

## Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2003

### Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Voorzitter: mr. R.J.C. Wessels

Ethicus: prof. dr. R. Veldhuis

Arts: dr. J.H. Zwaveling

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

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

Plv. arts: dr. J. Schuling

### Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager

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

Arts: drs. H.H.M. Hassing

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

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

Plv. arts: drs. G.J. van Ravenswaaij

### Regio 3 Noord-Holland

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

Ethicus: prof. dr. E. van Leeuwen

Arts: drs. P. van Hasselt (m.i.v. 1 april 2003)

Plv. voorzitter: mr. C. van Steenderen

Plv. ethicus: mw. Y. Orobio de Castro

Plv. arts: dr. N.P. van Duijn

### Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland

Voorzitter: mr. J.J.H. Suyver

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

Arts: drs. G.K. Kimsma

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

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

Plv. arts: mw. drs. J.A. Schulkes-van de Pol

### Regio 5 Noord-Brabant en Limburg

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

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

Arts: drs. J. Douma

Plv. voorzitter: prof. mr. C. Kelk

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

Plv. arts: drs. E. Hendriksen

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2003

## Regionale toetsingscommissies euthanasie

### Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Postbus 571

9700 AN Groningen

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

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

### Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

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

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

### Regio 3 Noord-Holland\*

Postbus 16256

2500 BG Den Haag

Telefoon: 070 - 340 5853 fax: 070 - 340 7913

Secretaris: mw. mr. E. Stoop,  
mw. mr. J. Kooij

### Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland\*

Postbus 16255

2500 BG Den Haag

Telefoon: 070 - 340 5873 fax: 070 - 340 7761

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

### Regio 5 Noord-Brabant en Limburg

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

Telefoon: 026 - 383 1923 fax: 026 - 370 47 46

Secretaris: mw. mr. E.M. Suur

\* De secretariaten van de toetsingscommissies Noord-Holland en van Zuid-Holland en Zeeland zijn m.i.v. 1 januari 2004 gevestigd in Den Haag.



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2003

## Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
<b>Hoofdstuk I</b>	
Werkzaamheden van de commissies	6
1. Werkwijze	6
2. Overleg	8
3. Kwaliteitsbewaking	9
<b>Hoofdstuk II</b>	
Landelijk overzicht	10
<b>Hoofdstuk III</b>	
1. Inleiding casuïstiek	12
2. Bevoegdheid van de commissies	14
3. Zorgvuldigheidseisen	17
a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	17
b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	19
c. Voorlichting aan de patiënt	22
d. Geen redelijke andere oplossing	22
e. Onafhankelijke consultatie	23
f. Medisch zorgvuldige uitvoering	27
4. Verslaglegging	29
5. Project SCEN	29

## Bijlagen

<b>I Overzicht per regio</b>	
A. Groningen, Friesland en Drenthe	32
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	33
C. Noord-Holland	34
D. Zuid-Holland en Zeeland	35
E. Noord-Brabant en Limburg	36
<b>II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding</b>	37
<b>III Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding</b>	45
<b>IV Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie</b>	49

## Voorwoord

**M**edio 2003 zijn de resultaten gepubliceerd van het evaluatieonderzoek van de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas inzake de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde. Het verkrijgen van inzicht in het functioneren van de toetsingsprocedure was een belangrijke doelstelling van dit onderzoek<sup>1</sup>.

Allereerst is gebleken dat de meeste artsen een positieve houding hebben ten aanzien van de toetsingsprocedure en dat de uniformiteit in de oordeelsvorming van de commissies groot is. Het onderzoek heeft tevens aangetoond dat het meldingspercentage (sinds het vorige onderzoek in 1996) is gestegen (peiljaar 2001), vooral onder de huisartsen<sup>2</sup>. Dit is van belang omdat euthanasie in de meeste gevallen door een huisarts wordt toegepast. De meldingsbereidheid is vooral gestegen sinds de invoering van het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN). Dit pleit ervoor het project uit te breiden tot specialisten en verpleeghuisartsen.

Uit eerdere jaarverslagen van de commissies blijkt evenwel een dalende trend in het aantal meldingen, die zich ook dit jaar heeft voortgezet. In het jaar 2003 zijn in totaal 1815 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld. De commissies kwamen in acht gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld. De precieze reden van deze dalende trend blijkt niet uit het evaluatieonderzoek. Wel wordt geconstateerd dat de kwaliteit van de palliatieve zorg voor patiënten in de laatste levensfase is verbeterd door de toegenomen kennis en ervaring van artsen op dit gebied.

De onderzoeksgegevens zijn een indicatie dat de verbeterde palliatieve zorg in Nederland (verzoeken om) euthanasie in enige mate heeft kunnen voorkomen. Harde conclusies kunnen echter op basis van de bevindingen uit het evaluatieonderzoek niet worden getrokken<sup>3</sup>.

Het is wel van belang om een beter inzicht te krijgen in de achtergronden hiervan ten behoeve van een heldere maatschappelijke en politieke discussie en de ontwikkeling van (medisch-ethisch en juridisch) beleid inzake specifieke vraagstukken, zoals de grensafbakening tussen euthanasie en 'terminale sedatie'.

Arnhem, mei 2004

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

Coördinerend voorzitter Regionale toetsingscommissies euthanasie

<sup>1</sup> De resultaten van het evaluatieonderzoek zijn verschenen in het rapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Door: G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen en P.J. van der Maas, Amsterdam/Rotterdam, 2003.

<sup>2</sup> Het evaluatieonderzoek beperkte zich tot de toetsingsprocedure 1998-2002, vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur, gebaseerd op de artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging. Deze procedure gold tot de inwerkingtreding van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) per 1 april 2002.

<sup>3</sup> Zie ook het eerdergenoemde evaluatierapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Amsterdam/Rotterdam, 2003, pag. 197 en 198.

Het afgelopen verslagjaar 2003 was voor de Regionale toetsingscommissies euthanasie (verder te noemen: de commissies) het eerste hele kalenderjaar waarin zij volgens de op 1 april 2002 inwerking getreden Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (verder te noemen: WTL) hebben geoordeeld.

De essentie van de wettelijk vastgelegde meldingsprocedure is, dat het handelen van een arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent niet langer strafbaar is, indien de arts de in de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen in acht neemt en zijn handelen meldt aan de gemeentelijke lijkschouwer. Alle overige vormen van levensbeëindigend handelen zijn wel strafbaar. De meldingsprocedure heeft geen betrekking op levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek. Voor dit laatste is (nog) geen aparte regeling getroffen en geldt vooralsnog de meldingsregeling van 1994, op grond waarvan gevallen zonder uitdrukkelijk verzoek door de gemeentelijke lijkschouwer dienen te worden gemeld aan de officier van justitie.

In dit verslagjaar zijn de commissies opnieuw geconfronteerd met nieuwe ontwikkelingen in de problematiek en bijzonderheden van de aan hen voorgelegde zaken. Daarnaast kwamen enkele zaken aan de orde, die ook in voorgaande jaren aandachtspunt waren, maar nog niet zijn uitgekristalliseerd. De commissies illustreren een en ander aan de hand van casuïstiek, zoals ook in voorgaande jaren. Aan de hand van concrete zaken wordt inzichtelijk gemaakt hoe de commissies werken en met welke bijzondere problematiek zij in de loop van dit verslagjaar te maken hebben gekregen.

De commissies beklemtonen dat een aantal in dit verslag beschreven casus bijzondere meldingen betreft. Het overgrote deel van de gevallen echter geeft bij de beoordeling door de commissie geen specifieke problemen. Hiervan worden in de eerste paragraaf van hoofdstuk III drie voorbeelden gegeven.

In mei 2003 verschenen de resultaten van het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure van euthanasie en hulp bij zelfdoding, dat op verzoek van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Justitie door de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas werd uitgevoerd en waaraan de commissies medewerking hebben verleend. In het voorwoord is hier reeds naar verwezen. De onderzoekers kwamen tot de conclusie dat de toetsingsprocedure in de periode 1998-2002<sup>4</sup> op een aantal punten aan haar doelstellingen heeft beantwoord, maar dat deze nog niet volledig zijn bereikt. De onderzoekers doen voorstellen voor verbetering van de toetsingsprocedure, maar vinden ingrijpende wijzigingen niet nodig. De commissies nemen de aanbevelingen over om hieraan een bijdrage te leveren door middel van voorlichting, terugkoppeling aan artsen over de wijze waarop door de arts met de zorgvuldigheidseisen is omgegaan, en het geven van openheid over de wijze waarop wordt getoetst. De commissies wijzen er tegelijkertijd op dat hieraan in de afgelopen jaren reeds aandacht is besteed, mede in de jaarlijkse verslagen.

<sup>4</sup> Het evaluatieonderzoek beperkte zich tot de periode voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WTL per 1 april 2002.

## Opbouw van het jaarverslag

In hoofdstuk I wordt eerst inzicht gegeven in de wijze waarop een melding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door de commissies wordt behandeld. Verder wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de verschillende vormen van overleg van de commissies. De overige activiteiten van de commissies in het kader van de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding krijgen eveneens aandacht.

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

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

In bijlage I wordt een cijfermatig overzicht per regio gegeven.

In bijlage II is de tekst van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding opgenomen en in bijlage III het Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies. Tot slot worden in bijlage IV de Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie vermeld.

# Hoofdstuk I

## Werkzaamheden van de commissies

De belangrijkste taak van de toetsingscommissies euthanasie is het beoordelen van de bij de commissies gemelde zaken. In dit hoofdstuk wordt door middel van een schematische weergave inzicht gegeven in de wijze waarop de commissies hun werkzaamheden verrichten. De werkwijze van de commissies wordt geregeld in de artikelen 8 tot en met 13 van de WTL.

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

### 1. Werkwijze

De Regionale toetsingscommissies euthanasie bestaan sinds 1 november 1998. Er zijn vijf commissies, gevestigd in Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch. De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest ten kantore van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg. De secretariaten van de commissies Arnhem en 's-Hertogenbosch zijn gezamenlijk gehuisvest in Arnhem<sup>5</sup>.

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

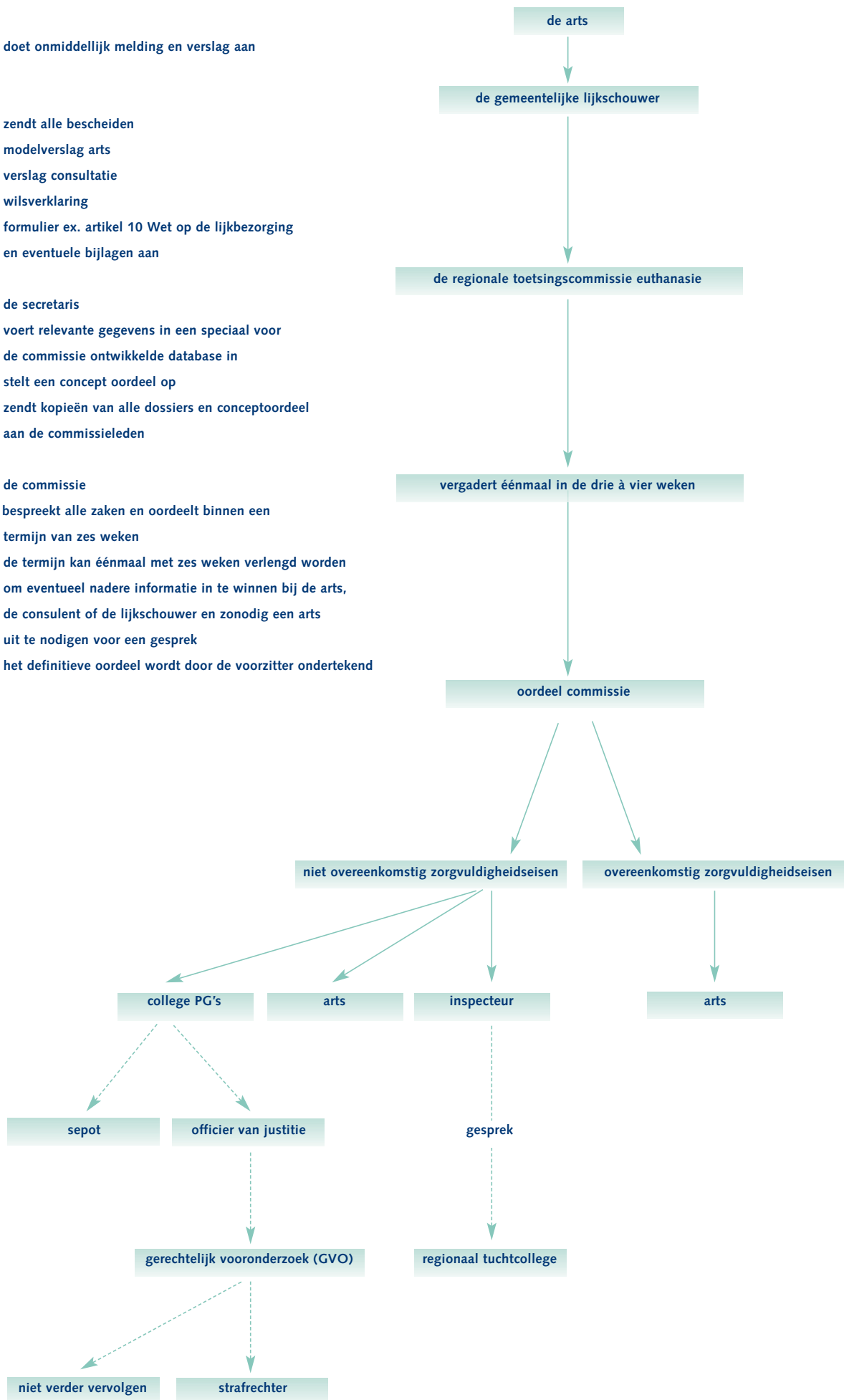
In het afgelopen verslagjaar hebben de commissies gezamenlijk richtlijnen opgesteld met betrekking tot hun werkwijze. Deze richtlijnen zijn opgenomen bij dit jaarverslag (bijlage IV).

De commissies beoordelen of de arts al dan niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, die zijn opgenomen in artikel 2 van de WTL. In de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht is een bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen. Dit houdt in dat het handelen van de arts (het feit) niet strafbaar is, indien de arts overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld en deze de euthanasie of hulp bij zelfdoding aan de gemeentelijke lijkschouwer op de voorgeschreven wijze heeft gemeld. Als een arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, is daarmee de bijzondere strafuitsluitingsgrond vervuld en is zijn handelen niet strafbaar. Het oordeel van de commissie vormt in dat geval een eindoordeel. Op grond van artikel 9, tweede lid, sub a, van de WTL brengt de commissie haar oordeel alleen ter kennis van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg, indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de in artikel 2 van de WTL genoemde zorgvuldigheidseisen. Het College van procureurs-generaal bekijkt in dat geval of een strafvervolgging geïndiceerd is. De Inspectie voor de gezondheidszorg beziet op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid of het handelen van de arts een vervolg moet krijgen. Dit kan variëren van een gesprek met de arts tot het indienen van een klacht bij een regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

<sup>5</sup> Per 1 januari 2004 zijn alle secretariaten van de commissies ondergebracht bij het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Met ingang van dezelfde datum zijn de secretariaten die eerder waren gevestigd in Haarlem en Rijswijk, gezamenlijk gehuisvest in Den Haag.

## Schema

- doet onmiddellijk melding en verslag aan
  - zendt alle bescheiden
    - modelverslag arts
    - verslag consultatie
    - wilsverklaring
    - formulier ex. artikel 10 Wet op de lijkbezorging
    - en eventuele bijlagen aan
- de secretaris
  - voert relevante gegevens in een speciaal voor de commissie ontwikkelde database in
  - stelt een concept oordeel op
  - zendt kopieën van alle dossiers en conceptoordeel aan de commissieleden
- de commissie
  - bespreekt alle zaken en oordeelt binnen een termijn van zes weken
  - de termijn kan éénmaal met zes weken verlengd worden om eventueel nadere informatie in te winnen bij de arts, de consultant of de lijkschouwer en zondig een arts uit te nodigen voor een gesprek
  - het definitieve oordeel wordt door de voorzitter ondertekend



## 2. Overleg

### Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies onderling

In het afgelopen verslagjaar hebben de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies zevenmaal vergaderd, waarbij ook de secretarissen van de commissies aanwezig waren. In dit overleg werd uitgebreid aandacht besteed aan de onderlinge inhoudelijke afstemming van de oordeelsvorming en aan een aantal praktische zaken. Zo werden de resultaten uit het evaluatieonderzoek Van der Wal/Van der Maas besproken. Ook werd een inhoudelijk standpunt ingenomen met betrekking tot de bevoegdheid van de commissies ingeval van meldingen van levensbeëindiging bij patiënten met een psychische of psychiatrische stoornis (zie verder hoofdstuk III, paragraaf 2). Tevens legden de commissies afspraken met betrekking tot hun werkwijze vast in richtlijnen (opgenomen in bijlage IV) en werd een procedure voor de benoeming van nieuwe commissieleden vastgesteld.

Eenmaal werd een landelijke bijeenkomst gehouden voor alle leden en plaatsvervangende leden van de commissies met als thema euthanasie bij patiënten in een comateuze toestand. Tijdens die bijeenkomst werd onder meer ingegaan op het begrip coma en de verschillende gradaties van verminderd bewustzijn. Ook werd een aantal aandachtspunten geformuleerd die de commissies thans gebruiken bij de beoordeling van meldingen waarbij de patiënt tijdens de uitvoering van de euthanasie in een (sub)comateuze toestand verkeerde. In hoofdstuk III, paragraaf 3.b (casus 8) van dit verslag wordt dieper ingegaan op deze problematiek.

### Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de gezondheidszorg

In het jaar 2003 heeft dit overleg door onvoorziene omstandigheden niet plaats kunnen vinden. Het overleg is verschoven naar januari 2004.

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

Het overleg van de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies met vertegenwoordigers van de ministeries van VWS en van Justitie heeft in dit verslagjaar drie maal plaatsgevonden. In dit overleg werd onder meer gesproken over nieuwe ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding, de ervaringen met de WTL en de gevolgen ervan voor de toetsingsprocedure. Tevens werden de gesprekken omtrent de opzet van een nieuw op te richten databank voortgezet. Verder werden in dit overleg de voorbereidingen besproken voor het onderbrengen van de secretariaten van de commissies bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) per 1 januari 2004.

### Overleg tussen de secretarissen

Het overleg tussen de secretarissen van de commissies vond in 2003 gemiddeld eenmaal per twee maanden plaats. Dit overleg is bij uitstek bedoeld als een inhoudelijk afstemmingsoverleg tussen de secretarissen van de vijf commissies en als voorbereiding op de bovengenoemde overlevormen. Daarnaast werd ook in dit overleg aandacht besteed aan het onderbrengen van de secretariaten bij het CIBG en diverse praktische zaken zoals bezetting, huisvesting, overige faciliteiten en de onderlinge werkverdeling. In verband met de vacature voor een algemeen secretaris (per 1 juli 2003) werd door het Ministerie van VWS een adviseur aangesteld.

### 3. Kwaliteitsbewaking

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

In dit verslagjaar werd door commissieleden en secretarissen door middel van voordrachten of deelname aan symposia en (internationale) congressen voorlichting gegeven aan diverse groepen, waaronder huisartsen, medisch specialisten en gemeentelijke lijkschouwers. In het kader van het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) leverden een arts van de commissie en een secretaris in de verschillende regio's een bijdrage aan de opleiding tot SCEN-consulent. Daarnaast werd door de commissies meegewerkt aan artikelen in vakbladen en werd via diverse media – ook in het buitenland – desgevraagd commentaar gegeven op actuele ontwikkelingen.

Op deze wijze wordt niet alleen bekendheid gegeven aan het werk van de commissies, maar wordt ook de kwaliteit van het zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding bevorderd.

## Hoofdsuk II

### Landelijk overzicht

Overzicht 1 januari 2003 tot en met 31 december 2003

#### Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1815 meldingen.

#### Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 1626 gevallen was er sprake van euthanasie, in 148 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 41 gevallen betrof het een combinatie van beide.

#### Instelling

De levensbeëindiging vond in 1477 gevallen thuis plaats, in 207 gevallen in een ziekenhuis, in 47 gevallen in een verpleeghuis, in 41 gevallen in een verzorgingshuis en in 43 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

#### Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in 2 gevallen niet bevoegd om de zaak te beoordelen. In dit verslagjaar kwamen de commissies in 8 gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld<sup>6</sup>.

#### Duur beoordeling

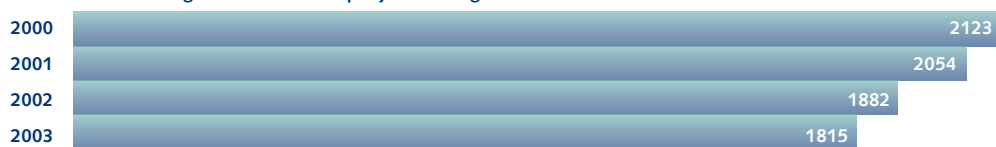
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 29 dagen<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Opgemerkt wordt dat alle meldingen die binnengekomen zijn in 2003 het totale aantal meldingen bepalen. De meldingen die aan het einde van 2003 door de commissies zijn ontvangen, werden – in verband met de behandeltermijn van zes weken en een eventuele verlenging van nog eens zes weken – in 2004 behandeld en afgedaan. De inhoudelijke beslissing op deze meldingen wordt dan ook in het volgende jaarverslag verwerkt. Van de hier genoemde acht gevallen, waarvan er zes zijn ontvangen in het kalenderjaar 2002 en twee in het kalenderjaar 2003, is het eindoordeel in 2003 gegeven.

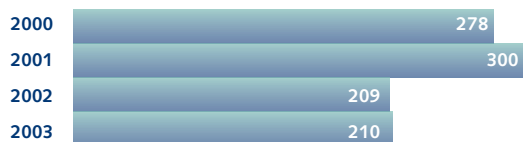
<sup>7</sup> De commissies moeten op grond van artikel 9 WTL de arts binnen zes weken na ontvangst van de melding schriftelijk op de hoogte stellen van het oordeel. Deze termijn kan eenmaal worden verlengd met nog zes weken. In het merendeel van de gevallen slagen de commissies erin om binnen zes weken te oordelen. Slechts in enkele gevallen moet deze termijn worden verlengd. Indien de commissie de arts om nadere informatie vraagt, wordt de termijn automatisch verlengd. De duur van de beoordeling is dan mede afhankelijk van de al dan niet tijdige reactie van de betreffende arts.

## Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 2000, 2001, 2002 en 2003

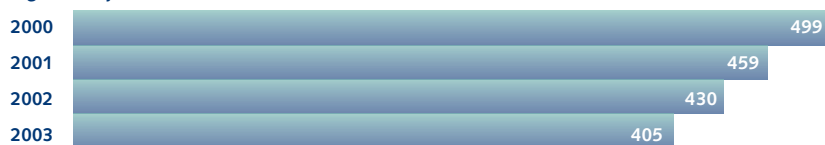
### Totaal aantal meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding



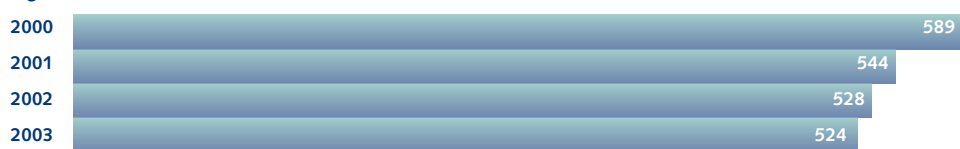
### regio Groningen, Friesland en Drenthe



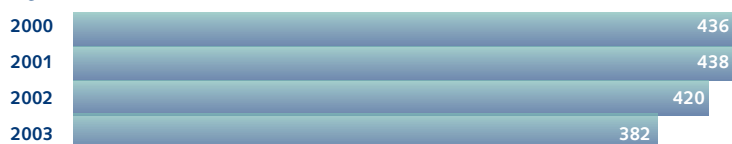
### regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



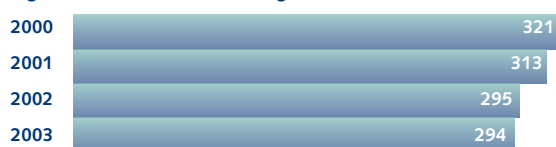
### regio Noord-Holland



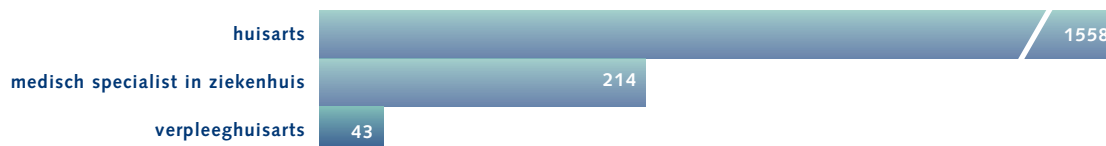
### regio Zuid-Holland en Zeeland



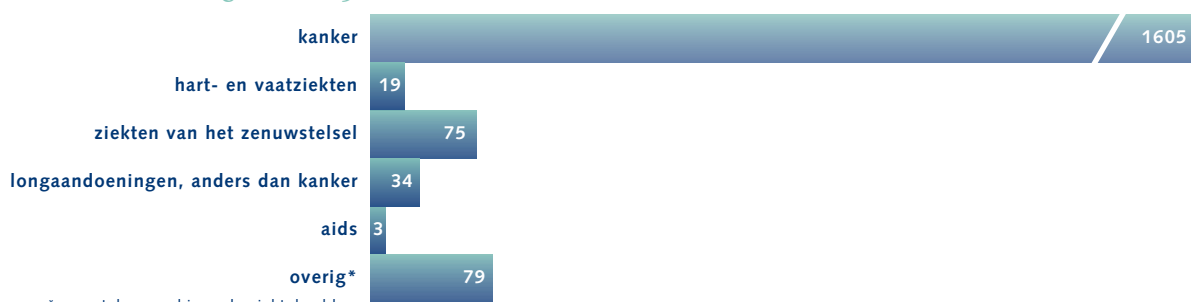
### regio Noord-Brabant en Limburg



## Meldende artsen 2003



## Aandoeningen 2003



\* meestal gecombineerde ziektebeelden

## Hoofdstuk III

### 1. Inleiding casuïstiek

In dit verslagjaar hebben de toetsingscommissies 1815 meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding ontvangen. In de meeste gevallen vormden de verslagen een goede basis voor de toetsing en bestond er geen aanleiding nadere vragen te stellen. Indien daartoe wel aanleiding was, werd de arts of de consulent door de commissie verzocht schriftelijk of mondeling informatie te verstrekken.

In dit verslagjaar hebben de commissies in acht gevallen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. De betreffende zaken zijn doorgezonden naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg<sup>8</sup>.

Hoewel de zorgvuldigheidseisen in de wet helder zijn geformuleerd en de verslagen een goede basis vormen voor toetsing, blijken zich in de praktijk situaties voor te doen die tot discussie aanleiding geven. Aan de hand van geanonimiseerde casuïstiek willen de commissies een beeld geven van de problematiek die zij in het afgelopen verslagjaar hebben behandeld.

Zoals reeds eerder aangegeven, is in de meeste zaken duidelijk dat de meldend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Om daarvan een indruk te geven, worden eerst drie voorbeelden gegeven van casus die bij de beoordeling niet tot problemen hebben geleid.

#### casus 1

*Bij een 56-jarige patiënt werd in 1996 een melanoom op de linkerarm vastgesteld. De tumor werd operatief verwijderd. In 2003 werden metastasen aangetoond in de buik, waarop een klierdissectie werd verricht. Patiënt werd vervolgens bestraald vanwege wervelmetastasen. Enige tijd later werden ook metastasen aangetoond in de botten en de lever, waarop chemotherapie volgde. Patiënt werd volledig bedlegerig en zorgafhankelijk. Hij was op het laatst erg zwak en leed, ondanks de toediening van een hoge dosering morfine, nog veel pijn in zijn rug en heup. De arts verwachtte het overlijden van patiënt binnen een aantal weken. Patiënt uitte enkele weken voor zijn overlijden een euthanasieverzoek en herhaalde dit verzoek diverse malen ten overstaan van de arts, enkele verpleegkundigen en zijn familie. Ook ondertekende hij een schriftelijke wilsverklaring. Een onafhankelijke specialist, tevens SCEN-arts, verrichtte de consultatie. De consulent stelde vast, dat de pijn in korte tijd erg was toegenomen. Ophoging van de morfine had even effect gehad, maar patiënt kon zich nu nauwelijks nog bewegen. Deze uitzichtloze situatie was voor patiënt onaanvaardbaar. De consulent besprak de mogelijkheid van een verdere ophoging van de dosering morfine, maar patiënt wilde helder blijven en wees dit af. Er waren geen alternatieven meer aanwezig. De consulent stelde voorts vast dat patiënt zijn verzoek vrijwillig en weloverwogen had geuit en concludeerde op grond van dit alles dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts diende de patiënt 1 gram pentothal en 20 milligram Pavulon intraveneus toe. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

<sup>8</sup> Vóór inwerkingtreding van de WTL op 1 april 2002 vormde het oordeel van de commissie een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie en werden om die reden alle oordelen schriftelijk ter kennis gebracht aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Op grond van de WTL leidt de toetsing tot een eindoordeel en doet de commissie zelf de zaak af. Alleen in gevallen waarin de commissie van mening is dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt het oordeel naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg gestuurd (artikel 9, lid 2, WTL).

## casus 2

Een 63-jarige patiënt leed ruim 20 jaar aan multipele sclerose (MS). Hij werd met medicijnen behandeld en was sinds enige jaren opgenomen in een verpleeghuis. Patiënt kon alleen nog maar zijn mond en ogen bewegen. Ook had hij steeds meer moeite met ademen en was hij bang om door verstikking te overlijden. Patiënt had steeds getracht zoveel mogelijk zelf te blijven doen, maar was uiteindelijk volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Deze lichamelijke aftakeling ervoer hij als menonwaardig en onacceptabel. Patiënt had in een vroeger stadium voor zichzelf een grens gesteld. Zo had hij te kennen gegeven niet meer verder te willen leven bij een volledige afhankelijkheid van anderen. Dat moment was nu aangebroken. Gezien de snelle progressie van de aandoening verwachtte de arts dat patiënt mogelijk binnen een jaar zou komen te overlijden. Hij achtte het echter niet uitgesloten dat patiënt nog enkele jaren zou hebben kunnen leven.

Een jaar eerder had patiënt de mogelijkheid van euthanasie met zijn huisarts besproken. Daarna kwam het onderwerp herhaaldelijk ter sprake. De familie van patiënt stond aanvankelijk afwijzend tegenover het verzoek, maar stemde uiteindelijk in met zijn wens.

De consulent stelde in zijn verslag vast dat patiënt volledig verlamd was en afhankelijk van anderen. Patiënt gaf ook ten overstaan van de consulent uitdrukkelijk aan dat hij zijn lijden door de volledige afhankelijkheid ondraaglijk vond. De consulent was van mening dat patiënt wilsbekwaam was, dat er geen tekenen van een depressie aanwezig waren en dat het verzoek weloverwogen en vrijwillig tot stand was gekomen. Er was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Er was in deze casus sprake van hulp bij zelfdoding. Patiënt nam met hulp van de arts een drank in met daarin een oplossing met 9 gram pentobarbital. Zijn familie was hierbij aanwezig. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## casus 3

De 49-jarige patiënte had sinds een jaar een dubbelzijdig mammacarcinoom met bot- en levermetastasen. Zij onderging een borstamputatie en werd palliatief behandeld met bestraling op de metastasen en diverse chemokuren. Ondanks de behandelingen ontwikkelden de metastasen zich progressief. Vanwege een ascites leed patiënte veel pijn. Er werd geprobeerd de pijn te verlichten met ascitespuncties, maar deze hadden weinig tot geen effect. Ook moest patiënte voortdurend braken als gevolg van obstructie door tumorweefsel. Zij ervoer dit lijden als ondraaglijk en menonwaardig. Patiënte kreeg ter verlichting van het lijden pijnstilling en medicatie tegen de misselijkheid. Ze weigerde de toediening van morfine omdat ze helder en bij bewustzijn wilde blijven.

Al vanaf het moment dat de slechte diagnose werd gesteld, had patiënte met de arts gesproken over de mogelijkheid van euthanasie indien het lijden voor haar ondraaglijk zou worden. Uiteindelijk uitte zij een concreet verzoek. Haar man en kinderen stonden achter haar wens. De consulent die patiënte bezocht, constateerde dat vooral de extreme vermoeidheid en de pijn het lijden van patiënte bepaalden en zij kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Na toediening van 1,5 gram Nesdonal overleed patiënte in het bijzijn van haar echtgenoot en kinderen. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Uitgangspunt van de meldingsprocedure is dat de arts die feitelijk de levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, na afloop aan de hand van het modelverslag de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer verzorgt (artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging). De gemeentelijke lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en verifieert hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Vervolgens neemt hij van de behandelend arts diens verslag in ontvangst, gaat na of dat volledig en duidelijk is ingevuld, controleert of eventueel vermelde bijlagen aanwezig zijn en voegt ook, voor zover die er zijn, de schriftelijke wilsverklaring van de overledene en de verklaring van de geconsulteerde arts toe aan dit materiaal. De gemeentelijke lijkschouwer stelt – door invulling van een daartoe bestemd formulier – de bevoegde commissie van de levensbeëindiging in kennis en stuurt de hierboven genoemde stukken mee (artikel 10, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging). De commissie gaat na of de meldend arts (de arts die het meldingsformulier heeft ondertekend) de levensbeëindiging ook feitelijk heeft uitgevoerd, dan wel de hulp bij zelfdoding heeft verleend. Indien de commissie vaststelt dat dit niet het geval is, stuurt zij in de regel de melding via de lijkschouwer terug met het verzoek ervoor zorg te dragen dat de juiste persoon – dat wil zeggen de arts die de euthanasie feitelijk heeft uitgevoerd of de hulp bij zelfdoding heeft verleend – de levensbeëindiging meldt door het invullen en ondertekenen van het modelverslag.

In een enkel geval komt het voor dat een melding wordt gedaan door twee artsen. Hoe de commissies hiermee omgaan is vastgelegd in artikel 3 van de richtlijnen. In het geval dat ook een andere arts bij de procedure is betrokken, ontvangt deze een afschrift van de aan de meldend arts gestuurde berichtgeving. Slechts in het uitzonderlijke geval dat beide artsen verklaren dat zij de levensbeëindigende handeling daadwerkelijk gezamenlijk hebben verricht, worden beide artsen aangemerkt als meldend arts. De onderstaande casus geeft hiervan een voorbeeld.

### casus 4

*De commissie ontving een modelverslag ondertekend door twee artsen. De melding betrof een 72-jarige patiënt die leed aan een tumor in de buik. Het lijden was voor de patiënt ondraaglijk als gevolg van hevige pijn en algehele malaise. Ondanks uitgebreide medicatie ging het steeds slechter met hem. Patiënt had zijn euthanasiewens ten overstaan van beide artsen meermalen geuit. De consulent was ervan overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Patiënt overleed door intraveneuze toediening van Nesdonal en Pavulon.*

*Op de vraag aan één van de artsen wie als melder moest worden aangemerkt, verklaarde deze, dat zij beiden als melder moesten worden gezien. Beide artsen hadden de patiënt behandeld en het proces rondom de euthanasie begeleid. Zij hadden ook samen de levensbeëindigende handeling verricht. De commissie was van mening dat in dit uitzonderlijke geval beide artsen als melder konden worden aangemerkt.*

*De commissie kwam in deze zaak tot het oordeel dat de artsen overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen hadden gehandeld. Beide artsen kregen een afschrift van het oordeel.*

## 2. Bevoegdheid van de commissies

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

De meldingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek geldt niet voor pasgeborenen en minderjarige patiënten tot twaalf jaar. Voor minderjarige patiënten in de leeftijd van twaalf tot zestien jaren of in de leeftijd van zestien tot achttien jaren die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding doen, gelden specifieke voorschriften in verband met de toestemming van de ouder(s) of voogd, die zijn opgenomen in artikel 2, vierde en vijfde lid, WTL. De commissies hebben overigens met betrekking tot deze categorieën in dit verslagjaar geen meldingen ontvangen. In het tweede lid, van artikel 2 WTL is verder bepaald dat een arts gevolg kan geven aan de schriftelijke wilsverklaring van een wilsonbekwame patiënt (van zestien jaar en ouder) waarin een verzoek om levensbeëindiging is opgenomen. Voorwaarde is dat de wilsverklaring is opgemaakt op het moment dat de patiënt nog tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. Ook in dergelijke gevallen zijn de commissies bevoegd. De schriftelijke verklaring van de inmiddels wilsonbekwame patiënt wordt in deze gevallen opgevat als een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging en is een vervanging voor het mondelinge concrete verzoek waartoe de patiënt niet meer in staat is.

### Normaal medisch handelen

Het zogenoemde 'normaal medisch handelen' valt niet onder de WTL. Er is sprake van normaal medisch handelen indien een medisch zinloze behandeling niet wordt ingesteld of wordt gestaakt. Ook het niet starten of (tussentijds) beëindigen van een behandeling op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt valt hieronder. Er is voorts sprake van normaal medisch handelen ingeval van intensieve pijn- en symptoombestrijding, waardoor het leven van de patiënt soms onbedoeld bekort kan worden.

### Terminale sedatie

Met medicatie (meestal met benzodiazepines) kan het bewustzijn van de patiënt worden verminderd, waardoor deze als het ware in een diepe slaap wordt gehouden en zich niet meer bewust is van zijn omgeving en van zijn lijden. Er is sprake van terminale sedatie indien het sederen van de patiënt gepaard gaat met het afzien van kunstmatige toediening van vocht en voedsel. Over deze vorm van sedatie aan het einde van het leven, wanneer duidelijk is dat de patiënt binnen afzienbare tijd zal overlijden, wordt momenteel veel discussie gevoerd.

In zijn inaugurale rede stelt prof. dr. J.J.M. van Delden<sup>9</sup> dat terminale sedatie een verwarrend begrip is. Enerzijds gaat het om normaal medisch handelen, anderzijds wordt het ook wel als 'crypto-euthanasie' aangeduid. Van Delden onderscheidt hierbij drie verschillende situaties.

In de eerste situatie krijgt de patiënt met een levensverwachting van hooguit enkele dagen een sederend middel om de in die situatie optredende extreme onrust te bestrijden. Het gevolg is dat de patiënt rustig sterft op een tijdstip dat waarschijnlijk nauwelijks door de sedatie wordt beïnvloed. In de tweede situatie is er sprake van een ernstig lijdende patiënt voor wie de dood nog niet heel nabij is en de beslissing tot sedatie gepaard gaat met de beslissing om af te zien van de kunstmatige toediening van vocht en voedsel. Dientengevolge kan de terminale sedatie een levensbekortend effect hebben. De intentie van de arts is in deze situatie echter niet gericht op het bespoedigen of bewerkstelligen van de dood. De derde situatie ziet op het toepassen van terminale sedatie als een techniek die wordt ingezet om het levenseinde te bespoedigen al dan niet op grond van een verzoek van de patiënt.

Zowel in de eerste als in de tweede situatie is er sprake van normaal medisch handelen. Bij de tweede situatie dient er wel een evenredige relatie te bestaan tussen de ernst van de situatie en de keuze voor terminale sedatie. Voor beide gevallen geldt dat de instemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger noodzakelijk is. In de

<sup>9</sup> J.J.M. van Delden in *Medicine Based Ethics*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de medische ethiek aan de medische faculteit van de Universiteit Utrecht op 3 september 2003, Universiteit Utrecht, november 2003, pag. 15-17.

derde situatie is er volgens Van Delden feitelijk sprake van levensbeëindigend handelen en dus niet van normaal medisch handelen.

Uit een aantal bij de commissies gemelde zaken blijkt dat artsen terminale sedatie soms voorstellen als een alternatief voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. Een reden hiervoor kan zijn dat de dood via terminale sedatie natuurlijker oogt dan via euthanasie. Ook al zou de patiënt kiezen voor terminale sedatie (om de dood te bewerkstelligen of te bespoedigen), dan nog blijft dit een vorm van levensbeëindiging op verzoek. In gevallen waarin terminale sedatie wordt toegepast met de intentie van de arts om het leven te bekorten (op verzoek van de patiënt), behoort het handelen van de arts dan ook bij de toetsingscommissie te worden gemeld<sup>10</sup>.

### Lijden primair van psychische oorsprong

In het afgelopen verslagjaar ontving een commissie een melding van levensbeëindiging bij een patiënt met een psychiatrische stoornis. In het verleden – onder de oude regeling<sup>11</sup> – verklaarde de commissie zich in dergelijke gevallen onbevoegd omdat levensbeëindigend handelen bij patiënten van wie het lijden primair van psychische oorsprong is buiten de meldingsprocedure van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding viel. Op grond echter van de WTL, waarin deze beperking niet is overgenomen, zijn de commissies van oordeel dat deze zaken nu wel tot hun bevoegdheid behoren. Om de wilsbekwaamheid vast te stellen is immers nader inhoudelijk onderzoek nodig. Dit betekent dat de commissie, geconfronteerd met een melding van levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt van wie het lijden zijn oorsprong vindt in een psychische of psychiatrische aandoening, zich wel bevoegd verklaart om vervolgens de wilsbekwaamheid te onderzoeken in het kader van de wettelijke zorgvuldigheidseisen (het vereiste van een vrijwillig en weloverwogen verzoek). Indien de commissie bij dat onderzoek vaststelt dat de wilsbekwaamheid ontbrak of onvoldoende was, zal zij moeten constateren dat aan één van de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan en dat de arts derhalve niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissies blijven dan ook van oordeel dat de nog steeds voorkomende onjuiste eerste zin van de tekst onder het notabene bij vraag 11a in het modelverslag<sup>12</sup> – die ook in de praktijk tot misverstanden leidt – geschrapt dient te worden.

<sup>10</sup> Zie ook het eerdergenoemde evaluatierapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Amsterdam/Rotterdam, 2003, pag. 197, waarin wordt gesteld dat de meeste gevallen niet, maar enkele gevallen wel onder de wettelijke toetsingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek vallen. De Minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS hebben toegezegd in hun standpunt op het evaluatierapport nader op de kwestie van terminale sedatie in te gaan (Aanhangsel Handelingen II, 2002/2003, nrs. 1749 en 1572).

<sup>11</sup> In de toelichting bij de per 1 april 2002 vervallen Regeling Regionale toetsingscommissies euthanasie was bij artikel 9 van de regeling expliciet vermeld dat levensbeëindiging bij patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is, diende te worden gemeld volgens de procedure voor levensbeëindiging zonder verzoek. Dit gold onder de regeling ook bij patiënten die weliswaar lijden aan een somatische aandoening, maar wier oordeelsvorming gestoord kan zijn geweest als gevolg van bijvoorbeeld een depressie of zich ontwikkelende dementie.

<sup>12</sup> Deze zin luidt: "Levensbeëindigend handelen ten aanzien van patiënten wier lijden van psychische oorsprong is en niet in een medische context geplaatst kan worden, alsmede patiënten wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest, bijvoorbeeld als gevolg van een depressie of dementie, behoort te worden gemeld volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek."

*De melding betrof levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt met een door meerdere consulenten bevestigde duidelijke psychiatrische stemmings- en borderline persoonlijkheidsstoornis<sup>13</sup>, waardoor er geen twijfel bestond over de medische context. Tussen de periodes van depressie en paniekaanvallen in, functioneerde patiënt marginaal. In die periodes uitte hij zijn wens te willen sterven krachtig en standvastig. Vanaf het moment dat patiënt bij de arts in de praktijk kwam, sprak hij met de arts over de mogelijkheid van levensbeëindiging. Patiënt had een schriftelijke wilsverklaring opgesteld en ondertekend, gericht aan de arts, waarin hij uitgebreid verslag deed van zijn situatie en zijn verzoek om levensbeëindiging verwoordde.*

*De arts was er, in al de jaren dat patiënt bij hem in de praktijk was, naar toegegroeid om de wens van patiënt te accepteren en te respecteren. Hij was uiteindelijk overtuigd geraakt van de ondraaglijkheid van het lijden van zijn patiënt. Overleg met nabije vrienden van patiënt steunden hem bij zijn overtuiging. Hij noemde het een persoonlijke zoektocht die hij met zijn patiënt had afgelegd, uiteindelijk culminerend in het bieden van hulp bij de zeer indringende wens van zijn patiënt om te mogen sterven. De consulent – een psychiater – bezocht patiënt meerdere malen. Hij kwam tot de conclusie dat patiënt wilsbekwaam was. Hij had een goed besef van en inzicht in zijn ziekte. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de consulent – gelet op de ernst van de psychiatrische aandoening, de blijvende invaliditeit en de te verwachten verslechtering – invoelbaar. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie kwam in deze zaak tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

### 3. Zorgvuldigheidseisen

#### a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

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

Het verzoek moet van de patiënt zelf afkomstig zijn en vrijwillig tot stand zijn gekomen. Zo moet duidelijk zijn dat het verzoek van de patiënt niet is ingegeven door druk van anderen of door de omstandigheden. Soms verklaart de patiënt dat hij zijn familie niet langer tot last wil zijn. De arts dient dan na te gaan wat de waarde van die uitspraak is. In een enkel geval lijkt het erop alsof de druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest.

#### casus 6

*Bij patiënte, een vrouw van 41 jaar, werd in 2002 een groot ulcerend mammacarcinoom links vastgesteld met uitgebreide skelet- en okselmetastasen, waarvoor zij werd behandeld met Zoladex, APD-infusen en radiotherapie. Na ongeveer een jaar bleek er sprake van een grote hersenmetastase. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënte ontwikkelde een dwarslaesie en kreeg als gevolg daarvan een retentieblaas en defecatieproblemen. Zij werd volledig bedlegerig en ADL-afhankelijk. In maart 2003 vroeg patiënte de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging. Een maand later ging de arts over tot uitvoering van de euthanasie.*

<sup>13</sup> Een dysthyme stemmingsstoornis DSM IV, classificatie 300.4 en een borderline persoonlijkheidsstoornis DSM IV classificatie 301.83.

*Bij de behandeling van deze melding rezen er bij de commissie diverse vragen met betrekking tot de gevolgde procedure rondom de levensbeëindiging. De meldingsgegevens gaven daarover onvoldoende uitsluitsel. De commissie heeft daarom de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De arts kende patiënte vanaf begin 2002 toen bij haar de borsttumor werd geconstateerd. Het was hem gebleken dat patiënte – die goed wist wat ze wilde – een bepaald reactiepatroon vertoonde op zijn voorstellen met betrekking tot de behandeling. Sinds het bekend worden van de hersenmetastasen bezocht de arts patiënte iedere week, waarbij hij met haar de behandeling voor de komende week besprak. Patiënte ging soms wel en soms niet accoord. Het kwam regelmatig voor dat de arts een dag later door de wijkverpleegkundige werd gebeld met de mededeling dat patiënte toch iets anders wilde dan zij eerder die week tegen de arts had gezegd. Deze situatie deed zich ook vlak voor de levensbeëindiging voor. De arts bezocht patiënte een dag voordat hij een week met vakantie zou gaan. Op dat moment was een concreet euthanasieverzoek van patiënte niet aan de orde. In het weekend vroeg patiënte de waarnemend arts desalniettemin om uitvoering van de euthanasie. Deze voelde zich toen voor het blok gezet door patiënte en haar ouders en was niet bereid om tot uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan. Hij stelde de arts hiervan op diens vakantieadres op de hoogte. In overleg met de arts benaderde de waarnemend huisarts een consulent. Bij haar bezoek aan patiënte kwam de consulent tot de conclusie dat het verzoek van patiënte vrijwillig was en weloverwogen en het lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Na terugkomst van vakantie stelde de arts vast dat er onmiskenbaar sprake was van ondraaglijk lijden. Dit lijden bestond voornamelijk uit controleverlies. Patiënte had meerdere malen met de arts over euthanasie gesproken en daarbij duidelijk gemaakt dat met het verlies van regie en autonomie voor haar de grens was bereikt. Zij had gedurende haar ziekte de hevige pijn, afhankelijkheid en talloze handicaps niet als ondraaglijk ervaren maar het verlies van autonomie had zij diverse keren als ondraaglijk lijden aangemerkt. Volgens de arts was er wel sprake van enige druk van de ouders maar hij ervoer deze niet als belemmerend voor het besluitvormingsproces. Hij had begrip voor de situatie, waarin de ouders – na een jarenlang moeizaam contact met hun dochter – alle moeite deden om haar wensen, ook haar euthanasiewens, zo goed mogelijk in vervulling te laten gaan. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

In de meeste gevallen verklaart de patiënt met een door hem ondertekende schriftelijke wilsverklaring dat het verzoek van hemzelf afkomstig is. Hoewel de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring gewenst is, omdat deze een extra onderbouwing geeft van de mondeling geuite euthanasiewens van de patiënt, is deze niet verplicht. Het komt soms voor dat de arts of de consulent de patiënt vlak voor de uitvoering van de euthanasie een wilsverklaring laat ondertekenen. De commissies kunnen zich voorstellen dat een arts prijs stelt op een dergelijke verklaring, maar deze kan – zo kort voor het overlijden – ook worden vervangen door een getrouwe weergave van de mondeling geuite euthanasiewens, bijvoorbeeld in het medische dossier van de patiënt. In het algemeen doet de arts die met zijn patiënt spreekt over euthanasie er goed aan om in een tijdig stadium te bevorderen dat een schriftelijke verklaring wordt opgemaakt.

In sommige gevallen is de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring wel van doorslaggevend belang, bijvoorbeeld bij patiënten met de ziekte van Alzheimer. In de WTL is immers in artikel 2, tweede lid, bepaald dat, indien een patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten, maar – voordat hij wilsonbekwaam werd – een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld met daarin een verzoek om levensbeëindiging, de arts toch gevolg kan geven aan dit verzoek (zie hiervóór paragraaf 2). De commissies beoordelen dan bij het criterium of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, of de verklaring betrekking heeft op de huidige situatie van de patiënt en of deze situatie voldoet aan de (overige) zorgvuldigheidseisen. Dit is overigens niet gemakkelijk. Hoe concreter de wilsverklaring, des te meer zal zij aanknopingspunten

bieden voor de besluitvorming van de arts en de beoordeling door de commissies. Belangrijk is dan ook dat de arts en de patiënt in een tijdig stadium met elkaar overleggen over de inhoud en strekking van de wilsverklaring. Ook moet het verzoek weloverwogen zijn en de patiënt moet zich bewust zijn van de strekking van het verzoek. Hierbij letten de commissies op mogelijke belemmeringen, zoals de aanwezigheid van depressiviteit of andere stoornissen in de cognitieve en expressieve vermogens. Deze belemmeringen kunnen het verzoek aantasten, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Een verzoek dat is geuit op een helder moment, kan wel degelijk weloverwogen zijn. Hierbij moet ook onderscheid worden gemaakt tussen een depressie in psychiatrische zin en somberheid en neerslachtigheid als gevolg van de ernstige ziekte van de patiënt. In dergelijke gevallen kan het oordeel van een onafhankelijk psychiater de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek ondersteunen.

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

## b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

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

Voor het element van de uitzichtloosheid geldt dat deze naar heersend medisch inzicht moet vaststaan. De uitzichtloosheid van het lijden is in medisch opzicht redelijk objectief vast te stellen. Er is geen kans op verbetering.

Het element van de ondraaglijkheid is veel moeilijker vast te stellen. De ondraaglijkheid van het lijden is dan ook één van de grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan.

Factoren als pijn, misselijkheid, benauwdheid en uitputting dragen in belangrijke mate bij aan de ondraaglijkheid van het lijden. In het overgrote deel van de zaken is hiervan sprake doordat zich een onbehandelbaar kwaadaardig proces voordoet.

Daarnaast wordt aangenomen dat het begrip 'ondraaglijk lijden' in beginsel subjectief is. Hiermee wordt bedoeld dat de ondraaglijkheid van het lijden mede wordt bepaald door het perspectief van de patiënt, zijn persoonlijkheid en zijn normen en waarden daaromtrent. Zo worden begrippen als 'toenemende ontluistering en afhankelijkheid' of 'verlies van waardigheid' vaak gebruikt bij het omschrijven van de ondraaglijkheid van het lijden, maar de mate waarin deze als ondraaglijk worden ervaren, verschilt per patiënt. Hoewel deze subjectieve aspecten een rol kunnen spelen bij patiënten met kanker met een infauste prognose, doen ze zich vaker voor bij patiënten met een ziektebeeld als multiple sclerose (MS), amyotrofe lateraal sclerose (ALS), de ziekte van Parkinson, de chronische longaandoening COPD en andere (op termijn) fatale aandoeningen, die leiden tot een volledige (zorg)afhankelijkheid en bedlegerigheid of tot de kans om door verstikking te overlijden. Ook bij patiënten met een niet direct fatale aandoening, bijvoorbeeld door een dwarslaesie of na een cerebrovasculair accident (CVA) waardoor de patiënt in een voor hem uitzichtloze situatie kan komen te verkeren, spelen deze aspecten een belangrijke rol bij de vraag naar de ondraaglijkheid van het lijden.

In het algemeen geldt dat de ondraaglijkheid van het lijden in zoverre geobjectiveerd

moet kunnen worden dat het voor de behandelend arts (met een normaal invoelingsvermogen) – en daarvan afgeleid voor de commissie – invoelbaar is<sup>14</sup>. De onderstaande casus geeft een voorbeeld waarin de commissie tot het oordeel kwam dat de arts in redelijkheid niet tot de overtuiging had kunnen komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

### casus 7

*Na een jarenlange strijd tegen kanker elders in het lichaam (waarvan hij genezen was) werd bij patiënt een inoperabele hersentumor vastgesteld. Als gevolg van behandeling met radiotherapie ontwikkelde zich een langzaam progressief beeld van een degeneratieve hersenaandoening (post-radiatie encefalopathie). Als gevolg hiervan had patiënt gehoorverlies, epileptische insulpen en was hij linkszijdig verlamd. Door een val tijdens een insult liep hij wervel- en ribfracturen op. Ook bleken er problemen met de motoriek van zijn rechterhand. Uiteindelijk was patiënt rolstoelgebonden en volledig ADL-afhankelijk. De verzorging van patiënt was optimaal georganiseerd. Opname in een verpleeghuis werd door hem resoluut afgewezen. De arts gaf aan dat hij de levensverwachting van patiënt moeilijk kon inschatten, maar de arts dacht daarbij in termen van jaren. De arts had overleg gehad met de wijkverpleegkundige. Deze had aanvankelijk moeite met het verzoek van patiënt maar toonde later volledig begrip. Om uit te maken of het verzoek van patiënt niet voortkwam uit een depressie en omdat de arts aanvankelijk twijfelde aan de ondraaglijkheid van het lijden heeft hij eerst een onafhankelijke psychiater benaderd. De psychiater concludeerde dat er geen sprake was van een duidelijk depressief beeld of van een andere psychiatrische stoornis. Wel maakte de psychiater melding van een verstoorde relatie tussen patiënt en zijn partner, die van invloed kon zijn. Ten overstaan van de consulent (een SCEN-arts) gaf patiënt aan toenemend moe te zijn en 's middags langere tijd naar bed te moeten. De laatste tijd was patiënt niet meer in staat te lezen, wat voor hem een groot gemis was. Voorts gaf hij aan steeds vaker te vallen en meer zorg nodig te hebben. Hij was moe van het vechten en het steeds maar weer aanpassen aan toenemende handicaps. Patiënt zag geen perspectief meer of mogelijkheden tot verbetering en vond deze situatie ondraaglijk. Voor de consulent was dit invoelbaar. Na het positieve advies van de consulent was patiënt tot een innerlijke rust gekomen. In de periode hierna heeft patiënt enkele zaken geregeld: de uitvaart, het afscheid van familie en vrienden en ging hij mee met een speciaal voor zieken georganiseerde vakantiereis. Gelet op de medische diagnose en prognose, de conclusies van de geraadpleegde psychiater en van de consulent, en de lange periode tussen het moment van de consultatie en de uitvoering van de euthanasie, besloot de commissie de arts en de consulent (een SCEN-arts) om een nadere (mondelijke) toelichting te vragen. Ten overstaan van de commissie sprak de arts desgevraagd een levensverwachting uit van tien tot twintig jaar, afhankelijk van eventuele infecties en het verloop van de epilepsie. De arts vermeldde voorts dat hij aanvankelijk aan het verzoek van patiënt had getwijfeld en zich door patiënt onder druk gezet had gevoeld. Uiteindelijk was het lijden van patiënt voor hem invoelbaar in het perspectief van de hele ziektegeschiedenis van patiënt. Volgens de arts verbeterde het behandel- en zorgperspectief niet en zou het lijden van patiënt steeds verder verslechteren. De rol van de verstoorde relatie tussen patiënt en zijn partner was volgens de arts bij de besluitvorming van ondergeschikt belang geweest. Aangezien de situatie na een half jaar niet veranderd was, leek het de arts niet nodig dat de consulent patiënt nogmaals zou bezoeken en persoonlijk zou spreken. In het gesprek met de commissie merkte de consulent op dat een tweede, telefonische, consultatie – gelet op de lange tijd die verstreken was sinds zijn eerste consultatie – achteraf verstandiger en zorgvuldiger*

<sup>14</sup> Zie ook G.A.M. Widdershoven, De werkwijze en de ervaringen van de toetsingscommissies. In: J. Legemaate en R.J.M. Dillmann (red.), Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, pag. 55.

*was geweest. Hij was echter afgegaan op wat de arts hem telefonisch had verteld. De commissie was van mening dat, gelet op de medische diagnose en prognose van patiënt, de door de arts geschatte levensverwachting, alsmede het feit dat na de consultatie zes maanden gewacht kon worden zonder dat in die periode de medische situatie van patiënt significant was verslechterd, de arts in redelijkheid niet tot de overtuiging had kunnen komen dat er sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Ten aanzien van de consultatie overwoog de commissie dat, gelet op de lange periode na de eerste consultatie en de bijzondere omstandigheden waarin patiënt zich bevond, een tweede consultatie waarbij de consulent patiënt had bezocht, noodzakelijk was geweest om te kunnen beoordelen of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Zowel het College van procureurs-generaal als de Inspectie voor de gezondheidszorg stelden een onderzoek in. Na een gesprek met de arts rondde de Inspectie het onderzoek af. Het College liet in deze zaak een gerechtelijk vooronderzoek (GVO) instellen.*

### Patiënten in een comateuze toestand

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

Binnen de medische beroepsgroep wordt in het algemeen aangenomen dat een patiënt in een (diep) comateuze toestand niet (ondraaglijk) kan lijden. Desondanks kunnen bijzondere feiten en omstandigheden voor de commissies aanleiding zijn om te beslissen dat de arts bij de uitvoering van de euthanasie toch overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Dit is het geval als de patiënt in een subcoma verkeert en uiterlijke kenmerken vertoont van lijden, bijvoorbeeld door kreunen, knip-peren met de ogen of – zoals in onderstaande casus – door hevige benauwdheid. In hoeverre ook voor een in coma geraakte patiënt algehele ontluistering en verlies van waardigheid een rol spelen bij de beoordeling of er sprake is van ondraaglijk lijden, is in de medisch-ethische discussie nog niet uitgekristalliseerd.

In het algemeen zijn de commissies echter van mening dat artsen zich in dergelijke situaties zeer terughoudend moeten opstellen, ook indien de arts de patiënt reeds heeft toegezegd zijn medewerking te geven aan de uitvoering van de euthanasie en de wijziging in de situatie zich onverwacht voordeed. Het is daarom raadzaam dat artsen zich onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen. Vaak kan immers een natuurlijke dood worden afgewacht. Vroegtijdige voorlichting aan de patiënt en zijn familie en duidelijke afspraken kunnen een patstelling voorkomen<sup>15</sup>.

In de hieronder beschreven casus had de patiënt, voordat de comateuze situatie intrad, mondeling en schriftelijk aangegeven ook euthanasie te wensen indien zij in een coma zou raken. Hoewel de wens van de patiënt in deze situatie een belangrijke rol speelt bij de afweging om al dan niet over te gaan tot euthanasie, moet er op grond van de WTL behalve van een verzoek van de patiënt ook sprake zijn van ondraaglijk lijden.

### casus 8

*Een 71-jarige patiente had in het verleden vele herseninfarcten doorgemaakt. Ook leed zij al jaren aan de chronische longaandoening COPD. Patiënte had reeds meermalen aangegeven dat de grens voor haar was bereikt. Daarom had ze om euthanasie verzocht. Ze had het verzoek schriftelijk in een notariële verklaring vastgelegd.*

<sup>15</sup> Zie ook E. Hendriksen, Euthanasie bij comapatiënten. Consensus over hoe te handelen ontbreekt nog. In: Medisch Contact, 26 december 2003, nr. 52, pag. 2050.

*Uiteindelijk kreeg patiënte een groot herseninfarct waardoor ze comateus werd. Tijdens de uitvoering van de euthanasie was patiënt niet bij bewustzijn. De commissie vroeg zich in deze zaak af of er sprake kon zijn van ondraaglijk lijden nu patiënte niet meer bij bewustzijn was. Ook de vraag of er wel sprake kon zijn van een uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek kwam aan de orde. Uit de stukken was bovendien gebleken dat de arts wel een andere arts had geraadpleegd, maar dat deze arts patiënte niet had bezocht vanwege het feit dat zij comateus was. Had de arts een consulent niet in een eerder stadium kunnen raadplegen? De commissie vroeg de arts schriftelijk om een toelichting. De arts antwoordde dat patiëntes situatie plotseling snel verslechterde. Zij was reeds enige dagen stervende. De gestoorde ademhaling van patiënte veranderde van een Cheyne-Stokes ademhaling in een gasping ademhaling, waardoor ze hevig benauwd raakte. Wat betreft het verzoek had patiënte de arts al vóór zij in coma raakte om euthanasie verzocht ingeval zich een ernstige ziekte zou manifesteren of zij in coma zou raken. Aanvankelijk dachten arts en familie, dat – gezien de toestand waarin patiënte verkeerde – een natuurlijke dood snel zou intreden. Echter, toen zij na enige dagen nog in leven en zichtbaar benauwd was, besloot de arts in overleg met de familie om alsnog over te gaan tot uitvoering van de euthanasie. Op de vraag of de consulent niet eerder had kunnen worden ingeschakeld, antwoordde de arts, dat er pas behoefte was aan een consulent op het moment dat patiënte in coma verkeerde. Daarvóór was het verzoek van patiënte niet actueel geweest. De commissie overwoog in deze zaak onder meer, dat in het algemeen wordt aangenomen dat er bij een patiënt in coma geen sprake kan zijn van een ondraaglijk lijden. In de onderhavige zaak was patiënte, ondanks haar comateuze toestand, ernstig benauwd en was duidelijk dat zij als gevolg daarvan leed. Op grond hiervan meende de commissie dat de arts tot de overtuiging had kunnen komen dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed. Ook het feit dat patiënte in een schriftelijke verklaring (in dit geval een notariële akte) en mondeling tegenover de arts had aangegeven dat er voor haar sprake was van ondraaglijk lijden indien zij in een coma zou verkeeren, droeg hieraan bij. Ten aanzien van de consultatie overwoog de commissie dat de zeer bijzondere omstandigheden ertoe leidden dat een persoonlijke visitatie van de consulent niet zinvol meer was en dat desondanks aan het vereiste van de consultatie was voldaan. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

### c. Voorlichting aan de patiënt

De commissies beoordelen voorts of en op welke wijze de arts de patiënt heeft voorlicht over zijn ziekte en vooruitzichten. Deze voorlichting aan de patiënt is als zorgvuldigheidseis – in tegenstelling tot de eerdergenoemde regeling – nadrukkelijk opgenomen in de WTL (artikel 2, eerste lid, sub c, WTL). Voor een weloverwogen verzoek is het van belang dat de patiënt een volledig inzicht had in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. De arts dient erop toe te zien dat de patiënt volledig over deze zaken is geïnformeerd. Bij onduidelijkheden worden hierover door de commissies vragen gesteld.

### d. Geen redelijke andere oplossing

De arts dient voorts met de patiënt te bespreken welke behandelalternatieven nog ter beschikking staan om het lijden te verlichten (artikel 2, eerste lid, sub d, WTL). Enerzijds drukt deze zorgvuldigheidseis uit dat het besluitvormingsproces een zaak is van arts en patiënt samen. Anderzijds dat duidelijk moet zijn dat er voor de patiënt geen andere uitweg meer is en dat euthanasie als enige oplossing is overgebleven<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Zie ook memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Kamerstukken II 1998-1999, 26 691, nr. 3. Het gezamenlijke aandeel van arts en patiënt in het besluitvormingsproces laat echter onverlet dat de uitvoering van de euthanasie of verlening van hulp bij zelfdoding een zelfstandige beslissing is van de arts en diens uitsluitende verantwoordelijkheid.

Specifiek aandachtspunt hierbij is goede palliatieve zorg. Voorop staan immers de zorg voor en behandeling van de patiënt en het beperken en zo mogelijk wegnemen van het lijden. Het betekent echter niet dat ook iedere palliatieve behandeling moet worden geprobeerd. Er kan op goede gronden worden afgezien van een behandeling. Sommige palliatieve behandelingen hebben bijwerkingen die voor de patiënt moeilijk te verdragen zijn. Het komt bijvoorbeeld voor dat een patiënt geen (verdere) ophoging van de dosis morfine wil vanwege de kans op sufheid of zelfs verlies van bewustzijn. Palliatieve behandelingen met radiotherapie geven soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet (meer) opweegt tegen de nadelen ervan. In andere gevallen is het vervoer naar de plaats van behandeling voor de patiënt te belastend. Als een patiënt een palliatieve behandeling om dergelijke redenen weigert, kan dat redelijk zijn. Een dergelijke weigering hoeft inwilliging van het euthanasieverzoek dan ook niet in de weg te staan<sup>17</sup>. Soms weigert een patiënt echter een op het eerste gezicht weinig ingrijpende palliatieve behandeling. Het kan dan gaan om een 'redelijke andere oplossing'. Van de arts wordt in zo'n geval verwacht hierover met patiënt te spreken. De commissies achten het van belang dat er door de verslaglegging inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de arts toelicht waarom eventuele andere oplossingen voor de patiënt onredelijk waren.

### e. Onafhankelijke consultatie

Niet alleen de arts zelf, maar ook een tweede onafhankelijke arts, dient de patiënt te zien en schriftelijk zijn oordeel te geven over de wettelijke zorgvuldigheidseisen (artikel 2, eerste lid, onder e, WTL). Deze consulent moet derhalve zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt inclusief de vraag of er nog alternatieven waren om dat lijden te verlichten, alsmede over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Dit betekent dat de arts onafhankelijk moet zijn ten opzichte van de patiënt, hetgeen inhoudt dat hij geen medebehandelaar of familie mag zijn, maar ook dat hij in beginsel niet bekend mag zijn met de patiënt in het kader van waarneming. Daarnaast moet de consulent onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts die de euthanasie verricht of de hulp bij zelfdoding verleent. Dit houdt in dat er in beginsel geen familieband of ondergeschikte relatie mag zijn tussen de arts en de consulent of dat beiden in dezelfde maatschap zitten. In artikel 9 van de richtlijnen hebben de commissies vastgelegd op welke wijze wordt omgegaan met twijfels omtrent de onafhankelijkheid van de consulent. In de onderstaande casus is deze werkwijze gevolgd.

#### casus 9

*Een patiënt van 77 jaar leed aan een gemetastaseerd coloncarcinoom, waarvoor hij werd geopereerd en behandeld met chemotherapie. Later ontwikkelde zich een pleuritis carcinomatosa, waarvoor hij een pleurodese onderging. Er bleek geen genezing meer mogelijk. De toenemende pijn (ondanks adequate medicatie) en benauwdheid waren voor patiënt dermate ondraaglijk dat hij zijn arts meerdere malen om euthanasie verzocht.*

*Aan een arts die patiënt – zoals achteraf bleek – kende, werd gevraagd of hij als consulent wilde optreden. Tien jaar eerder was hij de huisarts van patiënt geweest, toen zij beiden nog in een andere woonplaats woonden. De commissie heeft hierover bij de arts en de consulent nadere informatie ingewonnen om na te gaan of hij voldoende onafhankelijk stond tegenover de patiënt. Toen duidelijk werd dat de consulent patiënt en zijn gezin in de tussenliggende tien jaar niet meer had gezien en evenmin contact met hen had onderhouden, concludeerde de commissie dat de*

<sup>17</sup> Zie ook G.A.M. Widdershoven, De werkwijze en de ervaringen van de toetsingscommissies. In: J. Legemaate en R.J.M. Dillmann (red.), Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, pag. 51-52.

*consultatie overeenkomstig de wettelijke vereisten was verricht. De commissie was van oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

### Verslaglegging door de consulent

In de WTL is opgenomen dat de consulent de patiënt zelf moet zien en zijn bevindingen schriftelijk moet vastleggen. Het niet voldoen aan de consultatie leidt er immers toe dat de arts die de euthanasie heeft verricht niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De uitvoerende arts doet er dus goed aan zich ervan te vergewissen dat de consultatie op de juiste wijze wordt uitgevoerd en schriftelijk wordt vastgelegd. Een uitvoerig en goed gedocumenteerd verslag van de consulent ondersteunt bovendien de euthanasiemelding en helpt de commissie bij een juiste oordeelsvorming.

In het afgelopen verslagjaar zijn de commissies een aantal malen geconfronteerd met meldingen waarin niet was voldaan aan het consultatievereiste en waarbij de toetsende commissie derhalve tot het oordeel kwam dat de arts niet overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld. De onderstaande casuïstiek geeft daarvan voorbeelden.

#### casus 10

*Bij patiënte, een vrouw van 81 jaar, werd tijdens een opname in het ziekenhuis een ovariumcarcinoom vastgesteld. Een operatie of chemotherapie was gezien haar leeftijd en haar slechte lichamelijke conditie geen redelijke optie meer. Het lijden van patiënte werd bepaald door het feit dat zij snel aftakelde en veel pijn had. Patiënte had twee dochters verloren als gevolg van een mammacarcinoom die, in haar ogen, een verschrikkelijk einde hadden doorgemaakt. Patiënte gaf te kennen niet op eenzelfde onaangename manier te willen sterven. Patiënte verzocht de arts begin april 2003 voor het eerst concreet om euthanasie. Vijf dagen later ging de arts over tot uitvoering ervan. Bij de stukken die de commissie ontving bevond zich een schriftelijk ongedateerd verslag van de consulent. In zijn modelverslag gaf de arts aan niet te weten wanneer de consulent patiënt had gezien. Om een goed beeld te krijgen van de toedracht rondom de levensbeëindiging nodigde de commissie de arts uit voor een mondelinge toelichting. De arts vertelde dat patiënte bij opname een grote tumormassa in de buik bleek te hebben. Genezing was niet meer mogelijk. Het lijden van patiënte werd volgens de arts bepaald door het feit dat zij snel aftakelde terwijl er geen mogelijkheden meer waren om haar lijden te verlichten. Op donderdag heeft de arts uitgebreid met patiënte en haar echtgenoot over euthanasie gesproken. Patiënte deed de arts daarbij een concreet verzoek tot levensbeëindiging. In het weekend bezocht de arts haar nog in het ziekenhuis. Patiënte bevestigde toen opnieuw haar wens tot levensbeëindiging. Toen de arts patiënte na het weekend zag, was haar toestand sterk achteruitgegaan. Zij had veel pijn ondanks de toediening van morfine per pomp. Patiënte vroeg de arts weer om euthanasie. De arts heeft patiënte toen verteld dat de euthanasieprocedure vereiste dat er een tweede arts bij haar langs zou komen. De arts heeft hierop telefonisch contact opgenomen met een collega-internist met de vraag of deze akkoord kon gaan met de euthanasie. Voorzover nodig heeft de arts de medische gegevens met de consulent doorgenomen. De consulent had patiënte nooit behandeld maar kende het dossier van patiënte, omdat zij op zijn afdeling door collega's in consult was gezien. Volgens de arts ging de consulent al tijdens het telefoongesprek akkoord met de euthanasie. De arts heeft de consulent naar zijn zeggen gevraagd bij patiënte langs te gaan. Toen de arts 's middags om drie uur bij patiënte kwam voor de uitvoering van de euthanasie bleek de consulent patiënte nog niet te hebben gezien. De arts is desalniettemin overgegaan tot uitvoering ervan. Op de vraag van de commissie of de situatie van patiënte, op het moment van de uitvoering van de euthanasie, dermate spoedeisend was dat hij niet meer kon wachten, antwoordde de arts dat hij theoretisch nog wel een dag had kun-*

nen wachten. De arts voelde zich niet onder druk gezet door patiënte of haar familie. Tijdens het weekend had hij voor zichzelf de beslissing genomen te zullen ingaan op het verzoek van patiënte. Toen patiënte na het weekend persisteerde in haar euthanasiewens vond de arts deze zo reëel en invoelbaar dat hij daaraan gevolg wilde geven.

De commissie was van oordeel dat er niet was voldaan aan het consultatievereiste en dat de arts derhalve niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Zowel het College van procureurs-generaal als de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelden een onderzoek in. De Inspectie voerde met de arts een gesprek en nam maatregelen om herhaling in de toekomst te voorkomen. Het College besloot tot een voorwaardelijk sepot met als voorwaarde dat de arts zich in de toekomst niet opnieuw schuldig zou maken aan onzorgvuldig handelen in zaken van levensbeëindiging op verzoek.

### casus 11

Een 85-jarige patiënt had sinds de zomer van 2003 een gemetastaseerd carcinoom van de epiglottis (strotklepje). Genezing was niet meer mogelijk. De levensverwachting van patiënt was hooguit een maand. De behandeling bestond uit het toedienen van medicatie, waaronder Dexamethason. Hierdoor voelde patiënt zich in eerste instantie beter, maar hij was nog wel erg moe en benauwd. Hij kreeg toenemende pijn in de bovenbuik en middenrif. Meteen nadat de slechte prognose bekend werd verzocht patiënt om euthanasie en herhaalde dat verzoek meerdere malen. Medio juli 2003 bezocht de consulent patiënt en kwam tot de conclusie dat er sprake was van een uitzichtloze situatie, maar nog niet van ondraaglijk lijden. Patiënt was nog enigszins mobiel en de pijn was met medicatie redelijk onder controle. Toen de consulent (een SCEN-arts) patiënt begin augustus 2003 opnieuw bezocht, was de situatie aanzienlijk verslechterd. Patiënt had meer pijn, kon niet meer eten en zijn maagsonde functioneerde niet goed. Patiënt had graag nog enkele dagen willen wachten om zijn huwelijksdag mee te kunnen maken, maar de pijn was voor hem zo ondraaglijk, dat de uitvoering van de euthanasie reeds de dag na de tweede consultatie plaatsvond.

Uit de meldingsgegevens bleek dat de arts die de euthanasie had uitgevoerd dezelfde was als de consulent die patiënt medio juli en begin augustus 2003 had bezocht. Dit was voor de commissie aanleiding om de arts een nadere (mondelijke) toelichting te vragen. Uit het gesprek met de arts werd duidelijk dat de huisarts van patiënt de dag na de consultatie medio juli met vakantie ging en dat de vaste waarnemer om geloofsredenen niet bereid was mee te werken aan euthanasie. De huisarts vroeg hierop aan de arts of deze bereid was eventueel de euthanasie uit te voeren indien de situatie van patiënt tijdens zijn vakantie zou verslechteren. De arts stemde hiermee in. In de loop van juli 2003 had hij nog een keer contact met patiënt over de door hem voorgestelde verhoging van de dosering Dexamethason, die bleek aan te slaan. Begin augustus 2003 bezocht de arts patiënt na een alarmerend telefoontje van de zoon van patiënt, waaruit bleek dat de situatie verslechterde. De arts stelde bij dit bezoek vast dat patiënt ondraaglijk leed en patiënt zelf gaf nadrukkelijk aan dat het voor hem genoeg was en dat hij niet meer verder wilde leven, waarop de arts de dag erna de euthanasie uitvoerde.

Voor de commissie was van belang, hoewel ze niet twijfelde aan de goede bedoelingen van de arts, dat in deze zaak geen onafhankelijke consultatie had plaatsgevonden, nu de arts eerst als consulent was opgetreden en daarna als uitvoerder van de euthanasie, zonder daarbij een andere onafhankelijke consulent te raadplegen. Ook werd volgens de commissie niet aannemelijk dat er sprake was van een zodanige noodtoestand dat het niet meer mogelijk was om een consulent te raadplegen, zodat moest worden geconcludeerd dat de consultatie niet conform de vereisten was verricht. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Zowel het College van procureurs-generaal als de Inspectie voor de gezondheidszorg stelden een onderzoek in. De Inspectie voerde een gesprek met de arts. Ze onderschreef het oordeel van de commissie, maar besloot af te zien van (tuchtrechtelijke) maatregelen omdat de kans op herhaling klein werd geacht. Het College was met de commissie van mening dat de arts niet zorgvuldig had gehandeld maar besloot, mede op basis van de uitkomsten uit het gesprek dat de Inspectie met de arts voerde, om niet over te gaan tot strafvervolgning.

### Achterwege blijven van de consultatie

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

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

### casus 12

*Bij patiënte, een vrouw van 39 jaar, werd in 1999 een mammacarcinoom van de linkerborst vastgesteld, waarvoor zij werd geopereerd. In 2002 werden er uitzaaiingen in het borstbeen, de ribben, de wervelkolom, het bekken en de lever vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. Er werd een palliatief beleid gevoerd. Begin februari 2003 vroeg patiënte de arts voor het eerst concreet om euthanasie. Ze was toen reeds cachectisch<sup>18</sup>, had decubitus en veel pijn in de buik ondanks hoge doses pijnmedicatie. Eind februari 2003 bezocht een consulent patiënte. Deze vond het lijden nog niet ondraaglijk, omdat patiënte de pijn met medicatie nog redelijk verdroeg. De consulent geeft daarbij wel aan dat, zodra patiënte zou aangeven dat het lijden voor haar ondraaglijk geworden was, er aan alle zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan. Medio maart 2003 ging de arts over tot uitvoering van de levensbeëindiging. Uit het modelverslag van de arts kon de commissie niet opmaken wat er veranderd was in de toestand van patiënte tussen het bezoek van de consulent eind februari en de uitvoering van de euthanasie medio maart. De commissie heeft de arts hierover om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd.*

*De arts gaf in zijn toelichting aan dat de algemene toestand van patiënte ernstig achteruitgegaan was. Zij had aanhoudende buikpijn vanwege een vergrote lever (die zeker achtmaal zo groot was als normaal). Als gevolg daarvan was patiënte misselijk, moest zij overgeven en had zij hevige buikpijn. Ook had zij een permanent gevoel van algehele malaise. De medicatie schoot hierbij tekort en andere mogelijkheden waren niet meer aanwezig. Toen patiënte ook niet meer in staat was om te eten, wilde zij niet verder leven. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk en dat was voor de arts invoelbaar. Op verzoek van patiënte is de arts toen overgegaan tot uitvoering van de levensbeëindiging. Met deze extra informatie kreeg de commissie een goed*

<sup>18</sup> Een slechte lichamelijke toestand met vermagering en verval van krachten als gevolg van ondervoeding of ziekte.

*beeld van de situatie. Hoewel een tweede bezoek van de consulent wenselijk was geweest, kwam de commissie mede op basis van de extra informatie van de arts tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.*

### Hoedanigheid van de consulent

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

### f. Medisch zorgvuldige uitvoering

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

De levensbeëindiging wordt verricht door een actieve handeling van de arts die de euthanatica – meestal intraveneus – aan de patiënt toedient. Om een coma te induceren wordt meestal intraveneus thiopental toegediend, gevolgd door een spierverlapper (bijvoorbeeld pancuronium, atracurium, rocuronium of vecuronium). In een aantal gevallen kiest de patiënt ervoor om zelf de middelen in te nemen. Er is dan (juridisch) sprake van hulp bij zelfdoding. In dat geval drinkt de patiënt zelf een drank bestaande uit een barbituraat<sup>19</sup>. Hoewel de arts niet zelf de middelen toedient – slechts verstrekt – dient hij wel bij de inname aanwezig te blijven. Hij mag de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Het is gebleken – en onderstaande casuïstiek geeft dat weer – dat sommige artsen niet goed op de hoogte zijn van het feit dat het verlenen van hulp bij zelfdoding vereist dat de betrokken arts in de directe nabijheid bij de patiënt blijft tijdens het innemen van de drank. Het kan immers voorkomen dat een patiënt de drank weer uitbraakt, waarna alsnog actief door de arts moet worden ingegrepen. Het zonder medisch toezicht achterlaten van deze gevaarlijke middelen kan bovendien gevaar opleveren voor anderen dan de patiënt.

### casus 13

*Een 84-jarige patiënte leed sinds enige jaren aan een zeer ernstige visus- en gehoorstoornis, waarvoor geen behandelmogelijkheden meer waren. Daarnaast had ze diverse fracturen. Als gevolg van deze aandoeningen was patiënte vereenzaamd. Zij werd behandeld met fysiotherapie en anti-depressiva. Sinds begin 2001 verzocht patiënte om euthanasie. Daarna uitte ze haar euthanasiewens herhaaldelijk tegenover de arts en familie. De consulent (een SCEN-arts) die patiënte in februari 2002 bezocht stelde vast dat er geen sprake was van een chronische depressie, maar dat patiënte haar leven door de blindheid, de progressieve slechthorendheid en het verlies van zelfstandigheid als ondraaglijk ervoer. Hoewel de consulent er in februari al van overtuigd was dat het lijden ondraaglijk en uitzichtloos was en dat het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen was, besloot hij de zaak voor te leggen aan de SCEN-intervisiegroep. De intervisiegroep was ook van mening dat in februari*

<sup>19</sup> Meestal een 100 milliliter drank met 9 gram pentobarbitalnatrium of secobarbitalnatrium.

2002 was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, maar dat extra zorgvuldigheid door een langere bezinningstijd wenselijk was. Deze tijd werd genomen en eind september 2003 werd de hulp bij zelfdoding verleend doordat patiënte een drank innam met 9 gram pentobarbital.

Gelet op het ziekteverloop, de prognose en het lijden van patiënte, vroeg de commissie de arts een nadere schriftelijke en mondelinge toelichting. Hierbij bleek dat de arts de euthanatica en het anti-braakmiddel aan patiënte had overhandigd met een duidelijke instructie, maar dat hij niet zelf bij de inname aanwezig was geweest. Uit de toelichting van de arts kwam naar voren dat patiënte bij herhaling had aangegeven dat zij alleen wilde zijn op het moment dat zij de euthanatica innam. Ook haar kinderen waren er niet bij aanwezig. Er werd daarom afgesproken dat de arts telefonisch bereikbaar zou blijven en dat de zoon van patiënte hem naderhand op de hoogte zou stellen van het overlijden van patiënte. Dit gebeurde zo. De arts bezocht patiënte, stelde haar dood vast en schakelde de lijkschouwer in. Pas bij het invullen van het modelverslag realiseerde hij zich dat hij aanwezig had moeten zijn tijdens de inname van de euthanatica. Hij gaf te kennen dat hij geen ervaring had met het verlenen van hulp bij zelfdoding.

Ten aanzien van de uitvoering was de commissie van mening dat de arts niet conform de medisch-professionele standaard had gehandeld door het achterlaten van de euthanatica bij patiënte. De arts had zich onvoldoende rekenschap gegeven van de gevaren die konden optreden indien patiënte – die notabene blind was en bijna doof – zich had verslikt in het middel of er een andere onverwachte complicatie was opgetreden. De arts had op de hoogte moeten zijn van het moment waarop patiënte de drank innam en op dat moment bij patiënte, althans dicht in haar buurt, moeten zijn. De commissie was van oordeel dat de levensbeëindiging medisch onzorgvuldig was uitgevoerd en dat de arts niet overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Zowel het College van procureurs-generaal als de Inspectie voor de gezondheidszorg stelden een onderzoek in. De Inspectie voerde een gesprek met de arts. Ze onderschreef het oordeel van de commissie maar nam geen ambts-halve maatregelen omdat de kans op herhaling klein werd geacht. Het College besloot na een gesprek met de arts om niet tot strafvervolgning over te gaan.

#### casus 14

Bij een 78-jarige patiënt werd een melanoom in zijn linkeroog geconstateerd. Drie jaar later werden eveneens long-, bot- en hersenmetastasen vastgesteld. Genezing bleek niet meer mogelijk. Patiënt was een gepensioneerd internist en wees op grond van zijn eigen professionele kennis en ervaring chemotherapie af. Wel onderging hij palliatief bestraling en kreeg hij morfine en Dexamethason. Desondanks hield patiënt pijn, misselijkheid met braken en werd hij toenemend bedlegerig en afhankelijk. Ook bestond de reële angst voor een dwarslaesie. Patiënt had zijn arts bij herhaling om hulp bij zelfdoding verzocht. De consulent die patiënt bezocht concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De dag voor het overlijden overhandigde de arts het euthanaticum aan patiënt met de afspraak dat het euthanaticum de volgende dag aan het eind van de middag of begin van de avond door patiënt zou worden ingenomen. De arts zou 's avonds laat langs komen om ofwel de dood vast te stellen ofwel alsnog het leven van patiënt met behulp van intraveneuze toediening van een euthanaticum te beëindigen. De arts was die dag en avond onafgebroken op zijn mobiele telefoon bereikbaar. De lijkschouwer werd alvast op de hoogte gebracht van het te verwachten overlijden. De commissie was van mening dat de wijze waarop de hulp bij zelfdoding werd uitgevoerd niet voldeed aan de eisen die de medische beroepsgroep daaraan stelt en concludeerde dat de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig was uitgevoerd. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld en bracht dit oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Het College besloot de zaak

te seponeren. De Inspectie voerde met de betrokken arts een gesprek over de gang van zaken.

## 4. Verslaglegging

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

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

De commissies hebben gemerkt dat in het afgelopen jaar de verslaglegging door artsen in het algemeen weer is verbeterd. Door voorlichting en feedback van de commissies zijn artsen steeds beter op de hoogte van de wijze waarop de verslaglegging dient plaats te vinden. Toch komt het nog voor dat de vragen in het modelverslag zeer summier beantwoord worden. Dan zien commissies zich vaak genoodzaakt tot het vragen van nadere informatie aan de meldend arts. Soms treffen de commissies nog een oud modelverslag aan. De vragen in deze oude modelverslagen zijn niet aan de WTL aangepast, zodat essentiële informatie ontbreekt. Ook in deze gevallen wordt de arts vaak geconfronteerd met een verzoek om nadere informatie.

Ook de consulent legt zijn bevindingen in een verslag vast. In deze verslaglegging moet de consulent een eigen oordeel met betrekking tot alle zorgvuldigheidseisen formuleren en onderbouwen. De consulent dient zelf overtuigd te zijn van het vrijwillig en weloverwogen verzoek en van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt. Daarnaast dient hij in te gaan op zijn relatie tot de patiënt en de meldend arts. De commissies stellen vast dat sommige consultatieverslagen nog zeer summier zijn, met name de consultatieverslagen uit de ziekenhuizen. Bij een zeer summier verslaglegging werd de consulent veelal verzocht (in de toekomst) een uitgebreider verslag op te stellen.

## 5. Project SCEN

Het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) – inmiddels in heel Nederland actief – leidt artsen op tot consulent bij euthanasie. Tot op heden werden vrijwel alleen huisartsen opgeleid. In deze cursussen worden alle elementen van de consultatie uitvoerig belicht, zowel wat de medische, ethische als de juridische aspecten betreft. Ook een arts van de commissie en de secretaris leveren door middel van een voordracht een bijdrage aan de cursus. Het is de commissies in dit verslagjaar opnieuw gebleken dat zowel de consultatie als de verslaglegging door dit project aan kwaliteit winnen.

De commissies hebben het betreurd dat eind 2003 het voortbestaan van het project SCEN ter discussie stond vanwege een impasse die was ontstaan tussen het Ministerie van VWS en de KNMG over het verkrijgen van subsidie voor het project en de hoogte van het honorarium van een SCEN-consulent.<sup>20</sup>

De commissies hebben gemerkt dat de kwaliteit van de consultatieverslagen sterk is toegenomen sinds de invoering en uitbreiding van SCEN. De verslaglegging door medisch specialisten zou echter nog verbeterd kunnen worden. De commissies hechten daarom grote waarde aan continuering van het SCEN-project en eveneens aan de uitbreiding naar de ziekenhuizen, omdat het een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van het zorgvuldig handelen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding.

<sup>20</sup> Bij het verschijnen van dit jaarverslag is bekend dat de SCEN-voorziening gecontinueerd wordt, inclusief de uitbreiding naar de ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Bijlage I

Overzicht per regio

Overzicht 1 januari 2003 tot en met 31 december 2003

## Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 210 meldingen.

## Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 186 gevallen was er sprake van euthanasie, in 20 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen betrof het een combinatie van beide.

## Artsen

De meldend arts was in 193 gevallen een huisarts, in 11 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 6 gevallen een verpleeghuisarts.

## Aandoeningen

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

kanker	197
hart- en vaataandoeningen	1
aandoeningen van het zenuwstelsel	4
longaandoeningen, anders dan kanker	1
aids	1
overige aandoeningen	6

## Instelling

De levensbeëindiging vond in 184 gevallen thuis plaats, in 12 gevallen in een ziekenhuis, in 6 gevallen in een verpleeghuis, in 6 gevallen in een verzorgingshuis en in 2 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

## Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen. De commissie kwam 15 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 21 dagen.



Overzicht 1 januari 2003 tot en met 31 december 2003

## Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 405 meldingen.

## Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 373 gevallen was er sprake van euthanasie, in 23 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen betrof het een combinatie van beide.

## Artsen

De meldend arts was in 362 gevallen een huisarts, in 35 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

## Aandoeningen

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

kanker	351
hart- en vaataandoeningen	2
aandoeningen van het zenuwstelsel	32
longaandoeningen, anders dan kanker	10
aids	0
overige aandoeningen	10

## Instelling

De levensbeëindiging vond in 353 gevallen thuis plaats, in 32 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 6 gevallen in een verzorgingshuis en in 6 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

## Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in twee gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld<sup>1</sup>.

## Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 35 dagen.

<sup>1</sup> In het vorige jaarverslag 2002 is abusievelijk vermeld dat de commissie in twee gevallen tot het oordeel kwam dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dit moet zijn één geval. Het andere geval betrof een zaak van de commissie voor de regio Noord-Brabant en Limburg (zie ook noot 2, blz. 36).

Overzicht 1 januari 2003 tot en met 31 december 2003

## Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 524 meldingen.

## Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 434 gevallen was er sprake van euthanasie, in 74 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 16 gevallen was er sprake van een combinatie.

## Artsen

De meldend arts was in 428 gevallen een huisarts, in 82 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 14 gevallen een verpleeghuisarts.

## Aandoeningen

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

kanker	447
hart- en vaataandoeningen	10
aandoeningen van het zenuwstelsel	9
longaandoeningen, anders dan kanker	13
aids	2
overige aandoeningen	43

## Instelling

De levensbeëindiging vond in 398 gevallen thuis plaats, in 78 gevallen in een ziekenhuis, in 17 gevallen in een verpleeghuis, in 15 gevallen in een verzorgingshuis en in 16 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

## Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## Duur beoordeling

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

Overzicht 1 januari 2003 tot en met 31 december 2003

## Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 382 meldingen.

## Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 354 gevallen was er sprake van euthanasie, in 19 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

## Artsen

De meldend arts was in 331 gevallen een huisarts, in 39 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 12 gevallen een verpleeghuisarts.

## Aandoeningen

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

kanker	344
hart- en vaataandoeningen	4
aandoeningen van het zenuwstelsel	15
longaandoeningen, anders dan kanker	4
aids	0
overige aandoeningen	15

## Instelling

De levensbeëindiging vond in 306 gevallen thuis plaats, in 37 gevallen in een ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 12 gevallen in een verzorgingshuis en in 14 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

## Bevoegdheid en eindoordeel

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

## Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 31 dagen.

Overzicht 1 januari 2003 en met 31 december 2003

## Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 294 meldingen.

## Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 279 gevallen was er sprake van euthanasie, in 12 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

## Artsen

De meldend arts was in 244 gevallen een huisarts, in 47 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 3 gevallen een verpleeghuisarts.

## Aandoeningen

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

kanker	266
hart- en vaataandoeningen	2
aandoeningen van het zenuwstelsel	15
longaandoeningen, anders dan kanker	6
aids	0
overige aandoeningen	5

## Instelling

De levensbeëindiging vond in 236 gevallen thuis plaats, in 48 gevallen in het ziekenhuis, in 3 gevallen in een verpleeghuis, in 2 gevallen in een verzorgingstehuis en in 5 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

## Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld<sup>2</sup>.

## Duur beoordeling

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

<sup>2</sup> In het vorige verslagjaar 2002 oordeelde de commissie in één geval dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In het jaarverslag 2002 is deze zaak abusievelijk vermeld bij de commissie voor de regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland (zie ook noot 1, blz. 33).

*Bijlage II*

*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek  
en hulp bij zelfdoding*

**Staatsblad 2001, nr. 194**

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

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

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

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

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

## Hoofdstuk I. Begripsomschrijvingen

### Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

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

## Hoofdstuk II. Zorgvuldigheidseisen

### Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
  - a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
  - b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
  - c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,

<sup>1</sup> Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal: Kamerstukken II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Handelingen II 2000/2001, blz. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Kamerstukken I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (herdr.), 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Handelingen I 2000/2001, zie vergadering d.d. 10 april 2001.

- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
  - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
  - f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.
2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
  3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
  4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

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

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

##### Artikel 3

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

##### Artikel 4

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

## Paragraaf 2. Ontslag

### Artikel 5

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

### Artikel 6

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

## Paragraaf 3. Bezoldiging

### Artikel 7

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

## Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

### Artikel 8

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

### Artikel 9

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

### Artikel 10

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

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

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

## Paragraaf 6. Werkwijze

### Artikel 11

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

### Artikel 12

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

### Artikel 13

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

## Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

### Artikel 14

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

### Artikel 15

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

### Artikel 16

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

## Paragraaf 8. Rapportage

### Artikel 17

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

### Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de com-

missies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

#### **Artikel 19**

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

### *Hoofdstuk IV. Wijzigingen in andere wetten*

#### **Artikel 20**

Het Wetboek van Strafrecht<sup>2</sup> wordt als volgt gewijzigd.

#### **A**

Artikel 293 komt te luiden:

#### **Artikel 293**

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

#### **B**

Artikel 294 komt te luiden:

#### **Artikel 294**

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

#### **C**

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

#### **D**

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

<sup>2</sup> Laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 70.

## Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging<sup>3</sup> wordt als volgt gewijzigd.

### A

Artikel 7 komt te luiden:

#### Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

### B

Artikel 9 komt te luiden:

#### Artikel 9

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

### C

Artikel 10 komt te luiden:

#### Artikel 10

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

<sup>3</sup> Stb. 1991, 133, laatstelijk gewijzigd bij wet van 1 juli 1998, Stb. 466.

**D**

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

**E**

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

**Artikel 22**

De Algemene wet bestuursrecht<sup>4</sup> wordt als volgt gewijzigd. In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende: e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

## Hoofdstuk V. Slotbepalingen

**Artikel 23**

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

**Artikel 24**

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

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

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001  
Beatrix

De Minister van Justitie,  
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,  
A.H. Korthals

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

Bijlage III

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

## Staatsblad 2002, nr. 141

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

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

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

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

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

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

## Hoofdstuk I. Begripsomschrijvingen

### Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

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

## Hoofdstuk II. Commissies

### Artikel 2

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

### Artikel 3

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

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

### Artikel 4

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

- met betrekking tot de voorlichtingsactiviteiten;
- c. het vertegenwoordigen van de voorzitters;
- d. het geven van aanwijzingen aan de algemeen secretaris, bedoeld in artikel 6, eerste lid.

#### **Artikel 5**

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

#### **Artikel 6**

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

#### **Artikel 7**

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

#### **Artikel II**

De Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie wordt ingetrokken.

#### **Artikel III**

Dit besluit treedt in werking op het tijdstip waarop de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking treedt.  
Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 6 maart 2002

Beatrix

De Minister van Justitie,  
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de negentiende maart 2002

De Minister van Justitie,  
A.H. Korthals



*Bijlage IV*

*Richtlijnen betreffende de werkwijze van de  
Regionale toetsingscommissies euthanasie*

*(vastgesteld op 18 juni 2003)*

## I. Inleiding

In artikel 19, tweede lid, onder b, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (wet) wordt bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de werkwijze en verslaglegging van de commissies. Dit is vastgelegd in het Besluit van 6 maart 2002, houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies, bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (besluit). Artikel 5 van dit besluit bepaalt dat de voorzitters richtlijnen vaststellen voor de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen en de daarbij te volgen procedure. In ieder geval worden regels gesteld omtrent:

- a. de wijze waarop de gemelde gevallen aan de zorgvuldigheidseisen worden getoetst;
- b. de gevallen waarin de behandelende arts in ieder geval wordt gehoord;
- c. de wijze waarop de inlichtingen bedoeld in artikel 8, tweede lid en derde lid, van de wet worden vastgelegd.

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

Met de onderhavige richtlijnen wordt aan deze bepalingen gevolg gegeven.

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

## II. Bevoegdheid commissie

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

### Artikel 1

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

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

### III. Samenstelling commissie

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

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

#### Artikel 2

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

### IV. Toetsen juiste persoon melder

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

#### Artikel 3

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

## V. Procedure behandeling van de melding en het oordeel

### Artikel 4

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

### Artikel 5

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

### Artikel 6

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

### Artikel 7

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

### Artikel 8

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

### Artikel 9

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

### Artikel 10

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

## VII. Voorlichting en kwaliteitsverbetering

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

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

### Artikel 11

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

### Artikel 12

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

### Artikel 13

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

## Colofon

### Uitgave

Regionale toetsingscommissies euthanasie

### Internetadres

[www.toetsingscommissieseuthanasie.nl](http://www.toetsingscommissieseuthanasie.nl)

### Bestellen

Het jaarverslag 2003 is te bestellen via

Postbus 51

Op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 21.00 uur.

Telefoon 0800-8051 (gratis)

Het jaarverslag is ook beschikbaar via

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

[www.justitie.nl](http://www.justitie.nl)

### Vormgeving

Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

Mei, 2004

DVC 04-0047

