bereikt. Het afscheid en de uitvaart waren door haar al weken geleden tot in detail geregeld. Patiënte was redelijk helder van bewustzijn en maakte op de consulent een vastberaden indruk. Ze verwoordde diverse malen heel rustig en stellig haar wens tot euthanasie. Er was geen sprake van een depressie.

De consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts diende de patiënte 2000 mg. Pentothal en 20 mg. Pavulon intraveneus toe. De levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 2

Bij patiënte, een vrouw van 58 jaar, werd in juni 2005 een afsluitingsicterus vastgesteld tengevolge van een tumor van de pancreaskop. In de periode dat de definitieve diagnose zou worden gesteld ontstond er bij patiënte een darmperforatie en peritonitis, waarvoor zij werd geopereerd. Daarbij werd bij haar een stent geplaatst. Postoperatief deden zich ernstige complicaties voor. Genezing was niet mogelijk. Nader scanonderzoek wees uit dat de tumor qua omvang groeide en dat er bij patiënte sprake was van longmetastasen. Tegen de pijn kreeg patiënte maximale pijnstilling in de vorm van Durogesic (300 microgram per dag) en zonodig extra morfine via de neussonde. Het lijden van patiënte bestond uit toenemende pijn ondanks de pijnstilling, toenemende misselijkheid, ascites en uit het feit dat ze alleen via een neussonde gevoed kon worden. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk.

Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts verwachtte dat patiënte binnen korte termijn zou komen te overlijden. In september 2005 heeft patiënte voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar wens daarna meerdere malen herhaald.

Als consulent werd benaderd een onafhankelijke collega-huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte, na over haar geïnformeerd te zijn door de arts, eind september 2005 voor de eerste keer en een maand later nog eens.

In zijn verslag beschreef de consulent de ziektegeschiedenis van patiënte en bevestigde dat haar behandelende specialisten hadden verklaard dat patiënte een omvangrijke operatie niet zou overleven. Volgens het verslag van de consulent was patiënte fors verzwakt, licht cachectisch en bedlegerig. Zij kon nog net zelfstandig naar het toilet. Patiënte verklaarde dat zij het van belang vond haar zaken goed te regelen omdat zij niet nogmaals zoveel pijn wilde lijden als zij in het ziekenhuis had meegemaakt. Bovendien was zij bang in de toekomst haar wens niet meer kenbaar te kunnen maken. De mogelijkheid van palliatieve sedatie vond zij geen optie.

Patiënte kon nog niet goed verwoorden waar haar lijden op dat moment uit bestond en wilde nog niet dood. De consulent vatte samen dat de ziekte van patiënte tot de dood zou leiden. Er was op dat moment nog geen uitgekristalliseerde euthanasiewens bij patiënte. Bij voldoende palliatie was er voor patiënte geen enkele reden om euthanasie te wensen.

De consulent concludeerde dat er nog niet voldaan was aan de criteria voor euthanasie. In zijn verslag van november 2005 stelde de consulent vast dat patiënte de afgelopen maand duidelijk achteruit was gegaan. Zij was verzwakt en oogde vermoeid.

Patiënte verklaarde dat zij zich doodmoe voelde. Haar complete afhankelijkheid en de extreme vermindering van haar conditie maakten dat zij het gevoel had dat het “op” was. Zij had het gevoel te moeten wachten op de dood, terwijl zij het liefst dood wilde zijn. De pijn was redelijk onder controle met behulp van Durogesic. Af en toe gaf haar echtgenoot haar nog wat morfine via een injectie. Patiënte verklaarde dat zij vooral niet meer tegen het gevecht van de afgelopen tijd kon. Nu haar toestand verder achteruit was gegaan, wat ook door de laatste CT werd bevestigd, en er alleen maar uitzicht op verdere verslechtering van haar situatie te verwachten was, wenste zij euthanasie. De consulent vatte samen dat er bij patiënte een hoge lijdensdruk bestond door haar verdere achteruitgang. De consulent verklaarde het volkomen invoelbaar te vinden dat patiënte haar lijden (onder haar vermoeidheid, volkomen sociale deprivatie en chronisch fysiek ongemak) ondraaglijk vond. Er was een duidelijk verzoek om op zo kort mogelijke termijn te mogen sterven. Er waren geen alternatieven voor behandeling, inclusief palliatie, om het lijden te verlichten. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De uitvoering van de euthanasie vond plaats middels intraveneuze toediening van 2000 mg Pentotal en 20 mg Pavulon door de arts. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

2. Zorgvuldigheidseisen specifiek

Hierna wordt aangegeven op welke manier de toetsing van de meldingen op basis van de zorgvuldigheidseisen plaatsvindt en welke elementen van belang zijn om tot het oordeel te komen. Onderstaande casuïstiek illustreert met welke problematiek de commissies in 2005 zijn geconfronteerd. Het is van belang hierbij aan te geven dat de meeste meldingen weinig aanleiding geven tot discussie in de commissievergadering.

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

de arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het verzoek tot levensbeëindiging moet door de patiënt zelf zijn gedaan. Ook moet het verzoek vrijwillig zijn. De arts moet er zeker van zijn dat de patiënt het verzoek niet onder druk van zijn omgeving heeft gedaan. Bij de beoordeling gaan de commissies na op welke momenten en op welke manier de patiënt het verzoek heeft geuit. De stelligheid en consistentie van de patiënt zijn daarbij voor de commissies relevante factoren. Om een weloverwogen verzoek te kunnen doen moet de patiënt een goed beeld hebben van zijn eigen ziekte, van de situatie waarin hij zich bevindt, van de prognose en van eventuele alternatieve mogelijkheden tot verbetering van de situatie.

Schriftelijke wilsverklaring

In het modelverslag wordt aan de arts gevraagd naar de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring. Daarmee zou de suggestie kunnen worden gewekt dat de aanwezigheid van een dergelijke verklaring altijd verplicht is. Dat is echter niet het geval.

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek wordt gewoonlijk mondeling gedaan, maar meestal vragen artsen aan hun patiënt om hun verzoek schriftelijk vast te leggen. Vanwege de betekenis van een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten op het moment dat inwilligen van zijn verzoek om levensbeëindiging concreet aan de orde is, is het van belang dat deze verklaring op gezette tijden wordt geactualiseerd en zoveel mogelijk de concrete omstandigheden beschrijft waaronder de patiënt wenst dat levensbeëindiging bij hem wordt toegepast; hoe

concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts.

Wanneer een patiënt een zelfgeschreven verklaring heeft opgesteld, levert dat voor de commissies meer informatie op dan wanneer een voorgedrukte algemeen geformuleerde verklaring wordt gebruikt. Feit blijft echter dat een schriftelijke wilsverklaring niet verplicht is.

De arts kan door de schriftelijke wilsverklaring nooit worden verplicht tot het inwilligen van een verzoek om levensbeëindiging; de arts dient altijd een eigen afweging te maken. Het is immers de arts die zich in geval van levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding daarvoor moet verantwoorden.

De wens van een patiënt om tot levensbeëindiging over te gaan, ontstaat in de loop van een ziekteproces. Het gaat erom dat tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over de wens van de patiënt; ook wanneer de patiënt wel degelijk in staat is zijn wil te uiten en mondeling verzoekt om levensbeëindiging kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan die duidelijkheid.

Het is noodzakelijk dat de arts de overtuiging krijgt dat deze wens inderdaad vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, de wensen van de patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daaraan tegemoet te komen zijn elementen van het contact tussen de patiënt en de arts.

Minderjarige patiënt

Vaak wordt de familie betrokken bij het bespreken van de wens van patiënt. Het is echter niet vereist dat de familie ermee instemt; de wens van de patiënt staat centraal. Een patiënt tussen de twaalf en de zestien jaar oud kan –als hij wilsbekwaam is– een euthanasieverzoek doen. In die situatie is wél vereist dat de ouders zich met de wens van hun kind kunnen verenigen. In de volgende casus is dat aan de orde.

Casus 3 (vrijwillig en weloverwogen verzoek)

Patiënt is minderjarig (12 jaar). De ouders stemmen in met het euthanasieverzoek van hun kind.

Bij patiënt, een jongen van 12 jaar, werd in juli 2003 een rhabdomyosarcoom van de linker voet aangetoond. Er bleken metastasen te zijn in de lymfeklieren, het beenmerg en het skelet. Patiënt werd eerst chemotherapeutisch en radiotherapeutisch behandeld. Vervolgens onderging hij weer chemotherapie en een autologe stamcelrescue. Het herstel na de beenmergtransplantatie verliep traag. In november 2004 werd vastgesteld dat de tumor niet in remissie was. In december 2004 werd patiënt bestraald op het mediastinum en de hals. Reeds bij het stellen van de diagnose was duidelijk dat de prognose somber was. Na het optreden van het recidief, in oktober 2004, was palliatie de enige mogelijkheid. De pijn werd bestreden met morfine. Patiënt verdroeg geen Durogesic. De pijn was hiermee onder controle, maar hij had wel last van bijwerkingen. Patiënt kreeg sondevoeding, maar werd hier misselijk van, waarvoor hij medicatie kreeg. In februari en maart 2005 werden ontlastende pleurapuncties verricht, maar het pleuravocht nam weer snel toe.

Patiënt besloot na voorlichting over de voor- en nadelen, geen punctie meer te laten verrichten. Hij nam deze beslissing na uitgebreid overleg met zijn ouders. Patiënt werd toenemend benauwd. Hij startte met Haldol en kreeg zuurstof. Patiënt was voorts cachectisch. Hij raakte uitgeput en werd bedlegerig. Geringe houdingsverandering gaf een toename van de dyspnoe. Ook zitten in de kussens ging niet meer. Hij kon alleen nog plat op zijn rug liggen en zich concentreren op de ademhaling. Met inspanning kon hij nog wel reageren op een gesprek. Hij reageerde dan adequaat. Patiënt weigerde terminale sedatie. Hij wilde niet vegeteren. De behandelaars hadden patiënt steeds volledig voorlicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. Patiënt bekeek bijvoorbeeld samen met de patholoog anatoom zijn klierpreparaten.

De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele dagen zou overlijden.

Patiënt werd eind mei opgenomen in het ziekenhuis. Vanaf dat moment is bij herhaling en intensief gesproken over zijn wens tot levensbeëindiging ten overstaan van zijn ouders, arts, kinderarts en verpleegkundige. Tijdens een gesprek van meer dan drie uur had hij bij herhaling aangegeven niet verder te willen. De volgende ochtend gaf hij dit ook weer duidelijk aan ten overstaan van zijn moeder. Het ziektebeloop was in een stroomversnelling geraakt in ongeveer vier maal 24 uur. Patiënt was toen niet meer in staat een wilsverklaring op te stellen. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was de patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie. Patiënt was een hoogbegaafde jongen die vanaf de eerste ziektedag geïnteresseerd was in zijn ziekte en het beloop. Vanaf oktober 2004, toen er sprake was van een recidief, had hij zich goed gerealiseerd dat hij aan zijn ziekte zou overlijden. Hij was nooit depressief geweest. De ouders van patiënt hadden geen enkele twijfel over de keuze van hun zoon. Zijn keuze was ook eerder al besproken. Zij konden zijn wens respecteren. De arts kon redenen noemen voor de korte tijdsduur die tussen het uitdrukkelijke verzoek en de euthanasie was verlopen. Patiënt had lang gevochten tegen zijn ziekte en hij had getracht zijn leven zinvol in te richten. Volgens de arts wordt een kind ook minder gehinderd door de eindigheid van het bestaan. Een kind heeft meer het vermogen de last van het naderend lot even naast zich neer te leggen. Gesprekken over de dood komen pas in beeld als de ziekte in een terminaal stadium komt.

Als consulent werd een SCEN-arts benaderd. De consulent bezocht patiënt op 28 mei 2005. De consulent deed uitgebreid verslag van de ziektegeschiedenis van patiënt. Blijkens het verslag van de consulent was patiënt mager, cachectisch, vermoeid en kortademig. Hij was helder van geest. Hij sprak drie zinnen, maar moest dan weer pauzeren. Hij was bedlegerig. De pijn was onder controle met morfine, maar patiënt vond wel dat hij er suf van werd. De enige manier om het lijden te verlichten was een pleurapunctie. Patiënt wees dit af omdat dit maar enige dagen effect zou hebben. Patiënt wist dat hij als gevolg van een respiratoire insufficiëntie zou overlijden. Het ontbreken van enig perspectief op verbetering was de aanleiding voor het verzoek, aldus de consulent. Patiënt gaf aan dat hij al enige tijd met de gedachte had gespeeld. Patiënt wilde niet slapend sterven en wilde bij volle bewustzijn blijven.

De ouders vonden het lijden van hun zoon ook invoelbaar ondraaglijk. Zij stonden volledig achter zijn verzoek. Volgens de consulent was er sprake van een vrijwillig verzoek. Patiënt was niet depressief. Hij was wilsbekwaam. Patiënt had ten overstaan van de arts pas twee dagen eerder een verzoek geuit. De arts was aanvankelijk nauwelijks bij de behandeling van patiënt betrokken.

De arts, de ouders en patiënt hebben de wens tot levensbeëindiging eind mei 2005 uitvoerig besproken. Patiënt was toen al vastbesloten. De vader had geen enkele twijfel. De moeder had er meer moeite mee, maar twijfelde niet aan de weloverwogenheid van het verzoek.

De consulent was van mening dat er sprake was van een ondraaglijk lijden. Patiënt kwam ouder over dan de kalenderleeftijd aangaf. Het uitdrukkelijke verzoek was weliswaar kortgeleden geuit, maar de ernst van het lijden maakte het verzoek invoelbaar. De ouders stemden in met de uitvoering van de euthanasie. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De arts voerde vervolgens de euthanasie medisch zorgvuldig uit.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 4 (vrijwillig en weloverwogen verzoek; dementie)

De arts heeft een ouderenpsychiater ingeschakeld om de wilsbekwaamheid te bepalen. De commissie gaat in op het vrijwillige en weloverwogen verzoek en op het aspect uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Bij patiënte, een vrouw van 83 jaar, werd in juni 2003 de diagnose Lewy Body dementie vastgesteld, waarvoor geen genezing mogelijk is. Patiënte werd hiervoor behandeld met Exelon, waar zij cognitief goed op reageerde. Daarnaast kreeg patiënte medicatie voor haar hypokinetisch rigide syndroom en voor haar slaapproblemen. Haar motorische klachten verergerden en er ontstond geen verbetering van nachtelijke onrust. Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij niet meer zelfstandig kon functioneren en ADL afhankelijk was geworden, uit het feit dat er sprake was van verlies van lichaamsfuncties als gevolg waarvan ze incontinent geworden was en niet meer goed kon lopen en uit het feit dat haar cognitieve vermogens waren aangetast waardoor zij vooral 's nachts onvoldoende controle had over haar eigen gedachten. Patiënte was een vrouw voor wie de controle over haar geestelijke vermogens van levensbelang was. Patiënte wist dat ze leed aan een progressieve aandoening, te weten Lewy Body dementie, en dat zich aan haar een onvermijdelijke aftakeling voltrok. Patiënte beseftte dat zij op een gegeven moment haar euthanasiewens niet meer kenbaar zou kunnen maken en dat er sprake zou zijn van een verlies van autonomie en opname in een verpleeghuis. Het bewust meemaken van deze onvermijdelijke lichamelijke en geestelijke aftakeling en haar vrees voor toenemend verlies van controle over haar geestelijke vermogens was voor patiënte ondraaglijk. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. In juli 2005 heeft patiënte voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Zij heeft het verzoek vervolgens meermalen herhaald.

Als consulent werd benaderd een tweetal onafhankelijke consulenten. De eerste consulent was een psychiater. De tweede consulent was een huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent en bezocht en patiënte in juli 2005 respectievelijk eind september 2005. Blijkens het verslag van de eerste consulent schetste patiënte hoe zij de laatste tweeën-half jaar bemerkte dat haar geheugen achteruit ging en dat zij moeite kreeg met rekenen en met de spraak. Bij nader onderzoek was de diagnose Lewy Body dementie vastgesteld. Sinds zij Exelon gebruikte kreeg patiënte weer meer greep op haar denken. Patiënte vertelde dat zij daarnaast last had van loopstoornissen en van incontinentie, hetgeen vooral 's nachts voor problemen zorgde. Patiënte vertelde dat zij in het begin van de avond toenemend verward werd en dat ze 's nachts over het algemeen slecht sliep. Ze voelde zich dan vaak angstig en wanhopig. In de middag ging het goed met haar en dan kon ze nog genieten. Patiënte ervoer haar afhankelijkheid als ontluisterend. Het leven viel haar steeds moeilijker en ze wilde niet verder aftakelen. Patiënte wilde het liefst zelf bepalen wanneer ze zou kunnen sterven. Zelf een einde aan haar leven maken of versterven vond ze niet humaan, vooral niet voor haar omgeving. Patiënte was al 20 jaar lang lid van de NVVE en had haar euthanasiewens met haar echtgenoot en met haar vijf kinderen besproken. Zij vonden haar beslissing moeilijk maar respecteerden haar keuze. Volgens de eerste consulent waren de cognitieve functies van patiënte op het moment van het onderzoek redelijk. Het was duidelijk merkbaar dat patiënte gewend was om te redeneren maar ook dat patiënte zich erg moest concentreren. Volgens de eerste consulent waren de depressieve en angstige klachten van patiënte passend bij haar omstandigheden. Haar euthanasieverzoek deed zij op vrijwillige basis. De beslisvaardigheid omtrent dit verzoek was niet beïnvloed door dementie, noch door een depressie. Patiënte was wilsbekwaam en was weloverwogen tot haar verzoek gekomen. Haar lijden onder haar dementie was uitzichtloos nu het de verwachting was dat het beeld verder zou verergeren en patiënte uiteindelijk verpleegbehoefstig zou worden, hetgeen zij absoluut niet wilde. De ervaring steeds afhankelijker te worden van anderen en de ervaring dat haar lichaam haar steeds meer in de steek liet, waren voor patiënte ondraaglijk.

In zijn verslag bevestigde de tweede consulent de ziektegeschiedenis van patiënte en het feit dat zij in juli 2005 was beoordeeld door een ouderenpsychiater, die haar wilsbekwaam had gevonden voor wat betreft haar euthanasieverzoek. Volgens de tweede consulent trof hij een vrouw aan die wankel liep en haar nek nauwelijks kon draaien. Na een half uur werd patiënte duidelijk vermoeid en zakte haar concentratie weg. Ze vond haar lijden ondraaglijk omdat ze zich machteloos voelde om de regie te blijven

behouden over haar geest en vanwege de krachteloosheid van haar lichaam. Ze ervoer onmondigheid en wist dat deze zou toenemen bij het verergeren van haar ziekte. Het verlies van ADL functies door de rigiditeit van haar spieren vond ze onwaardig. Daarbij kwamen de nachtelijke onrust en nachtelijke angsten en de incontinentie. Daardoor sliep zij slecht en was zij afhankelijk van haar man.

Zij leed onder de wetenschap dat haar ziekte haar cognitieve en fysieke klachten zou doen verergeren. Patiënte koos voor euthanasie omdat suïcide met de huidige slaapmiddelen niet zou lukken en omdat zij versterven onwaardig vond.

De tweede consulent vatte samen dat er sprake was van een vrijwillig verzoek om euthanasie dat weloverwogen was gedaan door een patiënte die volledig geïnformeerd was over de aard van haar ziekte. Er was sprake van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarvoor geen redelijke andere oplossing bestond. Er was een schriftelijke wilsverklaring aanwezig.

De tweede consulent concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan mits de levensbeëindiging zorgvuldig zou worden uitgevoerd. De uitvoering van de euthanasie vond plaats in oktober 2005 op medisch zorgvuldige wijze.

Om te beoordelen of de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte heeft de commissie het volgende overwogen. In haar contacten met patiënte heeft de arts al vanaf het moment van de kennismaking inzicht gekregen in het standpunt van patiënte ten aanzien van euthanasie. In de loop van haar ziekte heeft patiënte met regelmaat haar euthanasiewens naar voren gebracht. Om de mogelijkheid van een depressie uit te sluiten en om de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasieverzoek te laten beoordelen, heeft de arts een ouderenpsychiater geconsulteerd. Deze consulent concludeerde dat patiënte niet depressief was en wilsbekwaam. Ook de SCEN consulent kwam op basis van zijn gesprek met patiënte tot de conclusie dat patiënte vrijwillig en weloverwogen tot haar beslissing was gekomen. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte.

Om te beoordelen of de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden heeft de commissie het volgende overwogen. Uit de specialistenbrieven blijkt dat er bij patiënte sprake was van progressief cognitieve stoornissen, gepaard gaand met parkinsonisme en hallucinaties, die hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt werden door de ziekte Lewy Body dementie. Aangezien voor dit ziektebeeld geen genezing mogelijk is en het met de ziekte samenhangt dat patiënten progressief achteruitgaan, kan gesproken worden van een uitzichtloos lijden.

Voor wat betreft de ondraaglijkheid van het lijden merkt de commissie op dat patiënte zowel leed onder haar ADL afhankelijkheid en verlies van lichaamsfuncties als onder haar verlies van cognitieve functies. Voor een vrouw die altijd gewend was geweest om zelf sturend op te treden en haar lichaam te beheersen, was haar lichamelijke aftakeling ondraaglijk. De wetenschap dat ze in een verder stadium van haar Lewy Body dementie verpleegbehoefstig zou worden en haar autonomie zou verliezen was voor patiënte een ondraaglijke gedachte.

Daarbij speelden herinneringen aan de laatste levensfase van (schoon)ouders van patiënte een grote rol. Ook was patiënte zich bewust van hetgeen haar binnen afzienbare tijd onvermijdelijk te wachten stond. Gelet daarop was de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er bij deze patiënte sprake was van ondraaglijk lijden. De arts had patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

de arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Het lijden heeft twee aspecten: het moet uitzichtloos zijn en het lijden moet ondraaglijk zijn.

Het lijden van de patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op een verzachting van de symptomen. Van een "reëel uitzicht" is alleen sprake als er een redelijke verhouding bestaat tussen de verbetering die door een (palliatieve) behandeling bereikt kan worden en de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich mee brengt.

De ondraaglijkheid van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een aan de persoon gebonden begrip is. De ondraaglijkheid van het lijden wordt bepaald door het perspectief van de patiënt, zijn fysieke en psychische draagkracht en zijn eigen persoonlijkheid. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak aangeduid met pijn, misselijkheid, benauwdheid, uitputting, toenemende ontluistering en afhankelijkheid en verlies van waardigheid. Er zijn daarnaast ook andere vormen van lijden die kunnen bijdragen aan de ondraaglijkheid. De mate waarin deze symptomen en omstandigheden als lijden worden ervaren, verschilt per patiënt.

Voor de toetsing van het aspect van de ondraaglijkheid is het noodzakelijk het begrip enigszins te objectiveren. De commissies gaan bij de beoordeling dan ook na of de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar is geweest voor de arts.

Het criterium van de ondraaglijkheid van het lijden kan in bepaalde specifieke situaties aanleiding geven tot dilemma's, bijvoorbeeld bij patiënten in coma en bij patiënten met de ziekte van Alzheimer.

In de medische beroepsgroep wordt algemeen aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet ondraaglijk lijdt.

Op grond hiervan zijn de commissies van oordeel dat artsen zich in situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is zeer terughoudend moeten opstellen.

De commissies gaan naar aanleiding van iedere melding de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een bepaalde concrete casus tot het oordeel komen dat wel overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Wanneer een patiënt in een subcoma verkeert en uiterlijke kenmerken vertoont van lijden, bijvoorbeeld door te kreunen, te knippen met de ogen, of het zichtbaar benauwd te hebben, kan de arts de overtuiging hebben gekregen dat de patiënt wel ondraaglijk lijdt.

Een dilemma kan ook ontstaan wanneer de arts de patiënt eerder heeft toegezegd medewerking te verlenen aan euthanasie. Indien een arts een dergelijke toezegging doet maar daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie, kan dat bij de arts (morele) druk veroorzaken. Het is daarom raadzaam voor artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten.

Hiervóór kwam in het kader van het vrijwillig en weloverwogen verzoek al aan de orde dat patiënten die wilsonbekwaam zijn -zoals bij een coma- in een eerder stadium waarin zij nog wel wilsbekwaam zijn, een wilsverklaring hebben kunnen opstellen. Mogelijk beschikt een patiënt in coma over een dergelijke verklaring.

Hoewel de wens van de patiënt een belangrijke rol speelt bij de afweging van de arts om al dan niet over te gaan tot euthanasie, geldt daarnaast de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden natuurlijk onverkort.

In de praktijk komt het nogal eens voor dat de behandelend arts een collega-arts consulteert, die van mening is dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden. In veel gevallen geeft de consulent dan aan dat hij verwacht dat binnen een bepaald tijdsbestek door verdere achteruitgang wél sprake zal zijn van ondraaglijkheid.

In dergelijke situaties is het in het algemeen raadzaam dat de arts de consulent in een later stadium alsnog benadert om te overleggen of nu wel sprake is van ondraaglijk lijden. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval kan het nodig zijn dat de consulent de patiënt nog een keer bezoekt. In andere gevallen zal een telefonisch contact tussen de consulent en de arts voldoende zijn. In deze situaties is het in ieder geval raadzaam voor een arts om in de stukken te vermelden dat een vervolcontact met de consulent heeft plaatsgehad of dat een tweede consultatie heeft plaatsgevonden. Op dit punt wordt verderop nog nader ingegaan in het kader van de zorgvuldigheidseis dat een andere arts is geraadpleegd, de zogenoemde consultatie-eis.

Casus 5 (uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

De consulent vond het lijden van patiënt aanvankelijk nog niet ondraaglijk. Op grond van een later telefonisch contact met de arts oordeelde de consulent dat het lijden van patiënt inmiddels ondraaglijk was geworden.

Bij patiënt, een man van 73 jaar, openbaarden zich medio 2004 spraakstoornissen. Daarna volgde een snel progressieve achteruitgang van alle lichaamsfuncties met dysartrie, slikstoornissen, loopstoornissen en verlammingen links en rechts als gevolg. Uitgebreide analyse en langdurige opname op de afdeling neurologie van een academisch ziekenhuis leverde uiteindelijk de diagnose Operculumsyndroom op. Een zeldzaam syndroom optredend bij multiple vasculaire laesies in de hersenen, waarvoor geen enkele vorm van therapie bestaat. In april 2005 werd patiënt voor reactivering overgeplaatst naar een verpleeghuis. Hij was toen nog grotendeels ADL zelfstandig, zat in een rolstoel en kon nog naar buiten. Sedertdien trad er een snelle progressie op van het ziektebeeld. Patiënt was uiteindelijk helemaal niet meer in staat om te zitten, zijn rechter kant was ernstig verlamd en de functie van zijn linker kant ging snel achteruit. Hij werd voor de verzorging volledig afhankelijk van hulp. Zijn spraakvermogen was geheel weggefallen en de communicatie was nog alleen mogelijk door gebaren en het moeizaam en langzaam intypen van woorden op een laptop. Het lijden van patiënt bestond, behalve uit vrijwel gehele bedlegerigheid en ADL-afhankelijkheid, uit ernstige parese tot totale paralyse, conditionele zwakte, ernstige slikproblemen met verslikrisico, ernstige benauwdheid en hoestbuien, moeite met ademen en hoesten, onmogelijkheid nog te eten of drinken, verlies van spraakvermogen en moeite met communiceren, toenemende vermoeidheid en decubitus. Ook leed patiënt onder de angst zich te zullen verslikken of te stikken door de verminderde functie van de ademhalingspijpen en de angst voor de volledige afhankelijkheid en het dreigend verlies van de regie over zijn leven door het wegvallen van de mogelijkheid tot communiceren. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënt wees de mogelijkheid van een versteringsproces van circa twee weken door het stoppen van de sondevoeding via de PEG-sonde en sedatie van het bewustzijn af. Hij vond een periode van circa twee weken te lang en vond dit niet passen bij zijn manier van regie over het leven willen houden.

In april 2005 heeft patiënt voor het eerst met de verpleeghuisarts over euthanasie gesproken. Sedertdien hebben verpleeghuisarts en patiënt meerdere gesprekken hierover gehad. Eind juni 2005 heeft patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. De verpleeghuisarts heeft daarop als consulent een onafhankelijke collega-klinisch-geriater benaderd. De consulent bezocht patiënt medio juni 2005 en had eind juni 2005 telefonisch contact met de verpleeghuisarts. Blijkens het eerste verslag van de consulent trof zij patiënt aan in een hoog-laag bed met papegaai en een bedtafeltje met prominent een laptop erop en een extra beeldscherm elders in de kamer voor bezoek om mee te kunnen lezen. Patiënt zag er vermoeid uit. Hij was geheel compos mentis en coöperatief.

Op advies van patiënt stelde de consulent zich staande op bij het hoofdeinde van patiënt om zowel oogcontact te hebben alsook mee te kunnen lezen op de laptop. Het spraakvermogen van patiënt was ten gevolge van zijn ziekte geheel weggevallen en de communicatie was alleen nog mogelijk door gebaren, knikken, duim opsteken en het moeizaam en langzaam intypen van woorden op de laptop. Patiënt was voor de verzorging inmiddels geheel afhankelijk van hulp.

Twee weken daarvoor kon hij nog zelfstandig naar het toilet maar nu met veel moeite met urinaal in bed. Hij werd via een PEG-sonde gevoed, kon niets meer slikken en moest in verband met een Botoxbehandeling vanwege te veel slijm iedere vijf minuten een beetje kunstspeeksel uit een verstuivertje gebruiken. Het lijden van patiënt bestond uit de snelle aftakeling, de grote afhankelijkheid, het wachten op de verzorging en het vooruitzicht dat zijn afhankelijkheid op korte termijn verder zou toenemen. Zolang patiënt de linker hand, waarmee hij de laptop kon bedienen, nog kon gebruiken was er nog iets van waarde in zijn leven. Zonder deze vorm van communicatie met de buitenwereld zou zijn lijden ondraaglijk zijn. Voor de consulent was dit invoelbaar. Volgens de consulent was het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen, het lijden uitzichtloos maar nog niet geheel ondraaglijk. Bij verder uitval van de functie van de linker hand zou het lijden ondraaglijk worden voor patiënt. De consulent bood aan haar verslag met een korte aanvulling te actualiseren als er meer dan twee weken zou zijn verlopen tussen het verslag en de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Blijkens het tweede verslag van de consulent werd zij eind juni 2005 gebeld door de arts.

De arts vertelde dat de functie van de linker hand van patiënt snel was verslechterd en dat patiënt hierdoor zeer sterk beperkt werd in het werken met de laptop. Het typen kostte patiënt inmiddels zo veel kracht dat deze vorm van communicatie vrijwel geheel was weggevallen. Patiënt had aangegeven dat daarmee het lijden voor hem ondraaglijk was geworden. De consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De verpleeghuisarts voerde de levensbeëindiging uit door patiënt 1500 mg. thiopental intraveneus toe te dienen. Patiënt overleed tijdens het injecteren ervan.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 6 (uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Na een verkeersongeval in 2001 ontstaat in toenemende mate zodanig lijden dat dit bij patiënte in 2004 tot een euthanasiewens leidt.

Patiënte, een vrouw van 42 jaar, was in oktober 2001 betrokken bij een ernstig auto-ongeval. Zij werd overreden door een vrachtwagen. Zij had hierdoor uitgebreide en zeer pijnlijke weke-delen letsels opgelopen aan de stuit en rechter dij. Zij was ook incontinent van urine en er was een stoma aangelegd voor de ontlasting. Aanvankelijk was er een suprapubische catheter aangelegd, maar deze moest worden verwijderd vanwege een niet te bestrijden infectie. Aansluitend aan het ongeval maakte patiënte een CVA door als gevolg van een vetembolie, waardoor zij halfzijdig verlamd was en afatisch. Patiënte volgde na verblijf in het ziekenhuis een intensief revalidatieprogramma. Patiënte had sinds twee maanden toenemend pijn als gevolg van de weke delen letsels. De plastisch chirurg had veelvuldig gepoogd om verbetering aan te brengen in de genoemde letsels, wat echter niet gelukt was. Nieuwe ingrepen waren te verwachten. Ook met gespecialiseerde medicamenteuze pijnbestrijding was de pijn niet te beheersen. Er was sprake van een steeds groter wordende littekenbreuk ter hoogte van de anus praeter. Als gevolg hiervan ontstonden gastro-intestinale ongemakken zoals zuurbranden, ructus, dyspepsie en een wisselende stoelgang. Patiënte leed veel pijn als gevolg van de defecten op de stuit en dij. Zij had ook neuropathische pijnen in de verlamde zijde. Ook werd haar lijden bepaald door het feit dat zij incontinent was. Voorts leed patiënte onder haar afhankelijkheid en invaliditeit, alsmede door het feit dat zij moeite had met communiceren als gevolg van de afasie.

Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. Patiënte was vóór het ongeval een zeer sterke en zelfstandige vrouw geweest. Het feit dat zij nu geen rol meer kon spelen in haar gezin en op de arbeidsmarkt werd door patiënte ook als ondraaglijk ervaren. Het lijden was uitzichtloos omdat de defecten aan de weke delen niet zouden genezen. Patiënte was blijvend rolstoelgebonden. Voor de recidiverende blaasinfecties en gastro-intestinale problemen waren geen oplossingen voorhanden. De mogelijkheid van epidurale pijnbestrijding werd door patiënte afgewezen, omdat haar afhankelijkheid niet zou verminderen en het lijden niet zou afnemen. Patiënte werd in haar ziekteproces uitgebreid begeleid door een psycholoog, een pastor en een kunstzinnig therapeut. De begeleiding had tot doel om rust en aanvaarding te brengen bij patiënte, hetgeen zeker gelukt was. De rust droeg bij in het goed omgaan met de moeilijke keuzes die patiënte moest maken bij de beslissingen omtrent het levenseinde. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

In de lente van 2004 uitte patiënte voor het eerst een euthanasieverzoek ten overstaan van de arts. Tijdens de wekelijkse gesprekken herhaalde zij diverse malen haar verzoek met grote stelligheid. Er zijn schriftelijke wilsverklaringen aanwezig. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

Patiënte werd tweemaal gezien door een psychiater om de wilsbekwaamheid te beoordelen. Van het consult van juni 2005 was een verslag bijgevoegd. Tijdens het gesprek werden volgens de psychiater geen aanwijzingen gevonden voor een persoonlijkheidsstoornis of voor een andere psychiatrische aandoening.

Als consulent werd vervolgens een SCEN-arts benaderd. De consulent bezocht patiënte eind september 2005. Blijkens het verslag van de consulent bevond patiënte zich liggend in een rolstoel. Zij kon geen zinnen spreken maar zij sprak een soort aaneenschakeling van zelfstandig naamwoorden uit. Zij vertelde ook deels gebarend over haar vele operaties en het langdurige verblijf in het revalidatiecentrum. Volgens de consulent was patiënte helder van geest en was wat zij zei goed verstaanbaar. Patiënte gaf aan forse pijn te lijden ondanks uitgebreide medicatie. Zij kon niet meer zitten omdat zij geen billen meer had, ondanks vele plastische operaties. Ook leed zij neurologische pijnen. Vanwege een grote littekenbreuk in het gebied van het stoma liepen haar darmen regelmatig vast. Voor patiënte werd het lijden ook bepaald door het feit dat zij totaal afhankelijk was van anderen. Zij kon vrijwel niets zelf. Haar situatie ging de laatste tijd achteruit. Zij gaf aan dat haar wereld kapot was. Toen zij het ongeluk kreeg was zij bezig met een studie psychologie. Zij kon ook niet meer de moeder zijn voor haar dochter die zij wilde zijn. Voor patiënte was de wereld ingestort. Zij vond het verblijf in het verpleeghuis, waar met name bejaarden woonden, een steeds grotere opgave. Zij gaf herhaaldelijk aan het "niet meer te kunnen trekken". Zij had steeds meer een vol gevoel als gevolg van de littekenbreuk. Patiënte had haar verzoek uitgebreid besproken met alle betrokkenen. Zij had haar uitvaart helemaal geregeld. De consulent kwam tot de conclusie dat patiënte wilsbekwaam was, het verzoek duurzaam en weloverwogen geuit en het lijden ondraaglijk en uitzichtloos was. Voor de consulent was het lijden zeer goed invoelbaar. Aan de zorgvuldigheidseisen was zijns inziens voldaan.

De arts voerde vervolgens twee weken later de euthanasie uit met Pentothal en Pavulon. De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

c. Voorlichting aan de patiënt

De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier de arts dat heeft gedaan. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd en dat ook actief te verifiëren (zie ook casus 3).

d. Geen redelijke andere oplossing

De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het moet duidelijk zijn dat er voor patiënt geen andere uitweg meer is en dat euthanasie als enige oplossing is overgebleven. Uit de eis blijkt ook dat het besluitvormingsproces een zaak is van de patiënt en de arts samen.

Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden, ook als blijkt dat er geen therapie meer mogelijk is of patiënt geen therapie meer wenst. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal voordat euthanasie aan de orde is.

Dat wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet benutten. Een patiënt die verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden mag, zoals elke patiënt, in volle vrijheid (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren. Bij de weigering kan een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor een patiënt moeilijk te verdragen zijn. Behandelingen met radiotherapie geven soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet opweegt tegen de nadelen ervan.

Ook zijn er patiënten die geen verdere palliatie willen -in de vorm van ophoging van de dosis morfine- omdat zij (soms ten onrechte) bang zijn suf te worden of hun bewustzijn te verliezen, iets wat zij pertinent niet willen.

Wanneer een behandeling wordt afgewezen, zullen de commissies beoordelen of in casu sprake was van een 'redelijke andere oplossing'.

Omdat de arts en de patiënt op dit punt samen tot besluitvorming komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging aangeeft waarom weigering van een behandelalternatief door de patiënt in die situatie redelijk was.

Casus 7 (geen redelijk alternatief)

De arts besloot tot uitvoering van euthanasie over te gaan en af te zien van verdere palliatie omdat patiënte deze palliatie als verlenging van haar lijden beschouwde.

Bij patiënte, een vrouw van 59 jaar, werd in september 2004 een grootcellig longcarcinoom met hersenmetastasen aangetoond. Zij werd palliatief radiotherapeutisch behandeld en startte met Dexamethason. Genezing van patiënte was niet mogelijk. Patiënte leed pijn, had last van een algehele zwakte en was incontinent voor faeces. Zij ervoer haar volledige lichamelijke ontluistering als ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden om het lijden te verlichten. De arts verwachtte dat patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen twee tot vier dagen zou komen te overlijden. In oktober 2004 verzocht patiënte de arts voor het eerst om euthanasie. Zij herhaalde haar verzoek wekelijks.

Blijkens het verslag van de consulent was er sinds een dag sprake van een dramatische verslechtering van de toestand van patiënte. Zij kon niet meer eten, niet meer lopen en leed veel pijn. Ook was zij verward. Toen de consulent patiënte bezocht was zij net in slaap gevallen. De consulent sprak met de man en zoon van patiënte. Toen patiënte wakker werd, sprak de consulent met haar alleen. Zij was een moment helder. Zij kon zeggen dat zij de consulent niet kende, maar zakte toen weer weg. Zij was onrustig. Aanraken van de armen en handen deed haar pijn. Zij riep: "ik kan niet meer". Volgens de consulent was het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk. Volgens de consulent werd de ondraaglijkheid ook veroorzaakt door het feit dat de pijnbestrijding niet optimaal was. Ook was er zijns inziens sprake van een delier. Er leken hem nog mogelijkheden te zijn voor verdere sedatie en behandeling van het delier. Hierdoor zou het lijden mogelijk verlicht kunnen worden.

Indien echter de situatie ondanks uitgebreidere palliatieve maatregelen nog onbeheersbaar zou zijn, zou volgens de consulent voldaan zijn aan de zorgvuldigheidseisen. Vanwege het feit dat patiënte haar wens bij herhaling uitte en helder van geest was, besloot de arts geen andere palliatieve mogelijkheden te beproeven en in te gaan op het verzoek van patiënte. In de ogen van patiënte zou het lijden ook alleen maar verlengd worden, indien andere palliatie zou worden beproefd.

De arts ging een dag na de consultatie over tot euthanasie door intraveneuze toediening van Pentothal en Pavulon.

Tijdens de bespreking van deze melding merkte de commissie op dat de consulent na afloop van zijn bezoek aan patiënte van mening was, dat de pijnbestrijding nog niet optimaal was en dat het delier bestreden kon worden. Desgevraagd gaf de arts aan dat hij patiënte op diezelfde avond nog had bezocht. Patiënte leed pijn, die niet reageerde op Durogesic. De arts diende pethidine en Haldol toe. Patiënte sliep die nacht rustig. De daarop volgende dag was patiënte helder en reageerde zij adequaat. Zij gaf in het bijzijn van haar familie en de arts aan dat zij haar lijden niet meer acceptabel vond en euthanasie wenste. De commissie was van oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

e. Consultatie

de arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d.

Vereist is dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en schriftelijk oordeelt over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Deze arts zal, in de rol van consulent, een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven.

Het niet raadplegen van een onafhankelijke arts zal tot het oordeel van de commissies leiden dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In de hierna opgenomen casus 8 is dat het geval.

De consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts en de patiënt.

Ten aanzien van de arts betekent dat bijvoorbeeld dat er geen familieband of samenwerkingsrelatie mag bestaan tussen arts en consulent en dat zij niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn.

In de praktijk worden commissies geconfronteerd met diverse verschijningsvormen van zogenaamde HOED (huisartsen onder een dak) constructies. In die gevallen werken de artsen niet in een maatschap maar maken zij gebruik van gezamenlijke faciliteiten. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van gezamenlijk praktijkruimte huren, gezamenlijke computersystemen of het delen van patiëntenbestanden. Het blijft op voorhand moeilijk aan te geven welke verschijningsvorm van een HOED constructie wel de onafhankelijkheid in het geding brengt en welke niet.

De commissies zullen daarom bij twijfel altijd nadere vragen stellen wanneer de arts en de consulent in een dergelijke constructie werkzaam zijn.

In de praktijk kan het ook voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen, bijvoorbeeld vanuit dezelfde intervisiegroep waarin medische casuïstiek wordt besproken. Ook dan bepalen de omstandigheden of dat aan de onafhankelijke beoordeling in de weg staat. De regelmaat waarin zij elkaar treffen en de vraag of de situatie van patiënt in die groep aan de orde is gekomen is dan van belang.

Ten aanzien van de onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt betekent dat bijvoorbeeld dat geen familiebetrekking bestaat, de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent. In de hierna opgenomen casus 9 was de consulent de eigen huisarts van patiënte en daarmee niet onafhankelijk ten opzichte van de patiënte. Dat heeft in die casus mede geleid tot het oordeel dat de uitvoerende arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Ook in casus 10 speelt de onafhankelijkheid van de betrokken consulenten ten opzichte van de patiënt een rol. Beide consulenten hebben eerder contact met de patiënt gehad in het kader van een behandeling voor een ander ziektebeeld. De commissie heeft in die casus nadere vragen gesteld. In casus 11 heeft de commissie geoordeeld dat de consulent niet onafhankelijk was ten opzichte van de patiënt.

Voor de beoordeling van de melding is de verslaglegging⁸ door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de situatie waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over die situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissies. Van belang is dat de consulent aangeeft dat door hem is nagegaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en dat hij motiveert waarom al dan niet aan de eisen is voldaan. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot arts en patiënt.

De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die eindverantwoordelijk is voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. Voor de consultatie betekent het dat de meldend arts ook dient na te gaan of de verslaglegging door de consulent plaatsvindt en van voldoende kwaliteit is. Bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen (vergelijk casus 7). Wel zal de arts daarbij het oordeel van de consulent veelal zwaar laten wegen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

Het komt wel voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen (nog) niet wordt voldaan (zie ook bij 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'). Voor de commissies is niet altijd duidelijk welk traject zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld.

De commissies stellen in die gevallen nadere vragen aan de meldend arts. Als uitgangspunt geldt dat de consulent een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen.

Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een actueel verzoek, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is.

Soms is dit niet nodig, bijvoorbeeld wanneer de consulent heeft aangegeven dat er waarschijnlijk op zeer korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden zal bestaan. In dat geval kan telefonisch overleg tussen arts en consulent voldoende zijn. Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede gesprek tussen consulent en patiënt nodig zijn. Wanneer er vervolcontact is geweest tussen de arts en de consulent of de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat artsen dat bij de melding al aangeven.

⁸ De checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding kan als leidraad dienen en is te vinden op www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN) leidt artsen op als consulent bij euthanasie. Alle aspecten van de consultatie, zowel de medische, de ethische als de juridische, worden in de cursus belicht. De verslaglegging door zogeheten SCEN-consulenten is vanaf het begin in het algemeen van uitstekende kwaliteit geweest. Handhaving van dit kwaliteitsniveau moet wel een punt van blijvende aandacht zijn.

Casus 8 (consultatie)

De arts heeft geen consulent geraadpleegd en voelde zich moreel verplicht tot uitvoering van euthanasie over te gaan. De commissie komt tot het oordeel dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Bij patiënt, een man van 78 jaar, werd in 2001 een coloncarcinoom, stadium Dukes C, gediagnostiseerd. Er werd een hemicolectomie verricht. Patiënt werd vervolgens radiotherapeutisch behandeld. Toen metastasen werden aangetoond werd patiënt chemotherapeutisch behandeld. In 2004 werd de behandeling gestaakt, toen bleek dat er levermetastasen waren ontstaan. De toestand van patiënt ging geleidelijk achteruit. In december 2004 besprak patiënt de mogelijkheid van euthanasie met de arts. In de maanden maart en mei 2005 werd het onderwerp opnieuw besproken. In juni uitte patiënt een concreet en dwingend verzoek. Patiënt had precies aangegeven waar voor hem de grens lag wat betreft het lijden. Hij maakte steeds een heldere en rationele indruk. Hij wilde niet "als een vis op het droge liggen". Patiënt had bij familieleden een lange lijdensweg gezien en hij wilde zelf beslissen wanneer hij zijn leven zou willen beëindigen. Patiënt ondertekende een NVVE verklaring en overhandigde die aan de arts. Naar aanleiding hiervan gaf de arts aan dat er een consultatie nodig zou zijn. Patiënt had hiervoor begrip en wilde het gesprek hierover aangaan "als het zover was". De daarop volgende weken verliepen wisselend. De tumor groeide gestaag en patiënt rondde nog enkele doelen af. Hij regelde ook zijn uitvaart. Tijdens de laatste week van mei 2005 ging het redelijk met patiënt. De pijn werd adequaat bestreden, maar patiënt droogde wel geleidelijk uit. Volgens de arts waren er nog palliatieve mogelijkheden. Patiënt gaf aan dat het lijden nog niet ondraaglijk voor hem was.

Begin juni 2005 was de pijn echter fors toegenomen en werd de arts gebeld. Tijdens de visite zag de arts dat de pijn niet meer te onderdrukken was. Patiënt gaf aan dat de strijd gestreden was en hij verzocht de arts om de daarop volgende week de euthanasie uit te voeren.

De arts gaf aan dat er een consulent geraadpleegd moest worden. De arts kon op dat moment, vrijdag na 17.00 uur, geen SCEN-arts meer bereiken. Hij zegde patiënt toe om maandag een consulent in te schakelen. Tijdens het weekend schreef een waarnemend arts morfine in combinatie met Dormicum voor, in oplopende dosering. De arts bezocht patiënt maandagochtend weer. Patiënt was fors benauwd, had veel slijm in de luchtwegen, was onrustig, niet aanspreekbaar, maar reageerde wel op pijnprikkels. De arts diende 60 mg. morfine en 15 mg. Dormicum toe. De situatie bleef onveranderd. De arts diende na enkele uren 80 mg. morfine en 30 mg. Dormicum toe. De situatie verbeterde echter niet. Volgens de arts was er nu een lijden ontstaan waar patiënt steeds zo bang voor was. De arts besloot, ondanks het ontbreken van een consult, in overleg met de familie, om euthanasie uit te voeren. De uitvoering vond plaats door intraveneuze toediening van 2 gr. thiopental en 16 mg. Pavulon. De arts voelde zich moreel verplicht. Hij was er van overtuigd dat deze situatie voor deze patiënt mensonwaardig en ondraaglijk was. De arts was van mening dat het inschakelen van een consulent niet zinvol meer was nu patiënt niet meer aanspreekbaar was.

De arts gaf aan in een gesprek met de commissie dat hij regelmatig met patiënt had besproken dat een consultatie nodig zou zijn. Patiënt schoof dat echter steeds voor zich uit, mede omdat hij dat voor zijn vrouw confronterend vond.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet had gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen nu hij had nagelaten een consulent in te schakelen. Mede gezien de lange

ziektegeschiedenis van patiënt had de arts in een eerder stadium een consulent moeten en kunnen inschakelen. De arts is te lang meegegaan met de wens van patiënt tot uitstel van de consultatie. De commissie deelde de mening van de arts niet, dat het niet zinvol meer was een consulent in te schakelen nu patiënt niet meer aanspreekbaar was. Ook onder de gegeven omstandigheden had naar de mening van de commissie nog een consultatie kunnen en behoren plaats te vinden. De commissie was er in casu wel van overtuigd dat de arts naar eer en geweten heeft gehandeld. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld en heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Casus 9 (consultatie)

De arts die de euthanasie uitvoert heeft geen behandelrelatie met patiënte. Op basis van de persoonlijke band die hij met haar heeft gaat hij over tot euthanasie. De betrokken consulent is de huisarts van patiënte. De commissie is van oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Patiënte, een vrouw van 62 jaar, leed aan een primair ovariumcarcinoom stadium IV. Ze werd behandeld met chemotherapie. Gelijktijdig werd een Grawitztumor gediagnosticeerd in de linker nier, waarvoor ze een nefrectomie onderging. In mei 2004 werd een recidief tumor vastgesteld. Door chemotherapie vond regressie van de tumor plaats, waarna wederom een chemokuur volgde. In een latere fase had patiënte last van spraakstoornissen, duizeligheid en verwardheid op basis van hersenmetastasen. Tevens was er sprake van een uitgebreide meningitis carcinomatosa die aan het licht kwam tijdens de intensieve chemotherapie. Radiotherapie had geen effect. Genezing was niet mogelijk. Patiënte leed ondraaglijk onder de progressie van de ziekte, de spraak- en motorische stoornissen, de duizeligheid, de extreme vermoeidheid, en de volledige afhankelijkheid. Er waren geen mogelijkheden om het lijden van patiënte verder te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Vanaf medio september 2004 uitte patiënte herhaalde malen een concreet verzoek om euthanasie.

De consulent sprak uitgebreid met patiënte en haar echtgenoot over het euthanasieverzoek. De consulent beschreef in zijn consultatieverslag dat patiënte volledig compos mentis was en in staat was haar grenzen te verwoorden. Het euthanasieverzoek was onderbouwd. Patiënte was op de hoogte van het feit dat er geen therapeutische opties meer voorhanden waren. Patiënte wenste haar leven menswaardig te beëindigen. Met een verwijzing naar de specialistenbrieven concludeerde de consulent dat de euthanasiewens gerechtvaardigd was en door haar werd ondersteund. In het modelverslag schreef de arts dat zijn praktijkadres niet ter zake doende was. Nadere vragen wezen uit dat de arts een persoonlijke en geen zakelijke relatie had met patiënte. Ook werd duidelijk dat de huidige huisarts van patiënte was opgetreden als consulent

De commissie heeft de arts om opheldering gevraagd over zijn relatie met patiënte en de verrichte consultatie en de consulent heeft zij om aanvullende informatie gevraagd betreffende de consultatie.

Uit het gesprek met de arts kwam naar voren dat de relatie met patiënte inderdaad niet van zakelijke aard was. Patiënte had gedurende vele jaren voor de arts gewerkt. Daaruit was een vriendschappelijke relatie ontstaan.

De arts had in het gehele traject beroepshalve geen rol gespeeld, hij bewaakte wel het tempo van de medische interventie. In de laatste fase van het ziekteproces sprak de arts meerdere malen met patiënte en haar familie over de gang van zaken.

Patiënte gaf aan dat zij graag in een huiselijke setting wilde overlijden. Zij vroeg de arts of hij de uitvoering van de euthanasie thuis voor zijn rekening wilde nemen. De arts stemde hiermee in.

Hij was van mening dat dit geen wenselijke situatie was, maar dat hij in verband met de vriendschappelijke relatie met patiënte en haar echtgenoot -mensen die hem echt na aan het hart stonden-, na rijp beraad toch op dit verzoek moest ingaan. Om beroepshalve de prognose te kunnen inschatten trad de arts in overleg met de behandelende specialisten van patiënte. Hij vernam dat de prognose op korte termijn infaust was en er geen enkele reële behandeloptie meer voorhanden was om de klachten van patiënte te verlichten.

Patiënte was ruim een jaar voor de uitvoering van de euthanasie op eigen verzoek overgeplaatst en ingeschreven in de praktijk van de consulent. Er vond een kennismakingsgesprek plaats tussen de consulent, patiënte en haar echtgenoot. Patiënte werd op dat moment volledig specialistisch behandeld. Gedurende een jaar had de consulent slechts éénmaal contact met patiënte (dit betrof het uitschrijven van een recept). In de hiervoor genoemde periode werd de consulent wel op de gebruikelijke wijze via specialistenbrieven op de hoogte gehouden van de medische situatie van patiënte. In september 2004 was patiënte volgens de specialisten volledig uitbehandeld. Naar aanleiding van deze infauste prognose sprak de consulent uitgebreid met patiënte en haar echtgenoot over de laatste levensfase. Patiënte gaf in dat gesprek aan dat zij bij het intreden van een fase van ondraaglijk lijden graag de euthanasie wilde laten uitvoeren door de arts die zij persoonlijk kende. De consulent stemde hiermee in. Een dag later vond naar aanleiding van dit gesprek telefonisch contact plaats tussen de arts en consulent. Formeel vond er geen overdracht van patiënte plaats. De consulent was van mening dat zij in de formele zin van het woord geen huisarts was van patiënte. Zij had slechts zeer summier contact gehad met patiënte en was in de laatste fase van het leven van patiënte niet direct betrokken bij de zorg.

De arts verzocht de consulent een consult te verrichten voor de door hem in gang gezette euthanasieprocedure bij patiënte. De consulent was na overleg met diverse collegae van mening dat zij voldoende onafhankelijk was om aan dit verzoek te voldoen. De arts zelf had geen twijfels over de onafhankelijkheid van de consulent daar zij pas op het laatste moment van het ziekteproces bij de patiënte werd betrokken.

De commissie overwoog het volgende.

Levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding is ingevolge de WTL voorbehouden aan een arts. Art. 1 WTL verstaat onder "arts" de arts die de levensbeëindiging heeft verricht of de hulp bij zelfdoding heeft verleend.

Tijdens de parlementaire behandeling van de WTL is terloops opgemerkt dat hierbij aan de behandelend arts moet worden gedacht. De commissie was eveneens van oordeel dat een behandelrelatie van enige duur de voorkeur verdient, maar achtte in de WTL, noch in haar ontstaansgeschiedenis voldoende grond aanwezig de behandelrelatie als vereiste te stellen.

Voor een juiste toetsing van de vraag of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van art. 2 WTL, was naar het oordeel van de commissie echter beslissend of de arts een zodanige relatie tot de patiënte had dat hij voldoende in staat was zich een oordeel over de zorgvuldigheidseisen te vormen. De commissie zag in het onderhavige geval aanleiding déze vraag te onderzoeken.

In casu was sprake van een vriendschappelijke relatie en grote betrokkenheid tussen de arts, het gezin van de arts en patiënte en haar echtgenoot. Op basis van deze vriendschappelijke relatie besprak patiënte aan het begin van het ziekteproces de infauste diagnose met de arts. De arts speelde naar eigen zeggen in het hierop volgende door patiënte doorlopen medische traject beroepshalve geen rol, wel bewaakte hij het tempo van de medische interventie.

Op basis van de vriendschappelijke relatie met patiënte en haar echtgenoot was de arts van mening dat hij op het verzoek van patiënte, in casu het uitvoeren van de euthanasie, moest ingaan. Samengevat kwam het hierop neer dat de arts buiten een behandelrelatie om enkel en alleen op basis van een nauwe persoonlijke relatie -na het inwinnen van relevante medische informatie- op verzoek van patiënte overging tot uitvoering van de euthanasie. De consultatie werd door de huisarts van patiënte verricht.

De commissie was van mening dat de arts, aan wiens integriteit zij niet twijfelt, zich in een positie heeft laten brengen waarin hem de nodige distantie en objectiviteit en vrijheid in oordelen ontbraken om zich dat oordeel te vormen. De arts voelde zich immers niet vrij het verzoek om levensbeëindiging te weigeren omdat hij in een zeer persoonlijke verhouding tot patiënte stond. Onder die omstandigheden was hij mogelijk ook niet in staat tot een voldoende zorgvuldige oordeelsvorming: de commissie kon dat niet vaststellen. Dat in de casus zelf weinig reden tot twijfel schuilt, deed hieraan niet af. Onder deze omstandigheden was de verplichte raadpleging van een onafhankelijke arts eens te meer essentieel. Uit de hierboven samengevatte mondelinge toelichting bleek ook overigens van omstandigheden die geen twijfel lieten over de vraag dat de consulent als patiëntes huisarts moest worden beschouwd. Zij was dus derhalve geen van de patiënte onafhankelijk arts.

De commissie was van oordeel dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen en bracht haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het College was van oordeel dat gelet op feiten en omstandigheden in deze zaak een sepot ten aanzien van de arts op zijn plaats was. Wel heeft de officier van justitie een gesprek gevoerd met de arts. Daarnaast is de Inspectie voor de Gezondheidszorg, op verzoek van het College, in contact getreden met de consulent. De Inspectie was van oordeel dat gezien de reactie van de arts, het gegeven dat de kans op herhaling wel heel miniem was en de goede intenties van de arts, er geen aanleiding was nader in te gaan op deze zaak.

Casus 10 (consultatie)

De patiënt wordt tweemaal bezocht door een consulent. De betrokken consulenten hebben patiënt kort daarvoor in het kader van een behandeling gezien. De vraag naar de onafhankelijkheid van de consulenten ten opzichte van de patiënt is aan de orde. De commissie stelt de consulenten nadere vragen en komt mede op basis van de nader verkregen informatie tot het oordeel dat wel overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld.

Bij patiënt, een man van 69 jaar, werd in 1989 een larynxcarcinoom vastgesteld waarvoor hij radiotherapie onderging. In januari 2005 volgde een totale larynxextirpatie in verband met een recidief adenocarcinoom. In juni 2005 werd een halskliermetastase vastgesteld met ingroei in de nervus hypoglossus en doorgroei rondom de arteria carotis interna. Heroperatie en radiotherapie bleken geen reële optie. Genezing was niet mogelijk. Het lijden van patiënt werd bepaald door pijn, braken en niet meer kunnen eten en drinken. De in overleg met de anesthesiologen gegeven medicatie om het lijden te verlichten had onvoldoende effect. Ook de psychosociale hulpverlening en begeleiding had geen resultaat. Er waren geen mogelijkheden meer te bieden om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. Patiënt heeft begin juli 2005 voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht en zijn verzoek daarna diverse malen herhaald. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

Als consulent werden twee collega-specialisten benaderd, beide medestafleden uit het ziekenhuis. De tweede consulent zag patiënt twee maanden na het bezoek van de eerste consulent, omdat de eerste consulent op dat moment afwezig was. Beide consulenten vermeldden in hun verslag dat zij patiënt kenden uit een eerdere relatie, namelijk als behandelaar in het kader van de diabetes mellitus van patiënt. Aangezien dit een ander ziektebeeld betrof dan dat wat patiënt fataal was geworden, waren beide consulenten van mening dat er geen sprake was van medebehandelen.

De commissie heeft beide artsen om een nadere toelichting verzocht. Over hun onafhankelijkheid bij de consultatie meldden de consulenten het volgende:

De eerste consulent had patiënt in totaal tweemaal gezien.

De eerste keer was begin januari 2005 in het kader van een pre-operatief bezoek, de tweede keer was in maart 2005 op de diabetespolikliniek. De laatste keer was het de bedoeling om patiënt te begeleiden bij de regulering van zijn diabetes, maar patiënt had zich aan deze begeleiding onttrokken, zodat het bij één contact is gebleven. Volgens de consulent zijn op de polikliniek Interne veel korte contacten met patiënten. De consulent was van mening dat deze contacten niet tot een band leiden. Voor de zorgvuldigheid vond de consulent dat de twee eerdere contacten met patiënt in het consultatieverslag moesten worden vermeld. Achteraf gezien kon de consulent zich echter voorstellen dat om elke schijn van belangenverstrengeling te vermijden het verstandiger was in dergelijke gevallen niet op een verzoek tot beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging in te gaan. De consulent was echter van mening dat in deze casus een onafhankelijk oordeel van het verzoek om levensbeëindiging van patiënt had plaatsgevonden. De tweede consulent had gedurende de opname van patiënt begin januari 2005 op afstand via de verpleegkundigen de insulinebehandeling van patiënt geregeld. Aangezien de consulent patiënt daarbij niet had gezien of gesproken, kon er geen sprake zijn van een band tussen behandelaar en patiënt. De eerste keer dat de consulent patiënt daadwerkelijk had ontmoet, was toen hij met hem sprak over zijn euthanasiewens. In het kader van de door hem betachte zorgvuldigheid bij de beoordeling van de euthanasiewens had de consulent zijn (telefonisch) consult in januari 2005 wel in zijn consultatieverslag vermeld. De consulent was van mening dat hij geen band had met patiënt. De commissie had allereerst haar waardering uitgesproken voor de uiterst zorgvuldig uitgevoerde consultatie en verslaglegging daarvan. Ook uit de nadere toelichting van de consulenten en de arts was het de commissie gebleken dat de uiterste zorgvuldigheid was betracht. Ten aanzien van de consultatie was de commissie van mening, dat gelet op de nadere toelichting van de consulenten en de arts, hoewel het in het algemeen ongewenst is om als consulent iemand te vragen die op enigerlei wijze bemoeienis met patiënt heeft, de onafhankelijkheid van beide consulenten was gewaarborgd. De commissie was van mening dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 11 (consultatie)

De meldend arts raadpleegt als consulent een internist die patiënt al eerder had gezien. De commissie vindt dat hier geen sprake is van een onafhankelijke consulent. Om die reden heeft de arts niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Bij patiënt, een man van 76 jaar, werd in 2004 een sigmoidcarcinoom vastgesteld met metastasen in de lever. Eind 2004 werden middels CT metastasen in de lever vastgesteld. Tevens was sprake van verdenking van ingroei van de tumor in de vena cava inferior. Genezing was niet mogelijk. Het euthanasieverzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.

Patiënt heeft na de eerste operatieve ingreep voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht en daarna meerdere malen herhaald. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

De meldende arts heeft als consulent een internist geraadpleegd. De internist had patiënt tijdens diensten en consulten gezien. In zijn summier verslaglegging bevestigde deze consulent dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De uitvoering vond plaats door een anesthesioloog, een collega-specialist uit hetzelfde ziekenhuis, middels het toedienen van 1 gram Pentothal, 8 mg Pavulon en 10 mg bupivacaine. De anesthesioloog had als feitelijke uitvoerder de melding meeondertekend. De commissie heeft de beide artsen om een toelichting gevraagd. In casus 14 wordt nader ingegaan op het aspect van de uitvoering in deze specifieke situatie.

Volgens de nadere schriftelijke informatie van de consulent was zijn bemoeienis met patiënt vóór de consultatie uiterst summier geweest. Hij had patiënt zeker niet dagelijks gezien en nauwelijks bijgedragen aan de behandeling van patiënt. Patiënt was onder behandeling bij een collega-internist.

Zijn contacten met patiënt tijdens de opname van patiënt in november 2004 bestonden uit het verrichten van een invasief onderzoek en het geven van medicatieadvies. Het laatste was gebeurd nadat hij in consult was geroepen in verband met benauwdheidsklachten van patiënt. In de periode vóór deze opname had hij patiënt na diens operatie gedurende één dag tijdens een eerdere opname in 2004 als dienstdoende specialist gezien. Naar mening van de consulent was hij zeker onafhankelijk en had hij geen vertrouwensband met de patiënt.

Naast zijn aanvullende mededelingen over zijn consultatie en zijn conclusie dat er eind november 2004 sprake was van een uitzichtloos lijden, noemde de consulent geen aanvullende gegevens met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen.

De commissie was van mening, dat gelet op het feit dat de consulent patiënt in de periode vóór de consultatie in het kader van euthanasie meerdere malen als internist in het kader van een internistisch consult had gezien en behandeld, gesproken moest worden van een (mede)behandelaar. Daarnaast was patiënt hem niet onbekend door de patiëntenbesprekingen in het ziekenhuis. Bij de consultatie moet de onafhankelijkheid van de tweede arts zo veel mogelijk gewaarborgd zijn.

De commissie was van mening dat de onafhankelijkheid van de consultatie in dit geval niet was gewaarborgd. Naar het oordeel van de commissie was de consultatie niet overeenkomstig de vereisten verricht en had de arts niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie heeft haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionale inspecteur van de gezondheidszorg gebracht.

In het gesprek met de twee meldende artsen had de commissie echter kunnen vaststellen dat het geheel door beide artsen als aanleiding werd gezien om een aantal punten bij zichzelf en wellicht in het ziekenhuis te veranderen. Een belangrijk punt vond de commissie het besluit van de artsen voortaan een SCEN-arts bij euthanasie te zullen inschakelen.

Het College van procureurs-generaal heeft bericht dat gelet op de feiten en omstandigheden van deze zaak een sepot ten aanzien van beide artsen op zijn plaats was. Het College heeft daarnaast besloten de Inspectie voor de Gezondheidszorg aandacht te vragen voor (het hanteren van) het protocol betreffende euthanasie in het betrokken ziekenhuis. De inspecteur van de gezondheidszorg heeft het ziekenhuis schriftelijk verzocht om het euthanasieprotocol op een aantal punten te wijzigen.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies⁹ van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gevolgd. Bij euthanasie is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica -meestal intraveneus- toedient aan de patiënt. Van hulp bij zelfdoding is sprake als de patiënt de middelen zelf inneemt. In dat geval drinkt de patiënt een drank die een barbituraat¹⁰ bevat. Uitgangspunt is dat de arts bij de patiënt aanwezig blijft totdat de patiënt is overleden. De arts mag de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Mogelijk is immers dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan – alsnog – euthanasie toepassen. Ook kan het zonder medisch toezicht achterlaten van de middelen gevaar opleveren voor anderen dan de patiënt.

⁹ toepassing en bereiding van euthanatica (1998)

¹⁰ meestal een 100 milliliter drank met 9 gram pentobarbitalnatrium of secobarbitalnatrium

Bij wijze van uitzondering en alleen op goede gronden kunnen vooraf afwijkende afspraken worden gemaakt. De arts dient altijd beschikbaar te zijn om snel in te grijpen als de middelen niet of onvoldoende het beoogde effect hebben. De levensbeëindiging dient door de arts zelf te worden uitgevoerd.

In de praktijk komt het een enkele maal voor dat er bij artsen onduidelijkheid bestaat over hun rol in het kader van een euthanasieprocedure. Deze onduidelijkheid kan zowel de rol van de meldend arts, als de rol van de consulent of van de uitvoerend arts betreffen.

Indien bijvoorbeeld een euthanasie wordt aangemeld door een arts die de euthanasie niet zelf heeft uitgevoerd, zal de uitvoerend arts alsnog als meldend arts worden beschouwd¹¹. In casus 14 was onder andere sprake van een dergelijke onduidelijkheid met betrekking tot ieders rol.

Casus 12 (uitvoering)

De gebruikte middelen zijn niet overeenkomstig het advies van de KNMP. De commissie heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis verzocht om aanpassing van het ziekenhuisprotocol.

Bij patiënte, een vrouw van 80 jaar, werd een non-Hodgkinlymfoom gediagnosticeerd. Een in opzet curatieve therapie was niet voorhanden en palliatieve therapie werd door patiënte afgewezen aangezien deze slechts een beperkt effect zou hebben en haar lijdensweg zou rekken. Patiënte leed ondraaglijk aan vermoeidheid, pijn ten gevolge van decubituswonden, benauwdheid en een hoestprikkel.

Er waren geen verdere mogelijkheden het lijden van patiënte te verlichten. Patiënte had de arts bij herhaling om euthanasie verzocht en een schriftelijke wilsverklaring ondertekend.

De consulent bevestigde de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte. Hij stelde vast dat patiënt bedlegerig en hulpbehoevend geworden was. De pijn en de benauwdheid van patiënte werden weliswaar redelijk bestreden met behulp van morfine en zuurstof, maar er waren geen andere reële mogelijkheden om haar lijden te verlichten. De consulent bevestigde dat patiënte na de diagnosestelling bij herhaling om euthanasie had verzocht en was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De levensbeëindiging vond plaats door intraveneuze toediening van 40 mg. diazepam gevolgd door 2,5 g. thiopental.

In deze zaak heeft de commissie de arts vragen gesteld over de bij de uitvoering gebruikte middelen en verzocht om een afschrift van het ziekenhuisprotocol inzake euthanasie. Op basis van de nader ontvangen informatie heeft de commissie geoordeeld dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Niettemin voelde de commissie de behoefte om de Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis schriftelijk te informeren over haar bevindingen. In genoemd ziekenhuis werd namelijk ten behoeve de uitvoering van euthanasie als één van de methodes geadviseerd om morfine in een oplopende dosering te gebruiken. Dit advies bevreemde de commissie aangezien morfine bij uitstek geschikt is ter bestrijding van pijn en benauwdheid.

Volgens het in 1998 door de KNMP uitgebrachte advies ("Toepassing en bereiding van euthanatica") moet toediening van opiaten als intraveneuze infusievloeistof in langzaam stijgende dosering worden vermeden gezien de kans op snel optredende tolerantie voor het ademdepressief effect. De Raad van Bestuur heeft toegezegd tot aanpassing van zijn protocol over te gaan.

¹¹ artikel 3 uit de Richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissie euthanasie (vastgesteld 18 juni 2003)

Casus 13 (uitvoering)

Er is sprake van onduidelijk gebruik van morfine bij de uitvoering.

Bij patiënt, een man van 76 jaar, werd in 2004 een gemetastaseerd weinig gedifferentieerd adenocarcinoom uitgaande van het colon vastgesteld met metastasen in de lymfklieren, de lever en de longen. Genezing was niet mogelijk. De behandeling bestond uit een hemicolectomie. Begin januari 2005 werd patiënt in het ziekenhuis opgenomen in verband met algehele achteruitgang en malaise, gewichtsverlies en pijn. Na een bloedtransfusie werd patiënt naar huis ontslagen. Het lijden van patiënt bestond uit uitputting, pijn, emesis en dyspneu. De gegeven medicatie om de klachten te verlichten had matig resultaat evenals de zuurstof en fysiotherapie. Patiënt wees de mogelijkheid van terminale sedatie af. Er waren geen alternatieven om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele dagen zou overlijden.

In januari 2005 heeft patiënt voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Dit verzoek heeft hij daarna meerdere malen in de maanden januari en februari 2005 herhaald. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Een SCEN-arts die patiënt had bezocht, concludeerde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts diende patiënt 1,5 gram thiopental en 20 mg Pavulon intraveneus toe. Uit zijn verslag bleek de commissie dat de arts van tevoren 40 mg morfine intramusculair toegediend. Hierdoor werd patiënt soporeus.

De commissie heeft de arts om nadere informatie gevraagd over de reden en achtergrond voor zijn beslissing om voorafgaand aan de euthanatica morfine toe te dienen. Uit de nadere toelichting van de arts bleek dat hij na een kortdurende afwezigheid geconfronteerd werd met een acuut medisch probleem bij patiënt (benauwdheid en pijn). Hij besloot hierop de patiënt 40 mg morfine i.m. toe te dienen. De hoogte van de dosis werd bepaald door zijn inschatting van het effect ervan op patiënt, die morfine gewend was. Aangezien eerder nog geen definitieve afspraken gemaakt waren over het tijdstip van euthanasie, ontstond door het toedienen van de morfine ook de mogelijkheid voor patiënt en zijn familie om bepaalde zaken te regelen, zoals het afscheid nemen. De arts heeft hierover uitgebreid met de patiënt en familie gesproken, waarbij ook de mogelijke gevolgen van de morfinetoediening (het niet meer aanspreekbaar zijn) aan de orde kwamen. Tevens is toen het tijdstip van de euthanasie vastgesteld.

De arts gaf in zijn nadere toelichting aan dat de comateuze toestand waarin hij patiënt later aantrof het gevolg was van de combinatie van de morfine en het ziektebeloop. Er was sprake van pijnbestrijding en bestrijding van de benauwdheid bij een ernstig terminaal zieke man waarbij de arts bewust het "risico" van bewusteloosheid heeft genomen. De commissie was van mening dat de levensbeëindiging gelet op de door de arts gegeven nadere toelichting medisch zorgvuldig was uitgevoerd. De van tevoren gegeven morfine was primair gericht op het verlichten van de klachten van patiënt en was geen onderdeel van de uitvoering. De commissie was van mening dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 14 (uitvoering door twee artsen)

De hoofdbehandelaar voelde zich verantwoordelijk voor de euthanasie en heeft deze gemeld, terwijl de daadwerkelijke uitvoering door een andere arts werd verricht.

Het feitenrelaas van deze casus is identiek aan dat van casus 11. Het gaat om dezelfde melding. Bij de uitvoering van de euthanasie in deze casus speelde het volgende.

De uitvoering van de euthanasie vond plaats door een anesthesioloog, een collega-specialist uit hetzelfde ziekenhuis, middels het toedienen van 1 gram Pentothal, 8 mg

Pavulon en 10 mg bupivacaine. De anesthesioloog had als feitelijke uitvoerder de melding mee ondertekend. De commissie heeft de beide artsen om een toelichting gevraagd.

De meldende arts vond dat hij als behandelend arts van patiënt de euthanaserende arts is geweest. De anesthesioloog voelde zich niet de euthanaserende arts. Wel had hij de feitelijke uitvoering verricht. Hij had een helpende hand geboden en de technische handeling verricht van het aanprikken en inspuiten. Hij was van mening dat hij deze handeling niet anoniem kon doen. Zijn handtekening in het Modelverslag getuigde daarvan. Hij gaf ten overstaan van de commissie aan dat hij met de patiënt van tevoren had gesproken in bijzijn van diens familie en dat hij ook met de behandelende internist en chirurg overleg had gehad om zich te overtuigen van de wens en de situatie van patiënt. Achteraf verweet hij zichzelf dat hij het laatste niet op schrift heeft gesteld.

Ten aanzien van de levensbeëindiging heeft de commissie overwogen dat, aangezien de anesthesioloog de feitelijke uitvoering had verricht, hij wordt aangemerkt als de meldende arts die de levensbeëindiging op verzoek had toegepast. De anesthesioloog gaf in zijn mondelinge toelichting aan dat hij zich tevoren ervan had vergewist dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts die aanvankelijk de melding deed heeft dit bevestigd door naast zijn handtekening een passage op te nemen in het Modelverslag waarin hij dit verklaart.

De commissie was van mening dat de levensbeëindiging door de uitvoerende arts zorgvuldig was uitgevoerd. De meldende arts had in het gesprek met de commissie duidelijk aangegeven de behandelende arts van patiënt te zijn en zich in die zin ook verantwoordelijk te voelen voor de uitvoering van de euthanasie. Om die reden werd hij, mede op zijn eigen verzoek, samen met de uitvoerende arts door de commissie als meldend arts aangemerkt.

In deze casus kwam de commissie tot de conclusie dat de betrokken consultant niet onafhankelijk was. Om die reden oordeelde de commissie dat de artsen niet overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten hadden gehandeld. Deze casus is –voor wat betreft het consultatievereiste– opgenomen als casus 11 in dit verslag. Uit dit gesprek werd duidelijk dat beide artsen er gewetensvol naar hadden gestreefd om het lijden van patiënt in overeenstemming met diens wens te bekorten. Aangezien de dienstdoende arts de behandeling van patiënt had overgenomen van de arts die de exploratieve ingreep had verricht, had hij besloten zelf het modelformulier in te vullen.

De commissie heeft in het gesprek duidelijk gemaakt dat de arts die de levensbeëindiging feitelijk uitvoert ook moet melden. Ook stelde de commissie vast dat er bij de artsen verwarring is ontstaan over ieders rol in de euthanasieprocedure. De commissie was van oordeel dat de (meldend) arts niet met patiënt tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was, nu patiënt niet meer aanspreekbaar was. Evenmin waren de voorlichting aan patiënt en de consultatie naar behoren verricht. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis benaderd met nadere vragen over procedures die in het ziekenhuis van kracht zijn rondom overdracht van ernstig zieke patiënten en rondom euthanasieverzoeken en de inwilliging hiervan. In het ziekenhuis is besloten een uitgebreid protocol euthanasie op te stellen en om een symposium te organiseren om deze problematiek onder de aandacht te brengen van de werknemers in het ziekenhuis. De Inspectie was van oordeel dat hiermee voldoende maatregelen getroffen waren om herhaling van de betreffende casus te voorkomen. Het College van procureurs-generaal heeft besloten niet tot strafrechtelijke vervolging over te gaan.

Bijlage I

Overzicht van meldingen per regio

Overzicht van 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 204 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 181 gevallen was er sprake van euthanasie, in 18 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 188 gevallen een huisarts, in 7 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 9 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	184
hart- en vaataandoeningen	1
aandoeningen van het zenuwstelsel	9
longaandoeningen, anders dan kanker	2
overige aandoeningen	0
combinatie van aandoeningen	8

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 171 gevallen thuis plaats, in 7 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 9 gevallen in een verzorgingshuis en in 8 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 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie eenmaal 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 28 dagen.



Overzicht van 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 457 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 430 gevallen was er sprake van euthanasie, in 25 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 419 gevallen een huisarts, in 28 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 10 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	410
hart- en vaataandoeningen	8
aandoeningen van het zenuwstelsel	19
longaandoeningen, anders dan kanker	7
overige aandoeningen	6
combinatie van aandoeningen	7

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 394 gevallen thuis plaats, in 26 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 12 gevallen in een verzorgingshuis en in 17 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie geen enkele keer 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 28 dagen.

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 536 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 465 gevallen was er sprake van euthanasie, in 60 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 11 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 451 gevallen een huisarts, in 66 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 19 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	473
hart- en vaataandoeningen	7
aandoeningen van het zenuwstelsel	25
longaandoeningen, anders dan kanker	9
overige aandoeningen	7
combinatie van aandoeningen	15

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 414 gevallen thuis plaats, in 62 gevallen in een ziekenhuis, in 25 gevallen in een verpleeghuis, in 9 gevallen in een verzorgingshuis en in 26 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval niet bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie geen enkele keer 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 27 dagen.

Overzicht van 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 381 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 346 gevallen was er sprake van euthanasie, in 28 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 7 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 336 gevallen een huisarts, in 29 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 16 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	327
hart en vaataandoeningen	2
aandoeningen van het zenuwstelsel	22
longaandoeningen anders dan kanker	7
overige aandoeningen	7
combinatie van aandoeningen	16

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 313 gevallen thuis plaats, in 27 gevallen in een ziekenhuis, in 18 gevallen in een verpleeghuis, in 9 gevallen in een verzorgingshuis en in 14 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie)

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie eenmaal 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 van 1 januari 2005 en met 31 december 2005

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 355 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 343 gevallen was er sprake van euthanasie en in 12 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

De meldend arts was in 303 gevallen een huisarts, in 40 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 12 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	319
hart- en vaataandoeningen	5
aandoeningen van het zenuwstelsel	10
longaandoeningen, anders dan kanker	4
overige aandoeningen	7
combinatie van aandoeningen	10

Instelling

De levensbeëindiging vond in 293 gevallen thuis plaats, in 37 gevallen in het ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 5 gevallen in een verzorgingshuis, in 6 gevallen in overige instellingen en in 1 geval elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie eenmaal tot het oordeel dat de arts niet 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

*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 I. 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 verantwoordig 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 com-

missies 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.

Hoofdstuk IV. Wijzigingen in andere wetten

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 overeenkomstige toepassing.

C

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

D

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

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

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 mededeling 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.

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

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.

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

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

Bijlage III

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

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 gevoelen 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 gevoelen 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

Bijlage IV

*Richtlijnen betreffende de werkwijze van de
Regionale toetsingscommissies euthanasie
(vastgesteld op 18 juni 2003)*

I. Inleiding

In artikel 19, tweede lid, onder b, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (wet) wordt bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de werkwijze en verslaglegging van de commissies. Dit is vastgelegd in het 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 (besluit). Artikel 5 van dit besluit bepaalt dat de voorzitters richtlijnen vaststellen voor de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen en de daarbij te volgen procedure. In ieder geval worden regels gesteld 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 lid en derde lid, van de wet worden vastgelegd.

Tevens is het ingevolge artikel 4, tweede lid, onder b, van bovengenoemd besluit de taak van de coördinerend voorzitter om in overleg met de voorzitters zorg te dragen voor het opstellen van richtlijnen met betrekking tot activiteiten van de commissies op het gebied van de voorlichting.

Met de onderhavige richtlijnen wordt aan deze bepalingen gevolg gegeven.

In deze richtlijnen worden de begrippen als bedoeld in artikel 1, van de wet gehanteerd.

II. Bevoegdheid commissie

De bevoegdheid van de commissie om het levensbeëindigend handelen van de arts in een concreet geval te toetsen, moet worden afgeleid uit de systematiek van de wet en in het bijzonder uit de zorgvuldigheidseisen, genoemd in artikel 2, van de wet (Memorie van toelichting, Kamerstukken II 1998/1999, 26 691, nr. 3, p. 9 en Nota naar aanleiding van het verslag, Kamerstukken II 1999/2000, 26 691, nr. 6, p. 5-7). Ingeval een minderjarige patiënt in de leeftijd van twaalf tot zestien jaren of in de leeftijd van zestien tot achttien jaren een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding doet, gelden specifieke voorschriften die zijn opgenomen in artikel 2, lid 3 en 4, van de wet.

Artikel 1

1. De commissie is bevoegd in gevallen waarin er sprake is van een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Ook een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten, kan worden aangemerkt als een verzoek om levensbeëindiging, indien deze verklaring is opgesteld ten tijde dat de patiënt nog tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was.
2. De commissie is niet bevoegd indien:
 - A. een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding ontbreekt;
 - B. er sprake is van normaal medisch handelen, waaronder wordt verstaan:
 - a. het niet starten of staken van een medisch zinloze behandeling;
 - b. het niet starten of staken van een medische behandeling op verzoek van de patiënt;
 - c. een verhaasting van de dood als bijkomend gevolg van een behandeling, die noodzakelijk is voor, en naar haar aard rechtstreeks is afgestemd op het verlichten van ernstig lijden van de patiënt;

- C. er sprake is van levensbeëindiging bij:
 - a. een pasgeborene;
 - b. een minderjarige patiënt, jonger dan 12 jaar;
 - c. een patiënt in coma zonder schriftelijke wilsverklaring;
 - d. een demente patiënt zonder schriftelijke wilsverklaring;
- 3. Indien de commissie niet bevoegd is de melding in behandeling te nemen, is de volgende werkwijze van toepassing:
 - a. de commissie brengt haar beslissing ter kennis van de arts,
 - b. zendt de melding terug naar de gemeentelijke lijkschouwer met het verzoek de melding door te geleiden naar de officier van justitie.

III. Samenstelling commissie

In artikel 15 van de wet wordt bepaald dat een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, zich verschoont en kan worden gewraakt indien er feiten en omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Deze situatie doet zich ondermeer voor indien een arts van de commissie levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding meldt.

Artikel 2

Indien er sprake is van een melding van een arts die tevens (plaatsvervangend) commissielid is van de toetsingscommissie euthanasie in dezelfde regio, wordt de samenstelling van de commissie zodanig gewijzigd dat de onpartijdigheid van de commissie is gewaarborgd.

IV. Toetsen juiste persoon melder

In artikel 1, onder c, van de wet wordt de 'arts' gedefinieerd als: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend. Uitgangspunt hierbij is dat de arts die daadwerkelijk de levensbeëindiging heeft uitgevoerd of hulp bij zelfdoding heeft verleend het modelverslag ondertekent. Deze arts wordt als 'meldend arts' aangeschreven.

Artikel 3

1. Indien uit de meldingsgegevens blijkt dat een andere arts dan de melder de levensbeëindigende handeling heeft verricht, dient de melding teruggestuurd te worden voor ondertekening naar de arts die de levensbeëindiging daadwerkelijk heeft uitgevoerd of de hulp bij zelfdoding heeft verleend.
2. Indien bij de procedure één andere dan wel meerdere artsen betrokken is/zijn, dan ontvangt/ontvangen deze arts(en) een kopie van de aan de 'meldend arts' gestuurde berichtgeving.
3. Indien twee artsen het modelverslag gezamenlijk ondertekenen en verklaren de levensbeëindigende handeling gezamenlijk te hebben verricht, worden (bij uitzondering) beide artsen gezien als 'meldend arts' en als zodanig aangeschreven.

V. Procedure behandeling van de melding en het oordeel

Artikel 4

De commissie zorgt voor de registratie van de gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Deze gegevens vallen onder het Privacy-reglement database meldingsprocedure (Stcrt. 2000, 42).

Artikel 5

1. De secretaris stelt voor de vergadering een conceptoordeel op.
2. De leden van de commissie, die zitting hebben, ontvangen minimaal vijf werkdagen vóór de vergadering de meldingen met de daarbij behorende stukken en conceptoordelen.
3. De commissie brengt binnen zes weken na ontvangst van de melding een gemotiveerd oordeel schriftelijk ter kennis van de arts.
4. De termijn kan eenmaal met maximaal zes weken worden verlengd. De commissie geeft de arts hiervan bericht.
5. De commissie kan het oordeel tegenover de arts mondeling toelichten, zowel op eigen initiatief als op verzoek van de arts.
6. De commissie vergadert minimaal één keer per maand.

Artikel 6

Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen en op voorwaarde dat alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 7

1. Het oordeel van de commissie wordt voor wat betreft vorm en inrichting vastgelegd in een model.
2. De arts ontvangt een afschrift van het oordeel, het originele exemplaar blijft achter in het dossier.
3. Na toetsing worden de voor de behandeling gekopieerde dossiers vernietigd. Het originele dossier wordt gedurende de wettelijke termijn van 10 jaren bewaard.

Artikel 8

1. Het oordeel wordt ondertekend door de voorzitter en mede ondertekend door de secretaris van de commissie.
2. Indien de secretaris die in de commissie is benoemd, niet bij de vergadering aanwezig is, treedt een andere secretaris op als plaatsvervangend secretaris en ondertekent het oordeel als zodanig.
3. Indien de secretaris die de vergadering heeft bijgewoond niet in staat is het oordeel mede te ondertekenen, ondertekent een andere secretaris in diens plaats en 'bij afwezigheid'.

Artikel 9

1. De stukken van de melding moeten de commissie inzicht geven of door de arts is gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, van de wet.
2. Indien naar het oordeel van de commissie het inzicht, bedoeld in het eerste lid onvoldoende is, kan de commissie:
 - a. de arts of de consulent verzoeken zijn verslag mondeling of schriftelijk aan te vullen;
 - b. bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of andere betrokken hulpverleners telefonisch of schriftelijk inlichtingen vragen;
 - c. de arts of de consulent schriftelijk uitnodigen voor een gesprek met de commissie.
3. Indien alleen de consulent om aanvullende informatie wordt gevraagd, dan wel wordt uitgenodigd voor een gesprek, wordt de arts daarvan schriftelijk op de hoogte gesteld.
4. Indien bij de melding een onvolledig verslag van de consulent wordt aangetroffen, wordt de consulent verzocht het verslag alsnog aan te vullen. De meldend arts wordt hiervan op de hoogte gesteld.
5. Indien op het eerste gezicht niet is voldaan aan het vereiste van een onafhankelijke consultatie als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder e, van de wet, gaat de commissie door middel van het vragen van aanvullende informatie na of er sprake is van een onafhankelijke oordeelsvorming. Indien de arts met feiten kan onderbouwen dat is voldaan aan een onafhankelijke oordeelsvorming, kan de commissie beslissen dat is voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten.
6. Indien een arts wordt uitgenodigd, wordt van dit gesprek een verslag gemaakt. Een kopie van dit verslag wordt ter kennisneming aan de arts gezonden.
7. In het oordeel wordt vermeld dat nadere informatie is gevraagd en de gegeven toelichting wordt in het oordeelbericht verwerkt.

Artikel 10

1. Indien de commissie overweegt te oordelen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt:
 - a. de arts uitgenodigd voor een gesprek met de commissie;
 - b. de melding en het conceptoordeel voorgelegd voor advies aan alle leden, inclusief de plaatsvervangende leden van de desbetreffende commissie;
 - c. de melding en het conceptoordeel voorgelegd voor advies aan de voorzitters en plaatsvervangende voorzitters van de overige commissies.
2. Op het verzoek om advies bedoeld in de onderdelen b en c, dient in alle gevallen een schriftelijke reactie (of per e-mail) te worden gegeven.
3. Indien de commissie tot het oordeel komt dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt een afschrift van het oordeel met bijbehorend dossier aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg gezonden.

VII. Voorlichting en kwaliteitsverbetering

Artikel 4, tweede lid, onder b, van het besluit bepaalt dat de coördinerend voorzitter, na overleg met alle voorzitters, zorgdraagt voor richtlijnen met betrekking tot voorlichtingsactiviteiten. Op verzoek verlenen de commissies medewerking aan congressen en symposia of aan de publicatie van artikelen in (medische, juridische en ethische) tijdschriften en literatuur. De commissies leveren structureel een bijdrage aan de SCEN-opleiding.

Een belangrijke vorm van voorlichting vindt plaats door de publicatie van het jaarverslag, waarin de commissies inzicht geven in hun werkzaamheden en oordeelsvorming.

Artikel 11

1. Representatie of het te woord staan van de pers bij aangelegenheden die alle commissies betreffen – waaronder de publicatie van het jaarverslag – is in beginsel voorbehouden aan de coördinerend voorzitter.
2. Indien een lid van de commissie in die hoedanigheid in de publiciteit treedt – in de media of door publicatie – dient deze dit optreden of de publicatie vooraf met de voorzitter van de commissie te bespreken. Indien er twijfels bestaan, wordt het verzoek voorgelegd aan alle voorzitters.
3. Een lid van de commissie in die hoedanigheid onthoudt zich van persoonlijke uitlatingen in de publiciteit die kunnen worden opgevat als de mening van de commissie.

Artikel 12

Indien de commissie een verzoek krijgt om medewerking te verlenen aan enige vorm van voorlichting, wordt dit verzoek voorgelegd door de secretaris aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter beslist – zo nodig na overleg met de overige commissieleden – of het verzoek ingewilligd wordt. Bij twijfel overlegt de voorzitter met de coördinerend voorzitter

Artikel 13

De commissies verlenen medewerking aan de opleiding voor consulent van Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN). Ten behoeve van de opleiding is een standaardpresentatie beschikbaar, die in overleg met SCEN tot stand is gekomen. De standaardpresentatie kan door alle commissies gebruikt worden.