

**VI.07**

# **Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003**

## Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Wat is euthanasie?	4
3. De rol van de arts	7
4. Omgevingsfactoren bij een euthanasieverzoek	10
5. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	12
6. Bijzondere gevallen	20
Noten	22
Bijlage: tekst van de wet	23
Schema meldingsprocedure	28
Bijlage: literatuurlijst	29
Colofon	30

## 1. Inleiding

In 1984 heeft het Hoofdbestuur van de KNMG het standpunt ingenomen dat euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen onder bepaalde omstandigheden aanvaardbaar kan zijn. Dit standpunt bevat ook een formulering van de zorgvuldigheidseisen die naar de mening van de KNMG bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in acht moeten worden genomen.

Deze standpuntbepaling door de KNMG heeft in de jaren daarna een belangrijke rol gespeeld bij de euthanasiediscussie in Nederland. Een actualisering van het standpunt van het hoofdbestuur van de KNMG inzake euthanasie verscheen in 1995.

De ontwikkelingen sindsdien - waaronder de invoering van de wettelijke regeling inzake toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding per april 2002 - maken opnieuw actualisering noodzakelijk. De bedoeling is om de ontwikkelingen van de afgelopen jaren te verwerken, zodat iedereen die dit standpunt raadpleegt een goed beeld krijgt van de huidige stand van zaken en de visie van de KNMG daarop.

Met de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding op 1 april 2002 is een mijlpaal bereikt in de discussie over euthanasie. Maar de KNMG wil er op wijzen dat deze wettelijke regeling van euthanasie niet betekent dat euthanasie nu tot het normaal medisch handelen behoort. Het blijft gaan om bijzondere medische handelingen waarover op grond van maatschappelijke criteria verantwoording moet worden afgelegd. Ook moeten euthanasie en hulp bij zelfdoding nog steeds worden beschouwd als een ultimum remedium voor situaties waarin er geen reële behandelingsmogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt te verlichten. Het karakter van euthanasie en hulp bij zelfdoding is door de nieuwe wet niet veranderd. Wel biedt de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding meer rechtszekerheid aan patiënten en artsen. Maar dat wil niet zeggen dat patiënten nu recht hebben op euthanasie. En artsen hebben nog steeds niet de plicht om euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen.

De KNMG dringt er bij artsen ten sterkste op aan om rondom euthanasie en hulp bij zelfdoding altijd de vereiste openheid te betrachten en alle gevallen te melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. Niet alleen omdat de wet dit vereist, maar ook omdat het vanuit het perspectief van de medische ethiek een wezenlijk element vormt in de rechtvaardiging van het handelen van de arts in dezen. Bovendien kan alleen zo de kwaliteit van het handelen van artsen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding inzichtelijk worden gemaakt en daarover maatschappelijk verantwoording worden afgelegd.

In het navolgende wordt dieper ingegaan op de medisch-ethische overwegingen die ten grondslag liggen aan het standpunt van de KNMG inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding en op de in wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen die artsen in acht moeten nemen. Doel is om de arts handreikingen te geven voor een zorgvuldige omgang met verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

*KNMG, September 2003*

## 2. Wat is euthanasie?

Het is van belang dat artsen zich realiseren dat verschillende handelingen een verschillende juridische context hebben. Mede daarom wordt in dit hoofdstuk een nadere afbakening van euthanasie en hulp bij zelfdoding ten opzichte van de andere beslissingen rondom het levenseinde gegeven. De verschillen werken namelijk door in de manier waarop artsen verantwoording over hun handelen moeten afleggen.

Er bestaan essentiële verschillen tussen het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding en andere beslissingen die de arts rondom het levenseinde van een patiënt kan nemen. Intensivering van de pijnbestrijding, het staken van een medisch zinloze behandeling en het respecteren van een behandelweigering van de patiënt kunnen eveneens het overlijden van de patiënt tot gevolg hebben. Maar deze beslissingen worden beschouwd als normaal medisch handelen. Het overlijden van de patiënt wordt in dat geval aangemerkt als een natuurlijke doodsoorzaak.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding worden beschouwd als vormen van medisch handelen met een bijzonder karakter. Het overlijden van de patiënt wordt dan aangemerkt als een niet-natuurlijke doodsoorzaak.

Bij beslissingen die behoren tot het normaal medisch handelen moeten artsen de professionele zorgvuldigheidseisen in acht nemen. Bij euthanasie en hulp bij zelfdoding moet daarnaast ook met een aantal maatschappelijke en juridische zorgvuldigheidseisen rekening worden gehouden.

### 2.1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

In Nederland is het gangbaar om euthanasie te omschrijven als ‘handelen dat het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt’. Deze omschrijving wordt ook in het Wetboek van Strafrecht (artikel 293) gebruikt. Van belang in deze omschrijving is:

- dat het gaat om handelen dat het leven beëindigt. Het leven had zonder dit handelen - al dan niet met behulp van medisch-technische mogelijkheden - in stand kunnen blijven;
- dat het gaat om handelen door een ander dan de betrokkene. Zo niet, dan moet van zelfdoding worden gesproken;
- dat het gaat om handelen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Indien dat verzoek niet aanwezig is, dan gaat het om ongevraagde levensbeëindiging.

Van hulp bij zelfdoding is sprake bij het ‘door een ander verschaffen van middelen voor de zelfdoding’. In het Wetboek van Strafrecht is de zelfdoding niet strafbaar gesteld, maar de hulp bij zelfdoding wel (artikel 294). In deze omschrijvingen doet het niet ter zake wat de hoedanigheid is van degene die euthanasie of hulp bij zelfdoding verleent. Maar door de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is nu formeel bekrachtigd dat bij het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding door een arts er een beroep mogelijk is op een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Uitsluitend voor artsen kan dus de strafbaarheid van het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding komen te vervallen, mits die arts heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen.

Tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt in zoverre geen principiële onderscheid gemaakt dat artsen dezelfde zorgvuldigheidseisen in acht moeten nemen. Wel wordt er in het Wetboek van Strafrecht verschil in strafmaat gemaakt tussen euthanasie (ten hoogste twaalf jaar of geldboete van de vijfde categorie) en hulp bij zelfdoding (ten hoogste drie jaar of een geldboete van de vierde categorie.) In psychologisch opzicht kan door de arts de uitvoering van euthanasie als een ingrijpender handeling worden ervaren dan hulp bij zelfdoding. Bij euthanasie dient immers de arts de dodelijke middelen toe, terwijl bij hulp bij zelfdoding de patiënt de middelen zelf inneemt. Maar het gevolg van beide vormen van hulp en de juridische strekking zijn gelijk.

De KNMG beveelt artsen aan om als in het individuele geval een keuze tussen het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding feitelijk mogelijk is, te opteren voor hulp bij zelfdoding. Bij die vorm wordt het best tot uitdrukking gebracht wat de verantwoordelijkheid en rol van de patiënt zelf is.

### 2.2 Andere beslissingen rondom het levenseinde

Zoals boven aangegeven kunnen er diverse beslissingen rondom het levenseinde worden onderscheiden die wel onder het normale medisch handelen vallen. Ten behoeve van de nadere plaatsbepaling van euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt hier kort op de kenmerken van en voorwaarden bij die beslissingen ingegaan.

### **2.2.1 De behandelweigering**

Toestemming van de patiënt voor een medische behandeling is een noodzakelijke voorwaarde voor de rechtmatigheid van het handelen van de arts. Niet altijd hoeft die toestemming expliciet te worden verkregen. En als de patiënt wilsonbekwaam is, dan kan die toestemming niet altijd worden verkregen. Als daarvoor tijd is moet in zo'n geval contact worden gezocht met vertegenwoordigers van de patiënt, die in diens plaats toestemming voor de behandeling kunnen verlenen. Als daarvoor geen tijd is, dan mag de arts als 'goed hulpverlener' zonder toestemming handelen in het belang van de patiënt. Het toestemmingsvereiste speelt dus een centrale rol in de rechtvaardiging van het handelen van de arts. Een consequentie daarvan is dat als de patiënt een behandeling weigert (dus daaraan toestemming onthoudt) het voor de arts niet toegestaan is om die behandeling uit te voeren. Ook niet als het weigeren van de behandeling door de patiënt tot gevolg heeft dat de patiënt zal komen te overlijden. Een behandelweigering moet door de arts worden gerespecteerd, mits er sprake is van een wilsbekwame patiënt.

Een behandelweigering kan door een patiënt ook in een schriftelijke voorafgaande wilsverklaring zijn vastgelegd. Dit met het oog op een mogelijke toekomstige situatie waarin de patiënt zelf een dergelijke beslissing wegens wilsonbekwaamheid niet meer kan nemen. De arts is ook gehouden zo'n schriftelijke behandelingsweigering te respecteren. Mits er sprake is van een heldere, op de situatie toegesneden verklaring van een patiënt die op het moment van opstellen van de wilsverklaring (nog) wilsbekwaam was.<sup>1</sup>

Een weigering van een bepaald onderdeel van de behandeling betekent niet het einde van de overige uit een behandelovereenkomst voortvloeiende zorgplichten van de arts. De arts is gehouden de patiënt voor het overige adequate medische zorg te verlenen waaronder zo nodig pijnbestrijding.

Het respecteren van een behandelweigering van een wilsbekwame patiënt - ook al heeft dat de dood van de patiënt tot gevolg - zal de arts niet kunnen worden aangerekend als 'verwijtbaar nalaten'. In tegendeel: het behandelen ondanks een expliciete weigering van de patiënt kan tuchtrechtelijk consequenties hebben.

### **2.2.2 Het staken of nalaten van een medisch zinloze behandeling**

Erkend moet worden dat medisch handelen voorbij een bepaalde grens zinloos kan worden. Daarvan is sprake als er geen redelijke verhouding meer is tussen het met dat handelen bereikbare doel en de daarvoor in te zetten middelen (het proportionaliteitsbeginsel.) Het is een professionele plicht van de arts om van dergelijk medisch zinloos te achten handelen af te zien. Ook al heeft het afzien van verdere behandeling de dood van de patiënt tot gevolg.

Vanzelfsprekend dient de arts op zorgvuldige wijze de beslissing te nemen dat een behandeling medisch zinloos is te achten en daarom niet ingezet of voortgezet moet worden. Dat impliceert dat professionele criteria worden gehanteerd, er bij teambehandeling overleg plaatsvindt in het behandelteam en bij voorkeur - maar in geval van twijfel altijd - overleg plaatsvindt met een of meerdere niet bij de behandeling betrokken collega's. Daarnaast moet met de patiënt (of diens vertegenwoordigers) wordt overlegd.

Het is niet zo dat het oordeel van artsen zich in alle gevallen zou kunnen beperken tot strikt medische criteria. Het begrip 'medisch zinloos' is niet volledig naar medische normen te objectiveren. Maar er moet tegen worden gewaakt dat het subjectieve oordeel van anderen over de 'kwaliteit van leven' van de patiënt maatgevend wordt. De mening van de individuele patiënt over zijn kwaliteit van leven kan wel mee wegen bij het uiteindelijke beleid. Het situatiegebonden oordeel (betrokken op deze individuele patiënt en diens situatie) en het beroepsgebonden oordeel<sup>2</sup> (gerelateerd aan de doelstellingen van de geneeskunde) vormen dan samen de basis voor een zorgvuldig beslissing. Overleg met ter zake competente collega's is van groot belang om het oordeel zo veel mogelijk te objectiveren en in te passen in het medisch referentiekader.

Na het staken van een medisch zinloos handelen mag de patiënt niet aan zijn lot worden overgelaten. Normale zorg en pijnbestrijding dienen tot de dood te worden verstrekt.

### **2.2.3 Symptoombestrijding in zodanige doseringen dat overlijden een neveneffect is**

Het adequaat bestrijden van het lijden (pijn, benauwdheid, misselijkheid ed.) is een onderdeel van het normale medisch handelen en behoort tot de beroepsplicht van de arts. Pijn-/symptoombestrijding dient adequaat, maar ook proportioneel te zijn. Er zijn omstandigheden waarin men levensverkorting ten gevolge van pijn-/symptoombestrijding als onbedoeld (neven)effect accepteert of althans als risico aanvaardbaar kan achten,

omdat de toestand van de patiënt het geven van de pijn-/symptoombestrijding noodzakelijk maakt. In dit verband valt ook te denken aan sedatie van de patiënt waarbij de symptomen refractair zijn. Als pijn-/symptoombestrijding in zodanig hoge doseringen noodzakelijk is dat daarvan de bespoediging van het overlijden van de patiënt een redelijkerwijs te verwachten nevengevolg is, dan dient voor die dosering de toestemming van de patiënt te worden verkregen. In een situatie dat de patiënt wilsonbekwaam is, dient toestemming van de wettelijk vertegenwoordigers te worden verkregen. Ook dienen de andere hulpverleners die direct bij de zorg betrokken zijn, zoals verpleegkundigen, te worden geïnformeerd.

Net als bij andere medische handelingen is het wenselijk dat een goed onderscheid gemaakt worden tussen het primaire doel van de toediening van de medicatie en de eventuele nevengevolgen. Van belang is dat de aard en omvang van de gebruikte doseringen kunnen worden gerechtvaardigd vanuit het oogpunt van noodzakelijke pijn-/symptoombestrijding. Maatgevend daarbij is het professionele oordeel over de keuze van het middel en de noodzaak van de gehanteerde dosering in het licht van de toestand van de individuele patiënt. Als bewust doseringen worden gebruikt die vanuit het oogpunt van noodzakelijke pijn-/symptoombestrijding niet meer verantwoord kunnen worden, dan is het doel van het handelen kennelijk verschoven naar het bespoedigen van de dood. Daarmee wordt een precaire grens overschreden en moet het handelen worden aangemerkt als euthanasie met alle daaraan verbonden consequenties.

### 2.3 Palliatieve zorg

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

Palliatieve zorg wordt ten onrechte soms gepresenteerd als het alternatief dat de vraag naar euthanasie en hulp bij zelfdoding kan wegnemen. De KNMG vindt het voor de praktijk onwenselijk om zo'n schijn tegenstelling tussen euthanasie en palliatieve zorg in stand te houden. Aan beide vormen van hulpverlening kan een eigenstandige plaats toekomen in de zorg rondom het levenseinde van de patiënt, waarbij euthanasie steeds een ultimum remedium blijft.

Er komen de laatste jaren steeds meer mogelijkheden voor palliatieve zorg<sup>3</sup>. Zo zijn er allerlei vormen van pijnverlichting ontwikkeld en zijn er speciale locaties waar patiënten tot het laatst toe specifieke, persoonlijke zorg kunnen krijgen. Daarnaast hebben zes academische ziekenhuizen een centrum voor de verdere (wetenschappelijke)ontwikkeling van palliatieve zorg. Sommige van die centra hebben bovendien een consultatieteam dat zorgverleners kan ondersteunen bij het bieden van palliatieve zorg.

Palliatieve zorg kan thuis en in een instelling worden verleend. Vrijwilligers van de terminale zorg kunnen worden ingeschakeld voor extra ondersteuning. Diverse ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen hebben speciale units voor palliatieve zorg. Bovendien zijn er hospices en bijna-thuis-huizen voor palliatieve zorg.

Een arts moet alle mogelijkheden voor palliatieve zorg onderzoeken en aanbieden aan de patiënt. Dat wil overigens niet zeggen dat een patiënt elke mogelijkheid moet benutten of proberen. Een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, kan bijvoorbeeld het nog verder ophogen van de dosis morfine afwijzen omdat hij helder en bij bewustzijn wil blijven. Bij goede palliatieve zorg dient euthanasie dan ook als laatste mogelijkheid open te blijven staan.

### 3. De rol van de arts

Euthanasie en hulp bij zelfdoding<sup>4</sup> behoren niet tot het gewone hulpverleningspakket van de arts. Artsen hebben geen plicht om medewerking te verlenen aan euthanasie. Vanuit medisch-ethische oogpunt kunnen en moeten voor de onderbouwing van de aanvaardbaarheid van euthanasie door artsen bijzondere argumenten worden aangereikt. Die wijken af van de manier waarop gewoonlijk het medische handelen wordt gelegitimeerd.

Euthanasie wordt gezien als een uiterst middel in die gevallen waarin patiënt en arts met hun rug tegen de muur staan omdat het lijden van de patiënt op geen enkele andere aanvaardbare wijze kan worden verholpen of verlicht. De arts kan zich in een dergelijke situatie gesteld zien voor tegenstrijdige plichten, namelijk enerzijds de plicht om het leven van de patiënt te eerbiedigen en anderzijds de plicht om (verder) lijden van de patiënt te voorkomen. In de medische ethiek is erkend dat bij zo'n 'conflict van plichten' de arts tot de conclusie mag komen dat de plicht om het lijden van de patiënt op diens verzoek te beëindigen zwaarder weegt dan de plicht om het leven van de patiënt te behouden. In de rechtspraak en in de wetgeving is het concept van een conflict van plichten overgenomen en vertaald in een bijzondere strafuitsluitingsgrond waarop artsen een beroep kunnen doen. Ook is nader uitgewerkt onder welke omstandigheden daarvan sprake kan zijn. Het karakter van een ultimum remedium staat op die manier ook in de juridische benadering van euthanasie op de voorgrond.

#### 3.1 Geen recht van de patiënt, geen plicht voor de arts

Elk verzoek om euthanasie roept voor de arts een dilemma op en zal daarom - gelukkig maar - nooit 'standaard' kunnen worden. De nieuwe wet brengt daarin geen verandering. De indruk moet vermeden worden dat door die wet patiënten die om euthanasie vragen ook automatisch recht op inwilliging van dat verzoek hebben gekregen. Artsen zijn nog steeds niet verplicht om euthanasie uit te voeren en patiënten hebben geen recht op euthanasie.

Aan de andere kant mag er naar de mening van de KNMG geen twijfel over bestaan dat euthanasie binnen de arts-patiënt relatie bespreekbaar moet zijn en dat daartoe onder omstandigheden besloten kan worden. Het is de taak van de arts om een zorgvuldige besluitvormings- en uitvoeringsprocedure te volgen als er sprake is van een euthanasieverzoek.

In alle gevallen geldt dat een patiënt die met een verzoek tot euthanasie komt, of die daarover wil praten in verband met een mogelijke toekomstige situatie, een open oor moet kunnen aantreffen. Het is voor de kwaliteit van het gesprek van groot belang dat een verzoek tot euthanasie en/of een toekomstige wens daartoe in een stadium aan de orde komt dat er nog voldoende tijd is om alle (on)mogelijkheden en wederzijdse verwachtingen te bespreken. Daarbij mag van de arts naar de mening van de KNMG verwacht worden dat hij bereid is openheid te betrachten over zijn eigen opstelling in dezen en tijdig verschillen van inzicht met de patiënt bespreekt. De wens naar zoiets in wezen tegennatuurlijks en onherroepelijks als een voortijdige dood, is voor de betrokken patiënt immers van een dermate ingrijpende betekenis, dat de arts zo'n uiting uiterst serieus dient te nemen. Het uitstellen van een dergelijke discussie of de neiging zich te verschuilen achter vage of valse toezeggingen getuigt niet van professioneel handelen en kan in de praktijk als het levenseinde naderbij komt tot grote teleurstellingen en conflicten leiden.

Ook kan het voorkomen dat de arts de indruk heeft dat de patiënt wel een gesprek over zijn levenseinde en zijn wensen daaromtrent zou willen aangaan, maar moeite heeft dit aan te kaarten. In een dergelijk geval kan de arts er voor kiezen het onderwerp bespreekbaar te maken. Dit dient echter met grote behoedzaamheid te geschieden om te voorkomen dat de patiënt zich in een bepaalde richting gestuurd voelt.

Het besluit om euthanasie uiteindelijk te verrichten is een gezamenlijk besluit van arts en patiënt. Beiden moeten tijd en ruimte hebben gehad om hun visie te ontwikkelen en te verwoorden, voor zover de concrete omstandigheden dat toelaten. Besluiten tot euthanasie is een proces, geen momentopname.

#### 3.2 Bezwaren van de kant van de arts

Een en ander betekent niet dat een individuele arts gehouden is om levensbeëindigende handelingen te verrichten. De arts kan euthanasie op principiële gronden afwijzen of kan in een concreet geval van mening zijn dat er aan de zorgvuldigheidseisen (nog) niet is voldaan.

Beide omstandigheden worden hieronder nader besproken. Ook in deze situaties zal de arts bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht moeten nemen, waarbij consultatie of het veranderen van arts aan de orde kunnen zijn.

### 3.2.1 Principiële bezwaren

Iedere arts kan medewerking aan levensbeëindigend handelen weigeren met een beroep op principiële bezwaren. De patiënt kan de medewerking van de arts niet afdwingen met een beroep op diens hulpverleningsplicht. Het behoort naar de mening van de KNMG tot de medisch professionele standaard dat, waar dat nodig is, een arts in een vroeg stadium duidelijkheid betracht over dergelijke principiële bezwaren. Dit voorkomt dat de patiënt hierover pas kennis verkrijgt in een fase dat de toestand van de patiënt al zo ernstig is, dat er geen tijd en/of gelegenheid is om mogelijke oplossingsrichtingen te bespreken. Dat kan snel leiden tot escalatie en gebrek aan vertrouwen.

Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling van de KNMG dat de arts iedere patiënt zonder dat daar een concrete aanleiding toe is ongevraagd op de hoogte stelt van zijn levensbeschouwelijke en/of ethische opvattingen inzake euthanasie. Maar er zijn situaties te onderkennen waarin dat wel aangewezen is, bijvoorbeeld omdat de patiënt het onderwerp zelf aansnijdt rondom het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring. Of omdat zijn medische toestand verslechtert en het levenseinde naderbij komt. Het verdient dan de voorkeur om als arts bespreekbaar te maken hoe de patiënt zijn sterven ziet en welke verwachtingen hij daarbij heeft van de hulpverlening door de arts. Hoewel een dergelijk gesprek niet altijd gemakkelijk zal zijn, is het ook van groot belang om de patiënt voor te bereiden op het naderend einde. Indien de opvattingen van arts en patiënt ver uiteen blijken te liggen en de patiënt persisteert bij zijn (mogelijke) verzoek tot levensbeëindiging, dan zal de gewetensbezwaarde arts de patiënt in ieder geval in de gelegenheid moeten stellen in contact te treden met een collega die geen gewetensbezwaren heeft. Er is in deze situatie geen sprake van een verwijsplicht, maar zo nodig zal de gewetensbezwaarde arts bereid moeten zijn de patiënt enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere arts. De arts dient - desgevraagd - passieve hulp te verlenen, zoals het doen van suggesties of het noemen van namen en telefoonnummers van collega-artsen, maar het zelf actief benaderen van collega-artsen behoort daar niet toe. Het verstrekken van relevante informatie aan die andere arts vormt wel een vanzelfsprekend onderdeel van de hulpverlening.

Het is daarbij niet strikt noodzakelijk dat de relatie van de tot dan toe behandelend arts met de patiënt verbroken wordt.

Het is van groot belang dat dit proces tijdig in gang wordt gezet, niet alleen omdat er dan nog gelegenheid is rustig de wederzijdse meningen af te tasten en deze ook te blijven respecteren, maar ook omdat de collega-arts in de gelegenheid moet zijn een behandelrelatie met de patiënt aan te gaan.

De KNMG wijst ook op de gezamenlijke brochure van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de (op christelijke grondslag georganiseerde) Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) en de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) met de titel "Tijdig spreken over de zorg rond het levenseinde". Deze brochure wil patiënten stimuleren om zelf een actievere rol te gaan vervullen als hun levenseinde in zicht komt.

### 3.2.2 Situatiegebonden bezwaren

Ook als een arts geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie, kan er in een concreet geval met de patiënt een verschil van mening be-/ontstaan over de vraag of, in die individuele situatie aan de voorwaarden voor euthanasie wordt voldaan. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een verschil in taxatie van de uitzichtloosheid en/of de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt. In een dergelijke situatie zal de arts in ieder geval moeten onderzoeken waarom de patiënt zijn lijden als ondraaglijk en uitzichtloos aanmerkt en kan er aanleiding zijn na te gaan of de hulpverlening in dit opzicht tekortschiet. Ook kan consultatie van een consulent, bijvoorbeeld een SCEN-arts (zie 5.1.5), aangewezen zijn om de eigen taxatie van de arts en/of diens opvattingen over de aanwezige behandelingsalternatieven te toetsen aan de mening van een ervaren collega. Blijft er wezenlijk verschil van inzicht tussen arts en patiënt bestaan, dan staat het de patiënt uiteraard vrij een andere arts te zoeken.

Een moeilijke situatie kan ook ontstaan als de arts het gevoel heeft dat de patiënt zichzelf in een uitzichtloze en ondraaglijke situatie brengt of heeft gebracht, bijvoorbeeld door behandeling of opname in een instelling te weigeren. De patiënt heeft dat recht en de arts zal dat moeten respecteren. Maar de arts mag wel verwachten dat de patiënt zijn voorstellen tot verbetering van de situatie serieus overweegt en niet slechts vasthoudt aan zijn eigen perceptie en op grond daarvan euthanasie tracht af te dwingen. In de nieuwe wet vormt de aanwezigheid van een reële behandelingsmogelijkheid in formele zin een beletsel voor het verlenen van euthanasie. Ook in dergelijke situaties kan consultatie van een SCEN-arts behulpzaam zijn in het kader van de uiteindelijke beslissing door de arts.



Behoedzaamheid is ook geboden in situaties waarin de arts zich door de patiënt en/of diens familie onder druk voelt gezet. Daardoor kan het ontbreken aan voldoende tijd en ruimte voor de arts om tot een zorgvuldige afweging en besluitvorming te komen. De druk kan zo groot worden dat reële communicatie onmogelijk wordt. Verwacht mag worden dat de arts als professional bestand is tegen dergelijke druk. Dergelijke druk is geen afdoende excuus om bepaalde zorgvuldigheidseisen niet na te leven. Om de situatie niet te laten escaleren kan bijvoorbeeld binnen de waarneemgroep overlegd worden en/of een collega in consult worden geroepen. Indien ook dat de druk niet wegneemt, kan overdracht van de patiënt naar een collega overwogen worden.

### 3.3 Waarneming en overdracht

In het algemeen is behoedzaamheid geboden in situaties (ten gevolge van verhuizing, willen sterven bij familie, restrictief instellingsbeleid, gebrek aan vertrouwen) waarin van behandelend arts wordt gewisseld vrij kort voordat euthanasie aan de orde komt of zelfs vrij kort voor de gewenste uitvoering. De arts die de behandeling overneemt zal de tijd moeten krijgen en nemen om de patiënt goed genoeg te leren kennen om te kunnen beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voldaan kan worden. Dit is alleen goed vast te stellen na diepgaand en herhaald overleg met de patiënt. Een absoluut getal voor de frequentie of het tijdsverloop kan niet gegeven worden. Factoren als de aard van het verzoek, de ernst van het lijden en de nog te verwachten levensduur zullen daarop van invloed zijn. Voorkomen moet worden dat door een werkelijk bestaande of zo gevoelde tijdsdruk een situatie ontstaat waarin het niet goed meer mogelijk is om tot een objectief oordeel te komen. Want zeker in het geval dat een andere arts wordt gezocht met de bedoeling dat op korte termijn tot euthanasie wordt overgegaan is het gevaar aanwezig dat de hulpvraag zo dwingend wordt geformuleerd dat subjectieve en/of onzuivere motieven insluipen om de hulpvraag te honoreren. Een dergelijke hulpverleningsrelatie zal tijd nodig hebben om te groeien. Voorts vereist een dergelijke situatie (evenals bij waarneming in geval van ziekte of vakantie het geval zal zijn) een goede communicatie en overdracht van patiëntgegevens. De oorspronkelijk behandelend arts heeft de plicht hieraan maximale medewerking te verlenen.

#### 3.3.4 Exclusiviteit van de rol van de arts

De uitvoering van euthanasie en het verlenen van hulp bij zelfdoding is nadrukkelijk aan artsen voorbehouden. Anderen kunnen niet met een succes een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond doen ter rechtvaardiging van hun handelen. De arts heeft - in tegenstelling tot die anderen - bij uitstek de deskundigheid om de voor een zorgvuldige besluitvorming zo cruciale vragen te beantwoorden, namelijk wat de patiënt precies mankeert, welke reële hoop op verbetering mag worden gekoesterd c.q. of het lijden anderszins gelenigd kan worden. Het onderzoek of het verzoek tot euthanasie niet een andere hulpvraag verhuult behoort eveneens tot de verantwoordelijkheden van een arts.

#### 3.3.5 Rol van de patiënt

Indien dat praktisch gezien mogelijk is, verdient het naar het oordeel van de KNMG de voorkeur om te opteren voor hulp bij zelfdoding in plaats van euthanasie. Hulp bij zelfdoding brengt de vastbeslotenheid van en het nemen van verantwoordelijkheid door de patiënt duidelijker tot uitdrukking. De patiënt zal dan nog wel in een conditie moeten verkeren die het hem mogelijk maakt op een aanvaardbare wijze zelf middelen in te nemen.

Dat in de praktijk vaker wordt gekozen voor euthanasie dan voor hulp bij zelfdoding, laat naar de mening van de KNMG onverlet, dat de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding goed moet worden onderzocht. De aard en de zwaarwiegendheid van de bezwaren van de kant van de patiënt en/of de arts tegen hulp bij zelfdoding zullen daarbij moeten worden geëxpliciteerd en worden afgewogen. Mocht de patiënt onoverkomelijke bezwaren hebben tegen het zelf innemen van de middelen, dan hoeft er niet altijd aanleiding te zijn opnieuw te bekijken of er wel sprake is van een weloverwogen verzoek van de patiënt.

## 4. Omgevingsfactoren bij een euthanasieverzoek

De individuele arts-patiënt relatie vormt het kader waarin een verzoek om euthanasie aan de orde wordt gesteld. De arts dient zich dan ook primair te richten op de hulpvraag van de patiënt. Maar onmiskenbaar zal er ook aandacht nodig zijn voor de houding van de familie van de patiënt en - met name ook als de patiënt in een instelling is opgenomen - van de overige bij de hulpverlening betrokkenen (verpleegkundigen en verzorgenden) ten aanzien van het euthanasieverzoek. Veronachtzaming daarvan kan het besluitvormingsproces van arts en patiënt verstoren of na uitvoering van de euthanasie voor veel onrust zorgen.

### 4.1 De arts en de familie van de patiënt

In de meeste gevallen zal de familie van de patiënt nauw betrokken zijn bij het euthanasieverzoek en met de wens van betrokkene kunnen instemmen. Maar niet altijd zitten patiënt en familie, of familieleden onderling op een lijn. Hoewel het bij euthanasie altijd zal gaan om het honoreren van een verzoek van een wilsbekwame patiënt en dus de mening van familieleden in principe niet doorslaggevend is, verdient het aanbeveling dat de arts zich in de eventuele bezwaren van familieleden verdiept en die zoveel mogelijk tracht weg te nemen. Niet altijd zal dat mogelijk zijn, met name niet als er bij familieleden sprake is van principiële bezwaren tegen euthanasie. Ook kan het zo zijn dat de patiënt niet wil dat er met familieleden over het euthanasieverzoek gesproken wordt. De arts zal - gelet op het beroepsgeheim - die wens moeten respecteren. In dergelijke situaties moet de arts voor het concrete geval een inschatting maken of er - ondanks dergelijke versturende factoren - voldoende mogelijkheden zijn voor een zorgvuldige communicatie en besluitvorming met de patiënt.

Een complicatie kan zijn dat de arts na het overlijden van deze patiënt vaak verder moet met de andere gezinsleden. Een dergelijke moeilijke positie vergt veel tact, geduld en communicatievermogen.

Lastig en versturend kan zijn als de naasten van de patiënt er bij de patiënt en/of arts te sterk op gaan aandringen dat de situatie van de patiënt zodanig is dat het verzoek gehonoreerd zou moeten worden. Soms is het zelfs de familie die het verzoek bij de patiënt initieert en/of bij de arts aanklaart. In een dergelijke situatie kan de weloverwogenheid en/of vrijwilligheid van het verzoek van de patiënt onder druk staan of komen te staan. Het is de taak van de arts om dergelijke beïnvloeding door familie te herkennen en waar mogelijk te neutraliseren. Als de arts niet overtuigd is van de weloverwogenheid of vrijwilligheid van het verzoek van de patiënt dan vormt dat een contra-indicatie voor het honoreren van het verzoek.

### 4.2 De arts en andere bij de zorgverlening betrokken hulpverleners

Er rust een centrale - en exclusieve - verantwoordelijkheid op de arts voor een zorgvuldige afweging en uitvoering van euthanasie. Maar dat betekent niet dat daarin geen plaats is of kan zijn voor de andere bij de hulpverlening aan de patiënt betrokkenen.

Het ligt in de rede dat als de arts bij euthanasie medewerking in één of andere vorm aan een verpleegkundige of verzorgende vraagt, of als de verpleegkundige al op andere wijze bij het euthanasieverzoek betrokken is geraakt, hen dan ook bij de besluitvormingsprocedure betreft. Een verzoek tot euthanasie komt in de praktijk niet altijd in eerste instantie bij de arts terecht, maar soms bij de verpleegkundige of verzorgende. Daarnaast beschikken zij wellicht over waardevolle informatie over de patiënt en/of kunnen zij al makkelijker met de patiënt communiceren.

Een belangrijk punt van aandacht bij die samenwerking is dat wettelijk de arts gehouden is de euthanasie op medisch zorgvuldige wijze uit te voeren. De arts moet de uitvoeringshandelingen in het kader van euthanasie en hulp bij zelfdoding dan ook zelf verrichten. Tot de uitvoeringshandelingen worden gerekend het toedienen van een injectie met het oog op levensbeëindiging, het gereedmaken, en/of aanhangen en/of openzetten van een infuus met het oog op levensbeëindiging. Het toedienen van euthanatica - een uitvoeringshandeling - mag door de arts nooit aan een verpleegkundige worden gedelegeerd. Wel kan een verpleegkundige betrokken zijn bij voorbereidingshandelingen (zoals het vooraf inbrengen van een infuusnaald) en ook overigens aan de patiënt de gebruikelijke zorg rondom het levenseinde verlenen.

De KNMG heeft over de wenselijk geachte samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen/verzorgenden rondom euthanasie samen met het Bestuur van NU'91 richtlijnen opgesteld. Deze richtlijnen worden binnenkort - na actualisering - opnieuw uitgegeven.

### 4.3 De arts en de instelling

Instellingsbeleid zet de professionele verantwoordelijkheid van de arts ter zake van euthanasie niet opzij. De arts hoeft zich door een instellingsbeleid inzake euthanasie niet te laten weerhouden om toch euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen, mits daarbij de wettelijke zorgvuldigheidseisen in acht worden genomen.

Medisch specialisten en verpleeghuisartsen - veelal binnen instellingen werkzaam - zullen feitelijk wel rekening houden met het beleid van die instelling ten aanzien van euthanasie. Het instellingsbeleid inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding zal dan ook bij voorkeur in overleg met de in de instelling werkende artsen en overige hulpverleners moeten worden vastgelegd.

Instellingsbeleid waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding worden uitgesloten hoeft artsen er dus niet van te weerhouden om in individuele gevallen die hulp toch te verlenen. Maar onmiskenbaar vormt een dergelijke - van het instellingsbeleid afwijkende - handelwijze een potentiële bron van spanning in de inrichting. Voor collega's en bij de hulpverlening betrokken verpleegkundigen en verzorgenden kunnen ingewikkelde loyaliteitsvragen ontstaan. De arts zal zich er steeds van moeten vergewissen of onder dergelijke omstandigheden de euthanasie op verantwoorde wijze in de instelling kan worden uitgevoerd. Als dat niet realiseerbaar is, zal moeten worden onderzocht of het mogelijk is de euthanasie in de thuissituatie uit te voeren. Vanzelfsprekend is zo iets voor de patiënt uiterst belastend en dat moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

De KNMG acht instellingsbeleid waarin wordt volstaan met het uitsluiten van de mogelijkheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding niet verantwoord. Tenminste zou daarin ook enige aanknopingspunten moeten worden gegeven voor de manier waarop binnen de instelling werkende artsen met verzoeken van patiënten om euthanasie en hulp bij zelfdoding dan dienen om te gaan, met name in situaties waarin de patiënt persisteert in zijn/haar verzoek. Van de instelling mag ook worden verwacht, evenals van de individuele arts, dat ze aan (potentiële) patiënten in een vroeg stadium duidelijkheid verschaft over bestaand beleid ter zake.

Aparte aandacht vergt nog de positie van het bejaarden- of verzorgingstehuis. Aangezien het hier instellingen betreft die primair een woonfunctie vervullen, en als zodanig ook geen instellingsarts aan zich verbonden hebben, gelden hier dezelfde regels als in de thuissituatie.

## 5. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding<sup>5</sup> (Wet van 12 april 2001, Staatsblad 2001, 194) is aangegeven welke zorgvuldigheidseisen de arts in acht moet nemen bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het gaat daarbij om de wettelijke verankering van de inhoudelijke vereisten zoals die in de loop der jaren in de praktijk en rechtspraak zijn ontwikkeld. Daarnaast vormt de verplichting tot melden aan de gemeentelijk lijkschouwer van de euthanasie of hulp bij zelfdoding een belangrijk onderdeel van de wettelijke regeling.

De wet brengt een wijziging aan in het karakter van de toetsingsprocedure naar aanleiding van de melding. Maar euthanasie en hulp bij zelfdoding blijven strafbaar (artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht) en uitsluitend een arts die de zorgvuldigheidseisen heeft nageleefd en de euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft gemeld, kan met succes een beroep doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond.

De gemeentelijk lijkschouwer zendt alle relevante stukken in verband met de melding door naar de regionale toetsingscommissie, die de zorgvuldigheid van het handelen door de arts beoordeelt. Het Openbaar Ministerie wordt niet meer geïnformeerd over de melding, tenzij de toetsingscommissie van oordeel is dat er door de arts niet zorgvuldig gehandeld is. Wel blijft in principe de bevoegdheid van het Openbaar Ministerie bestaan om zelf een strafrechtelijk onderzoek in te stellen, ook tijdens de procedure bij de regionale toetsingscommissie. In de praktijk zal dit naar verwachting niet snel gebeuren.

### 5.1 De zorgvuldigheidseisen

De in wet neergelegde zorgvuldigheidseisen zijn:

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

De inhoud die in de praktijk aan deze vereiste moet worden gegeven is niet in de wettekst te vinden. Maatgevend daarvoor is de betekenis die in de loop der tijd door de beroepsgroep en in rechterlijke uitspraken aan die vereisten is gegeven. En de daarin tijdens het wetgevingsproces aangebrachte accenten.

In de visie van de KNMG moeten in de praktijk de vereisten op de hieronder weergegeven wijze worden opgevat.

#### 5.1.1 Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding moet van de patiënt zelf afkomstig zijn én vrijwillig worden geuit. De arts moet zich ervan overtuigen dat de patiënt wilsbekwaam is. Als het verzoek op een (tijdelijke) depressie berust, dan dient grote zorgvuldigheid en behoedzaamheid te worden betracht bij de beoordeling of de patiënt wel wilsbekwaam is.

Als de patiënt wilsonbekwaam is (geworden), dan kan een vooraf door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring dienen ter vervanging van het (actuele) verzoek. In de wet is de rechtskracht van zo'n verklaring erkend, maar in de praktijk kleven er de nodige haken en ogen aan (zie verder onder 6.3).

Voor een goede beoordeling van de vrijwilligheid en de weloverwogenheid is een goede exploratie door de arts van het verzoek aangewezen. De arts moet zich er van vergewissen dat het verzoek van de patiënt niet wordt ingegeven door druk van anderen en/of uit vrees anderen teveel te belasten.

Weloverwogenheid vereist primair dat de patiënt een goed beeld heeft van zijn ziekte, zijn medische situatie, de prognose en de eventuele alternatieve mogelijkheden. Ook moet de arts nagaan of het verzoek niet in een opwelling is

gedaan. Herhaling van het verzoek is geen stringente eis; soms is de situatie van de patiënt zodanig verslechterd dat herhaling niet meer mogelijk is.

Maar in het algemeen doet een arts er goed aan het verzoek van een patiënt meerdere malen in gesprekken aan de orde te stellen. Zo kunnen arts en patiënt een goed beeld krijgen van de bij de ander spelende inschattingen en overwegingen. Het is van belang alle gesprekken, ook met eventuele naasten, goed te documenteren.

Als de omstandigheden dat toelaten, is het goed om het verzoek al in een vroeg stadium te bespreken. Voor de patiënt kan het vroegtijdig bespreken van euthanasie of hulp bij zelfdoding moeilijk en confronterend zijn. Een open houding van de arts kan zo'n gesprek gemakkelijker maken. Daarbij mag van de patiënt verwacht worden dat hij/zij rekening houdt met het feit dat met een zorgvuldige besluitvorming enige tijd gemoeid is. En dat het dus verstandig is om in een zo vroeg mogelijk stadium met de arts in gesprek te raken en helderheid te scheppen.

Schriftelijke vastlegging van het verzoek door de patiënt is geen wettelijke eis, maar verdient wel de voorkeur. Zo'n schriftelijk vastgelegd verzoek kan door de arts bij de melding aan de gemeentelijk lijkschouwer worden gevoegd. Voor de toetsingscommissie is een dergelijke verklaring een belangrijk hulpmiddel. Als een patiënt niet meer in staat is een verzoek schriftelijk vast te leggen, dan kan het maken van een audio- en/of video-opname een alternatief zijn. Het moet dan wel duidelijk zijn wanneer en ten overstaan van wie de patiënt het verzoek heeft gedaan. Als zo'n 'eigen' verklaring van de patiënt ontbreekt, dan zal de arts zelf het verzoek van de patiënt moeten omschrijven en inzichtelijk maken voor de toetsingscommissie. Dit kan op basis van aantekeningen uit het medisch dossier over gesprekken met de patiënt en kan eventueel worden aangevuld door ondertekende verklaringen van anderen over het door de patiënt jegens de arts uitgesproken verzoek.

### **5.1.2 Geïnformeerd over vooruitzichten**

De arts dient de patiënt volledig en op voor hem/haar begrijpelijke wijze te informeren over de diagnose, de prognose en de (nog) aanwezige behandelingsmogelijkheden en -alternatieven. Die plicht vloeit voort uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), maar krijgt bij euthanasie een andere accent. De arts behoort de patiënt een reëel inzicht te bieden in wat hij/zij precies mankeert, welke reële hoop op verbetering nog mag worden gekoesterd en op welke manieren het lijden eventueel kan worden verlicht. Dit vormt een noodzakelijke basis voor de weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Met name in situaties waarin sprake is van een vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring bestaat het risico dat niet altijd te achterhalen is of aan het verzoek van de patiënt wel een reëel beeld over de aandoening en de prognose - gebaseerd op voldoende en actuele informatie - ten grondslag ligt.

### **5.1.3 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden**

Uitzichtloosheid en het ondraaglijke karakter van het lijden hangen veelal sterk met elkaar samen. De arts zal beide aspecten apart en tezamen moeten beoordelen en wegen. Bij de taxatie door de arts van de uitzichtloosheid van het lijden speelt het professionele oordeel over het nog aanwezige behandel- en zorgperspectief voor de patiënt een belangrijke rol. Is het waarschijnlijk dat diens toestand nog wezenlijk kan verbeteren of ligt er slechts voortgaande verslechtering van diens toestand in het verschiet? Bij de taxatie van het ondraaglijke karakter van het lijden staat de subjectieve ervaring van de patiënt meer op de voorgrond. Maar de ondraaglijkheid van het lijden moet voor de arts - mede gemeten aan diens professionele ervaringen - ten minste invoelbaar zijn. En daarbij kan de arts zijn kennis over de persoonlijkheid en voorgeschiedenis van de patiënt laten meewegen.

De taxatie van het lijden van de patiënt berust dus enerzijds op de medische inschatting van diens prognose en anderzijds op de beleving van het (actuele) lijden door de patiënt zelf. Bij de taxatie van het lijden van de patiënt is dus een zekere mate van subjectiviteit onvermijdelijk, maar er zijn wel professionele en objectieveerbare elementen in te onderkennen. Naar de mening van de KNMG is een zekere mate van subjectiviteit bij de taxatie van de ernst van het lijden onvermijdelijk. Niet alleen bestaan er bijvoorbeeld per patiënt grote verschillen in pijndrempel en mede ten gevolge daarvan ook in het ervaren lijden, maar ook is de draagkracht van de patiënt en diens houding ten opzichte van het leven en het levenseinde van invloed. Maar minimaal dient er toch sprake te zijn van 'intersubjectieve' ondraaglijkheid, dat wil zeggen een ondraaglijkheid die voor verschillende artsen invoelbaar is.

De mogelijkheid om het lijden van de patiënt als zijnde ondraaglijk en uitzichtloos te kwalificeren is het niet noodzakelijkerwijs beperkt tot situaties waarin de patiënt in de stervensfase verkeert en/of tot situaties waarin er een somatische oorzaak voor dat lijden is aan te wijzen. Dit vloeit voort uit rechtspraak en wordt door de KNMG onderschreven. Reeds in 1984 vond het Hoofdbestuur van de KNMG het criterium van de stervens- of terminale fase voor de aanvaardbaarheid van euthanasie niet hanteerbaar.

Ook is naar de mening van de KNMG geen onderscheid te maken tussen lichamelijk en psychisch lijden. De oorzaak van het lijden doet niet af aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Indien het lijden onophefbaar is, dan is het niet meer relevant of het lijden van psychische of somatische origine is. Dat neemt niet weg dat in gevallen waarin het lijden niet in overwegende mate voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening, het moeilijker zal zijn dat lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan te objectiveren. Dan is, aldus de Hoge Raad in de zaak Chabot, uitzonderlijk grote behoedzaamheid geboden. Een nadere specificatie van wat die 'grote behoedzaamheid' zou moeten inhouden, is door de Hoge Raad niet gegeven, maar is wel gewenst.

In de zaak Brongersma is door de Hoge Raad in 2002 bepaald dat in gevallen waarin het lijden van de patiënt niet in overwegende mate aan een classificeerbare aandoening kan worden toegeschreven, er binnen het door de huidige Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding geschapen juridische kader geen ruimte c.q. legitimatie is voor hulp bij zelfdoding door de arts<sup>6</sup>.

#### **5.1.4 Geen redelijke andere oplossing**

In het vereiste dat het moet gaan om lijden van de patiënt dat uitzichtloos is, ligt al min of meer besloten dat er in de situatie van de patiënt geen (reële) behandelingsopties meer aanwezig zijn. De toegevoegde waarde van dit vereiste is dat zowel de arts als de patiënt expliciet moeten afwegen welke mogelijkheden er nog zijn en of die nog een reëel perspectief kunnen bieden. Bestaat er uitzicht op verbetering van de situatie van de patiënt binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen het resultaat en de belasting voor de patiënt? Bij de beoordeling door de arts van de aanwezigheid van reële behandelingsopties zal diens medisch-professionele oordeel maatgevend zijn. Daarnaast is de subjectieve inschatting van de patiënt en diens voorgeschiedenis van belang. Zo kan bijvoorbeeld een patiënt verdere pijnbestrijding onacceptabel vinden omdat een hogere dosis morfine kan leiden tot versuffing dan wel verlies van bewustzijn. Palliatieve zorg zal dus niet altijd aan dit criterium voldoen.

De patiënt is overigens niet verplicht om elke behandelingsmogelijkheid nog te ondergaan. Het recht om een behandeling te weigeren blijft bestaan. Wel kan de weigering van een behandeloptie met een reëel perspectief tot gevolg hebben dat het lijden van de patiënt niet als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden aangemerkt.

#### **5.1.5 Onafhankelijk arts geconsulteerd**

Het is binnen de beroepsgroep al goed gebruik om in complexe situaties een collega te consulteren en hem/haar te vragen een inschatting van de situatie te maken. De KNMG heeft zich al in 1984 op het standpunt gesteld dat een arts bij euthanasie en hulp bij zelfdoding een deskundig en onafhankelijk collega moet consulteren voorafgaande aan de daadwerkelijke uitvoering. Dit bevordert de kwaliteit van de besluitvorming in dergelijk complexe situaties en is onontbeerlijk voor een zorgvuldige uitvoering.

In het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij zelfdoding is die consultatie nu wettelijk verplicht gesteld en is daarvoor een aantal vereisten geformuleerd.

Een dergelijke formele consultatie draait om de vraag of het verzoek van de patiënt aan de eisen voldoet en of de het handelen van de consultvragende arts voldoet aan medisch-professionele normen en conform de wet is. De geconsulteerde arts moet zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel op schrift geven aan de consultvragend arts over de zorgvuldigheidseisen. Hiervoor moet de geconsulteerde arts een gesprek hebben met de behandelaar, inzage hebben in het medisch dossier en de patiënt zien en spreken. Het gaat om de formele raadpleging van een tweede arts met een gerichte vraagstelling en een toetsend karakter.

De behandelend arts is niet gehouden de mening van de consultant te volgen. De behandelaar behoudt een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de situatie van de patiënt en voor de uitvoering van de euthanasie. Bij een negatief advies van de consultant vindt de KNMG dat een tweede consultant in moet worden geroepen. Deze zal op de hoogte moeten zijn van de eerdere consultatie. De KNMG is van mening dat het geen goede zaak is als, na een wederom negatief advies, een derde of vierde consultant wordt geraadpleegd om uiteindelijk een positief oordeel te krijgen. De behandelend arts zal zich dan nader moeten bezinnen op zijn voornemen tot euthanasie.

Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), een initiatief van de KNMG, biedt artsen de gelegenheid om in contact te treden met een onafhankelijk en deskundige collega, de zogenaamde SCEN-artsen. De KNMG is van mening dat consultatie via SCEN de voorkeur heeft, omdat aantoonbaar beter wordt voldaan aan de eis van deskundigheid en onafhankelijkheid.

SCEN-artsen zijn ervaren en speciaal opgeleide collega's die beschikbaar zijn om informatie of advies bij in te winnen c.q. steun te verlenen en/of als deskundig en onafhankelijk consulent op te treden. Alle huisartsen in Nederland kunnen gebruik maken van de SCEN-artsen. Dezen beantwoorden ook vragen als er nog twijfels zijn over de beslissing om euthanasie te verrichten. Het is niet de intentie van SCEN-artsen om langdurige begeleiding te geven tijdens het proces voorafgaande aan de daadwerkelijke uitvoering van euthanasie. SCEN-artsen zijn deskundig op het gebied van palliatieve zorg, maar verlenen geen specifiek palliatief consult. Ook zal de SCEN-arts nooit de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding van de behandelend arts overnemen.

SCEN-artsen werken volgens het consultatieprotocol, maken gebruik van een 'checklist consultatieverslag' (zie bijlage en [www.scen.nl](http://www.scen.nl)) en volgen regelmatig nascholing. Per districts huisartsenvereniging (DHV) is er een speciaal regionaal telefoonnummer (zie het besloten deel van [www.scen.nl](http://www.scen.nl)). De consultvragende arts geeft zijn naam en telefoonnummer door aan de telefonist(e). De SCEN-arts neemt vervolgens contact op met de consultvragend arts. Naar de mening van de KNMG moet bij de consultatie voldoende aandacht worden besteed aan de navolgende kwalitatieve vereisten:

- onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts

De onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts moet zijn gewaarborgd. Dat impliceert dat bijvoorbeeld een praktijkgenoot, medelid van een maatschap, arts-assistent, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die het consult inroept, in principe niet in aanmerking komt om als formele consulent op te treden.

Evenmin kan een arts als consulent fungeren wanneer hij een behandelrelatie of persoonlijke relatie met de patiënt heeft of als de arts de patiënt heeft behandeld tijdens het waarnemen. Daarnaast is de onafhankelijkheid ten opzichte van familie en/of naasten een punt van aandacht. Ook de schijn van afhankelijkheid moet worden vermeden. Het werken in een centrale dienstenstructuur kan als effect hebben dat tijdens een dienst een patiënt wordt gezien, die later wordt bezocht in het kader van een consultatie. Het zien van een patiënt in het kader van de waarneming maakt de arts nog niet per definitie tot medebehandelaar en ongeschikt als onafhankelijk consulent. Daarvan is wel sprake als op instigatie van de waarnemer het behandelbeleid is gewijzigd en/of nieuw behandelbeleid is ingezet dat van overwegende invloed is op de (on-)draaglijkheid van het lijden. Normaliter vinden zulke beleidswijzigingen niet plaats in de avond, nacht en weekenddiensten, maar pas de volgende dag, als beslissing van de eigen huisarts. Als een arts van oordeel is dat het contact met de patiënt in de dienst niet zodanig is geweest dat het de onafhankelijkheid beïnvloedt, dan is er geen beletsel om een consultatie uit te voeren. De KNMG vindt dat in dergelijke situaties de onafhankelijkheid niet in geding is. Van belang is wel dat de betreffende consulent in het consultatieverslag melding maakt van het feit dat de patiënt in waarneming is gezien en daarbij gemotiveerd aangeeft waarom dat geen reden is om van de consultatie af te zien. Op die manier wordt ook de transparantie in dit soort kwesties bevorderd. Artsen die werkzaam zijn in instellingen zullen naast voornoemde criteria vrij moeten zijn van actuele of toekomstige samenwerkingsrelaties die de onafhankelijkheid beïnvloeden.

Bij voorkeur dient de arts geen toezegging te doen over euthanasie aan de patiënt voordat de advisering van de onafhankelijke consulent heeft plaatsgevonden. Een reeds - voorafgaand aan de consultatie - gedane toezegging, bijvoorbeeld door het maken van een afspraak over datum en tijdstip van de uitvoering van euthanasie, kan een negatieve invloed hebben op de mogelijkheden voor een kwalitatief goede consultatie en brengt de consulenterend arts in een lastige positie.

- deskundigheid van de consulent

De consulent moet zich ook afvragen of hij voldoende kennis en vaardigheden heeft om de situatie te beoordelen. De consulent moet namelijk beargumenteerd in het consultatieverslag kunnen aangeven waarom er wel of niet (ten dele) aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan en de handelwijze van de arts medisch-professioneel verantwoord is. Zo dient de consulent na te kunnen gaan of er specifieke problematiek is die eventueel vraagt om aanvullende deskundigheid of ruggespraak.

KNMG is van mening dat wanneer er een vermoeden is dat (bijkomende) ernstige psychische problematiek van invloed is op het verzoek, er bijvoorbeeld (ook) een psychiater moet worden geconsulteerd. In bredere zin betekent

dit naar de mening van de KNMG dat de consulent geen uitspraken dient te doen bij twijfel over de eigen competentie. Bij voorkeur dienen basisartsen die in opleiding zijn, bijvoorbeeld huisartsen in opleiding (haio) dan ook geen consultaties uit te voeren.

- consulent ziet de patiënt zelf

Het is van belang dat tijdig contact wordt opgenomen met de consulent, zodat in alle rust afspraken kunnen worden gemaakt over het bezoek aan de patiënt van de consulent. Het is ook van belang dat de behandelend arts de patiënt tijdig op de hoogte stelt van de noodzaak van een visite door de consulent en uitlegt wat deze komt doen.

Bijvoorbeeld dat de consulterend arts niet komt om 'goedkeuring' te geven. De consulent ziet en spreekt met de patiënt - bij voorkeur alleen - om te beoordelen of de eigen arts niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen.

Het kan gebeuren dat een persoonlijke visite van de consulent niet meer mogelijk is, omdat de ziekte toestand van de patiënt dat niet meer toelaat. Ook in zo'n situatie blijft de plicht tot consultatie bestaan. De behandelend arts zal helder moeten motiveren waarom de persoonlijke visite van de consulent niet meer mogelijk was. En de consulent zal eveneens moeten motiveren hoe hij/zij zonder een dergelijke visite tot zijn/haar conclusies heeft kunnen komen. Ook in situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is - bijvoorbeeld door een coma - maar er wel een voorafgaande schriftelijke wilsverklaring is, is consultatie wenselijk. De KNMG is overigens van mening dat grote terughoudendheid is geboden bij het uitvoeren van euthanasie bij comateuze patiënten<sup>7</sup> en/of op grond van een voorafgaande schriftelijke wilsverklaring.

Tijdigheid van de consultatie impliceert ook dat een consultatie niet te vroeg moet worden aangevraagd. Zolang de patiënt(e) nog geen concreet en weloverwogen verzoek om euthanasie heeft, omdat het lijden bijvoorbeeld nog draaglijk is, lijkt een consultatie niet direct zinvol. Afnemende cognitieve of communicatieve functies en dergelijke kunnen juist een goede reden zijn om wel vroegtijdig te consulteren. De consultatie kan dan op een later moment met een kort aanvullend consult worden afgerond. Ook dan dient de patiënt te worden bezocht en een aanvullend schriftelijk verslag te worden gemaakt.

- schriftelijke verslaglegging met een beredeneerde conclusie

De consulent dient het verzoek en de situatie van de patiënt te beoordelen aan de hand van de wettelijke zorgvuldigheidseisen en op basis daarvan een beredeneerd schriftelijk verslag te maken met een conclusie. Het consultatieverslag dient een zo compleet mogelijk beeld te geven van de situatie van de patiënt zoals die door de consulent is waargenomen.

De KNMG heeft in het kader van het SCEN-project een checklist voor dat consultatieverslag ontwikkeld (zie website). Volgen van deze checklist kan voorkomen dat er in het consultatieverslag vergeten wordt aandacht te besteden aan sommige, wel relevante, aspecten. Een consulent moet ook beredeneerd aangeven dat er niet of ten dele aan bepaalde zorgvuldigheidseisen is voldaan of dat hij daar over twijfelt.

Het consultatieverslag wordt uitgebracht aan de behandelend arts, die de patiënt daarvan op de hoogte brengt. Dit verslag wordt door de behandelend arts gevoegd bij de melding aan de gemeentelijk lijkschouwer.

### **5.1.6 Medisch zorgvuldige uitvoering**

De uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding moet medisch en farmacologisch zorgvuldig gebeuren. De KNMP heeft richtlijnen uitgegeven voor het toepassen en bereiden van euthanatica. Die staan in het rapport Toepassing en bereiding van euthanatica van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAP). De KNMG adviseert artsen het rapport tijdig op te vragen bij het WINAP en vragen erover te bespreken met de apotheker bij wie de euthanatica worden verkregen. Deze kan vervolgens eventueel de vragen voorleggen aan de helpdesk van de WINAP Geneesmiddelinformatie. Artsen kunnen deze helpdesk niet zelf raadplegen. De KNMG wijst er op dat van deze richtlijnen niet dient te worden afgeweken.

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

Een apotheker moet de middelen rechtstreeks aan de arts afleveren en eventueel niet-gebruikte middelen moet de arts weer naar de apotheker terugbrengen.

Het is raadzaam eerder te veel dan te weinig van het benodigde euthanaticum te hebben, om te voorkomen dat tijdens de uitvoering alsnog een beroep op de apotheker moet worden gedaan.



De behandelend arts moet zelf de euthanasie uitvoeren dan wel de middelen bij een hulp bij zelfdoding aanreiken. De arts is verantwoordelijk voor de euthanasie en hulp bij zelfdoding en mag derhalve geen uitvoeringshandelingen delegeren naar verpleegkundigen, medewerkers in de zorg of anderen zoals familieleden.

Het is belangrijk om tijdens de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding op alles te zijn voorbereid. Als de uitvoering of hulp is gestart, is er geen weg meer terug. Het is uitermate verstandig van tevoren een naaldje met plastic canule en bijspuitventiel in te brengen. Het komt voor dat op het afgesproken ogenblik toch gekozen moet worden voor intraveneuze toediening in plaats van de geplande orale toediening. Eveneens is het verstandig bij euthanasie de spuiten op de praktijk te vullen. Ook doet een arts er goed aan reservesets bij zich te hebben.

Ook bij hulp bij zelfdoding geldt het vereiste van aanwezigheid van de arts. Hij mag de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Bij wijze van uitzondering en alleen op goede gronden kunnen vooraf over de situatie na inname van het euthanaticum afwijkende afspraken met de patiënt worden gemaakt. In dat geval zal de arts altijd beschikbaar dienen te zijn om snel in te kunnen grijpen als de middelen in onvoldoende mate het beoogde effect blijken te hebben.

Het is belangrijk dat de patiënt en zijn directe omgeving goed geïnformeerd zijn over hoe de levensbeëindiging zal gaan verlopen, inclusief de praktische gang van zaken. Ook kan de patiënt zelf bepaalde wensen hebben. Arts en patiënt zullen hierover moeten spreken, evenals over het hoe en wanneer van de euthanasie of hulp bij zelfdoding en over de te maken keuzes bij complicaties. Juist bij een handeling die een arts zo zelden verricht en die zo ingrijpend en onomkeerbaar is, moeten alle voorbereidingen in rust worden gedaan.

Een arts doet er goed aan om met de patiënt en zijn directe omgeving een duidelijke afspraak te maken over de datum en het tijdstip van de euthanasie en wie daarbij aanwezig zijn. Dat kan pas wanneer de arts een collega heeft geconsulteerd. Ook is het verstandig om de gemeentelijk lijkschouwer die op het gekozen moment dienst heeft alvast in te lichten over de aanstaande euthanasie. De gemeentelijk lijkschouwer kan dan al rekenen op een telefoontje van de arts en kan aangeven waar en hoe hij te bereiken is. Dit kan de procedure na de uitvoering van de euthanasie aanmerkelijk bekorten.

## 5.2 De melding als noodzakelijke voorwaarde

Het melden van een niet-natuurlijke doodsoorzaak bij de gemeentelijk lijkschouwer is een wezenlijk onderdeel van zorgvuldig handelen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit wordt weerspiegeld in de wet en ook door de KNMG beschouwd als een wezenlijk onderdeel van de beroepslichten van de arts.

De melding is een noodzakelijke voorwaarde voor de arts om een beroep te kunnen doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond. Melden is met name van belang voor het afleggen van verantwoording over het handelen door artsen. Het maakt de besluitvorming van artsen transparant en toetsbaar. Door te melden hoeven de arts en de nabestaanden ook geen geheim te bewaren. Het hebben van een geheim kan de rouwverwerking verstoren en de arts kan door niet te melden in een chantabele positie komen. Een melding levert ook duidelijkheid op als na gemiddeld dertig dagen een definitieve afdoening door de toetsingscommissies volgt. De KNMG verwacht dan ook van artsen dat zij de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding *altijd* zullen melden.

Daarnaast is de kwaliteit van de verslaglegging door de arts van groot belang. Hij zal bij de melding beargumenteerd moeten aangeven welke besluiten genomen zijn en waarom. De verslaglegging kan voor de arts ook een rol spelen bij het verwerken van de euthanasie.

Nadat de arts de gemeentelijk lijkschouwer op de hoogte heeft gesteld van een niet-natuurlijk overlijden in de vorm van levensbeëindiging op verzoek komt de gemeentelijk lijkschouwer de schouw uitvoeren. Hij controleert of de benodigde stukken aanwezig zijn en neemt ze met de arts door. De gemeentelijk lijkschouwer heeft vervolgens contact met de Officier van Justitie. Als er geen onregelmatigheden zijn, zal deze het verlof tot begraven afgeven. Vervolgens stuurt de gemeentelijk lijkschouwer de stukken naar de betreffende regionale toetsingscommissie euthanasie. Het gaat dan om de schriftelijke wilsverklaring, het verslag van de behandelaar, het verslag van de consulent en mogelijk journaals en/of specialistenbrieven. Door de regionale toetsingscommissie wordt beoordeeld of de zaak binnen haar competentiesfeer - die is beperkt tot verzoeken van wilsbekwame patiënten - ligt.

### 5.3 Samenstelling, werkwijze en rol van de toetsingscommissies

De toetsingscommissies bestaan sinds 1 november 1998. Er zijn er vijf, elk verantwoordelijk voor een eigen regio. Een commissie bestaat uit een jurist (tevens voorzitter), een arts en een ethicus. Door deze samenstelling kunnen alle facetten van euthanasie worden getoetst: de medisch-inhoudelijke, de juridisch-procedurele en de ethische. Dat is noodzakelijk omdat bij euthanasie een breed maatschappelijk belang in het geding is.

De commissie stelt een oordeel vast bij meerderheid van stemmen. De secretaris van de regionale toetsingscommissie heeft tijdens de vergadering een raadgevende stem. De commissie moet binnen zes weken een oordeel over de zaak geven.

De ministers van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport benoemen de leden van de commissie, voor een periode van zes jaar.

De werkwijze van een toetsingscommissie is als volgt:

De commissie uit de betreffende regio ontvangt van de gemeentelijk lijkschouwer de verslagen, formulieren en eventuele bijlagen. Dat zijn:

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

De secretaris stuurt de meldend arts binnen enkele dagen na het ontvangen van de verslagen en formulieren een ontvangstbevestiging. De secretaris van de commissie voert alle gegevens in een speciaal voor de commissies ontwikkelde database in. Vervolgens stelt hij een conceptoordeel op. De commissieleden ontvangen allemaal een kopie van het dossier.

Tijdens de vergadering bespreekt de commissie de zaak en gaat ze alle zorgvuldigheidseisen na. Zijn er onvolkomenheden, dan bespreekt de commissie of dat ook betekent dat aan een van de zes zorgvuldigheidseisen niet is voldaan. Dat hoeft niet bij elke fout of nalatigheid het geval te zijn. De commissie richt zich daarbij naar de betekenis die een zorgvuldigheidseis heeft gekregen in de jurisprudentie en de medisch-professionele normering. De commissie kan besluiten om nadere gegevens te vragen aan de arts, de consultant of de gemeentelijk lijkschouwer. De commissie vraagt met name meer informatie aan de arts wanneer de medische en persoonlijke situatie van de patiënt vragen oproept. Een telefoongesprek tussen de meldend arts en de arts uit de commissie werkt dan vaak al erg verhelderend. Bij het vragen van schriftelijke informatie gaat het vaak om de objectivering van de ondraaglijkheid van het lijden, het verzoek, de wilsbekwaamheid van de patiënt en de uitvoering van de euthanasie. Eventueel wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. Dan mag de termijn met eenmaal zes weken worden verlengd.

In de oude regeling (tot 2002) stuurde een toetsingscommissie alle meldingen na beoordeling alsnog door naar het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het OM bezag dan de zaak alsnog en kon eventueel - na overleg met of op verzoek van de Inspectie - overgaan tot strafrechtelijke vervolging. Ook de Inspectie kon - eventueel na overleg met het OM - besluiten tot het indienen van een klacht bij een tuchtcollege.

In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding hebben de toetsingscommissies onmiskenbaar een centralere positie gekregen in het afwikkelen van meldingen. Net als voorheen is aan de toetsingscommissie opgedragen om te beoordelen of de arts de procedures bij het verrichten van euthanasie of hulp bij zelfdoding zorgvuldig heeft gevolgd. Maar nieuw is dat als de commissie concludeert dat een arts zorgvuldig heeft gehandeld en de euthanasie correct heeft gemeld, de commissie niet langer het OM en de Inspectie over de zaak informeert. De arts ontvangt binnen ongeveer 30 werkdagen na zijn melding een bericht van de toetsingscommissie dat zijn handelen als zorgvuldig wordt aangemerkt. In principe is met het oordeel van de regionale toetsingscommissie dat het handelen van de arts zorgvuldig is geweest, de zaak ook afgedaan. Hoewel de bevoegdheid van het Openbaar Ministerie om zelfstandig een strafrechtelijk onderzoek in te stellen is blijven bestaan.

De betrokkenheid van (en de afdoening door) de toetsingscommissie naar aanleiding van de melding door de arts van een geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding betekent dus niet dat het OM en/of de Inspectie in het geheel niet meer bevoegd zouden zijn om in zo'n geval tot strafrechtelijke of tuchtrechtelijke vervolging over te gaan. Wanneer op grond van signalen van nabestaanden en/of van de toetsingscommissie een redelijk vermoeden van onzorgvuldig handelen ontstaat, dan staat het de Inspectie en/of het OM nog altijd vrij om van dergelijke bevoegdheden gebruik

maken. Maar in de praktijk zal vaak het oordeel van de toetsingscommissie worden afgewacht ook al hoeft dat formeel gesproken niet.

Als naar de mening van de commissie een arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan of de euthanasie niet correct heeft gemeld, geeft de commissie de melding wel door aan het Openbaar Ministerie en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het OM en/of de Inspectie kijken naar aanleiding hiervan of verdere actie (strafvervolgning of het indienen van een klacht bij een tuchtcollege) aangewezen is.

## 6. Bijzondere gevallen

### 6.1 Minderjarige patiënten

In de wettelijke regeling is ruimte geopend voor de arts om een verzoek om levensbeëindiging afkomstig van een minderjarige van 12 jaar of ouder te kunnen honoreren. Die minderjarige moet dan wel tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat zijn.

Voor jongeren van 12 tot 16 jaar geldt bovendien dat de ouders of voogd zich met het inwilligen van het verzoek moeten kunnen verenigen. Als het gaat om jongeren tussen de 16 en 17 jaar, dan moeten de ouders wel bij de besluitvorming worden betrokken, maar is niet meer vereist dat zij met de inwilliging van het verzoek kunnen instemmen.

In de praktijk zal de uitvoering van euthanasie vrijwel altijd plaatsvinden op basis van een tussen de betrokken arts, de minderjarige en diens ouders of voogd bereikte consensus over de euthanasie.

De KNMG is van mening dat een arts bij een verzoek tot euthanasie bij een minderjarige - waarbij het verzoek van de minderjarige zelf afkomstig dient te zijn - bij de consultatie met tenminste een onafhankelijk deskundig collega en zo nodig ook met andere deskundigen grote aandacht moet schenken aan de vraag of het kind zijn situatie kan beoordelen, of voor het kind de gevolgen van het verzoek volstrekt duidelijk zijn, of het levenseinde echt zelf door het kind wordt gewild, of het kind de alternatieve mogelijkheden in voldoende mate heeft kunnen afwegen en of ook aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Grote zorgvuldigheid is bij de afweging van het verzoek geboden mede omdat de minderjarige niet alleen door zijn ziekte maar ook door zijn situering binnen het gezin in een dubbele afhankelijkheidspositie verkeert (Leenen 2000).

Levensbeëindigend handelen bij minderjarigen onder de leeftijd van 12 jaar moet worden beschouwd als levensbeëindiging zonder verzoek. Dat valt buiten het bereik van de huidige wet, de daarin opgenomen meldingsprocedure en de daarin voorziene bijzondere strafuitsluitingsgrond. Datzelfde geldt voor situaties waarin het verzoek afkomstig is van een wilsonbekwame minderjarige patiënt boven de 12 jaar.

### 6.2 Levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten

Gevalen van levensbeëindiging zonder dat daaraan een verzoek van een wilsbekwame patiënt ten grondslag ligt, vallen buiten het bereik van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en meldingen daarvan worden door de gemeentelijk lijkschouwer doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie.

Het Openbaar Ministerie kan in dergelijke gevallen besluiten tot strafvervolgving over te gaan, in welk geval de arts zich op de algemene strafuitsluitingsgrond van noodtoestand in de vorm van een conflict van plichten (artikel 40 Wetboek van Strafrecht) kan beroepen.

Voor levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten wordt verder verwezen naar het rapport van de Commissie Actieve Levensbeëindiging van de KNMG.

### 6.3 Schriftelijke voorafgaande wilsverklaring in verband met toekomstige wilsonbekwaamheid

De wet bevat de mogelijkheid van het opstellen van een voorafgaande schriftelijke wilsverklaring voor het geval de patiënt wilsonbekwaam wordt. Een dergelijke verklaring kan dan in de plaats komen van een door de patiënt te uiten verzoek.

Zo'n schriftelijke wilsverklaring is geldig, mits de wilsverklaring is opgesteld in de periode dat de patiënt nog wilsbekwaam was. In de wet is erkend dat de arts zo'n vooraf opgestelde, schriftelijke wilsverklaring van de patiënt mag beschouwen als een richtsnoer en aanknopingspunt voor het verdere handelen. Om zo'n verzoek te mogen honoreren moet de arts wel nagaan of de situatie van de patiënt ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldoet. De verklaring kan weliswaar het actuele verzoek van de patiënt vervangen, maar dat ontslaat de arts niet van de verplichting om na te gaan of ook aan de andere zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan.

Aan het honoreren van een schriftelijke voorafgaande wilsverklaring kunnen in de praktijk tal van problemen kleven. In een situatie van wilsonbekwaamheid kunnen vragen rijzen over wat de patiënt nu precies voor ogen had, of de

patiënt wel een reëel beeld had van de nu ontstane situatie en de nog openstaande behandelingsmogelijkheden, of de patiënt vooraf de aard en intensiteit van het lijden wel genoeg kon overzien et cetera. Hoe concreter de verklaring is, des te meer zal zij aanknopingspunten bieden voor de besluitvorming van de arts. Daarom is het van belang dat patiënt en arts tijdig over de inhoud en strekking van de wilsverklaring overleggen. Dit ter verheldering van de bedoeling van de patiënt, maar ook om te verzekeren dat de patiënt voldoende (actueel) inzicht heeft in de implicaties en behandelingsmogelijkheden van de ziektebeelden waarop de verklaring betrekking heeft.

Maar zelfs als aan die voorwaarde van overleg tussen arts en patiënt over inhoud en strekking is voldaan, is de arts niet verplicht om gevolg te geven aan het schriftelijke verzoek van de patiënt. Ook dan blijft er de noodzaak en de ruimte voor een eigen inschatting van de feitelijke situatie waarin de - dan wilsonbekwame - patiënt verkeert. Zo is bijvoorbeeld een struikelblok bij demente patiënten met een euthanasieverklaring vaak dat voor de arts en consulent niet goed vast te stellen is of en in welke mate er bij de patiënt - omdat die geen besef meer heeft van de toestand waarin hij/zij verkeert - sprake is van actueel lijden. In zo'n situatie kan de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoen en zal hij het voorafgaande schriftelijke verzoek van de patiënt om euthanasie niet kunnen honoreren.

De wet geeft geen termijn voor de geldigheid van dergelijke voorafgaande wilsverklaringen. Naar de mening van de KNMG is het ook niet wenselijk om zo'n algemene termijn te stellen. Maar het verdient naar de mening van de KNMG aanbeveling om dergelijke verklaringen toch bij tijd en wijle te actualiseren, bijvoorbeeld als er zich substantiële wijzigingen in de gezondheidssituatie van de patiënt optreden. Een en ander in overleg tussen arts en patiënt, waarbij de arts soms de initiator van de vernieuwing van een bij hem in bewaring gegeven euthanasieverklaring zou kunnen zijn.

#### **6.4 Twijfels aan wils(on)bekwaamheid van de patiënt: welke procedure?**

De in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding neergelegde meldingsprocedure is uitsluitend te gebruiken in situaties waarin er geen aanleiding is om te twijfelen aan het feit dat het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding afkomstig is van een wilsbekwame patiënt.

Er is in de wet geen ruimte voor een plaatsvervangend verzoek van ouders of wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt.

De beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt is in eerste instantie een taak van de behandelend arts. Maar als de regionale toetsingscommissie tot een ander oordeel komt en de patiënt wilsonbekwam acht, zal de regionale toetsingscommissie de zaak (alsnog) overdragen aan het Openbaar Ministerie.

De huidige meldingsprocedure kan ook niet worden benut voor gevallen van levensbeëindiging bij patiënten bij wie de wilsbepaling door een psychische of psychiatrische aandoening (eventueel in het verleden) gestoord kan zijn geweest<sup>8</sup>. Het oordeel van de behandelend arts dat de patiënt ter zake van het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding op het moment zelf wilsbekwam is, doet niet ter zake. In dergelijke gevallen zal de regionale toetsingscommissie zich op formele gronden (dat wil zeggen zonder zich inhoudelijk een oordeel te vormen of de individuele patiënt in dit geval wel wilsbekwam te achten was) niet bevoegd moeten verklaren om van de melding kennis te nemen en die moeten doorsturen naar het Openbaar Ministerie. De KNMG vindt dit een onwenselijke situatie en is van mening dat deze categorie wel degelijk door de regionale toetsingscommissies beoordeeld zou moeten worden.

De KNMG vindt ook dat ontbreken van een meldingsregeling voor gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding waaraan geen verzoek van een wilsbekwame patiënt ten grondslag ligt een onwenselijke situatie.

Al geruime tijd geleden is door de regering aangekondigd dat zo'n regeling voor melding van gevallen van euthanasie zonder verzoek van een wilsbekwame patiënt zou worden geïnstalleerd. Maar tot op heden is dat nog niet gebeurd. Begin 2003 heeft de KNMG het voortouw genomen om in samenwerking met de NVK, NVvP, GGZ-Nederland, de Stichting PVP en de NVVE in een brief aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie nogmaals er op aan te dringen dat de reeds aangekondigde meldingsprocedure voor levensbeëindigend handelen zonder verzoek (bij neonaten, minderjarigen onder de 12 jaar) op korte termijn daadwerkelijk gaat functioneren.

## Noten

1. Een uitvoeriger beschouwing over de juridische status van schriftelijke wilsverklaringen is te vinden in het gelijknamige KNMG-consult.
2. Ruiters J., Sutorius E.P.R., Manipuleren met leven, Tjeenk Willink, Zwolle, 1993.
3. Verwezen wordt verder naar: Spreeuwenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM (red), Handboek Palliatieve zorg, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2002 en Graeff, A de, Verhagen EH, Eliel MR (red), Oncologieboek IKMN, deel II; richtlijnen palliatieve zorg, IKMN, Utrecht, 2002.
4. Omwille van de leesbaarheid is er voor gekozen om in het vervolg zo veel mogelijk uitsluitend over euthanasie te spreken, ook al wordt daarmee zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding bedoeld. Daar waar het maken van een nader onderscheid relevant is, wordt dat in de tekst wel tot uitdrukking gebracht.
5. Wet van 12 april 2001, Staatsblad 2001, 194
6. Na de uitspraak in eerste instantie van de Rb Haarlem in de zaak Brongersma in oktober 2000 en de daarop volgende discussie binnen de beroepsgroep heeft het Federatiebestuur van de KNMG aanleiding gezien tot instelling van een commissie onder voorzitterschap van prof. J. Dijkhuis om zich te beraden op de vragen die samenhangen met verzoeken om hulp bij zelfdoding vanwege 'klaar met leven'-problematiek.
7. Voor inhoudelijke overwegingen hieromtrent wordt verder verwezen naar het rapport Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten van de KNMG Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL).
8. Hoewel het hier om een essentieel punt gaat, is dit niet geregeld op het niveau van de wet, maar slechts op het niveau van een uitvoerings-amvb (en dan nog verstoep in de toelichting bij het modelverslag die als bijlage bij dat amvb is gevoegd).

## Bijlage: tekst van de wet

### 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)

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 consultant: 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,
  - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
  - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
  - f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.
2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

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

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

#### Paragraaf 1: Instelling, samenstelling en benoeming

##### Artikel 3

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

##### Artikel 4

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

#### Paragraaf 2: Ontslag

##### Artikel 5

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

##### Artikel 6

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

#### Paragraaf 3: Bezoldiging

##### Artikel 7

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

#### Paragraaf 4: Taken en bevoegdheden

##### Artikel 8

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



3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

#### Artikel 9

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

#### Artikel 10

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

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

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

Paragraaf 6: Werkwijze

#### Artikel 11

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

#### Artikel 12

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

#### Artikel 13

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

Paragraaf 7: Geheimhouding en Verschoning

#### Artikel 14

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

#### Artikel 15

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

#### Artikel 16

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

## Paragraaf 8: Rapportage

**Artikel 17**

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

**Artikel 18**

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

**Artikel 19**

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

## Hoofdstuk IV. Wijzigingen in andere wetten

**Artikel 20**

[Wijziget het Wetboek van Strafrecht.]

**Artikel 21**

[Wijziget de Wet op de lijkbezorging.]

**Artikel 22**

[Wijziget de Algemene wet bestuursrecht.]

## 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

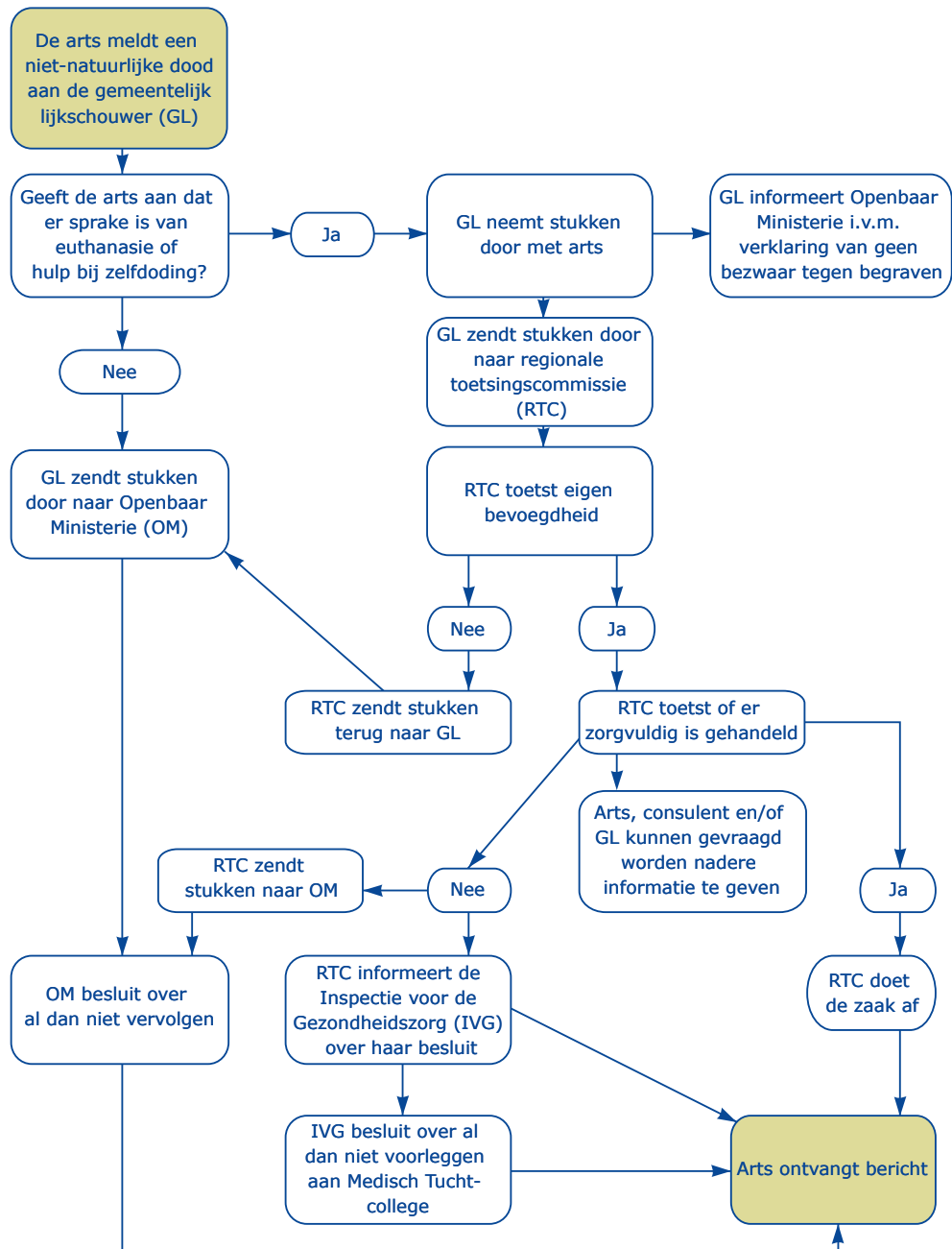
De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

*Uitgegeven de zesentwintigste april 2001*

De Minister van Justitie,  
A. H. Korthals

## Schema meldingsprocedure



## Bijlage: literatuurlijst

- Hoofdbestuur KNMG. Standpunt Hoofdbestuur 1984 inzake euthanasie. Utrecht, 1984 en 1995.
- Commissie Rimmelink. Medische Beslissingen rond het levenseinde; rapport van de commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie. 's-Gravenhage, 1991.
- Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg, L. Medische beslissingen rond het levenseinde; het onderzoek voor de commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie, 's-Gravenhage, 1991.
- Ruiters J de, Sutorius EPR. Manipuleren met leven. Zwolle, 1993.
- Wal G van der, Maas PJ van der. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk en de meldingsprocedure. 's-Gravenhage, 1996.
- Wal G van der, Maas PJ van der. Medische besluitvorming aan het einde van het leven; de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht, 2003.
- KNMP. Toepassing en bereiding van euthanatica. Den Haag 1998.
- Leenen HJJ, Gevers JKM. Handboek Gezondheidsrecht, Deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, vierde, geheel herziene druk. Houten/Diegem, 2000.
- KNMG. Schriftelijke wilsverklaringen. Utrecht, 2002.
- Onwuteaka-Philipsen BD, Wal G van der. Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam. Amsterdam, 1998.
- Onwuteaka-Philipsen BD. Consultation of another physician in cases of euthanasia and physician-assisted suicide. Amsterdam, 1999.
- KNMG Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten. Houten/Diegem, 1997.
- NPCF, NVVE, NPV. Tijdig spreken over de zorg rond het levenseinde. Utrecht, 2000.
- Spreeuwenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM (red), Handboek Palliatieve zorg. Maarssen, 2002.
- Graeff A de, Verhagen EH, Eliel MR (red), Oncologieboek IKMN, deel II; richtlijnen palliatieve zorg. Utrecht, 2002.
- Wet toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Staatsblad 2001; 194.
- Legemaate J, Dillmann RJM (red), Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, Houten/Antwerpen, 2003 (tweede herziene druk).

### Websites

Het consultatieprotocol, de checklist consultatieverslag en de modelverslagen ten behoeve van de melding zijn te downloaden via [www.scen.nl](http://www.scen.nl). Tevens zijn vele andere documenten, zoals bijvoorbeeld de tekst van de wet en de jaarverslagen van de toetsingscommissies euthanasie, te downloaden via [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

## Colofon

De tekst van dit geactualiseerde standpunt is vastgesteld door het Federatiebestuur van de KNMG op 16 september 2003, mede naar aanleiding van een opiniërende bespreking van de tekst in de Algemene Ledenvergadering van de KNMG op 24 juni 2003.

*De tekst is opgesteld door mw. mr. L.F. Markenstein en drs. E.H.J. van Wijlick.*