

The background features large, stylized, semi-transparent letters 'R' and 'A' in a reddish-pink color. The 'R' is on the left and the 'A' is on the right, partially overlapping. The text is centered horizontally across the middle of the page.

Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2006

Colofon

Uitgave

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Internetadres

www.toetsingscommissies euthanasie.nl

Bestellen

Het jaarverslag 2006 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.toetsingscommissies euthanasie.nl

www.minvws.nl

www.justitie.nl

Vormgeving

Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

mei 2007

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk I	
Werkzaamheden van de commissies	7
Wettelijk kader	7
Rol commissies	8
Ontwikkelingen in 2006	11
Hoofdstuk II	
Overzicht meldingen	12
Hoofdstuk III	
Zorgvuldigheidseisen	14
Zorgvuldigheidseisen algemeen	14
Zorgvuldigheidseisen specifiek	15
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	15
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	19
c. Voorlichting aan de patiënt	22
d. Geen redelijke andere oplossing	23
e. Onafhankelijke consultatie	24
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	28
Informatievoorziening aan de commissies	28

Bijlagen

I Overzicht van meldingen per regio	
A. Groningen, Friesland en Drenthe	32
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	33
C. Noord-Holland	34
D. Zuid-Holland en Zeeland	35
E. Noord-Brabant en Limburg	36
II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	
	38

Voorwoord

In dit jaarverslag wordt inzicht gegeven in de werkzaamheden van de toetsingscommissies euthanasie van het afgelopen kalenderjaar.

In het jaar 2006 zijn ruim 1900 gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gemeld. In één geval is geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Evenals in voorgaande jaren worden ook in dit jaarverslag weer enkele meldingen besproken, waardoor inzicht wordt gegeven in de terzake door de commissies gemaakte afwegingen. Aan de hand van deze concrete zaken wordt ook inzichtelijk gemaakt welke bijzondere kwesties hebben gespeeld in dit verslagjaar. Overigens geeft het overgrote deel van de meldingen bij de beoordeling door de commissies geen speciale problemen.

Wij menen dat door deze publicatie het maatschappelijk inzicht in de onderhavige problematiek wordt vergroot en de kwaliteit van dit medisch handelen wordt bewaakt en bevorderd. Andere (geanonimiseerde) oordelen van de toetsingscommissies zijn te vinden op onze website www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

Wij hebben er vertrouwen in dat hierdoor ook een bijdrage wordt geleverd aan een beter inzicht in de vragen die bij de toetsing aan de orde komen op medisch, juridisch en ethisch gebied. Door de multidisciplinaire samenstelling van de toetsingscommissies worden de meldingen door drie verschillende “brillen” gelezen. Vaststaat, dat dit de inhoudelijke discussie alleen maar ten goede komt. Wij merken in de praktijk daarbij echter wel, dat iedere discipline een duidelijk eigen jargon heeft. Het is derhalve ook geen eenvoudige opgave om een goed leesbaar jaarverslag uit te brengen voor zowel artsen, juristen als ethici.

Bij de onderhavige problematiek blijft de meldingsbereidheid onder artsen een heel belangrijke kwestie. Wij zijn dan ook erg benieuwd naar de resultaten van het vierde landelijke evaluatieonderzoek van de toetsingsprocedure euthanasie. Een hoog meldingspercentage maakt de wijze waarop in de praktijk met euthanasie wordt omgegaan transparant. Dat is een belangrijk doel van ons Nederlandse euthanasiebeleid.

Arnhem, mei 2007

mr R.P de Valk-van Marwijk Kooy

Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Inleiding

De toetsingscommissies hebben als taak om levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding te toetsen. Indien de uitvoerend en meldend arts aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen heeft voldaan is zijn handelen niet strafbaar. Deze sinds 2002 bestaande wetgeving onderscheidt ons van vele andere landen.

Het jaar 2006 verschilde niet wezenlijk van voorgaande jaren. Het aantal meldingen bleef vrijwel gelijk, ruim 1900. Om te kunnen vaststellen hoe de meldingsbereidheid zich in de afgelopen periode ontwikkeld heeft, zou men het aantal euthanasiegevallen per jaar moeten kennen. Inmiddels heeft voor de vierde maal een nationaal onderzoek plaatsgevonden, waarbij tevens de wetgeving, die vanaf 2002 van kracht is, zal worden geëvalueerd. De resultaten daarvan worden in 2007 verwacht.

Ook in dit jaarverslag wordt, evenals in andere jaren, ingegaan op het wettelijk kader en de rol van de toetsingscommissies, de getallen en de interpretatie daarvan. Net als in voorgaande jaren worden de zorgvuldigheidseisen verhelderd aan de hand van casuïstiek.

Een actuele ontwikkeling is de website, die in 2006 is vernieuwd. Op die site zijn vele, vanaf 2007 in principe alle oordelen van de commissies (anoniem) opgenomen. Daarmee wordt beoogd meer inzicht te geven in de beoordelingswijze van de commissies. De wijze van anonimiseren en publiceren is veelvuldig onderwerp van gesprek geweest binnen de commissies. Uitgangspunt is dat de op deze manier gegeven informatie niet herleidbaar is tot individuele personen. Tegelijkertijd willen de commissies de informatie-waarde van de oordelen behouden.

Een belangrijk thema in het afgelopen jaar vormde de palliatieve sedatie. Bij palliatieve sedatie gaat het om het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. De toegenomen belangstelling voor palliatieve sedatie betekent niet dat de vraag om euthanasie verdwijnt. Ondraaglijk lijden kan niet altijd door palliatieve sedatie worden opgeheven; bovendien zijn er patiënten die palliatieve sedatie uitdrukkelijk afwijzen en aangeven tot het eind toe bij bewustzijn te willen blijven.

Relevant blijft de functie van de consulent. De rol van de consulent is buitengewoon belangrijk. De afgelopen jaren is een duidelijke verbetering opgetreden in de kwaliteit van de verslaglegging van de consulenten door het SCEN-project. Belangrijk is dat de consulent zich houdt aan de rol van steungever en onafhankelijk adviseur van de uitvoerend arts. Het is de uitvoerend arts die verantwoordelijk is voor zijn handelen en die moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen.

Een laatste onderwerp is de relatie euthanasie en dementie. In 2006 hebben de commissies 6 meldingen¹ ontvangen van euthanasie bij patiënten met een dementieel syndroom. Dit blijven uitzonderlijke gevallen.

In Nederland overlijden per jaar meer dan 10.000 patiënten in een eindfase van dementie. Bijna altijd sterven zij op natuurlijke wijze thuis, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis, vaak wel met medische beslissingen rond het levenseinde, zoals vormen van behandelbeperkingen, palliatie of versterven. Slechts in een zeer beperkt aantal gevallen was er sprake van euthanasie als bijzondere vorm van stervenshulp.

¹ Vijf van deze meldingen hebben in 2006 tot een eindoordeel geleid; één ervan in 2007.

Dit is en blijft buitengewoon en alleen voorbehouden aan die mensen die de bijzondere en pijnlijke combinatie hebben van een beginnend dementeringsproces en een (nog) groot ziekte-inzicht. Dat geeft hen het vermogen om nog wilsbekwaam naar zichzelf en hun toekomst te kijken en maakt hun actuele lijden ondraaglijk. In een dergelijke fase komen soms verzoeken om levensbeëindiging.

Uit de casuïstiek in dit jaarverslag en uit wat u op de website kunt lezen over dit onderwerp, moge duidelijk zijn dat artsen juist met deze materie buitengewoon omzichtig omgaan.

Hoofdstuk I

Werkzaamheden van de commissies

Wettelijk kader

In ons land bestaat nog veel misverstand over het begrip euthanasie.

Onder "euthanasie" wordt verstaan "het beëindigen van iemands leven op diens eigen, uitdrukkelijk verzoek". In Nederland zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294).

Dit is alleen anders als de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding is geboden door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen én zijn handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. Wanneer de arts aan deze beide voorwaarden voldoet dan is de door hem uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek, dan wel geboden hulp bij zelfdoding geen strafbaar feit. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen.

De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL), de meldingsplicht is uitgewerkt in de Wet op de lijkbezorging.

De WTL schrijft vervolgens voor dat regionale toetsingscommissies (hierna: commissies) tot taak hebben de meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te toetsen. Op basis van de WTL voeren de commissies hun hoofdtaak uit. Zij toetsen meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en oordelen of de arts zich heeft gehouden aan de in de wet neergelegde zorgvuldigheidseisen. Bij levensbeëindiging op verzoek dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding verstrekt de arts de middelen die vervolgens door de patiënt zelf worden ingenomen.

De wetgeving op het gebied van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, die sinds 2002 van kracht is, heeft mede tot doel de kwaliteit van levensbeëindigend handelen door artsen te bewaken en te bevorderen. De essentie van de wetgeving is dat de arts die levensbeëindiging uitvoert, daarover verantwoording aflegt en zich toetsbaar opstelt. De commissies toetsen of de arts zich heeft gehouden aan de zorgvuldigheidseisen. Op die manier ontstaat een transparante euthanasiepraktijk.

Ook vóór het in werking treden van de hiervoor genoemde wetgeving kende Nederland een euthanasiepraktijk die zich in een aantal decennia steeds duidelijker aftekende. De in de jurisprudentie² steeds verder uitgekristalliseerde "zorgvuldigheidscriteria" vormden de leidraad voor het vervolgingsbeleid.

In 1990 werd dit geformaliseerd in de zogenaamde Meldingsprocedure, welke wettelijk werd verankerd in 1994.

Artsen die levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding meldden en zich voor hun handelen verantwoordden werden in principe niet strafrechtelijk vervolgd. Hadden zij zich aan genoemde zorgvuldigheidscriteria gehouden dan zouden zij immers met succes een beroep kunnen doen op overmacht (artikel 40 Wetboek van Strafrecht), bestaande uit een conflict van plichten; enerzijds de plicht het leven van de patiënt te beschermen, anderzijds de plicht diens lijden te bekorten. Bij een succesvol beroep op overmacht ging de arts vrijuit.

² Zie m.n. het Schoonheim-arrest, 1984, waarin de Hoge Raad bepaalde dat artsen die zich aan een aantal zorgvuldigheidseisen hielden zich konden beroepen op overmacht (artikel 40 Wetboek van Strafrecht), bestaande uit een conflict van plichten; enerzijds de plicht het leven van de patiënt te beschermen, anderzijds de plicht het lijden te bekorten. Deze zorgvuldigheidseisen zijn sinds het arrest-Postma, 1973, uitgewerkt in de jurisprudentie onder verwijzing naar beleidsstukken van de KNMG.

De meldingsbereidheid en daarmee de transparantie van de euthanasiepraktijk in ons land nam gestaag toe, zoals bleek uit vijfjaarlijkse onderzoeken. Met de toenemende toetsbaarheid van artsen bleek ook de kwaliteit van het gehele besluitvormingsproces rond het levenseinde te zijn toegenomen. Om de meldingsbereidheid bij artsen verder te vergroten werden in 1998 multidisciplinair samengestelde regionale toetsingscommissies euthanasie ingesteld die tot taak kregen het handelen van de arts te beoordelen en het Openbaar Ministerie terzake te adviseren. Artsen, door wie de euthanasievraag toch immer als ingrijpend wordt ervaren, bleven desondanks moeite houden met het strafrechtelijk kader waarbinnen hun handelen werd beoordeeld.

De in 2002 in werking getreden wetgeving had dan ook als doel artsen, die aan het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding hadden voldaan, zich aan de zorgvuldigheidscriteria hadden gehouden en hun handelen hadden gemeld, te decriminaliseren en de rechtszekerheid te vergroten. Met het opnemen van een bijzondere strafuitsluitingsgrond in het Wetboek van Strafrecht is levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding door een arts niet langer een strafbaar feit, mits deze zich aan de – nu ook in de wet (WTL) opgenomen – zorgvuldigheidseisen heeft gehouden en zijn handelen heeft gemeld. Bovendien werd een volgende stap gezet in het decriminaliseren van euthanasie doordat de toetsing van het handelen van de arts aan de zorgvuldigheidseisen nu plaatsvindt door de regionale toetsingscommissies, die daarvóór slechts een adviserende taak hadden. De melding sturen zij nu alleen door naar het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg indien niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Met deze wetgeving werd dus mede beoogd de meldingsbereidheid verder te vergroten en daarmee de transparantie van de euthanasiepraktijk en de kwaliteit van het besluitvormingsproces met betrekking tot de levensbeëindiging verder te bevorderen.

Rol commissies

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 beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen³. 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. De verklaring van de geconsulteerde arts en -indien aanwezig- de schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd.

De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en overige relevante stukken, zoals patiëntenjournaal en specialistenbrieven, mee. Na ontvangst van de stukken door de commissie, ontvangen zowel de lijkschouwer als de arts een ontvangstbevestiging. De commissies beoordelen het handelen van de arts. Getoetst wordt of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. Het komt nogal eens voor dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op nadere vragen te reageren. Ook gebeurt het dat door de commissie telefonisch contact met de arts wordt opgenomen om een vraagpunt te laten toelichten.

Volstaat de door de arts aldus verstrekte informatie niet dan kan de arts worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld om nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

Binnen zes weken ontvangt de arts het oordeel van de commissie. Deze termijn kan éénmaal worden verlengd. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.

De multidisciplinair samengestelde commissies geven over de meldingen die zij toetsen een oordeel. In bijna alle gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de

3. Als hulpmiddel bij het opstellen van een dergelijk verslag is het zogenaamde Modelverslag beschikbaar. Dit kan worden ingevuld of worden gebruikt als leidraad en is te vinden op www.toetsingscommissies euthanasie.nl

meldend arts geïnformeerd. In 2006 is éénmaal geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig 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 College bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan. De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of na het eindoordeel van de commissies nadere stappen moeten volgen, 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.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden bepaalt 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, eveneens een jurist, 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. Het secretariaat is organisatorisch ondergebracht bij een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

De commissies zijn tot oordelen bevoegd als er sprake is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, uitgevoerd door een arts.

De commissies zijn niet bevoegd⁴ een melding in behandeling te nemen als er geen verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding is gedaan.

Wanneer een arts tot levensbeëindiging overgaat zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt dient de gemeentelijke lijkschouwer de zaak direct te zenden aan de officier van justitie.

De commissies zijn niet bevoegd ingeval van levensbeëindiging bij een minderjarige patiënt, jonger dan 12 jaar.

Ook zijn de commissies niet bevoegd als er sprake is van normaal medisch handelen. De toetsingsprocedure zoals genoemd in de WTL is daarvoor niet bedoeld.

Normaal medisch handelen is in ieder geval aan de orde als een medisch zinloze behandeling niet wordt aangevangen of wordt gestaakt of als een medische behandeling op verzoek van een patiënt niet wordt ingezet danwel wordt gestaakt of als de dood intreedt als bijkomend gevolg van een behandeling die noodzakelijk was voor het verlichten van ernstig lijden van de patiënt. Normaal medisch handelen valt buiten de sfeer van het strafrecht en behoeft niet te worden gemeld.

Door het uitbrengen van het jaarverslag en door het geven van algemene voorlichting dragen de commissies bij aan het inzicht in en de maatschappelijke controle op de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

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 voor GGD's, huisartsenverenigingen, ziekenhuizen en buitenlandse delegaties. Daarbij wordt aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht besteed aan de geldende procedure en zorgvuldigheidseisen.

Om de uniformiteit van de oordelen te bewaken plegen de voorzitters van de commissies en hun plaatsvervangers regelmatig overleg 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 conceptoordeel door alle (plaatsvervangend) leden van de desbetreffende commissie van commentaar voorzien, en ook aan alle (plaatsvervangend) leden van de overige commissies voorgelegd voor advies.

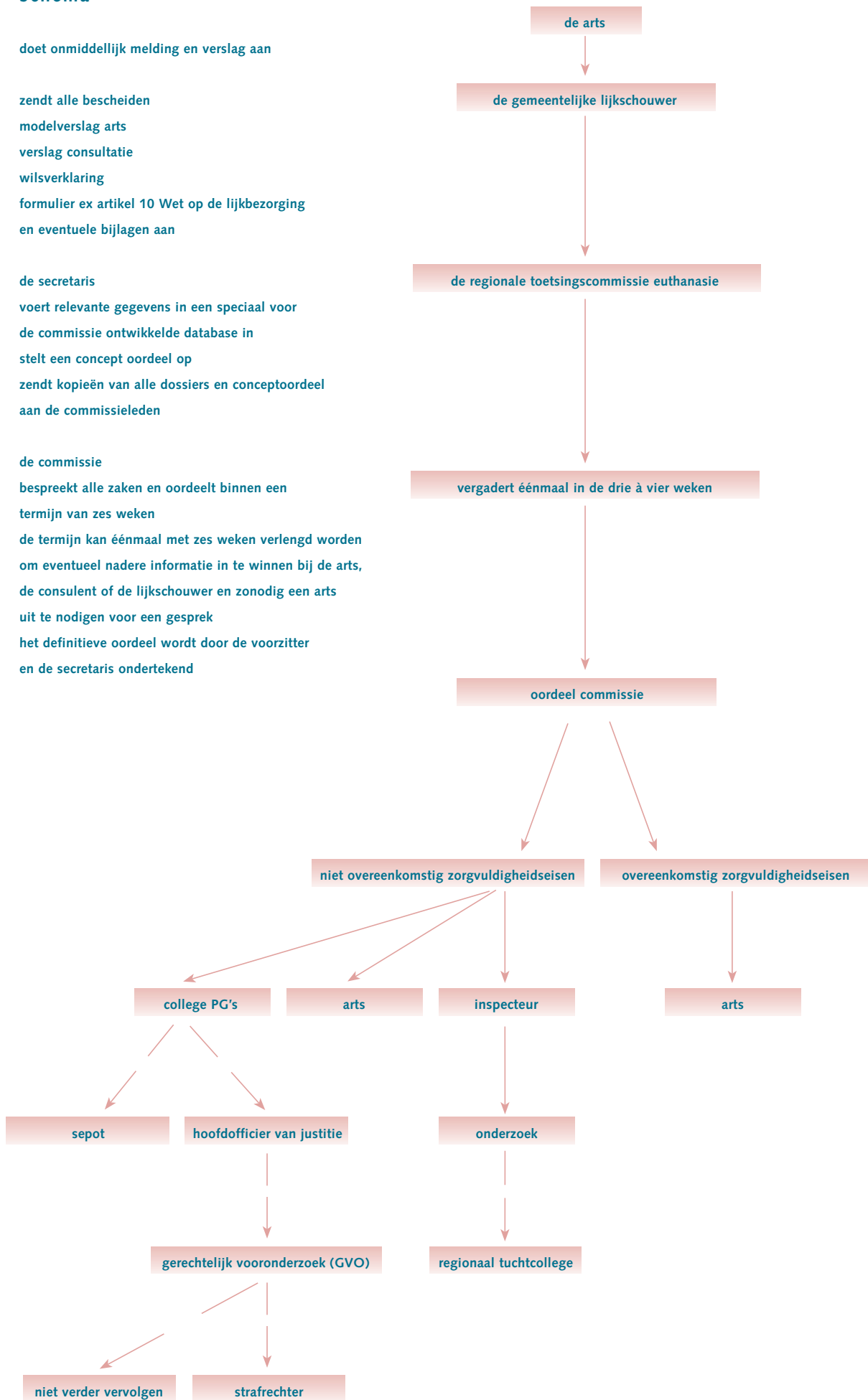
4. Zie artikel 1, tweede lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

Schema

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

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

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



Ontwikkelingen in 2006

Met betrekking tot de werkzaamheden van de commissies is een aantal ontwikkelingen relevant.

Website

In 2006 is de website van de commissies vernieuwd. Op deze site zijn ook oordelen van de commissies in geanonimiseerde vorm opgenomen. Daarmee wordt beoogd meer inzicht te geven in de door de commissies behandelde casuïstiek en de gemaakte afwegingen. De wijze van anonimiseren en publiceren is veelvuldig onderwerp van gesprek geweest binnen de commissies en heeft geleid tot de huidige vorm van de gepubliceerde oordelen. Uitgangspunt is dat de op deze manier gegeven informatie niet herleidbaar is tot individuele personen. Tegelijkertijd willen de commissies de informatiewaarde van de oordelen behouden. Een dilemma kan ontstaan wanneer er sprake is van een zeldzame combinatie van ziekten en specifieke feiten.

De desbetreffende commissie –en zonodig het voorzittersoverleg- gaat na of publicatie kan plaatsvinden op een zodanige wijze dat de niet-herleidbaarheid wordt gewaarborgd. In een enkel geval kan de conclusie gerechtvaardigd zijn dat van publicatie moet worden afgezien.

Aanloopproblemen van technische aard hebben ertoe geleid dat het aantal gepubliceerde oordelen uit 2006 nog relatief beperkt is.

Meldingsbereidheid en aantal meldingen in 2006

Ondanks het feit dat ons land een transparante euthanasiepraktijk kent, leidt het meldingsgedrag van artsen ieder jaar tot vragen. Het is daarbij van belang om aan te geven 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.

Dit verslagjaar ontvingen de commissies 1923 meldingen van euthanasie en van hulp bij zelfdoding. In 2005 waren dat 1933 meldingen.

In het verslagjaar wordt wederom een vijfjaarlijks onderzoek naar de praktijk van levensbeëindigend handelen door artsen in ons land uitgevoerd, dit maal tevens bedoeld om de in 2002 in werking getreden wetgeving te evalueren. Dossiers van de commissies zijn –uiteraard vertrouwelijk- in dat onderzoek betrokken. De resultaten van het onderzoek worden in mei 2007 verwacht. Dit onderzoek moet het mogelijk maken het aantal euthanasiegevallen en daarmee het meldingspercentage voor verschillende jaren te vergelijken⁵.

5. Zie ook J. Griffiths, Medisch Contact, 16 maart 2007, 62 nr. 11, pag. 466

Hoofdstuk II

Overzicht meldingen

Overzicht van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1923 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 1765 gevallen was er sprake van euthanasie, in 132 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 26 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 1692 gevallen een huisarts, in 151 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 80 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	1656
hart- en vaataandoeningen	55
aandoeningen van het zenuwstelsel	106
longaandoeningen, anders dan kanker	64
overige aandoeningen	42

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 1528 gevallen thuis plaats, in 145 gevallen in het ziekenhuis, in 79 gevallen in een verpleeghuis, in 79 gevallen in een verzorgingshuis, en in 70 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld⁶.

Duur beoordeling

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

6. Het overzicht betreft alle meldingen die in 2006 zijn binnengekomen. Meldingen die aan het einde van een jaar binnengekomen 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.

Aantallen meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding 2003, 2004, 2005 en 2006

Totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding



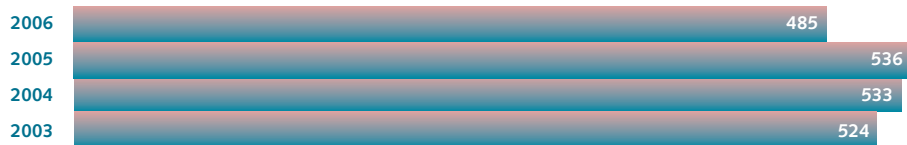
regio Groningen, Friesland en Drenthe



regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



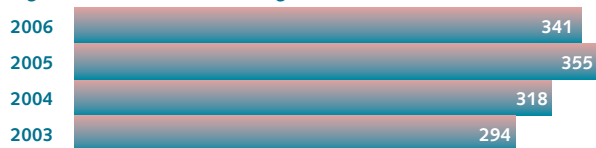
regio Noord-Holland



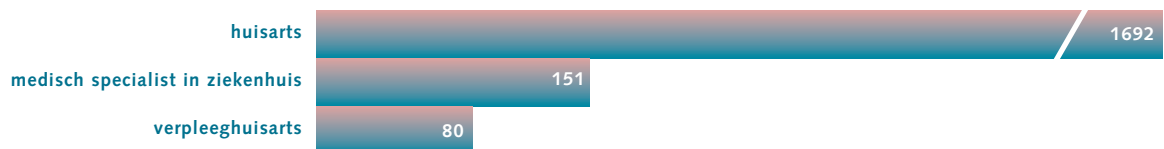
regio Zuid-Holland en Zeeland



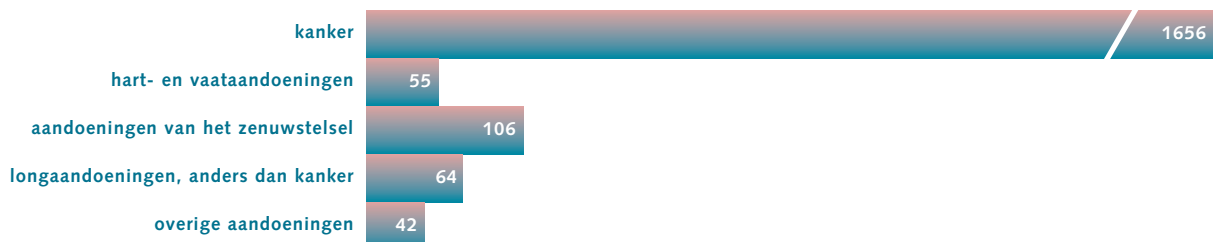
regio Noord-Brabant en Limburg



Meldende artsen 2006



Aandoeningen 2006



Hoofdstuk III

Zorgvuldigheidseisen

Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies geven een oordeel waaruit blijkt of de arts al dan niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Deze zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:

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

In bijna alle gevallen komen de commissies tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Verreweg de meeste meldingen geven tijdens de bespreking door de commissies geen aanleiding tot nadere discussie. Voorbeelden van casuïstiek die wel aanleiding gaven tot discussie treft u in dit hoofdstuk aan.

Casus 1

Van belang is dat de arts die de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding uitvoert, zichzelf ervan vergewist dat is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen uit de WTL. Dat geldt ook voor de arts die op verzoek van een andere arts de uitvoering op zich neemt.

In de onderhavige casus betrof het een patiënte in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar met botmetastasen van een onbekende primaire tumor, mogelijk een pancreascarcinoom, en een progressieve dwarslaesie door pathologische fractures. Patiënte leed uitzichtloos en ondraaglijk en had een vrijwillig en weloverwogen verzoek gedaan om levensbeëindiging. De patiënte was voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. De overtuiging was dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Er was een onafhankelijke consulent geraadpleegd, die de patiënte had bezocht en schriftelijk had gemotiveerd waarom hij van mening was dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De levensbeëindiging was zorgvuldig uitgevoerd.

Bij de behandeling van de melding had de commissie nog behoefte aan nadere informatie van de arts betreffende het moment waarop de arts bij patiënte en de euthanasieprocedure betrokken was geraakt en op welke wijze de besluitvorming rondom de levensbeëindiging tot stand was gekomen. Na behandeling van het schriftelijke antwoord in de commissievergadering was de arts uitgenodigd voor een gesprek. In zijn schriftelijke informatie had de arts aangegeven slechts uitvoerder te zijn geweest.

Nadere mondelinge informatie van de arts wees uit dat de huisarts van patiënte het "euthanasietraject" met patiënte had doorlopen en dat patiënte met haar familie en de huisarts tot de beslissing was gekomen dat euthanasie de enige oplossing voor haar zou zijn. Toen, kort voor de uitvoering van de euthanasie, de huisarts van patiënte van mening was dat het moment van uitvoering van de levensbeëindiging was aangebroken, had de huisarts contact met de arts over de verdere gang van zaken. De huisarts van patiënte gaf tijdens dit contact aan zelf om emotionele redenen de daadwerkelijke uitvoering niet op zich te kunnen nemen en verzocht de arts de uitvoering over te nemen.

Nadat patiënte door een onafhankelijke consulent was bezocht, die van mening was dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan, heeft de arts patiënte bezocht, met haar kennis gemaakt, met haar gesproken en zich kort van de toestand van patiënte op de hoogte gesteld. De arts had patiënte liggend op de bank aangehouden. Ze was bij zinnen en helder. Ze was niet suf door morfine. Communicatie met haar was goed mogelijk. Ze smeekte om hulp. Afgesproken werd dat de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek binnen enkele dagen zou plaatsvinden. Op de dag van de uitvoering had de arts 's ochtends het consultatieverslag ontvangen en bestudeerd. Voor die tijd had de arts zoals gezegd patiënte al gezien en gesproken en had hij het medisch dossier van patiënte, dat hij van haar huisarts had ontvangen, bestudeerd. De arts was tot de overtuiging gekomen dat medisch gezien niets meer mogelijk was. Het lijden van patiënte was uitzichtloos en ondraaglijk. De arts vond de ondraaglijkheid volledig invoelbaar. Ook had de arts patiënte gevraagd naar haar euthanasiewens en hierover met haar gesproken. De arts was van mening dat hij zich had vergewist van de toestand van patiënte en van haar euthanasiewens. Hij kon zich verenigen met het standpunt van de huisarts en de SCEN-arts dat euthanasie in casu gerechtvaardigd was.

De commissie heeft opgemerkt, dat artikel 293, lid 2 van het Wetboek van Strafrecht vereist, dat de arts die de levensbeëindiging op verzoek, dan wel hulp bij zelfdoding uitvoert – wil deze een beroep kunnen doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond in het Wetboek van Strafrecht – (ook bij overdracht van een patiënt) zelf voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de WTL, en vervolgens verantwoording aflegt door middel van het uitbrengen van een beredeneerd verslag aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, lid 2 van de Wet op de lijkbezorging. In eerste instantie gaf de arts aan zichzelf slechts als uitvoerder van de door de huisarts genomen besluiten te beschouwen. In dat geval zou hij naar het oordeel van de commissie geen beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond hebben kunnen doen. Pas uit het gesprek met de arts is de commissie gebleken, dat de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen had voldaan. De arts had reeds in zijn schriftelijke verslag verantwoording behoren af te leggen over de wijze waarop hij zich ervan had vergewist dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie kwam gelet op alle feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Zorgvuldigheidseisen specifiek

Hieronder wordt per zorgvuldigheidsvereiste uit de WTL aangegeven welke aspecten voor de commissies relevant zijn. Dit wordt geïllustreerd met casuïstiek waarover de commissies in 2006 een oordeel gaven.

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 is noodzakelijk dat de arts de overtuiging krijgt dat het verzoek 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. 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 wanneer en op welke manier de patiënt het verzoek heeft geuit. 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.

Wanneer een patiënt depressieve klachten heeft kan dat de wilsbekwaamheid negatief beïnvloeden. In geval van twijfel wordt in de praktijk vaak het advies van een psychiater ingewonnen, naast dat van de als consulent betrokken collega-arts. De arts moet kunnen (laten) vaststellen dat de patiënt wilsbekwaam is. Wanneer deskundigheid van andere artsen is ingeroepen is het van belang dat aan te geven aan de commissies. Ook komt het voor dat een arts na een wegingsproces besluit geen extra deskundigheid in te roepen of een eerder betrokken deskundige er niet nogmaals bij te betrekken. Ook dat is voor de commissies relevante informatie. Door direct bij de melding inzicht te geven in zijn gehele besluitvormingsproces kan de arts latere vragen van de commissies voorkomen. In casus 2 werd door de arts aangegeven welke afweging hij had gemaakt.

Bij patiënten die zich in een dementieproces bevinden moet in zijn algemeenheid met grote terughoudendheid worden gereageerd op een euthanasiewens. Twijfel kan immers bestaan over de vraag of een aan dementie lijdende patiënt wel wilsbekwaam is en of het verzoek van een dergelijke patiënt, gezien de aard van de aandoening, wel vrijwillig en weloverwogen is.

De fase waarin het ziekteproces zich bevindt en de overige specifieke omstandigheden van de situatie zullen bij de afwegingen van de arts moeten worden betrokken. In een meer gevorderd stadium zal de patiënt in vrijwel alle gevallen niet meer wilsbekwaam zijn.

Wanneer een arts van mening is dat een patiënt in de beginfase van dementie verkeert, is het van belang dat een of meer deskundigen worden geraadpleegd, naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt ingeschakeld.

Naast het aspect van de vrijwilligheid en het weloverwogen zijn van het verzoek – waar casus 3 betrekking op heeft – speelt in geval van dementie in het bijzonder de vraag of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daar wordt hierna, in de paragraaf 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' nader op ingegaan.

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 verplicht is. Dat is echter niet het geval.

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek wordt gewoonlijk mondeling gedaan.

De arts kan 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. Het gaat erom dat tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over het verzoek van de patiënt. Ook wanneer de patiënt wel degelijk in staat is zijn wil te uiten en mondeling om levensbeëindiging kan verzoeken kan een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan die duidelijkheid, en het mondelinge verzoek ondersteunen.

De schriftelijke wilsverklaring, die een wettelijke verankering heeft in de WTL, is bedoeld voor de patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is. Het is raadzaam deze verklaring tijdig op te stellen en op gezette tijden te actualiseren en daarin zoveel mogelijk de concrete omstandigheden te beschrijven waaronder de patiënt wenst dat levensbeëindiging bij hem wordt uitgevoerd. Hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts. Een handgeschreven verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, kan soms extra duidelijkheid bieden.

Voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij patiënten die tot aan hun overlijden wilsbekwaam zijn is de schriftelijke wilsverklaring geen vereiste. Toch zien de commissies in vrijwel alle gemelde zaken een schriftelijke wilsverklaring. De commissies vinden dat een goede praktijk, maar hechten eraan het niet verplichte karakter te benadrukken, ook om te voorkomen dat onnodig veel druk op de betrokkenen wordt gelegd om soms nog heel kort voor het overlijden een dergelijke verklaring op te stellen.

Uit stukken die de commissies ontvangen zien zij dat er bij patiënt en diens familieleden soms onnodig grote druk wordt gevoeld om een dergelijk document te hebben.

Casus 2 (vrijwillig en weloverwogen verzoek)

Verzoek vrijwillig of geuit onder invloed van een depressie?

Een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar was bekend met een multiple pathologie: naast hypertensie, hartfalen en een prostaatacarcinoom, werd zijn leven en ziek zijn bepaald door een degeneratieve neurologische ziekte. Patiënt had frequent valpartijen waardoor hij fracturen opliep. De mobiliteit van patiënt was beperkt en verliep ook met hulpmiddelen moeizaam. Er was sprake van toenemende lichamelijke klachten en het moment dat hij met behulp van een tillift in en uit bed moest komen betekende voor patiënt een omslagpunt. Vast was komen te staan dat in casu aan de zorgvuldigheidseis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden werd voldaan. Patiënt had een goed ziekte-inzicht en was op de hoogte van zijn vooruitzichten. Er waren geen mogelijkheden meer voor behandeling.

Patiënt had zijn wens tot levensbeëindiging al een paar keer geuit, maar hij kwam daar telkens op terug als het weer iets beter met hem ging. Tenslotte persisteerde patiënt in zijn verzoek. De arts benaderde een onafhankelijke arts die schriftelijk zijn oordeel gaf over de zorgvuldigheidseisen. In zijn verslag beschreef de consultant dat patiënt door zijn ziekte een toenemende mate van eenzaamheid voelde. Hij had momenten van suïcidale gedachten en had een suïcidepoging gedaan toen hij, aanvankelijk, het gevoel had dat zijn euthanasieverzoek was afgewezen. De consultant kon moeilijk beoordelen of patiënt voldoende wilsbekwaam was en adviseerde de arts om nog een aanvullende psychiatrische consultatie te doen om dit te kunnen beoordelen en patiënt eventueel medicamenteus te behandelen voor depressie en onrust. Indien de geraadpleegde psychiater patiënt voldoende wilsbekwaam zou achten, was er volgens de consultant aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

Naar aanleiding van dit advies werd patiënt thuis bezocht door een psychiater. Deze gaf aan dat hij patiënt weliswaar wilsbekwaam achtte maar dat het verzoek om levensbeëindiging van patiënt zijns inziens mede werd ingekleurd door een depressieve stoornis. Hij stelde de arts voor patiënt te behandelen met antidepressiva. Patiënt was aanvankelijk erg boos dat het allemaal zo lang ging duren maar stemde uiteindelijk in met een behandeling met antidepressiva. Na ongeveer drie weken was de arts opnieuw met patiënt gaan praten. Patiënt was door de behandeling met antidepressiva niet anders gaan denken over zijn verzoek om levensbeëindiging. De arts had vervolgens met de psychiater gebeld. Deze was van mening dat de arts de dosering van de antidepressiva kon verhogen en moest kijken of dat effect had. Ook opperde hij de mogelijkheid om patiënt daarna nog te behandelen met een ander middel.

Dit zou betekenen dat de arts het concrete verzoek van patiënt om levensbeëindiging nog drie maanden naast zich neer zou moeten leggen. De arts was van mening dat hij dit naar patiënt toe niet kon verantwoorden.

Hij vond het niet menselijk om patiënt nog gedurende maanden aan een behandeling met antidepressiva te onderwerpen. Hij kende patiënt sedert begin 1980 en had in de loop van de tijd veel met patiënt gepraat.

Hij had patiënt gedurende vele jaren geleidelijk aan steeds meer zien inleveren als gevolg van zijn ernstige degeneratieve neurologische ziekte. Uiteindelijk was het voor patiënt nog acceptabel dat hij er twintig minuten over deed om van zijn bed in de scootmobiel te komen. Toen echter de tillift zijn intrede deed in het leven van patiënt was voor hem de grens bereikt. Hij beschouwde het als ondraaglijk lijden dat hij voortaan voor iedere verplaatsing afhankelijk zou zijn van anderen. Patiënt kon dit niet meer accepteren. Voor de arts was dit invoelbaar. De arts had de depressieve kant van patiënt altijd geduid als een stuk van zijn ziek zijn: het was volgens de arts heel logisch dat je droevig werd van het feit dat je lichaam je zo in de steek liet. Naar de mening van de arts beïnvloedde de depressiviteit van patiënt niet de mate van zijn lijden. De arts achtte patiënt wilsbekwaam en het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen. De arts had dit tegen de psychiater gezegd. Bij deze stuitte de mededeling van de arts dat hij niet door zou gaan met de behandeling en zijn eigen oordeel zou volgen, op weerstand. De arts had vervolgens overleg gevoerd met de consulent. Voor de consulent was het van doorslaggevend belang dat patiënt wel wilsbekwaam werd geacht door de psychiater. De consulent bezocht daarop patiënt opnieuw en deelde na afloop van zijn bezoek de arts telefonisch mee dat patiënt naar zijn oordeel als wilsbekwaam kon worden beschouwd.

De arts voerde de levensbeëindiging op verzoek zorgvuldig uit.

De commissie kwam gelet op alle feiten en omstandigheden tot de conclusie dat de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 3 (vrijwillig en weloverwogen verzoek; dementie)

In deze casusbeschrijving van levensbeëindiging op verzoek bij dementie staat het verzoek centraal. Voor wat betreft het uitzichtloos en ondraaglijk lijden wordt verwezen naar casus 4, die dezelfde melding betreft.

Bij een patiënte in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar was de ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd. Uit verder onderzoek in een latere fase bleek sprake van beginnende Alzheimer. Er waren geen behandelopties. Patiënte wist precies wat haar te wachten stond. Ze had een goed ziekte-inzicht en was zich er volledig van bewust dat er geen behandeling bestond om het ziekteproces te vertragen of te stoppen. Patiënte was altijd zeer autonoom, ondernemend en levenslustig geweest, ook na haar pensioenering. Ze had van zeer nabij bij verschillende directe familieleden het ziekteproces van Alzheimer meegemaakt. De achteruitgang bij patiënte was steeds duidelijker geworden. De wens om op een zelfgekozen moment te sterven was steeds pregnanter geworden. De arts had een onafhankelijke consulent geraadpleegd, die de patiënte tweemaal had bezocht en schriftelijk als zijn mening gaf dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De hulp bij zelfdoding had medisch zorgvuldig plaatsgevonden.

Patiënte had begin 2006 de arts al verzocht om levensbeëindiging in een vroegtijdig stadium. Ze had het verzoek nadien bij ieder contact met de arts herhaald. Hoewel patiënte in de laatste periode in het dagelijks leven het overzicht kwijt was, bleek zij tijdens gesprekken steeds goed in staat een redenering vast te houden en terug te grijpen op wat eerder was gezegd. Zij kon in haar gesprekken over levensbeëindiging de verschillende gezichtspunten blijven benoemen. Patiënte gaf bij herhaling aan dat ze hard achteruitging, hetgeen ook door de arts zelf was geconstateerd.

Jaren tevoren had patiënte naar aanleiding van constatering van de ziekte van Alzheimer in de familie al haar zorg hierover geuit en had ze haar euthanasiewens in geval haar dit lot zou treffen al kenbaar gemaakt. Er waren schriftelijke wilsverklaringen aanwezig. Patiënte gaf aan dat ze zeer bang was dat op een gegeven moment het verzoek om levensbeëindiging niet meer zou worden ingewilligd. De arts had aanvankelijk moeite gehad met het in een van de gesprekken door patiënte genoemde moment van levensbeëindiging, omdat de arts toen nog het idee had dat patiënte geestelijk "te goed" was. Geleidelijk aan was de arts ervan overtuigd geraakt dat de tijd voor patiënte was gekomen, gezien het feit dat zij ondraaglijk leed onder haar huidige situatie en de vooruitzichten. De geronto-psiater die patiënte had onderzocht en de diagnose Alzheimer had gesteld kon zich, professioneel gezien, verenigen met de wens van patiënte om niet het volgende stadium van de ziekte af te wachten en respecteerde haar euthanasiewens. De behandelend psychiater had nog verklaard dat er aanvankelijk, in januari 2005, sprake leek te zijn van een depressie ten gevolge van het overlijden van haar partner. De psychiater concludeerde echter dat de cognitieve stoornissen, met name de vergeetachtigheid en het steeds ondraaglijker wordende gevoel van uitzichtloosheid bij patiënte, wier bewustzijn en ziektebesef helder bleven, op de voorgrond stonden.

Gelet op de feiten en omstandigheden in dit geval was de commissie van oordeel dat de arts tot het oordeel kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts was in gesprekken met patiënte steeds alert geweest op de mate van lijden en de standvastigheid van de wens van patiënte. De arts had aangegeven dat patiënte zich steeds bewust was geweest van de strekking van haar verzoek, de situatie waarin zij zich bevond en de vooruitzichten. De geronto-psiater, de behandelend psychiater en de consulent waren van mening dat patiënte wilsbekwaam was en zich zeer goed bewust was van haar situatie en haar vooruitzichten.

De commissie kwam gelet op alle feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

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

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. Het vaststellen van de uitzichtloosheid is aan de arts en blijkt uit de gestelde diagnose en prognose. 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 meer subjectief, 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 waardigheid⁷. De mate waarin deze symptomen en omstandigheden als lijden worden ervaren, verschilt per patiënt.

7. Zie ook :SCEN/KNMG, juni 2006, Spiegelinformatie SCEN 2005, pagina 5.

De commissies gaan bij de beoordeling na of de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar is geweest voor de arts.

In de paragraaf over het vrijwillig en weloverwogen verzoek werd al aangegeven dat in zijn algemeenheid met grote terughoudendheid moet worden gereageerd op een euthanasiewens bij patiënten in een dementieproces. Op het aspect van de wilsbekwaamheid is reeds ingegaan. Daarnaast is in het bijzonder de vraag aan de orde of er sprake is van ondraaglijk lijden bij patiënten met dementie. Wanneer een patiënt zich bewust is van zijn ziekte en de vooruitzichten daarvan, kan een grote, actuele lijdensdruk ontstaan. Ook hier geldt weer dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat de patiënt ondraaglijk lijdt. In casus 4 wordt beschreven waaruit het lijden in die specifieke situatie bestond.

In de medische beroepsgroep wordt algemeen aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet ondraaglijk lijdt. Wanneer een patiënt wordt gesedeerd om ondraaglijke symptomen te bestrijden, waarbij hij zijn bewustzijn verliest, is er in het algemeen geen ondraaglijk lijden meer.

Casuïstiek met betrekking tot patiënten in comateuze toestand leidt bij de commissies over het algemeen tot vragen. 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 niettemin tot het oordeel komen dat wel overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld.

Wanneer een patiënt in een subcoma verkeert en uiterlijke kenmerken vertoont van lijden, kan de arts de overtuiging hebben gekregen dat de patiënt wel ondraaglijk lijdt. Een dergelijke situatie deed zich voor in casus 5.

Op grond van het bovenstaande achten de commissies het raadzaam dat artsen zich zeer terughoudend opstellen in situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is.

Een dilemma kan ontstaan wanneer de arts de patiënt heeft toegezegd medewerking te verlenen aan euthanasie. Indien een arts een dergelijke toezegging doet maar daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie en het ondraaglijk lijden zich niet meer voordoet, bijvoorbeeld doordat de patiënt (spontaan) in een coma is geraakt, kan dat bij de arts (morele) druk veroorzaken. Het is daarom raadzaam voor artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten.

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. Vervolcontact tussen de arts en de consulent is dan raadzaam. In de paragraaf over consultatie wordt hierop nader ingegaan.

Casus 4 (ondraaglijk en uitzichtloos lijden: dementie)

Het feitenrelaas van deze casus is identiek aan dat van casus 3. Het gaat om dezelfde melding. Hieronder wordt ingegaan op de gegevens die vooral betrekking hebben op het lijden van patiënte.

Patiënte was altijd zeer autonoom, ondernemend en levenslustig geweest, ook na haar pensionering. Ze had van zeer nabij bij verschillende directe familieleden het ziekteproces van Alzheimer meegemaakt. De achteruitgang bij patiënte was steeds duidelijker geworden.

Geestelijke verrijking was voor haar altijd van belang geweest. Kranten bleven nu ongelezen en patiënte deed maanden over een boek. Dit terwijl ze altijd een zeer belezen persoon was geweest met belangstelling op velerlei gebied. Haar geestelijk leven was verbleekt.

Het leven verloor aanvankelijk hierdoor voor patiënte alle glans, maar in de loop van de tijd ontstond steeds meer het besef dat ze daardoor haar identiteit verloor. Bovendien verloor patiënte meer en meer de greep op de organisatie van haar dagelijks leven. Ze raakte haar oriëntatie, met name in tijd, kwijt en werd afhankelijk van hulp. Ze besepte dat ze een groot aantal vaardigheden was kwijtgeraakt. Ze wilde niet in een situatie komen, waarin ze niet meer in staat zou zijn zelf beslissingen te nemen en volledig afhankelijk van derden zou zijn.

Ze toonde zich bij herhaling radeloos bij de gedachte de langzame, voortschrijdende intellectuele aftakeling te moeten meemaken. De gedachte dat zij op een moment volledig "nutteloos" zou zijn en in een geestelijk vacuüm zou geraken was ondraaglijk voor patiënte. Het besef dat ze in een situatie zou komen waarin ze niet meer in staat zou zijn zelf beslissingen te nemen was onacceptabel voor haar.

Gelet op alle feiten en omstandigheden in dit geval was de commissie van oordeel dat de arts tot de vaststelling kon komen dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De commissie overwoog hierbij dat de uitzichtloosheid bleek uit het feit dat de ziekte van Alzheimer was gediagnosticeerd en dat voor deze ziekte geen genezing mogelijk is en de ziekte progressieve verslechtering in zich bergt.

Voor wat betreft de ondraaglijkheid van het lijden merkte de commissie op dat uit de verslaglegging van de arts en de onafhankelijke consulent was gebleken, dat patiënte altijd zeer autonoom, ondernemend en levenslustig was geweest. Geestelijke verrijking was voor haar altijd van belang geweest. Zij leefde vanuit haar intellect en vond daarin haar identiteit. Ze leed onder de steeds verdergaande geestelijke achteruitgang, toenemende afhankelijkheid, het feit dat ze zich hiervan volledig bewust was en dat ze goed voor ogen had hoe het verloop van de ziekte zou zijn. Er lag slechts achteruitgang in het verschiet. Voor patiënte was op dit moment al het idee dat zij in een situatie zou komen waarin ze niet meer in staat zou zijn zelf beslissingen te nemen en volledig afhankelijk van derden zou zijn ondraaglijk. De arts, als ook de consulent en de andere geconsulteerde artsen en vrienden van patiënte waren van mening dat dit actuele lijden voor deze patiënte, die geestelijk en lichamelijk altijd zeer actief en ondernemend was geweest, onder de gegeven omstandigheden invoelbaar ondraaglijk was.

De commissie kwam gelet op alle feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 5 (uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Patiënt werd gesedeerd; daarna vond uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek plaats.

Patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 60 tot 70 jaar, leed aan een inoperabel maagcarcinoom met uitgebreide metastasering en in een later stadium levermetastasen. Genezing was niet mogelijk. De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek had gedaan. Patiënt was goed voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. Er waren geen mogelijkheden meer om het lijden van patiënt te verlichten. Een onafhankelijke consulent had in zijn verslag gemotiveerd beschreven dat zijns inziens aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Aangezien in de stukken melding werd gemaakt van een Dormicumschema heeft de commissie de arts verzocht haar schriftelijk en daarna mondeling nader te informeren over de laatste levensdagen van patiënt. De arts heeft verklaard dat patiënt reeds vanaf het begin van zijn ziekte had aangegeven euthanasie te wensen indien het lijden voor hem ondraaglijk zou worden. De arts had vele malen met patiënt besproken dat hem bijstand zou worden verleend bij zijn sterven. Daarbij had hij patiënt uitgelegd wat palliatieve sedatie en euthanasie inhielden.

Op de vrijdag voor zijn overlijden, na het bezoek van de consulent, verzocht patiënt de arts om euthanasie op de eerstvolgende dinsdag. Patiënt was een man die graag de regie wilde behouden. Hij hoopte met deze extra tijd zijn echtgenote en één van zijn kinderen de gelegenheid te geven aan de gedachte te wennen dat zijn leven met behulp van euthanasie zou worden beëindigd. In het weekend had patiënt echter om de arts verzocht. Hij had de arts gezegd dat het echt niet meer ging en hem verzocht iets voor hem te doen. Tegelijkertijd hield hij vast aan zijn wens om op dinsdag door middel van euthanasie te overlijden. De arts had patiënt toen uitgelegd dat hij hem kon sederen waarbij de mogelijkheid bestond dat hij daaraan zou overlijden.

Op zondag was de arts begonnen patiënt te sederen met een zogenaamd Dormicum-schema (via een pomp) volgens het daarvoor geldende schema. Doorgegaan werd met het aanbrengen van Fentanylpleisters. Afgesproken werd dat alsnog euthanasie zou worden toegepast indien het lijden van patiënt desondanks enkele dagen zou voortduren. De arts bleef patiënt de laatste dagen dagelijks bezoeken, meestal tweemaal per dag en voerde in die periode uitvoerige gesprekken met de naasten van patiënt. Patiënt bleek niet goed te sederen te zijn en bleef onrustig. Ondanks toediening van extra ampullen Nozinan bleef patiënt dyspnoeïsch en onrustig. Toen de arts dinsdag in de ochtend naar het huis van patiënt belde kreeg hij van de nachtverpleegkundige te horen dat patiënt nog weer onrustig was geweest. Toen de arts de echtgenote van patiënt vroeg of hij de volgende stap volgens het sedatieschema moest zetten, herinnerde de echtgenote de arts aan het feit dat hij een afspraak met patiënt had gemaakt. De arts had toen het besluit genomen tot euthanasie over te gaan. De uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek vond medisch zorgvuldig plaats.

Het was de commissie duidelijk geworden dat patiënt tot op het laatst de regie over zijn levenseinde wilde behouden. Patiënt wilde de uitvoering van de euthanasie in een laat stadium doen plaatsvinden omdat hij rekening wilde houden met de gevoelens van zijn naasten. Toen patiënt in het weekend voor zijn overlijden reeds ondraaglijk leed heeft hij de arts weliswaar om verlichting van zijn lijden verzocht maar nog niet om uitvoering van euthanasie. Patiënt was bereid zich te laten sederen onder de voorwaarde dat de arts op de afgesproken datum euthanasie zou toepassen indien het lijden van patiënt (nog) ondraaglijk zou zijn.

De arts had naar het oordeel van de commissie aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt onvoldoende kon worden verlicht met behulp van de ingezette palliatieve sedatie. De commissie was van oordeel dat het lijden van patiënt ondraaglijk was op het moment van uitvoering van de euthanasie. De commissie kwam gelet op alle (nader toegelichte) feiten en omstandigheden tot het oordeel 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 behandel mogelijkheden. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd en dat ook actief te verifiëren. Deze zorgvuldigheidseis leverde in geen van de gemelde gevallen problemen op.

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 reële uitweg meer is en dat euthanasie als enige oplossing is overgebleven. 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 (verdere) therapie wenst. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij beslissingen rond het levenseinde. 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 (palliatieve) behandeling of verzorging weigeren. Het weigeren van een behandeling is een belangrijk onderwerp van gesprek tussen arts en patiënt.

Bij de weigering kan een rol spelen dat sommige (palliatieve) behandelingen bijwerkingen hebben die voor een patiënt moeilijk te verdragen zijn; het effect van de behandeling weegt dan niet op tegen de nadelen ervan.

Ook zijn er patiënten die geen verdere palliatie willen -in de vorm van ophoging van de dosis morfine- omdat zij bang zijn suf te worden of hun bewustzijn te verliezen, iets wat zij pertinent niet willen. Hierbij dient met de patiënt te worden besproken of deze angst terecht is (wat meestal niet het geval is).

Uit de onderhavige zorgvuldigheidseis blijkt dat het besluitvormingsproces een zaak is van de patiënt en de arts samen.

Wanneer een behandeling wordt afgewezen, zullen de commissies beoordelen of in casu de arts met de patiënt tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Omdat de arts en de patiënt op dit punt samen tot besluitvorming komen, wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging aangeeft hoe hij tot de overtuiging is gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was.

Casus 6 (geen redelijke andere oplossing)

Patiënte met de ziekte van Huntington wilde de laatste fase van de ziekte en haar leven niet meer meemaken en wees daarmee ook opname in een verpleeghuis af.

Patiënte, een vrouw in de leeftijdscategorie van 40 tot 50 jaar, was sinds 1998 bekend met het feit dat ze draagster was van het Huntington-gen. Eén van haar ouders was kort tevoren na een lang ziekbed in het verpleeghuis overleden aan de gevolgen van de ziekte van Huntington. Een ander familielid werd vanwege dezelfde ziekte verpleegd in het verpleeghuis. In 1998 werd patiënte behandeld voor stemmingsstoornissen met een antidepressivum. Waarschijnlijk was de depressie het eerste symptoom van de ziekte van Huntington. Vanaf 2000 werd de ziekte geleidelijk aan manifest. De verschijnselen werden in de loop van de tijd steeds erger en de willekeurige motoriek nam af, het spreken verslechterde en patiënte kreeg slikklachten. Vanaf medio 2002 bezocht patiënte de dagbehandeling van het verpleeghuis, gespecialiseerd in het begeleiden van Huntington-patiënten. Ze werd behandeld met diverse paramedische therapieën en psychosociale begeleiding en ondersteuning. De laatste jaren nam de mobiliteit van patiënte dusdanig af dat ze afhankelijk werd van hulpmiddelen als scootmobiel en rolstoel. Ze kreeg klachten van vertraagde hersenwerking, moeite met concentreren en milde geheugenstoornissen. Ze werd steeds meer beperkt in het handelen zowel op HDL als ADL gebied. Begin 2005 moest patiënte verhuizen naar een aangepaste woning. In de loop van 2006 ging patiënte verder achteruit. Ze kreeg steeds meer last van intercurrente aandoeningen zoals bronchitis en urineweginfecties. Ook waren er meer valincidenten en kneuzingen. Ze kon alleen nog uit huis gaan met ondersteuning van derden. Medio juni 2006 werd de zorgzwaarte dusdanig dat opname in het verpleeghuis was geïndiceerd.

Daarnaast zou patiënte nog meer afhankelijk worden en steeds verder achteruit gaan en de lichamelijke en geestelijke afbraak moeten meemaken die ze had gezien bij haar naaste familie. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. Er waren geen behandelopties meer om haar lijden te verlichten. Patiënte had vrijwillig en weloverwogen om levensbeëindiging verzocht. Terzake van de euthanasiewens was patiënte goed in staat haar verhaal steeds uitvoerig en helder te verwoorden. Op het moment van de gesprekken in de laatste periode was er volgens de arts geen sprake van depressiviteit of andere psychiatrische stoornissen.

Er werd een onafhankelijke consulent geraadpleegd die patiënte tweemaal bezocht en schriftelijk zijn oordeel gaf dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Het werd de consulent duidelijk dat voor patiënte vooral het verlies van zelfstandigheid en de uitzichtloosheid van de ziekte de drijfveren waren om euthanasie te willen. Patiënte bracht duidelijk onder woorden hoezeer ze aan haar zelfstandigheid was gehecht. Het besef dat ze het lijden van haar naaste familieleden als voorland had was voor patiënte ondraaglijk. Het verzoek van patiënte was vrijwillig en weloverwogen. De consulent kwam na zijn eerste bezoek tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan zodra een verpleeghuisopname onafwendbaar zou zijn geworden. De consulent verbond aan zijn consultatie een geldigheidsduur van twee maanden. Na het verstrijken van deze termijn was hij bereid een nieuwe beoordeling te doen.

Bij zijn tweede bezoek constateerde de consulent een duidelijke lichamelijke teruggang. Het was voor hem duidelijk dat de grenzen van de verzorging van patiënte thuis eigenlijk al waren overschreden en een verpleeghuisopname dringend geïndiceerd was. De consulent kwam toen tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De levensbeëindiging op verzoek werd medisch zorgvuldig uitgevoerd. De commissie oordeelde, gelet op alle feiten en omstandigheden, dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

e. Onafhankelijke 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.

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.

De schijn van niet-onafhankelijkheid kan ook ontstaan wanneer dezelfde artsen zeer regelmatig over en weer als uitvoerend arts, dan wel als consulent optreden en op die manier als het ware een vast duo vormen.

Daarmee kan een ongewenste situatie ontstaan.

Het kan ook voorkomen dat een meldend arts en een consulent elkaar kennen vanuit een privésituatie of uit een intervisiegroep. Ook dan hangt het weer van de omstandigheden af of dit de onafhankelijke beoordeling in de weg staat. Belangrijk is dat arts en consulent zich daarvan bewust zijn en hun meningsvorming daarover inzichtelijk maken aan de commissies.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt in dat bijvoorbeeld geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent.

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 zijn situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissies. Van belang is dat de consulent aangeeft wat zijn gemotiveerde mening is ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. 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 deze van voldoende kwaliteit is. Al zal de arts daarbij het oordeel van de consulent veelal zwaar laten wegen, bij verschil van mening tussen arts en consulent moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

Het stemt de commissies positief om te merken dat steeds meer specialisten ook SCEN-arts zijn en dat steeds meer SCEN-artsen –meestal huisartsen- in het ziekenhuis door de specialist in consult worden geroepen. De inspanningen van SCEN om de kwaliteit van de verslaglegging verder te verbeteren worden door de commissies zeer toegejuicht.

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. Dit was ook het geval in casus 7 en 8. Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een concreet verzoek om uitvoering, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is. 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 is een tweede consultatie in beginsel niet noodzakelijk; toch kan ook in een dergelijke situatie telefonisch overleg tussen arts en consulent raadzaam 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 al bij de melding aangeven.

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)' leidt artsen op als consulent. In het merendeel van de gevallen wordt als andere, onafhankelijke arts een zogenaamde SCEN-arts benaderd.

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

De commissies benadrukken dat deze SCEN-artsen ook een rol hebben als het gaat om het verlenen van steun, bijvoorbeeld in de vorm van het geven van advies. Wanneer SCEN-artsen kort voor een weekeinde met een vraag worden geconfronteerd gebeurt het wel dat de vragensteller als reactie krijgt dat er pas op de volgende maandag een consultatie mogelijk is. In dergelijke gevallen kan het dan van belang zijn dat de vragende arts naast deze mededeling van een advies wordt voorzien, bijvoorbeeld over de mogelijkheid van toediening van middelen of een doorverwijzing naar een palliatief team.

Het is aan de arts zelf er rekening mee te houden dat de situatie van de patiënt dermate snel kan verslechteren dat de levensbeëindiging wellicht eerder dan gepland aan de orde kan komen.

Casus 7 (consultatie)

Tussen de consultatie en de levensbeëindiging verstreken drie maanden. Het consultatieverslag was inhoudelijk inconsistent. De commissie heeft hierover nadere toelichting gevraagd aan de arts en de consulent.

Patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 50 tot 60 jaar, was bekend met een gemetastaseerd urotheelcelcarcinoom. Na een ziekteproces van ruim twee jaar was er sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De prognose was infaust en er waren geen behandelopties meer om het lijden te verlichten. Het verzoek om levensbeëindiging van patiënt was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Patiënt was goed op de hoogte van de situatie waarin hij zich bevond en van zijn vooruitzichten. De onafhankelijke consulent die door de arts was benaderd bezocht patiënt en kwam tot de conclusie dat patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek had gedaan. De situatie was uitzichtloos. Op het moment van het bezoek van de consulent was de situatie echter nog draaglijk. Vervolgens gaf de consulent in zijn verslag aan dat volgens hem aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De levensbeëindiging werd drie maanden na de consultatie zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie wilde graag weten van de arts wat er zich in de tussenliggende periode met betrekking tot het ziekteproces van de patiënt had afgespeeld en waarom de arts kort voor de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging niet alsnog een nieuwe consultatie had laten verrichten. Ook was het de commissie opgevallen dat de consulent enerzijds had geconstateerd dat de situatie nog niet ondraaglijk was en anderzijds tot de conclusie was gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie vroeg zich af of de arts deze inconsistentie ook had opgemerkt en op welke wijze hij hiermee was omgegaan. Vanwege de hoeveelheid van de vragen besloot de commissie zowel de arts als de consulent uit te nodigen voor een mondelinge toelichting in de commissievergadering.

Uit de mondelinge toelichting van de arts bleek dat patiënt medio 2006 in verband met complicaties in het ziekenhuis was opgenomen. Na ontslag uit het ziekenhuis was zijn levensverwachting nog hooguit enkele weken. Hij was erg bang voor plotselinge calamiteiten en hij verzocht de arts daarom tijdig een consulent te raadplegen. Op het moment van de consultatie was er nog geen sprake van ondraaglijk lijden bij patiënt. De verwachting was dat er binnen drie weken hiervan wel sprake zou zijn. Patiënt knapte na het bezoek van de consulent, tegen iedere verwachting in, wonderbaarlijk op en had nog een paar goede maanden. Daarna werden echter meerdere hersenmetastasen vastgesteld en ging de toestand van patiënt hard achteruit. Op een ochtend werd het lijden voor patiënt plotseling ondraaglijk. Patiënt was in het hele ziekteproces steeds zeer positief ingesteld geweest. Op die ochtend was het verzoek van patiënt om levensbeëindiging echter dermate acuut dat de arts geen ruimte voelde om de uitvoering van de levensbeëindiging nog langer uit te stellen. De arts had om die reden niet meer overwogen om opnieuw contact te zoeken met de consulent.

Wel had hij nog contact gehad met een neuroloog om na te gaan of er nog andere palliatieve mogelijkheden waren. Toen er geen andere mogelijkheden meer bleken te zijn is de arts de voorbereidingen gaan treffen voor de uitvoering van de levensbeëindiging op die dag.

De consulent had patiënt bezocht kort na de opname in het ziekenhuis. Het was de consulent bekend dat patiënt in het ziekenhuis al geruime tijd verkeerd had in een toestand van ondraaglijk lijden. De consulent ging er bij zijn bezoek aan patiënt vanuit dat de levensverwachting van patiënt niet langer zou zijn dan een paar weken. Tijdens zijn bezoek aan patiënt was het voor de consulent overduidelijk dat de angst van patiënt voor ernstige benauwdheid, verstikking en pijn op korte termijn reëel was. Het verbaasde de consulent zeer om te horen dat patiënt na zijn bezoek nog drie maanden had geleefd.

De consulent had na zijn bezoek aan patiënt geen contact meer gehad met de arts. De consulent beschouwde de opmerking van de toetsingscommissie over de inconsistentie tussen de inhoud en de conclusie van zijn verslag als een waardevol leerpunt. Hij zou daar rekening mee houden in de toekomst.

Gelet op alle (nader toegelichte) feiten en omstandigheden kwam de commissie tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 8 (consultatie)

De consulent gaf aan dat het euthanasieverzoek van patiënt nog niet actueel was, maar gold voor het moment dat zijn situatie (op korte of middellange termijn) zou verslechteren. In dat geval zou aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan. De commissie heeft de arts verzocht haar nader te informeren over de ontwikkeling van het lijden van patiënt in de periode na het bezoek van de consulent tot aan het moment van overlijden.

Patiënt, een man in de leeftijdscategorie van 70 tot 80 jaar, was al langer bekend met COPD. In 2000 was sprake van endocarditis en aortaklepstenose, waarvoor later een kunstklep werd aangebracht en een partiële pericardectomie plaatsvond. Het laatste half jaar was er sprake van een snelle progressie van zijn COPD. Hij kreeg zowel maximale therapie voor zijn COPD als hartmedicatie. Het lijden van patiënt bestond uit dyspnoe bij geringe activiteit, cachexie en diffuse pijnklachten. Er waren geen behandelopties meer. Patiënt was vrijwillig en weloverwogen tot een verzoek om levensbeëindiging gekomen. Een onafhankelijke consulent werd geraadpleegd die patiënt bezocht en schriftelijk zijn mening gaf over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d van artikel 2 van de WTL. Patiënt had hem zijn leven en zijn lijden geschetst. Voordien had hij dagelijks – ook in rust – last van heftige pijnen gehad. Met medicatie ging het nu veel beter met hem. Hij verklaarde dat hij, zolang het relatief goed met hem ging nog wel even door wilde leven, maar dat hij euthanasie wenste voor het moment dat de pijnen weer terug zouden komen. De consulent gaf onder meer aan dat het euthanasieverzoek van patiënt nog niet actueel was, maar gold voor het moment dat zijn situatie (op korte of middellange termijn) zou verslechteren. De consulent vond dit invoelbaar. In dat geval zou aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan.

Aangezien op het moment van het bezoek van de consulent nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan (geen actueel euthanasieverzoek, maar een verzoek voor het moment dat de situatie van patiënt zou verslechteren) heeft de commissie de arts verzocht haar nader te informeren over de ontwikkeling van het lijden van patiënt in de periode na het bezoek van de consulent tot aan het moment van overlijden. De arts lichtte toe dat patiënt ten tijde van het bezoek van de consulent aan hem een erg goede dag had gehad vanwege het aanvankelijke aanslaan van de toegediende medicatie. Deze opleving was echter van korte duur geweest.

De pijnklachten waren teruggekomen en de benauwdheid was toegenomen, zodat patiënt nauwelijks meer in staat was geweest zichzelf te wassen en aan te kleden. Ondanks ophogen van de pijnmedicatie en maximale longmedicatie verbeterde de situatie van patiënt niet. Patiënt had de arts na ruim een week na het bezoek van de consulent bij herhaling verzocht om uitvoering van de euthanasie op korte termijn. Patiënt had de arts er in de laatste maand van weten te overtuigen dat zijn klachten voor hem ondraaglijk waren. De commissie kwam gelet op alle (nader toegelichte) feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

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. De commissies zien –in tegenstelling tot wat wordt geadviseerd- met name in de fase van coma-inductie steeds vaker midazolam of combinaties met opiaten. De commissies vinden dit minder gewenst en adviseren te kiezen voor middelen met een bewezen coma-inducerend effect. Benzodiazepines hebben dat effect een enkele maal niet voldoende.

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.

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 de uitvoering van de levensbeëindiging. Indien bijvoorbeeld een euthanasie wordt gemeld door een arts die de euthanasie niet zelf heeft uitgevoerd, zal de uitvoerend arts de melding alsnog moeten ondertekenen en wordt hij door de commissies als meldend arts beschouwd¹¹.

Informatievoorziening aan de commissies

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 WTL. Indien naar het oordeel van de commissie de door de arts verstrekte informatie onvoldoende blijkt om dit inzicht te verschaffen, kan de commissie de arts of de consulent verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen of hem uitnodigen voor een gesprek met de commissie, zodat de commissie tot een gegronde oordeel kan komen¹².

9. Standaard Euthanatica: toepassing en bereiding (2007)

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

11. Zie artikel 3, eerste lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

12. Zie artikel 8 WTL jo artikel 9 van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 21 november 2006.

Weigert de arts, dan ontnemt hij zichzelf de gelegenheid zijn handelen nader toe te lichten en loopt hij het risico dat de commissie niet tot het oordeel kan komen dat volgens de zorgvuldigheidseisen is gehandeld en daarmee dus ook dat de melding zal worden doorgestuurd naar het openbaar ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In onderstaande casus heeft deze situatie zich voorgedaan.

Casus 9 (informatievoorziening aan de commissies)

Wanneer de arts geen gebruik maakt van de gelegenheid aan de commissie een nadere toelichting te geven, kan dat ertoe leiden dat de commissie niet kan vaststellen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In het onderhavige geval leidt dat tot het oordeel dat de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

Het betrof in deze een ernstig zieke patiënte in de leeftijdscategorie van 40 tot 50 jaar met een uitgebreid gemetastaseerd mammacarcinoom, die vrijwillig en weloverwogen om levensbeëindiging had verzocht. Ze was door de arts voorgelicht over de situatie waarin ze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts was samen met de patiënte tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin zij verkeerde geen redelijke andere oplossing was.

Een onafhankelijke consulent had schriftelijk zijn bevindingen weergegeven en was van mening dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Toen schriftelijke vragen door de commissie werden gesteld over de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek heeft de arts nadere informatie gegeven.

Het was voor de commissie vast komen te staan dat patiënte tot de dag voor de uitvoering van de levensbeëindiging uitzichtloos en ondraaglijk leed. Omdat de commissie echter nog vragen had over onder meer de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging, en nog duidelijkheid wilde verkrijgen over het beloop van de toestand van patiënte en de beweegredenen van de arts om uiteindelijk de volgende dag tot uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan, heeft de commissie de arts verzocht in een gesprek een toelichting te verstrekken. De arts is op de uitnodiging voor een gesprek niet ingegaan.

De arts heeft door de summiere beantwoording van de schriftelijke vragen en doordat hij niet is ingegaan op de tot twee maal herhaalde uitnodiging van de commissie een mondelinge toelichting te geven de commissie niet in de gelegenheid gesteld zich een gegrond beeld te vormen over de ondraaglijkheid van het lijden. Nu de commissie daardoor niet heeft kunnen vaststellen of in casu door de arts was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen is de conclusie van de commissie dat niet voldaan is aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De zaak is ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bijlage I

Overzicht van meldingen per regio

Overzicht van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 229 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 201 gevallen was er sprake van euthanasie, in 23 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 210 gevallen een huisarts, in 11 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	186
hart- en vaataandoeningen	7
aandoeningen van het zenuwstelsel	21
longaandoeningen, anders dan kanker	15
overige aandoeningen	0

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 177 gevallen thuis plaats, in 11 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 11 gevallen in een verzorgingshuis en in 22 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 in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 24 dagen.

Overzicht van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 468 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 440 gevallen was er sprake van euthanasie, in 24 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen betrof het een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 409 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 18 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	403
hart- en vaataandoeningen	14
aandoeningen van het zenuwstelsel	21
longaandoeningen, anders dan kanker	10
overige aandoeningen	20

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 371 gevallen thuis plaats, in 40 gevallen in een ziekenhuis, in 16 gevallen in een verpleeghuis, in 22 gevallen in een verzorgingshuis, in 19 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 in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 32 dagen

Overzicht van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 485 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 427 gevallen was er sprake van euthanasie, in 48 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 10 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 418 gevallen een huisarts, in 45 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 22 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	419
hart- en vaataandoeningen	15
aandoeningen van het zenuwstelsel	23
longaandoeningen, anders dan kanker	20
overige aandoeningen	8

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 381 gevallen thuis plaats, in 42 gevallen in een ziekenhuis, in 24 gevallen in een verpleeghuis, in 23 gevallen in een verzorgingshuis en in 15 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 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen van de gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Duur beoordeling

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

Overzicht van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 400 meldingen.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In 372 gevallen was er sprake van euthanasie, in 24 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldende arts was in 349 gevallen een huisarts, in 32 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 19 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	359
hart en vaataandoeningen	13
aandoeningen van het zenuwstelsel	16
longaandoeningen anders dan kanker	7
overige aandoeningen	5

Instellingen

De levensbeëindiging vond in 320 gevallen thuis plaats, in 30 gevallen in een ziekenhuis, in 20 gevallen in een verpleeghuis, in 12 gevallen in een verzorgingshuis en in 18 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 11 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval 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 2006 en met 31 december 2006

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 341 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 325 gevallen was er sprake van euthanasie en in 13 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beiden.

Artsen

De meldend arts was in 306 gevallen een huisarts, in 22 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 13 gevallen een verpleeghuisarts.

Aandoeningen

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

kanker	289
hart- en vaataandoeningen	6
aandoeningen van het zenuwstelsel	25
longaandoeningen, anders dan kanker	12
overige aandoeningen	9

Instelling

De levensbeëindiging vond in 279 gevallen thuis plaats, in 22 gevallen in een ziekenhuis, in 11 gevallen in een verpleeghuis, in 11 gevallen in een verzorgingshuis, in 18 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 in geen van de gevallen 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, onderscheidenlijk 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 verantwoordelijk 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 Laatstelijk 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.