

Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 1 9 9 8 / 99

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

Regio 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 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

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

Secretaris: mw. mr. C.A.M. Kienhuis

Regio Noord-Holland

Postbus 3186

2001 DD Haarlem

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

Secretaris: mw. mr. drs. W. Camstra

Regio Zuid-Holland en Zeeland

Postbus 1173

2280 CD Rijswijk

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

Secretaris: mw. mr. L.J. Molenaar

Regio Noord-Brabant en Limburg

Postbus 9013

6800 DR Arnhem

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

Secretaris: mw. mr. E.M. Suur



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 1 9 9 8 / 9 9

Inhoud



Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk I	
Instelling en werkwijze van de commissies	6
Hoofdstuk II	
Landelijk overzicht toetsingscommissies	8
Hoofdstuk III	
De toepassing van de zorgvuldigheidscriteria	10
I Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	10
II Het verzoek	12
III Consultatie	13
IV Uitvoering	15
Nabeschouwing	16

Bijlagen

I. Overzicht per regio	
A. Groningen, Friesland en Drenthe	18
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	20
C. Noord-Holland	22
D. Zuid-Holland en Zeeland	24
E. Noord-Brabant en Limburg	26
II. Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie	30
Toelichting	35

Voorwoord

In ons land valt levensbeëindigend handelen op verzoek door artsen thans nog onder de werking van het strafrecht. Sinds 1 november 1998 worden euthanasie en hulp bij zelfdoding getoetst door vijf regionale multidisciplinaire toetsingscommissies. Hun oordeel vormt een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie. Door de multidisciplinaire oordeelsvorming kan optimaal recht worden gedaan aan alle aspecten van het betreffende geval, waardoor de toetsing meer op de medische beroepsuitoefening is toegesneden.

Voor u ligt het eerste jaarverslag van vorenbedoelde toetsingscommissies (over de periode november 1998 tot en met december 1999).

De belangrijkste constatering is, dat in het kalenderjaar 1999 ruim 2200 euthanasiegevallen zijn gemeld en getoetst, waarbij in vrijwel alle gevallen het eindoordeel was dat door de artsen zorgvuldig was gehandeld. Dit betekent, dat in de gevallen dat euthanasie gemeld werd de artsen in Nederland zorgvuldig zijn omgegaan met het zoveel besproken en beladen onderwerp euthanasie.

Dat wil niet zeggen dat er geen opmerkingen zijn te maken. Het is niet realistisch te veronderstellen dat alle gevallen van euthanasie in 1999 zijn gemeld.

Met het huidige toetsingssysteem wordt getracht artsen te stimuleren verantwoording af te leggen over hun levensbeëindigend handelen en de kwaliteit van dit handelen te bevorderen. Door de toetsingscommissies wordt regelmatig – zowel juridisch, ethisch als medisch inhoudelijk – feedback gegeven aan artsen. Het effect hiervan hebben de toetsingscommissies al ervaren bij volgende meldingen.

Een bijkomende verbetering is, dat de toetsingsprocedure aan een termijn is gebonden, zodat artsen niet meer maandenlang in onzekerheid verkeren.

Maar uiteindelijk werkt dit systeem alleen, wanneer alle artsen bereid zijn zich toetsbaar op te stellen.

Arnhem, mei 2000

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

voorzitter landelijk overleg toetsingscommissies euthanasie

De regionale toetsingscommissies euthanasie hebben het eerste jaar van hun werkzaamheden afgesloten. Feitelijk gaat het om een periode van veertien maanden, omdat de commissies op 1 november 1998 met hun taak zijn begonnen. In het jaarverslag wordt, overigens alleen voorzover dit nodig of relevant is, onderscheid gemaakt tussen de maanden november en december 1998 en het jaar 1999.

De meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding bestaat, zij het in verschillende gedaanten, sinds 1 november 1990. Sedert het besluit van 17 december 1993 (Stb. 688), in werking getreden op 1 juni 1994, is de meldingsprocedure wettelijk verankerd in de Wet op de lijkbezorging.

De huidige meldingsprocedure is vervat in een algemene maatregel van bestuur, gebaseerd op artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging en in werking getreden op 1 november 1998. In tegenstelling tot de vorige regeling, heeft de thans geldende meldingsprocedure uitsluitend betrekking op euthanasie en hulp bij zelfdoding en niet op levensbeëindigend handelen niet-op-verzoek. Voor dit laatste wordt in een aparte regeling voorzien.

De meldingen volgens de huidige regeling worden getoetst door regionale toetsingscommissies, die bij Besluit van 27 mei 1998 (Stcrt. 1998, nr. 101) – eveneens in werking getreden op 1 november 1998 – zijn ingesteld. De commissies hebben tot taak alle gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek – euthanasie en hulp bij zelfdoding – in de desbetreffende regio te toetsen, met uitzondering van de volgende gevallen:

- euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een somatische aandoening, wiens vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest, bijvoorbeeld als gevolg van een depressie of een beginnende dementie
- euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt wiens lijden primair van psychische oorsprong is
- euthanasie en hulp bij zelfdoding bij een minderjarige patiënt.

Deze gevallen worden behandeld als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek en vallen vooralsnog onder de meldingsregeling van 1994, waarin wordt voorgeschreven dat zij door de gemeentelijke lijkschouwer worden gemeld aan de officier van Justitie.

De regeling tot instelling van de regionale toetsingscommissies euthanasie voorziet in de instelling van vijf toetsingscommissies, gevestigd te Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch. De commissies zijn gehuisvest ten kantore van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg.

De commissies bestaan uit drie leden, te weten een rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Voor elk lid is een plaatsvervanger benoemd van dezelfde discipline. Elke commissie heeft een secretaris die jurist is en in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft.

De commissies geven met betrekking tot alle gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in hun regio een gemotiveerd oordeel over het al dan niet zorgvuldig handelen van de arts, aan de hand van de in de regeling geformuleerde zorgvuldigheidseisen. Dit oordeel vormt een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie bij diens beslissing over het al dan niet instellen van een gerechtelijk vooronderzoek of vervolging. Voor een weergave van de procedure en de daarmee beoogde doelen – een vooral op de medische professie toegesneden toetsing en een redelijke afhandelingstermijn – zij verwezen naar de toelichting bij de meergenoemde regeling van 27 mei 1998 (Stcrt 1998, nr. 101).

Het jaarverslag heeft de volgende opbouw

In hoofdstuk I wordt aangegeven hoe de commissies in hun beginfase hebben gewerkt, waarbij met name wordt ingegaan op de werkwijze van de commissies bij de beoordeling van de haar voorgelegde zaken. Tevens wordt beschreven hoe aan diverse overlegstructuren is vormgegeven.

Hoofdstuk II bevat een cijfermatig overzicht van de meldingen uit de verslagperiode en de afhandeling hiervan door de commissies.

In hoofdstuk III wordt aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria het algemene beeld dat uit de dossiers naar voren komt beschreven, terwijl tevens wordt ingegaan op de discussiepunten die binnen de commissies zijn gerezen en op de afwegingen die zij hebben gemaakt bij het komen tot een oordeel.

Met een korte nabeschuiving wordt het jaarverslag afgesloten.

Hoofdstuk I

Instelling en werkwijze van de commissies

Op 1 november 1998 werd de huidige regeling van kracht voor het melden van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De secretarissen van de commissies zijn een maand voordat de regeling van kracht werd aangesteld en hebben de maand oktober gebruikt om zich inhoudelijk in de materie te verdiepen, contacten te leggen en de werkplaatsen in te richten. Tevens zijn er afspraken gemaakt voor de aanleg van dossiers en de archivering. Van meet af aan is duidelijk geweest dat uniformiteit van de werkwijze van groot belang was. In november 1998 is door het ministerie van VWS aan alle artsen een brochure toegezonden met een uitleg van de nieuwe regeling en tevens een exemplaar van het nieuwe meldingsformulier voor de arts. In de loop van 1998 is de samenstelling van de commissies gecompliceerd en op 9 februari 1999 vond de installatie van de commissies plaats in Den Haag door de minister van Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De aanvangstijd werd met name gedomineerd door logistieke problemen en het heeft enige tijd gekost voordat de commissies beschikten over de vereiste infrastructuur en voordat het voor alle betrokkenen (artsen, lijkschouwers, parketten) duidelijk was hoe de nieuwe regeling in elkaar stak.

De werkwijze van de commissies is als volgt:

De lijkschouwer zendt alle bescheiden (modelverslag arts, verslag consultatie, wilsverklaring, formulier ex art.10 Wet op de lijkbezorging en eventuele bijlagen) toe aan de commissie. De commissie verzendt binnen enkele dagen een ontvangstbevestiging aan de meldend arts. De secretaris van de commissie voert alle relevante gegevens van de melding in, in een speciaal voor de commissies ontwikkelde database en stelt vervolgens een concept-oordeel op. In dit concept-oordeel wordt een samenvatting van de melding gegeven aan de hand van de vier zorzuldigheidscriteria, waarna een oordeel wordt opgesteld over het handelen van de arts. De secretaris zendt kopieën van alle dossiers met het opgestelde concept-oordeel toe aan de commissieleden.

Gezien de gestelde termijn voor het afgeven van een oordeel (zes weken), vergaderen de commissies om de drie of de vier weken. Tijdens de vergadering worden alle zaken besproken, waarna het definitieve oordeel door de voorzitter wordt ondertekend. In sommige zaken wordt besloten nadere informatie in te winnen bij de arts, de consultant of de lijkschouwer en zo nodig wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. In deze zaken wordt alsdan van de mogelijkheid gebruik gemaakt de termijn met eenmaal zes weken te verlengen.

Het oordeel wordt verzonden aan het Openbaar Ministerie met een afschrift aan de Regionaal Inspecteur van de Gezondheidszorg en aan de meldend arts. Alle kopieën van de dossiers worden na de vergadering vernietigd. De secretaris draagt zorg voor archivering van de dossiers, die tien jaar bewaard worden.

De commissies hebben een overlegstructuur die deels is voorgeschreven binnen de regeling en deels op eigen initiatief is gestart. Hieronder volgt een opsomming van de structurele vormen van overleg:

- Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de werkwijze en het functioneren van de commissies (voorgeschreven binnen de regeling, ten minste twee maal per jaar).

- Overleg tussen de voorzitters en de secretarissen van de commissies (tweemaal in 1999). Dit overleg heeft als doel het waarborgen van de uniformiteit in de beoordeling van de commissies.
- Overleg tussen de secretarissen, het Openbaar Ministerie en de ministeries van Justitie en van VWS (driemaal in 1999). In dit overleg wordt op grote lijnen verslag gedaan van het functioneren van de commissies en komen allerlei praktische zaken aan de orde (logistiek, problemen rond de database, huisvesting, faciliteiten).

Overleg tussen de secretarissen van de toetsingscommissies vond om de twee maanden plaats. Dit is een afstemmingsoverleg tussen de secretarissen van de commissies, waarin tevens het voorzittersoverleg en het overleg met VWS en Justitie wordt voorbereid. Ook worden hier bijzondere zaken uitgewisseld, zodat de commissies op de hoogte blijven van elkaars oordelen.

Op 8 december 1999 heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met alle (plv.)leden van de vijf toetsingscommissies, waarin een aantal onderwerpen inhoudelijk nader is uitgediept.

Daarnaast heeft iedere commissie binnen de eigen regio contacten met de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg waar men gehuisvest is.

Hoofdstuk II

Landelijk overzicht toetsingscommissies

Overzicht november en december 1998

Meldingen

De commissies ontvingen 349 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 316 gevallen was er sprake van euthanasie, in 29 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Meldende artsen

De meldend arts was in 301 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medisch specialist en in 7 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

kanker	294
hart- en vaatziekten	11
ziekten van het zenuwstelsel	16
longziekten, anders dan kanker	6
aids	2
overig (meestal gecombineerde ziektebeelden)	20

Instelling

In 302 van de gevallen vond de euthanasie thuis plaats, in 36 gevallen in het ziekenhuis en in 11 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis.

Beoordeling zaken

Iedere commissie kwam eenmaal bijeen in deze periode in de maand december. In een aantal zaken is door de commissies nadere informatie gevraagd en is mede daarom gebruik gemaakt van de mogelijkheid de termijn voor het oordeelbericht met maximaal zes weken te verlengen. De commissies kwamen in alle gevallen tot het oordeel dat de artsen zorgvuldig hadden gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissies ontvingen in het jaar 1999 2216 meldingen. Gemiddeld waren dit 185 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 2000 gevallen was er sprake van euthanasie, in 196 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 20 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Instelling

De levensbeëindiging vond in 1842 gevallen thuis plaats, in 275 gevallen in een ziekenhuis, in 82 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis en in 18 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissies achtten zich in bijna alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen en kwamen in bijna alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig gehandeld had. De regionale toetsingscommissie in Groningen oordeelde in het eerste kwartaal van 1999 in drie gevallen op strikt formele gronden dat de meldend arts onzorgvuldig had gehandeld. In deze gevallen was de commissie van oordeel dat de vereiste onafhankelijkheid van de consultatie onvoldoende was. De aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is voor deze gevallen gevraagd en met de betreffende artsen is door de commissie gesproken.

Later is in soortgelijke gevallen door de commissie Groningen het oordeel zorgvuldig uitgesproken en zijn deze zaken onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 25 dagen. In ruim 200 zaken werd nadere informatie ingewonnen. Dit gebeurde meestal schriftelijk. In een aantal gevallen belde de arts van de commissie de meldend arts. In een enkel geval werd de arts uitgenodigd voor een gesprek. In de meeste van deze zaken betekende dit dat de termijn van 6 weken niet werd gehaald en werd gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot uitstel van maximaal 6 weken.

Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 1999



Totaal 2216

Meldende artsen 1999



Ziekten 1999



* meestal gecombineerde ziektebeelden

Hoofdstuk III

Gemeenschappelijke ervaringen van de commissies

In dit hoofdstuk wordt door de commissies inzicht gegeven in hun gemeenschappelijke ervaringen.

De toetsing door de commissies geschiedt aan de hand van vier zorgvuldigheids-criteria, zoals in artikel 9 van de Regeling omschreven:

Artikel 9 Regeling

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

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

De Regeling en de toelichting zijn in bijlage II opgenomen.

Gebleken is dat de vijf commissies op een aantal punten (nagenoeg) dezelfde ervaringen hebben opgedaan. Het lijkt zinvol daarvan verslag te doen. Wel past een voorbehoud. De commissies werken nog maar ruim een jaar. Dat is betrekkelijk kort en maant tot voorzichtigheid bij het verbinden van al te stellige conclusies aan die ervaringen.

I. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De commissies moeten het uitzichtloos en ondraaglijk lijden toetsen aan de hand van de ingestuurde verslaglegging van arts en consultant, soms aangevuld met andere stukken of op verzoek van de commissie met nadere schriftelijke of mondelinge toelichtingen. Omdat de vaststelling van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden vaak het moeilijkste en een zeer wezenlijk onderdeel van de toetsing is, is een duidelijke omschrijving van het lijden in het modelverslag van de arts noodzakelijk (over het consultatieverslag zie hierna onder III). Op dit moment is de verslaglegging van de arts soms te beperkt. De commissies hebben er begrip voor dat artsen na een belastende euthanasieprocedure niet zitten te wachten op het (uitvoerig) invullen van een vragenformulier. Natuurlijk zijn er gradaties in de mate van volledigheid en duidelijkheid van de antwoorden op het gebruikte formulier. De commissies leggen niet op elke slak zout. Maar rijzen er wezenlijke vragen over de uitzichtloosheid of ondraaglijkheid van het lijden, dan vraagt de commissie nadere informatie. Deze was steeds toereikend, zij het dat de commissies er in enkele gevallen niet aan ontkwamen de arts voor een toelichtend gesprek uit te nodigen. Vooral gesprekken tussen de meldende arts en de arts van de commissie dragen bij aan verheldering van elkaars posities: dokters kunnen zich dan beter inleven in de positie van de commissie die alleen op basis van de stukken een oordeel moet uitspreken, en de commissies in die van de arts. In dit verband verdient opmerking dat het modelverslag niet uitnodigt tot toelichting op de cruciale vraagpunten betreffende uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Het is meer ingericht als een vraagpunten-formulier waarop in de praktijk soms zelfs met alleen ja of nee wordt geantwoord. In de gevallen dat de arts aan de hand van de in het formulier gestelde vragen een doorlopend verslag opstelde, kregen de commissies een beter inzicht.

Over het algemeen gaven de verslagen van de artsen, samen met het verslag van de consulent en eventuele bijlagen als journaal en specialistenbrieven, voldoende informatie om de uitzichtloosheid van het lijden te kunnen vaststellen. In een aantal gevallen werd de arts door de commissie om nadere informatie gevraagd om de uitzichtloosheid te verduidelijken. In de meeste van de gemelde gevallen betrof het patiënten met kanker met een korte levensverwachting. De overige gevallen betroffen patiënten met progressief invaliderende chronische aandoeningen als multiple sclerose, dwarslaesie, amyotrofische lateraalsclerose, reuma en terminaal longemfyseem. Uitzichtloosheid is verbonden met de vraag of er nog een reëel behandelingsalternatief is. Dit moet worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval. Volstaan kan daarom niet worden met de enkele omschrijving van de ziekte, hoe ernstig ook.

Om te kunnen bepalen of sprake was van een reëel behandelingsalternatief werden door de commissies regelmatig vragen gesteld. Een behandelingsalternatief is reëel als er binnen afzienbare termijn naar heersend medisch inzicht, bij adequate behandeling, zicht is op verbetering en er een redelijke verhouding is tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Wat telt is alleen of er op het moment dat de beslissing tot euthanasie valt, zo'n reëel alternatief aanwezig is, niet of het tijdens het ziekteverloop op enig moment aanwezig geweest is. De artsen gaven niet altijd voldoende aan, of er alternatieven ter verlichting van het lijden waren.

Artsen omschreven vaak summier waarom het lijden van de patiënt ondraaglijk was, zodat het voor de commissies soms moeilijk was vast te stellen of de arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden. Indien het ondraaglijk lijden niet uit de overige stukken zoals het consultatieverslag of het patiëntenjournaal kon worden vastgesteld, werd de arts verzocht om te verhelderen waaruit het lijden van de patiënt bestond en hoe dit lijden door de patiënt werd ervaren. Hierbij was meestal sprake van evidente somatische klachten als pijn, misselijkheid, benauwdheid en verlies van functies. Daarnaast werden verlies van zelfstandigheid, verdere verergering van de situatie, ontluistering en de wens van een menswaardige dood als elementen genoemd die (mede) de ondraaglijkheid van het lijden bepaalden.

De vraag of sprake was van ondraaglijk lijden bij patiënten die op het moment van de uitvoering van euthanasie hun wil niet meer konden verwoorden, werd door de commissies steeds met veel aandacht bekeken. Indien het concrete verzoek was gedaan in een heldere toestand, dient te worden onderzocht of de (sub)comateuze of anderszins, bijvoorbeeld door morfine, niet meer aanspreekbare patiënt ondraaglijk lijdt. In deze, tamelijk zeldzame, gevallen werden in het bijzonder de communicatie tussen de arts en de patiënt en het besluitvormingsproces van de arts om alsnog tot euthanasie over te gaan, grondig onderzocht, meestal mede in een gesprek van commissie met arts.

De ervaring van lijden is persoonsgebonden. Van de arts verwachten de commissies ook een eigen oordeel over de ondraaglijkheid van het lijden. Ontegenzeggelijk moet de arts zich verplaatsen in de positie van de patiënt, maar dat hoeft niet altijd in te houden dat hij of zij tot dezelfde beoordeling als de patiënt komt. Dat is heel moeilijk. Voor de toetsingscommissies is het dat eens te meer omdat zij het in eerste instantie met schriftelijke stukken moeten doen. Wanneer de commissies gereede twijfels over de ondraaglijkheid van het lijden hebben, stellen zij de arts in de gelegenheid die met nadere informatie weg te nemen. Dat is niet een vorm van 'examineren' van de arts, laat staan deze in de 'beklaagdenbank' zetten, maar zonder nader onderzoek zijn de commissies soms niet in staat te beoordelen of in casu sprake was van een zorgvuldige euthanasie. De beoordeling van de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden is namelijk de spil van de discussie.

II. Vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek

In vrijwel alle gevallen was er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig, een enkele maal zelfs een notariële. In de gevallen dat geen schriftelijke wilsverklaring aanwezig was, is steeds uit het overige materiaal voldoende van een verzoek gebleken. Soms was de situatie van dien aard dat betrokkene zich nog wel mondeling kon uiten, maar niet meer kon schrijven. Meestal bleek uit andere documenten dat sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek. De wilsverklaringen werden in allerlei varianten aangeleverd. Veelal zelf geschreven en een enkele keer ingesproken op een cassettebandje of een videoband.

Over het algemeen zat er geruime tijd tussen het verzoek en de uitvoering van de euthanasie, terwijl het verzoek tussentijds één of meermalen werd herhaald. Vrijwel altijd was familie betrokken bij de gesprekken over euthanasie. Geen enkel verzoek werd onder druk van anderen geuit, voor zover de commissies dat konden onderzoeken; dit is bij uitstek een marginale toets.

De commissies liepen bij de beoordeling van het verzoek tegen de volgende vragen op:

- was er sprake van een onvoorwaardelijk (en dus niet: een voorwaardelijk) verzoek?
- wanneer is het voor het eerst gedaan en wanneer is het verzoek herhaald?
- hoe moet het verzoek worden beoordeeld bij niet meer aanspreekbare patiënten?

In veel gevallen werd door patiënten gebruik gemaakt van een euthanasieverklaring volgens het standaard-model van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). De euthanasieverklaring van de NVVE is zo opgesteld dat aangekruist kan worden in welke situatie betrokkene euthanasie zou willen (bijvoorbeeld leven met ernstige, permanente verlammingen en volkomen afhankelijkheid van anderen). De verklaringen van de NVVE hebben betrekking op een situatie in de toekomst en zijn daarom conditioneel opgesteld. In de verklaring staat: als die en die omstandigheden zich voordoen, wens ik dat mijn leven beëindigd wordt. Bij het ondertekenen van die verklaring is meestal nog geen sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Vaak wordt de verklaring daarom ook nog vlak voor de euthanasie opnieuw ondertekend om aan te geven dat de situatie waarvoor werd gevreesd nu daadwerkelijk is ontstaan. Deze actuele verklaring heeft de voorkeur. In sommige gevallen wordt deze actuele verklaring gegeven in enkele zinnen waarin de patiënt zijn beweegredenen in eigen bewoordingen uitdrukt: ik wens euthanasie, omdat.... Deze korte en eenvoudige, vaak handgeschreven verklaringen maken doorgaans meer indruk dan zorgvuldig opgestelde standaard-formuleringen. Dit betekent niet dat de verklaringen van de NVVE geen betekenis hebben. Met name voor de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek zijn deze verklaringen van belang. Uit de verklaring blijkt dat betrokkene er al eerder over nagedacht heeft. Dit maakt het minder aannemelijk dat het euthanasieverzoek uit een opwelling of paniecreactie is voortgekomen.

Niet steeds was uit de stukken duidelijk wanneer de patiënt voor het eerst een (eventueel voorwaardelijk) euthanasieverzoek had gedaan. Soms werd volstaan met de vermelding van het definitieve verzoek dat in de eindfase is gedaan. Vaak bleek bij navraag dat tussen patiënt en arts al veel eerder en meestal meermalen over euthanasie was gesproken. Dan zijn weloverwogenheid en duurzaamheid duidelijk. Twijfels kunnen rijzen als de tijd tussen eerste verzoek en sterfdatum zeer kort is. De commissies zijn enkele gevallen tegengekomen waarin het verzoek, de consultatie en de euthanasie binnen een etmaal vielen. Dit bleek in de meeste gevallen te zijn veroorzaakt door een plotselinge ernstige verslechtering van de toestand van patiënt. Maar dit kan ook voortkomen uit gebrekkige communicatie tussen patiënt en arts of bij overdracht van de ene behandelend arts naar de andere, bijvoorbeeld wegens vakantie van de huisarts of in het ziekenhuis. Bij overdracht moet de nieuwe arts tijd nemen om de euthanasiewens op elk aspect te beoordelen en zich niet onder druk voelen staan.

Als het eerste verzoek kort voor de euthanasie is gedaan en daarvoor op het eerste gezicht niet een voldoende verklaring bestond, plachten de commissies nadere informatie op te vragen en in enkele gevallen de arts voor een gesprek uit te nodigen. De commissies merken in dit verband op, dat het modelverslag niet vraagt naar een beschrijving van de wijze waarop het verzoek tot stand is gekomen.

Om te kunnen voldoen aan de geldende zorgvuldigheidseisen is communicatie tussen arts en patiënt in het algemeen tot het einde toe noodzakelijk. Bij patiënten die buiten bewustzijn zijn is communicatie niet meer mogelijk. Het is een enkele keer voorgekomen dat betrokkene niet meer aanspreekbaar was ten tijde van de euthanasie. Daarbij deden zich verschillende situaties voor.

De patiënt uitte een duidelijke euthanasiewens. De arts besloot op het verzoek in te gaan; aan de overige eisen was voldaan. De consulent had de patiënt bezocht en zijn of haar bevindingen gerapporteerd. Onmiddellijk daarop werd vastgesteld dat betrokkene niet meer in staat was het verzoek te herbevestigen. De actuele wil was kenbaar gemaakt en gemotiveerd door een situatie die nog steeds bestond. Omdat er geen twijfel over bestond dat de patiënt kort daarvoor een op die situatie toegespitst vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek had gedaan, kwamen de commissies tot het oordeel dat in dit geval van zorgvuldige levensbeëindiging op verzoek sprake was. Het kwam ook voor dat een patiënt voor het uitvoeren van euthanasie inmiddels in coma was geraakt. Algemeen wordt aangenomen dat bij een coma geen sprake kan zijn van ondraaglijk lijden. Het stervensproces was ingetreden en de arts had in principe het natuurlijk overlijden kunnen afwachten. In een enkel geval was dan de euthanasie toch uitgevoerd. De commissies hebben dan onderzocht of dit gebeurd was ter wille van de familie, uit vrees dat de patiënt toch nog zou lijden of omdat er bijvoorbeeld nu eenmaal een toezegging was gedaan. Hoewel de commissies in de tot nu toe voorgelegde gevallen geoordeeld hebben dat de betrokken artsen zorgvuldig hadden gehandeld, werd in een enkel geval opgemerkt dat het in situaties als deze in beginsel de voorkeur verdient het natuurlijk overlijden af te wachten.

III. Consultatie

De consultatie is een zelfstandig oordeel van een onafhankelijke arts of aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. De verklaring van de geconsulteerde arts is mede bestemd voor de commissie (zie ook art. 8 Regeling). De consultatie door een tweede onafhankelijke arts is in beginsel een zorgvuldigheidsvoorwaarde voordat tot uitvoering van euthanasie kan worden overgegaan. De consulent zal, in beginsel na de patiënt te hebben bezocht, zich in het bijzonder moeten uitspreken of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of de stervenswens vrijwillig, weloverwogen en duurzaam is. Dit impliceert ook dat de consulent in ogenschouw neemt of er nog alternatieven mogelijk zijn, die het lijden zouden kunnen verlichten. De consulent moet zijn oordeel geven of euthanasie gerechtvaardigd is.

Op het punt van de consultatie deden zich de volgende vraag- en knelpunten voor:

- de verslaglegging van de consulent
- het tijdstip van de consultatie
- de vraag naar de onafhankelijkheid van de consulent

In nagenoeg alle gevallen was een collega geconsulteerd. Huisartsen vroegen bijna steeds een collega-huisarts in consult, specialisten in de regel één of meer collega-specialist(en) in hetzelfde ziekenhuis. In enkele gevallen werd (tevens) een psychiater of psycholoog gevraagd. Dit gebeurde om te onderzoeken in hoeverre de patiënt wilsbekwaam was en of mogelijk sprake was van een psychische stoornis. Meestal ging het hierbij om patiënten die in een eerder stadium van hun leven een depressie

hadden meegemaakt, leden aan een chronisch degeneratieve ziekte (bijvoorbeeld een dwarslaesie of MS) of antidepressiva gebruikten. In geen van de zaken bleek dit het geval. De consulent bezocht de patiënt in alle gevallen. In de gevallen waarbij de consulent werd gevraagd de patiënt voor een tweede maal te zien was de reden daarvoor meestal, dat de consulent ten tijde van het eerste consult de mening was toegedaan, dat er nog geen sprake was van een ondraaglijk lijden.

De commissies constateerden dat de kwaliteit van de verslagen van de consultants zeer uiteenlopend was. Een minderheid gaf gemotiveerd antwoord op de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In veel gevallen kon dit met meer of minder moeite erin worden gelezen. Een niet gering aantal van de consultatieverslagen bevatte evenwel te weinig informatie – tweeregelige briefjes waren geen uitzondering – of miste een conclusie, zodat de consulent om nadere toelichting werd gevraagd (waarvan de euthanaserend arts natuurlijk in kennis werd gesteld). De consultatieverslagen van verpleeghuisartsen vielen in positieve zin op, die uit de ziekenhuizen in uitgesproken negatieve zin.

Laatstbedoelde verslagen werden bijna altijd aangeleverd als enkele summiere – vaak moeilijk leesbare – aantekeningen in het medisch dossier. Ze hielden vaak alleen maar een herhaling in van de beschrijving van het ziektebeeld met de opmerking dat de consulent akkoord kon gaan met de gewenste euthanasie.

Het consultatieverslag is vormvrij. Dit heeft het voordeel dat de consulent de vrijheid heeft zijn of haar bevindingen en conclusies op te schrijven zoals hij of zij dat wil. Standaardformulieren waarop de consulent alleen kruisjes hoeft te zetten, geven de commissies onvoldoende inzicht hoe de consulent heeft getoetst dat aan de zorgvuldigheidsvereisten is voldaan.

Reeds geruime tijd bestaat in Amsterdam het SCEA-project (steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam). Sinds kort is gestart met het SCEN-project (steun en consultatie bij euthanasie in Nederland). Deze projecten zijn bedoeld om een netwerk van te consulteren artsen op te zetten. Deze artsen bieden zich hiervoor vrijwillig aan en krijgen bijscholing onder meer over de juridische, ethische en medische kanten van euthanasie. Tegenover deze inspanning staat een honorarium. Consultatieverslagen van SCEA- of SCEN-artsen waren in het algemeen zeer uitgebreid en gaven een goed inzicht in de toetsing door de consulent aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria. De commissies verwachten dan ook dat door uitbreiding van het SCEN-project de kwaliteit van de consultatieverslagen zal verbeteren.

Het SCEN-project hanteert een protocol dat bestaat uit een checklist van relevante punten voor het verslag, aan de hand waarvan de arts zijn toetsing op schrift stelt.

De commissies zagen in een aantal gevallen dat de consultatie geruime tijd voor de euthanasie plaatsvond en de consulent op dat moment nog niet tot een positief eindoordeel was gekomen (bijvoorbeeld omdat het verzoek nog te conditioneel was of het lijden nog niet 'erg genoeg'). Na een verslechtering van de toestand van de patiënt werd dan euthanasie toegepast zonder een tweede consult. Deze, overigens zeldzame, gevallen deden zich in verschillende varianten voor. De betrokken commissies oordeelden op grond van de overige gegevens dat de euthanasie zorgvuldig was uitgevoerd, maar tekenden wel aan dat een tweede consult gewenst zou zijn geweest.

Het is noodzakelijk dat de consulent onafhankelijk is, zowel ten opzichte van zijn collega als ten opzichte van de patiënt. Overeenkomstig de richtlijnen van de KNMG dient de consulent niet afkomstig te zijn uit de maatschap of waarneemgroep van de arts. Een medebehandelaar mist uiteraard ook de vereiste onafhankelijkheid. Wel voldoende onafhankelijk is de consultatie door een niet tot dezelfde maatschap behorende collega uit hetzelfde ziekenhuis. Bij de consultatie van huisartsen werd vaak vermeld dat de consulent afkomstig was uit een waarneemgroep of huisartsengroep

(HAGRO). Niet altijd was duidelijk of leden van eenzelfde HAGRO ook tot dezelfde waarneemgroep behoorden. De commissies hebben afgesproken dat, indien expliciet wordt vermeld dat de consultatie werd verricht door een collega uit de waarneemgroep, in het oordeel wordt opgemerkt dat het de voorkeur heeft dat de consulent niet tot de waarneemgroep behoort. Waar het om gaat is dat de consulent werkelijk onafhankelijk is. De commissies hebben veel navraag moeten doen om dit te onderzoeken.

Een enkele maal bleken niet alleen de meldend arts en de consulent, maar ook de lijk-schouwer tot dezelfde maatschap of waarneemgroep te behoren. Voor deze ongewenste situatie is de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd. Niet alleen in acute noodsituaties is het soms moeilijk een onafhankelijke consulent te laten optreden, ook in dunbevolkte gebieden ontstaan in dit opzicht nog wel eens problemen. Uitbreiding van het SCEN-project tot het gehele land – zoals in de bedoe-ling ligt – zal stellig in een behoefte voorzien.

IV. Uitvoering

In verreweg de meeste gevallen is sprake van euthanasie en niet van hulp bij zelfdo-ding. Wellicht is een reden hiervoor dat patiënten niet meer in staat zijn een drankje tot zich te nemen waardoor uiteindelijk toch tot euthanasie moet worden overge-gaan. Veelal worden methodes gebruikt zoals omschreven in de richtlijnen van de KNMP (1998). In bijna alle gevallen hebben de meldende artsen van te voren overleg gehad met apothekers of anesthesisten over de te gebruiken euthanatica. Daar waar geen gebruik werd gemaakt van de geadviseerde middelen, zonden de commissies die richtlijnen naar de arts. In enkele gevallen werden te lage of juist zeer hoge dose-ringen gebruikt. Ook dan ontvingen de artsen informatie.

Bijna altijd zijn familieleden of andere naasten bij de uitvoering aanwezig. In bijna alle gevallen van hulp bij zelfdoding was de arts aanwezig om indien nodig (wanneer het middel werd uitgebraakt of wanneer niet snel genoeg de dood intrad) alsnog een euthanaticum toe te dienen. In de enkele gevallen waarbij de arts niet aanwezig was waren wel afspraken gemaakt over het tijdstip van inname en de bereikbaarheid van de arts. Gezien de richtlijnen van de KNMG zijn de commissies van mening, dat het de voorkeur verdient, dat de arts zich in de directe omgeving van de patiënt bevindt.

Nabeschuwing

De bedoeling van de huidige toetsingsregeling is de artsen te stimuleren verantwoording over hun levenbeëindigend handelen af te leggen en de kwaliteit van dit handelen te bewaken en verder te bevorderen. De commissies zien deze tweeledige doelstelling als hun hoofdopdracht. Wil deze goed kunnen worden vervuld, dan komt het aan enerzijds op een zorgvuldige verslaglegging van meldende artsen en consulenten en anderzijds op voorlichting door de commissies aan de artsen. Hier is sprake van een duidelijke wisselwerking.

Op het punt van de verslaglegging is hiervoor in hoofdstuk III uitvoerig ingegaan. Gesignaleerd is dat deze op verzoek van de commissies regelmatig moet worden aangevuld. Zonder toereikende informatie, vooral over de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden, zijn de commissies niet goed in staat hun toetsingstaak uit te oefenen. Er is immers per definitie een informatiekloof tussen de arts en de commissies die op afstand slechts aan de hand van papier kunnen oordelen. Wel merken de commissies op dat de verslaglegging door SCEA- en SCEN-consulenten in het algemeen uitstekend voldoet. Zij bevelen voortzetting van deze projecten dan ook van harte aan.

De commissies zijn zich ervan bewust dat een belangrijke oorzaak van onvolledige verslaglegging is gelegen in onbekendheid met hun werkwijze. Deze onbekendheid belemmert de bovenbedoelde wisselwerking. Informatieverschaffing en uitleg door de commissies aan de artsen gebeuren nu al op individueel niveau (zowel in brieven als in gesprekken met de betrokken artsen), maar zijn nog onvoldoende op de beroepsgroep als geheel gericht. De commissies rekenen het daarom in toenemende mate tot hun taak die voorlichting uit te breiden. Dit kan onder meer door voordrachten te geven bij bijeenkomsten van de KNMG, bij districts-huisartsen-verenigingen, in ziekenhuizen, door in de bijscholing van de SCEN-artsen te participeren en door publicaties in de vakliteratuur.

Hierdoor hopen de commissies een actieve bijdrage te leveren aan de verwerkelijking van de in de eerste alinea vermelde tweeledige doelstelling.

Bijlage I

Overzicht per regio

Overzicht november en december 1998

Meldingen

De commissie ontving 42 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 39 gevallen was er sprake van euthanasie, in 1 geval van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 36 gevallen een huisarts, in 4 gevallen een medisch specialist en in 2 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	38
hart- en vaatziekten	2
ziekten van het zenuwstelsel	1
longziekten, anders dan kanker	0
aids	0
overige ziekten	1

Instelling

In 36 van de gevallen vond de euthanasie thuis plaats, in 4 gevallen in een ziekenhuis en in 2 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in deze periode éénmaal bijeen. Er werden in deze vergadering 26 zaken behandeld. De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd en kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 1999 276 meldingen. Gemiddeld waren dit 23 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 235 gevallen was er sprake van euthanasie, in 32 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 9 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 249 gevallen een huisarts, in 21 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 6 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	252
hart- en vaatziekten	5
ziekten van het zenuwstelsel	10
longziekten, anders dan kanker	5
aids	1
overige ziekten	3

Instelling

De levensbeëindiging vond in 243 gevallen thuis plaats, in 20 gevallen in een ziekenhuis, in 12 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis en in 1 geval in een hospice.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 1999 17 maal bijeen om de bovenvermelde 276 zaken te bespreken. De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen en kwam in bijna alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig gehandeld had. In het eerste kwartaal oordeelde zij in drie gevallen op strikt formele gronden, dat de arts onzorgvuldig had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 20 dagen.

Overzicht november en december 1998

Meldingen

De commissie ontving 80 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 75 gevallen was er sprake van euthanasie, in 5 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

In 70 gevallen werd de euthanasie gemeld door een huisarts, in 9 gevallen door een specialist en in 1 geval door een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	64
hart- en vaatziekten	1
ziekten van het zenuwstelsel	10
longziekten, anders dan kanker	2
aids	1
overige ziekten	2

Instelling

In 70 gevallen vond de euthanasie thuis plaats, in 9 gevallen in het ziekenhuis en in 1 geval in een verpleeghuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in deze periode eenmaal bijeen. Er werden in deze periode 80 zaken behandeld.

De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd en kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 1999 521 meldingen. Gemiddeld waren dit ongeveer 42 zaken per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 489 gevallen was er sprake van euthanasie en in 32 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

De meldend arts was in 424 gevallen een huisarts, in 90 een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 7 een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	467
hart- en vaatziekten	9
ziekten van het zenuwstelsel	23
longziekten, anders dan kanker	15
aids	2
overige ziekten	5

Instelling

De levensbeëindiging vond in 414 gevallen thuis plaats, in 78 gevallen in een ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 6 gevallen in een verzorgingshuis en in 10 gevallen elders (o.a. een hospice, bejaardencentrum of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 1999 15 keer maal bijeen om de 521 meldingen van euthanasie/hulp bij zelfdoding te bespreken. De commissie achtte zich in bijna alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen. In één zaak was er sprake van een pasgeboren baby, derhalve gold dit als een melding van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. De commissie achtte zich derhalve niet bevoegd.

In alle andere gevallen kwam de toetsingscommissie tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld. In twee gevallen werd aan de Regionaal Inspecteur gevraagd om de zaak nader te bezien.

Duur beoordeling

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

Overzicht november en december 1998

Meldingen

De commissie ontving 92 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 84 gevallen was er sprake van euthanasie, in 6 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 2 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 80 gevallen een huisarts, in 11 gevallen een medisch specialist en in 1 geval een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	71
hart- en vaatziekten	8
ziekten van het zenuwstelsel	3
longziekten, anders dan kanker	2
aids	0
overige ziekten	8

Instelling

In 82 van de gevallen vond de euthanasie thuis plaats, in 7 gevallen in het ziekenhuis en in 2 gevallen in een verzorgingshuis en in 1 geval in een verpleeghuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in deze periode eenmaal bijeen. De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd en kwam in alle gevallen tot het oordeel dat er zorgvuldig was gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 1999 571 meldingen. Gemiddeld waren dit 47 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 499 gevallen was er sprake van euthanasie, in 68 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 4 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 489 gevallen een huisarts, in 67 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in 15 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	503
hart- en vaatziekten	8
ziekten van het zenuwstelsel	19
longziekten, anders dan kanker	18
aids	2
overige ziekten	21

Instelling

De levensbeëindiging vond in 471 gevallen thuis plaats, in 64 gevallen in een ziekenhuis, in 14 gevallen in een verpleeghuis, in 18 gevallen in een verzorgingshuis en in 4 gevallen elders.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 1999 12 maal bijeen om de bovenvermelde 571 zaken te bespreken. De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen en kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig gehandeld had.

Duur beoordeling

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

Overzicht november en december 1998

Meldingen

De commissie ontving 67 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 52 gevallen was er sprake van euthanasie, in 15 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

De meldend arts was in 60 gevallen een huisarts, in 5 gevallen een medisch specialist en in 2 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	58
hart- en vaatziekten	0
ziekten van het zenuwstelsel	1
longziekten, anders dan kanker	0
aids	0
overige ziekten	8

Instelling

In 59 van de gevallen vond de euthanasie thuis plaats, in 4 gevallen in het ziekenhuis en in 4 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in deze periode eenmaal bijeen. In deze vergadering werden 28 zaken behandeld. De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd en kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 1999 488 meldingen. Gemiddeld waren dit 41 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 440 gevallen was er sprake van euthanasie, in 47 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 1 geval was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 406 gevallen een huisarts, in 74 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	452
hart- en vaatziekten	6
ziekten van het zenuwstelsel	5
longziekten, anders dan kanker	5
aids	0
overige ziekten	20

Instelling

De levensbeëindiging vond in 408 gevallen thuis plaats, in 70 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis en in 1 geval elders.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 1999 17 maal bijeen om de bovenvermelde 488 zaken te bespreken. De commissie achtte zich in bijna alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen en kwam daarbij in bijna alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld. Driemaal werd, ondanks het eindoordeel zorgvuldig, expliciet in het oordeel door de commissie de aandacht gevraagd van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Eenmaal achtte de commissie zich niet bevoegd. Na een gesprek met de arts bleek er sprake te zijn van levensbeëindiging zonder verzoek. Driemaal werd een zaak al op voorhand door de secretaris retour gezonden naar de lijkschouwer. Het betrof hier tweemaal een late zwangerschapsafbreking en eenmaal een levensbeëindiging op verzoek bij een minderjarige.

Duur beoordeling

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

Overzicht 1 november tot en met 31 december 1998

Meldingen

De commissie ontving 68 meldingen van 1 november 1998 tot en met 31 december 1998.

Euthanasie/Hulp bij zelfdoding

In 66 gevallen was er sprake van euthanasie, in 2 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

De meldend arts was in 55 gevallen een huisarts, in 12 gevallen een medisch specialist en in 1 geval een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	63
hart- en vaatziekten	0
ziekten van het zenuwstelsel	1
longziekten, anders dan kanker	2
aids	1
overige ziekten	1

Instelling

In 55 van de gevallen vond euthanasie thuis plaats, in 12 gevallen in het ziekenhuis, in 1 geval in een verpleeghuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in deze periode eenmaal bijeen. Zij behandelde 15 zaken. De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd om de zaak te beoordelen en kwam daarbij in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Overzicht 1 januari 1999 en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 1999 360 meldingen. Gemiddeld waren dit 30 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 337 gevallen was er sprake van euthanasie, in 17 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 6 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 307 gevallen een huisarts, in 45 gevallen een medisch specialist en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	328
hart- en vaatziekten	7
ziekten van het zenuwstelsel	12
longziekten, anders dan kanker	9
aids	1
overige ziekten	3

Instelling

De levensbeëindiging vond in 305 gevallen thuis plaats, in 43 gevallen in het ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 2 gevallen in een verzorgingshuis en in 2 gevallen in een hospice.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 1999 15 maal bijeen om de bovenvermelde 360 zaken te behandelen. De commissie achtte zich in alle zaken bevoegd om de zaak te beoordelen en kwam daarbij in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Duur beoordeling

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



Bijlage II

Regeling en toelichting

Paragraaf 1: Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

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

Paragraaf 2: Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 2

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

Artikel 3

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

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

Artikel 4

1. Een commissie bestaat uit drie leden, waaronder één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.
2. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door de betrokken Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
3. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door de betrokken Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
4. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoordig schuldig aan de commissie.

Paragraaf 3: Ontslag

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Paragraaf 4: Bezoldiging

Artikel 7

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

Paragraaf 5: Taken en bevoegdheden

Artikel 8

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

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

Artikel 9

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

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

Artikel 10

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

Paragraaf 6: Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

1. De voorzitters van de commissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies.

2. Bij het in het eerste lid bedoelde overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7: Geheimhouding en verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8: Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

Paragraaf 9: Slotbepalingen

Artikel 19

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

Artikel 20

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie

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

De Minister van Justitie,
mr. W. Sorgdrager

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

Algemeen

Op 21 januari 1997 maakten wij het kabinetsstandpunt bekend naar aanleiding van het evaluatie-rapport "Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk en meldingsprocedure" (Kamerstukken II, 1996-1997, 23 877, nr. 13). Daarin kondigden wij maatregelen aan die ons voor ogen staan om verbeteringen aan te brengen in de praktijk inzake levensbeëindigend handelen door artsen en om de toetsing daarvan op andere wijze gestalte te geven.

Met betrekking tot de regelgeving aangaande de melding van gevallen van levensbeëindigend handelen door artsen houden deze maatregelen in de eerste plaats in, dat de op 1 juni 1994 in werking getreden meldingsprocedure wordt gescheiden in een toetsingsprocedure voor gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding enerzijds en een toetsingsprocedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek anderzijds. In de tweede plaats wordt voorzien in een bredere, meer op de medische beroepsuitoefening toegesneden toetsing van beide, onderscheiden vormen van levensbeëindigend handelen. De toetsing van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt in eerste instantie opgedragen aan regionale toetsingscommissies. Tot de instelling daarvan strekt deze regeling.

Wij menen dat een beperking, onder strikte voorwaarden, van de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in het Wetboek van Strafrecht, nu niet aan de orde is. Uit het evaluatie-rapport is gebleken dat, ondanks de bemoedigende stijging van het aantal meldingen in de afgelopen jaren, nog altijd ruim de helft van het aantal gevallen van levensbeëindigend handelen niet wordt gemeld. Daarnaast menen wij dat toetsing via een meldingsprocedure, zoals deze nog relatief kort geleden tot stand is gekomen, een langere gewenning vergt. Artsen moeten hierin zodanig vertrouwen krijgen, dat zij levensbeëindigend handelen in alle gevallen melden. De maatschappelijke discussie over de gehele problematiek rond levensbeëindigend handelen is nog niet tot rust gekomen. En de palliatieve zorg en de consultatieve functie vooraf zijn nog niet overal op het gewenste niveau. In het hierboven aangehaalde kabinetsstandpunt zijn wij op deze aspecten nader ingegaan.

Het Besluit van 19 november 1997 (Stb.550) op grond van artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging vormt de basis van de nieuwe meldingsprocedure voor gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Artikel 2 van dat Besluit bevat het modelformulier door middel waarvan de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie het overlijden meldt ten gevolge van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. De bijlage die een onderdeel vormt van het Besluit, bevat een modelverslag aan de hand waarvan de arts bij de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer verslag uitbrengt. Uit het modelformulier blijkt de gang van zaken bij een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

De arts maakt overeenkomstig het gestelde in de Wet op de lijkbezorging geen verklaring van overlijden op, maar verwittigt de gemeentelijke lijkschouwer, die op zijn beurt de burgerlijke stand waarschuwt. De gemeentelijke lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en verifieert hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Vervolgens neemt hij van de arts een verslag van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in ontvangst, volgens het model in Bijlage 1 van het Besluit van 1997 (Stb.). Hij ziet erop toe dat dit verslag volledig en duidelijk is ingevuld en controleert of eventueel vermelde bijlagen aanwezig zijn. Voorts neemt hij van de arts in

ontvangst, indien en voor zover aanwezig, een schriftelijke wilsverklaring van de overledene en de verklaring van de geconsulteerde arts.

De gemeentelijke lijkschouwer zendt de genoemde bescheiden alsmede een kopie van het door hemzelf ingevulde en ondertekende formulier aan één van de door in de onderhavige regeling ingestelde regionale toetsingscommissies euthanasie.

Deze commissies beoordelen naar aanleiding van de melding op basis van de toegesonden bescheiden en aan de hand van de geldende, aan de terzake doende jurisprudentie ontleende zorgvuldigheidscriteria of de arts medisch zorgvuldig heeft gehandeld.

Gegeven het feit dat in de gelding van de relevante bepalingen in het Wetboek van Strafrecht geen wijziging wordt gebracht, komt de formele beslissing of een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aanleiding geeft tot vervolging, toe aan het Openbaar Ministerie. Aan deze beslissing gaat evenwel een beoordeling van handelen vooraf die niet uitsluitend vanuit strafrechtelijk, maar evenzeer vanuit medisch-ethisch oogpunt dient plaats te vinden. Met de instelling van de regionale toetsingscommissies euthanasie beogen wij die uiteindelijke beslissing van het Openbaar Ministerie te doen baseren op een bredere toetsing die niet alleen op juridische, maar in gelijke mate op medisch-ethische leest is geschoeid.

De criteria op grond waarvan de commissie tot het oordeel komt dat door de arts zorgvuldig is gehandeld, zijn ontleend aan de jurisprudentie die in de afgelopen jaren terzake van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is gevormd. Op deze criteria blijft, evenals in het verleden, ook in de toekomst het vervolgingsbeleid gebaseerd. Bij de beantwoording in de rechtspraak van de vraag of sprake is van een noodtoestand, heeft de rechter zich van aanvang af met betrekking tot de waardering van de feitelijke situatie van de patiënt ten tijde van het levensbeëindigend handelen laten leiden door het heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en de in de medische ethiek geldende normen. De toegevoegde waarde van de multidisciplinair samengestelde commissies, waarin naast een jurist ook een medicus en een ethicus zitting heeft, zien wij dan ook hierin, dat zij tot een afgewogen oordeel kunnen komen dat recht doet zowel aan de medisch-ethische als de juridische aspecten van het gegeven geval.

Het oordeel van de commissie dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld impliceert dan dat deze in rechte een geslaagd beroep op noodtoestand zou kunnen doen. De beslissing of al dan niet tot vervolging zal worden overgegaan blijft, zoals gezegd, toekomen aan het Openbaar Ministerie. De eigen verantwoordelijkheid van het Openbaar Ministerie voor de vervolgingsbeslissing brengt met zich mee dat het aan de hand van het uitgebrachte oordeel, in elk individueel geval zal nagaan of het handelen van de arts inderdaad heeft plaatsgevonden binnen de grenzen van de in de jurisprudentie aangeduide zorgvuldigheidsnormen. Is dit naar het oordeel van het College van procureurs-generaal niet het geval, dan kan het daarin gegronde aanleiding zien om – eventueel in afwijking van het oordeel van de toetsingscommissie – tot vervolging over te gaan. Met de beoordeling door de regionale toetsingscommissies wordt beoogd aan de uiteindelijke beslissing van het openbaar ministerie een evenwichtig fundament te bieden. Bij goed gemotiveerde oordelen van de toetsingscommissies, waarin aan het juridisch aspect ten volle recht is gedaan, zal het openbaar ministerie voor zijn beslissing nauw kunnen aansluiten.

Aan het zogenoemde vervolgingsmonopolie, inhoudende het alleenrecht van de officier van justitie om strafzaken aan de rechter voor te leggen, wordt geen afbreuk gedaan. Indien het college van procureurs-generaal in voorkomend geval van oordeel is dat een strafvervolging moet worden ingesteld, zal de desbetreffende officier van justitie daartoe een opdracht van het college krijgen.

Uit het evaluatie-onderzoek naar de meldingsprocedure euthanasie is gebleken dat in de afgelopen jaren slechts enkele meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aanleiding gaven om tot vervolging over te gaan. De uit de jurisprudentie gedestilleerde criteria voor zorgvuldig handelen blijken in de praktijk goed bruikbaar voor de toetsing van voorkomende gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Hierdoor, alsmede door de beraadslagingen in en besluitvorming door het college van procureurs-generaal, zal de eenheid van de oordelen van de verschillende toetsingscommissies verzekerd zijn.

Aan de consistentie kan voorts bijdragen een periodiek overleg tussen de voorzitters van de commissies, in aanwezigheid van vertegenwoordigers van het college van procureurs-generaal en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. In zodanig overleg voorziet artikel 13 van de regeling.

Een belangrijk knelpunt in de geldende meldingsprocedure vormt, zo is uit het evaluatie-onderzoek gebleken, de lange periode die gemoeid is met het verkrijgen van een definitieve beslissing inzake al dan niet vervolgen. Wij onderkennen, mede met het oog op de bevordering van de meldingsbereidheid van de artsen, het belang dat de onderzoek van de arts omtrent de uitkomst van de toetsing en de uiteindelijke beslissing van het Openbaar Ministerie niet langer duurt dan strikt noodzakelijk is. Daartoe worden de commissies voor wat betreft hun oordeelsvorming aan een termijn van zes weken gebonden. Deze termijn kan eenmaal worden verlengd voor ten hoogste zes weken, onder mededeling aan de arts. Voorts ontvangt de arts een afschrift van het oordeel van de commissie gelijktijdig met de toezending ervan aan het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur. In de administratieve voorschriften van het Openbaar Ministerie zal worden vastgelegd dat het Openbaar Ministerie na ontvangst van het oordeel binnen drie weken aan de arts bericht stuurt hetzij dat geen vervolging zal worden ingesteld en de zaak verder is afgedaan, hetzij een tussenbericht waaruit blijkt dat het betreffende geval nader zal worden gezien en daartoe ter bespreking aan het college van procureurs-generaal is voorgelegd.

De rechtstreekse toezending door de commissies van hun oordelen aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie is mede ingegeven door de wens de doorlooptijd van de afdoening van meldingen zoveel mogelijk te bekorten. Het parket-generaal van het Openbaar Ministerie legt de oordelen van de commissies voor aan het College van procureurs-generaal. Op geleide van de oordelen van de commissies worden de zaken die zulks behoeven, uitvoerig besproken in het College. Het staat het College uiteraard vrij daarbij ambtsberichten in te winnen van de betrokken hoofdofficier van justitie of advies van de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Indien het college van procureurs-generaal in voorkomend geval van oordeel is dat in casu een strafvervolging moet worden ingesteld, zal, zoals gezegd, de desbetreffende officier van justitie daartoe een opdracht van het college ontvangen. Aldus wordt geen afbreuk gedaan aan de ingevolge het Wetboek van Strafvordering geldende regel dat de officier van justitie is belast met de vervolging van strafbare feiten.

Wij hebben er vertrouwen in dat de voorgestelde constellatie van toetsing van gemelde gevallen door een multidisciplinair samengestelde commissie gecombineerd met een vervolgingsbeleid waarin het strafrecht als ultimum remedium fungeert, er toe zal bijdragen dat de meldingsbereidheid onder artsen fors toeneemt. Aldus kunnen de doelstellingen van de meldingsprocedure, namelijk inzicht in en controle op de praktijk inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, beter worden gerealiseerd.

De commissies zullen voorts een toegevoegde waarde kunnen hebben in educatieve zin. In voorkomend geval zal de commissie het door haar gegeven oordeel achteraf, in een persoonlijk onderhoud met de arts kunnen toelichten. De commissie kan

zodoende inzicht bieden in het beoordelingsproces en aan de arts feedback geven over de door hem gevolgde werkwijze.

Door het uitbrengen van jaarverslagen waarin, geanonimiseerd, zoveel mogelijk openheid van zaken wordt gegeven over de wijze waarop zij concrete gevallen aan de zorgvuldigheidscriteria hebben getoetst, zullen de commissies verder kunnen bijdragen aan het maatschappelijk inzicht in en de controle op levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Uiteindelijk wordt door alle genoemde aspecten het medisch zorgvuldig handelen bevorderd.

Artikelsgewijs

Artikel 1

In dit artikel worden enige begrippen gedefinieerd.

Waar in de regeling gesproken wordt van consultant, kunnen hieronder ook meerdere consultants begrepen zijn. Het staat de arts die het voornemen heeft levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding toe te passen vrij om daarover meer dan één arts te raadplegen. In dat geval gelden de vereisten betreffende de consultatie vanzelfsprekend voor alle geraadpleegde artsen. Op het doel en de inhoud van de consultatie wordt nader ingegaan in de toelichting op artikel 9.

Onder hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, wordt verstaan iedere natuurlijke persoon of rechtspersoon die zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep op bedrijf verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van geneeskunst rechtstreeks betrekking hebbende op de patiënt, verpleging en verzorging daaronder begrepen.

Artikel 2

De keuze voor vijf regionale commissies is het resultaat van een afweging van de hieronder nader aan te duiden belangen. Enerzijds wordt gestreefd naar een zo evenredig mogelijke spreiding van de verwachte werklast, uitgaande van de werklastverdeling over de arrondissementen in de afgelopen jaren. Anderzijds is gestreefd naar maximale aansluiting bij bestaande indelingen uit anderen hoofde, met name de gebiedsindeling van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg, de regionale tuchtcolleges en de ressorten.

De commissies zullen kantoor houden bij de vestigingen van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg te Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch. Gezocht is naar een praktische inbedding in een bestaande infrastructuur die bovendien voor artsen al bekend en toegankelijk is. De onderbrenging van de commissies bij de regionale inspecties impliceert geenszins enig inhoudelijk verband met of ondergeschiktheid aan de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. De regionaal inspecteur heeft geen zitting in de commissie en is niet betrokken bij de oordeelsvorming door de commissie. Zoals in artikel 10 is bepaald, brengt de commissie haar oordeel wel ter kennis aan de regionaal inspecteur. De aan de commissie verbonden secretaris en plaatsvervangend secretaris staan evenmin in een arbeidsverhouding tot de regionale inspectie en zijn voor hun werkzaamheden ten behoeve van de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie, zoals blijkt uit artikel 4, vierde lid.

Artikel 3

De gebiedsindeling van de regionale commissies is zodanig dat gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Groningen, Leeuwarden en Assen worden beoordeeld door de commissie te Groningen. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het

Openbaar Ministerie te 's-Gravenhage en aan de regionaal inspecteur te Groningen. Gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Zwolle, Arnhem, Almelo, Zutphen of Utrecht worden beoordeeld door de commissie te Arnhem. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur te Arnhem of Utrecht (voor wat betreft het arrondissement Utrecht).

Gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Alkmaar, Amsterdam of Haarlem worden beoordeeld door de commissie te Haarlem. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur te Haarlem.

Gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Den Haag, Rotterdam, Dordrecht of Middelburg worden beoordeeld door de commissie te Rijswijk. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur te Rijswijk of Den Bosch (voor wat betreft het arrondissement Middelburg).

Gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Breda, Den Bosch, Roermond en Maastricht worden beoordeeld door de commissie te Den Bosch. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur te Den Bosch of Maastricht.

Artikel 4

De commissies bestaan uit drie leden vanuit verschillende disciplines. Een kleine commissie met daarin medische, juridische en ethische kennis en vaardigheden achten wij het meest geschikt voor de beoogde brede en evenwichtige beoordeling van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. De medische en juridische inbreng is vanzelfsprekend nodig vanwege de aan de orde zijnde problematiek. Daarnaast wordt van de deskundige op het gebied van ethische of zingevingsvraagstukken een nuttige bijdrage verwacht voor wat betreft een systematische bezinning op relevante normen en waarden. De keuze om het rechtsgeleerde lid van de commissie tevens voorzitter te laten zijn, is bepaald op grond van praktische overwegingen. Uit artikel 12 volgt dat aan de voorzitter geen zwaardere stem toekomt dan aan de andere leden van de commissie.

Voor elk van de drie disciplines worden één of meer plaatsvervangende leden benoemd.

De leden en plaatsvervangende leden worden benoemd op grond van hun specifieke deskundigheid vanuit de eigen discipline op het terrein van de onderhavige problematiek, alsmede op grond van geschiktheid om een voorgelegd geval van verschillende kanten te bezien en aan abstract geformuleerde criteria te toetsen.

De benoeming van plaatsvervangende leden in elk van de categorieën is uit organisatorisch oogpunt wenselijk. Zij maakt een vlotte afdoening van gevallen mogelijk en biedt soelaas in geval van verhindering wegens ziekte of anderszins van één of meer leden van de commissie. Het spreekt voor zich dat bij de vervanging van een lid van de commissie een beroep wordt gedaan op een plaatsvervangend lid van dezelfde discipline als het te vervangen lid. Ook is plaatsvervangend mogelijk in verband met het bepaalde in artikel 15.

In het vierde lid wordt tot uitdrukking gebracht dat de secretaris onafhankelijk functioneert van zowel de regionaal inspecteur bij wie hij kantoor houdt, als van ons.

Artikel 5 en 6

Voor de formulering van deze bepalingen is aansluiting gezocht bij bestaande regelgeving.

Artikel 7

De voorzitter en overige leden, alsmede de plaatsvervangende leden van de commissies worden bezoldigd overeenkomstig de binnen het Rijk voor commissies gebruikelijke regelingen.

Artikel 8

De commissie dient voor haar oordeelsvorming in ieder geval te beschikken over het verslag van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding dat door de arts is opgesteld. Voorts zal zij doorgaans beschikken over een schriftelijke wilsverklaring van de overledene en over een verklaring van de geconsulteerde arts. Indien één van deze stukken ontbreekt, dient de arts dit te motiveren in het verslag. Tenslotte beschikt de commissie over een kopie van het formulier waarmee de gemeentelijke lijkschouwer het geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding heeft gemeld aan de officier van justitie.

In de aanhef van het modelverslag wordt de arts uitgenodigd om de antwoorden op de vragen te motiveren en om zo nodig nadere informatie te verschaffen in bijlagen. Het gaat erom dat de commissie de beschikking krijgt over voldoende feitelijke informatie, zodat zij duidelijk inzicht krijgt in het betreffende ziektegeval en de wijze waarop de beslissing tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding tot stand is gekomen en is uitgevoerd. Eventueel bij het modelverslag gevoegde bijlagen kunnen voor de beoordeling relevante aanvullende informatie bevatten met betrekking tot de medische situatie van de patiënt of diens wilsverklaring. Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld brieven van artsen, onderzoeksuitslagen of evaluaties van beproefde therapieën die voor de beoordeling relevante aanvullende informatie bevatten met betrekking tot de medische situatie van de patiënt of diens wilsverklaring.

Het kan voorkomen dat de aangeleverde informatie tekortschiet om een geval goed te kunnen bespreken. Doorgaans zal het de secretaris zijn die dit bij de voorbereiding van de beraadslagingen van de commissie opmerkt. Ook kan tijdens de bespreking van een voorgelegd geval de behoefte worden gevoeld om over bepaalde aspecten nadere inlichtingen in te winnen, hetzij telefonisch, hetzij schriftelijk, bij de arts, de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners. In die mogelijkheid voorzien het tweede en derde lid.

Artikel 9

Zoals in het algemene gedeelte van deze toelichting al is uiteengezet, toetst de commissie het handelen van de arts aan de terzake van euthanasie en hulp bij zelfdoding tot dusver ontwikkelde jurisprudentie. Op grond van deze jurisprudentie zijn deze criteria in artikel 9 limitatief opgesomd. De aangeduide criteria vormen de kernachtige samenvatting van alle mogelijke aspecten van zorgvuldig handelen die in de rechtspraak aan de orde zijn geweest en moeten dan ook in het licht van die jurisprudentie worden gezien.

Op enkele aspecten van deze criteria wordt hieronder nog kort ingegaan.

De zorgvuldigheidseisen zijn de afgelopen jaren tot stand gekomen in een wisselwerking tussen jurisprudentie en binnen de beroepsgroep ontwikkelde normen. Bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen heeft de rechter voor de feitelijke waardering van de situatie van de patiënt van aanvang af aansluiting gezocht bij het "wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen". Op grond van het oordeel van de commissie dat de arts overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld zal het openbaar ministerie uiteindelijk beslissen geen strafvervolgung in te stellen, tenzij het daartoe gegronde redenen ziet.

Dit strafrechtelijk oordeel door het OM is niet mogelijk zonder daarin medisch-ethische normering, waaraan in de rechtspraak wordt gerefereerd, te betrekken.

De essentie van gerechtvaardigde levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, vormt het uitdrukkelijk verzoek daartoe van de patiënt. Dit verzoek is bij voorkeur schriftelijk vastgelegd, al is dit op zichzelf niet vereist voor het gerechtvaardigd zijn van de inwilliging ervan. Het bestaan van een wilsverklaring, al dan niet in schriftelijke vorm, vormt een hulpmiddel bij de beoordeling van de vraag of er sprake is van een gerechtvaardigd verzoek om levensbeëindiging, maar ontslaat de arts niet van de plicht om na te gaan of sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek.

Er moet sprake zijn van enige duurzaamheid van de stervenswens, blijkende uit een herhaald uiten ervan. Op een verzoek dat het resultaat is van een opwelling, een plotselinge, hevige gemoedstoestand, moet niet worden ingegaan.

Voor de weloverwogenheid van het verzoek is van belang dat de patiënt volledig inzicht had in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, de prognoses en de behandelmogelijkheden. De arts ziet erop toe dat de patiënt over deze zaken volledig geïnformeerd is. Hij dient ook met de patiënt te bespreken, welke alternatieven nog ter beschikking staan om het lijden van de patiënt te verlichten.

Een verzoek is vrijwillig geuit, indien dit zonder druk of invloed van anderen op de patiënt is geuit. Vrijwilligheid houdt voorts in, dat de patiënt in staat moet zijn geweest zijn wil volledig vrij te bepalen. De wens te sterven mag niet ingegeven zijn door enige psychische stoornis. Indien er enige aanleiding was te betwijfelen dat de patiënt ten tijde van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding zich ten volle bewust was van de strekking hiervan alsmede van zijn lichamelijke situatie, dient de melding plaats te vinden overeenkomstig de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk – en weloverwogen – verzoek. Volgens die procedure dient te allen tijde levensbeëindigend handelen te worden gemeld ten aanzien van patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is. Als gevolg van de psychische stoornis of, indien daarvan geen sprake is, het psychisch lijden waardoor de wens te sterven is ingegeven, moet nader worden onderzocht of sprake is geweest van een vrije en weloverwogen wilsuiting. Ook de melding van levensbeëindigend handelen ten aanzien van patiënten die bij overlijden weliswaar leden aan een somatische aandoening, maar wier oordeelsvorming gestoord geweest kan zijn als gevolg van bijvoorbeeld een depressie of van zich ontwikkelende dementie, alsmede melding van levensbeëindigend handelen ten aanzien van minderjarige patiënten, behoort plaats te vinden volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek.

Voor de betekenis en reikwijdte van het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden verwijzen wij naar de uiteenzetting die wij daarover op 16 september 1994 aan de Tweede Kamer hebben gezonden naar aanleiding van het hierboven genoemde arrest-Chabot (Kamerstukken 1993-1994, 23 877, nr. 1). Ter aanvulling op deze brief dient nog het volgende.

Er behoeft géén sprake te zijn geweest van een stervensfase, zo blijkt uit het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994 in de zaak-Chabot.

Daarmee is de vraag naar de termijn waarop naar schatting werd verwacht dat de patiënt zou zijn overleden indien niet tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zou zijn overgegaan, niet irrelevant geworden. De beantwoording van de vragen in het modelverslag dient ertoe, de toetsingscommissie feitelijk inzicht te bieden in het handelen van de arts. De vragen in het modelverslag zijn niet te vereenzelvigen met de zorgvuldigheidseisen voor een geslaagd beroep op noodtoestand.

De vraag naar het verwachte termijn van overlijden (vraag 6) betreft een open vraag, waarop het antwoord kan bijdragen aan het feitelijk inzicht in de medische situatie waarin de patiënt verkeerde. Indien de gevraagde termijn in redelijkheid niet in te schatten was, kan de arts dit antwoorden op de in het modelverslag gestelde vraag.

Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad blijkt dat van uitzichtloos en ondraaglijk lijden geen sprake kan zijn, indien nog een reëel behandelingsperspectief aanwezig was of een reëel alternatief om het lijden te verlichten door betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Hierbij is van belang het gegeven, dat naar Nederlands recht (art. 7:450 BW) het iedere patiënt vrij staat elke behandeling te weigeren.

Indien een patiënt verdere behandeling weigert, doch overigens verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dan staat de afwijzing in volle vrijheid door de patiënt van die behandeling niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van die patiënt in de weg. Aldus vatten wij ook rechtsoverweging 6.3.3, één na laatste volzin, in het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994, op. Essentie van de bedoelde rechtsoverweging van de Hoge Raad is naar onze mening, dat het moet gaan om een reëel alternatief om het lijden te verlichten.

De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 21 juni 1994 in de zaak-Chabot overwogen (rechtsoverweging 6.3.2) dat, indien een arts heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijk collega, dit niet behoeft uit te sluiten dat later de rechter niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand. Dit ligt, aldus het arrest van de Hoge Raad, anders indien sprake is van een patiënt wiens lijden niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening.

Binnen de medische beroepsgroep wordt echter al sinds 1984 het standpunt ingenomen dat consultatie van een onafhankelijke en deskundige collega onontbeerlijk is met het oog op een zo objectief en zorgvuldig mogelijke besluitvorming door de arts. Blijkens de vragen in het modelverslag wordt in de meldingsprocedure er dan ook van uitgegaan, dat de arts in ieder geval één andere arts raadpleegt over het voornemen om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen. In het standpunt over euthanasie van het Hoofdbestuur van de KNMG, kenbaar gemaakt in 1995, wordt benadrukt dat het hierbij gaat om een onafhankelijke collega, niet zijnde een praktijkgenoot, een familielid, maatschapslid of arts-assistent dan wel een arts die in enige andere ondergeschikte verhouding tot de arts staat.

De consulent behoort de patiënt in beginsel zelf te spreken en zich te vergewissen van diens medische situatie en stervenswens. Blijkens vraag 16b in het modelverslag is het evenwel mogelijk dat dit achterwege blijft. Hieraan kunnen bijzondere omstandigheden in de weg staan, bijvoorbeeld een zeer plotselinge verslechtering van de situatie van de patiënt, waardoor het bezoek van de consulent aan de patiënt niet langer kan worden afgewacht. Ook kan de patiënt ernstige bezwaren uiten tegen een dergelijk bezoek. Volgens vraag 16b dient de arts in zijn verslag wel te motiveren waarom een bezoek van de consulent aan de patiënt in voorkomend geval achterwege is gebleven.

De consulent wordt voorts geacht zich uit te spreken enerzijds over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, waarbij ook de vraag of er nog alternatieven zijn ter verlichting van het lijden, in ogenschouw moet worden genomen. Anderzijds dient de consulent een oordeel te geven over de uitdrukkelijkheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Hij dient het oordeel omtrent beide aspecten schriftelijk vast te leggen.

Uitgangspunt van de meldingsprocedure is dat de arts die feitelijk levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, na afloop aan de hand van het modelverslag de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer verzorgt. Indien zijn handelen tot stand is gekomen in nauw overleg met of in aanwezigheid van een mede-

behandelend arts, is het aan de arts die de melding verricht om hiervan melding te maken in het modelverslag. De medebehandelend arts behoeft in dat geval niet tevens een eigen melding van het geval te doen aan de hand van het modelverslag.

Door vermelding van een medebehandelend arts als geconsulteerde arts, is nog niet voldaan aan het vereiste van consultatie van een onafhankelijk arts. De vraag in het modelverslag (vraag 15b) of de geconsulteerde arts medebehandelaar was, dient er dan ook toe om na te gaan of de geconsulteerde arts wel als onafhankelijk kan worden beschouwd.

Het spreekt vanzelf dat ook een medebehandelaar om nadere inlichtingen kan worden gevraagd. Ook kan hij op zijn handelen of nalaten, of zijn aandeel in het geheel van handelen, worden aangesproken.

Het consulteren van een lid van een zogenoemde waarneemgroep is niet uitgesloten. Het is belangrijk dat de arts die een beroep doet op een consulent uit de waarneemgroep, zich rekenschap geeft van het feit, dat een collega uit een waarneemgroep onder omstandigheden als niet voldoende onafhankelijk moet worden beschouwd. In kleinere gemeenten, waarin slechts enkele artsen met elkaar alle diensten verzorgen, zal eerder sprake zijn van wederzijdse afhankelijkheid dan in grote steden, waarbinnen grotere waarneemgroepen kunnen functioneren, waarvan de leden elkaar lang niet altijd goed kennen. In laatstbedoelde gevallen behoeft consultatie van een collega uit de waarneemgroep niet bezwaarlijk te zijn. Voorts zijn er geografisch grotere gebieden waarbinnen waarneemgroepen functioneren bestaande uit artsen vanuit diverse kleinere, verspreide gemeenten. In deze situaties kan de beschikbaarheid van een consulent problematisch zijn, indien niet een beroep gedaan zou kunnen worden op een collega uit de waarneemgroep.

Waar het om gaat is, dat de geconsulteerde arts in de gegeven situatie in staat moet zijn om een deskundig en onafhankelijk oordeel te geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, inclusief de vraag of er nog alternatieven zijn om dat lijden te verlichten, alsmede over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding.

Het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering omvat in de eerste plaats de medisch-technisch correcte toediening van de juiste middelen. In de tweede plaats moet de levensbeëindiging door de arts zelf worden uitgevoerd. De daarvoor vereiste handelingen mogen niet aan verpleegkundigen of aan omstanders worden overgelaten. Bij het verlenen van hulp bij zelfdoding wordt de arts geacht zelf aanwezig of in de nabije omgeving beschikbaar te blijven totdat de dood is ingetreden.

Artikel 10

De commissie brengt een gemotiveerd oordeel uit. Hierdoor kunnen de beoordeling van verschillende aspecten van het handelen van de arts en de hieromtrent gemaakte afwegingen door de commissie, genuanceerd tot uitdrukking komen. Indien niet aan alle (aspecten van) zorgvuldig handelen is voldaan, dan zal de commissie hiervan melding maken in haar gemotiveerde oordeel. De imperatieve formulering van artikel 9 laat onverlet dat de commissie oordeelt dat niet (in alle opzichten) is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen als omschreven in artikel 9.

Indien de arts naar het oordeel van de commissie niet, dat wil zeggen niet in alle opzichten, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen als genoemd in artikel 9, dan neemt de commissie in haar oordeel het verzoek op aan het openbaar ministerie of de regionaal inspecteur om de zaak nader te bezien. Het aldus genuanceerde oordeel van de commissie maakt ook een afgewogen eindbeslissing mogelijk. Indien bijvoorbeeld sprake is van een gebrekkige consultatie of het niet zelf hebben gezien van de patiënt, behoeft dit op zichzelf nog niet te leiden tot het instellen van strafvervolging, omdat deze omissie volgens de huidige stand van de jurisprudentie, niet zonder meer in de weg staat aan een geslaagd beroep op noodtoestand.

Indien het de commissie echter niet zonder meer verdedigbaar voorkomt dat, in het gegeven voorbeeld, deugdelijke consultatie achterwege is gebleven, zal zij ook dit moeten aangeven in haar oordeel, naar aanleiding waarvan alsnog nader moet worden bezien of, en zo ja, tot welke reactie, van de zijde van het Openbaar Ministerie of van de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, deze omissie aanleiding geeft.

Om te bevorderen dat artsen binnen redelijke termijn uitsluitsel krijgen over de afdoening van de melding, is de termijn waarbinnen de commissie haar oordeel moet uitbrengen, op zes weken bepaald. Deze termijn kan eenmaal met zes weken worden verlengd, onder mededeling aan de arts. Deze verlenging kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn om aanvullende informatie over het gemelde geval in te winnen.

Om voorts te bevorderen dat de arts zoveel mogelijk op de hoogte is van het verloop van de toetsing, krijgt hij een afschrift van het oordeel van de commissie gelijktijdig met de toezending ervan aan Openbaar Ministerie en regionaal inspecteur. Hierdoor is de arts op de hoogte van het oordeel van de commissie omtrent de in acht genomen zorgvuldigheid en, in voorkomend geval, van het verzoek van de commissie aan het openbaar ministerie of de regionaal inspecteur om de zaak nader te bezien.

In de administratieve voorschriften van het Openbaar Ministerie zal worden vastgelegd dat het Openbaar Ministerie na ontvangst van het oordeel binnen drie weken aan de arts bericht hetzij dat geen vervolging zal worden ingesteld en de zaak verder is afgedaan, hetzij een tussenbericht waaruit blijkt dat het betreffende geval nader zal worden bezien en daartoe ter bespreking aan het college van procureurs-generaal is voorgelegd. Een afschrift van dat afloop- of tussenbericht wordt gezonden aan de regionale toetsingscommissie die een oordeel over het gemelde geval heeft uitgebracht.

Door de commissie voor wat betreft haar oordeelsvorming en het openbaar ministerie voor wat betreft het zenden van een afloop- of tussenbericht, aan termijnen van respectievelijk zes en drie weken te binden, wordt bevorderd dat artsen in de meeste gevallen binnen zekere termijn een definitieve beslissing over de afdoening van de melding ontvangen.

Het oordeel van de commissie dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, vormt een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie om niet tot vervolging over te gaan. Gelet op de gelding van de desbetreffende bepalingen in het Wetboek van Strafrecht blijft de uiteindelijke beslissing om al dan niet vervolging in te stellen voorbehouden aan het Openbaar Ministerie. Van deze formele bevoegdheid wordt bij de toezending van een afschrift van het oordeel mededeling gedaan aan de arts.

In voorkomend geval kan een commissie het door haar gegeven oordeel in een persoonlijk contact met de arts toelichten, feedback geven. Door inzicht te bieden in het beoordelingsproces en met hem de gevolgde werkwijze en gemaakte keuzes te bespreken, krijgen de commissies tevens een educatief karakter. Dit bevordert het zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie. Een dergelijk evaluatie-gesprek kan plaatsvinden op verzoek van de commissie zowel als de arts. De arts is overigens niet verplicht in te gaan op een uitnodiging voor een dergelijk gesprek.

Artikel 11

Een deugdelijke registratie van gemelde gevallen is in de eerste plaats noodzakelijk met het oog op de identificatie van gevallen en ter bewaking van de afdoening en in de tweede plaats met het oog op het uit te brengen jaarverslag. Voorts kan registratie nuttig zijn voor eventuele toekomstige onderzoeksdoeleinden. Wij zullen waarborgen dat deze registratie door de commissies plaatsvindt op gelijke wijze en met inachtneming van wettelijke regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 12

Wij achten het van groot belang dat een commissie een eenduidig oordeel uitbrengt omtrent de zorgvuldigheid van het handelen van de arts, ook wanneer hun oordeel in voorkomend geval het verzoek bevat aan het openbaar ministerie of de regionaal inspecteur om de zaak op punten waar het handelen van de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidscriteria heeft plaatsgevonden, nader te bezien. Daartoe is in het eerste lid van dit artikel bepaald dat een oordeel wordt vastgesteld bij meerderheid van stemmen. Teneinde de inbreng van de drie vertegenwoordigde disciplines te verzekeren en een staken der stemmen te voorkomen, wordt in het tweede lid wel voorgeschreven dat alle commissieleden aan de stemming moeten hebben deelgenomen. Het uitdrukkelijk vermelden van een minderheidsstandpunt is in de Nederlandse (tucht)rechtspraak en in de uitspraken van overige toetsende instanties binnen de Nederlandse rechtsorde niet gebruikelijk. Wij achten zo'n vermelding niet nodig, maar in uitzonderlijke gevallen ook niet uitgesloten. Zoals in artikel 10 is bepaald, wordt elk oordeel van de commissie gemotiveerd. Daarin zal vanzelfsprekend aandacht worden besteed aan die aspecten van het handelen van de arts, die onderwerp van discussie zijn geweest binnen de commissie. Het doet er daarbij niet toe, of dit bezwaren betrof van de kant van de jurist, de medicus of de ethicus. Het gaat uiteindelijk en in wezen om de inhoud van de argumentatie. Gelet op het gemotiveerde oordeel van de commissie over het handelen van de arts, is het vereisen van unanimiteit evenmin nodig: indien de commissie niet unaniem van oordeel is dat zorgvuldig is gehandeld, komen de aspecten waarover verschil van inzicht bleef bestaan, vanzelf aan de orde in het oordeel.

Artikel 13

In het voorzittersoverleg, dat in ieder geval twee maal per jaar plaatsvindt maar naar behoefte vaker kan plaatsvinden, kunnen zowel praktische zaken als meer inhoudelijke zaken aan de orde komen. Het overleg is bij uitstek bedoeld om de eenheid in de toepassing van de zorgvuldigheidscriteria te bewaken. De voorzitters kunnen bijvoorbeeld gevallen waarin zich bijzondere omstandigheden hebben voorgedaan, inbrengen ter bespreking van de vraag in hoeverre deze omstandigheden bepalend moeten zijn voor het oordeel of zorgvuldig is gehandeld. Ook is denkbaar dat men bij elkaar informeert of in de andere commissies ervaring is opgedaan met bepaalde casus. Het is goed denkbaar dat de secretarissen van de commissies bij dit overleg aanwezig zijn of dat zij, indien daaraan behoefte bestaat, buiten het voorzittersoverleg bijeenkomen om zaken af te stemmen en informatie uit te wisselen. Daarbij kan worden gedacht aan de opzet van de uit te brengen jaarverslagen, registratieperikelen en dergelijke.

Een vertegenwoordiger van het College van Procureurs-Generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden uitgenodigd om bij het voorzittersoverleg aanwezig te zijn. Langs deze weg kan inhoudelijke terugkoppeling plaatsvinden vanuit het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de afdoening van zaken en kunnen praktische aangelegenheden aan de orde komen.

Artikel 14

In dit artikel is een geheimhoudingsplicht opgenomen voor de leden van de commissie met betrekking tot alle gegevens waarover zij bij hun taakuitvoering de beschikking krijgen. Deze geheimhoudingsplicht kan slechts worden doorbroken op grond van enig wettelijk voorschrift of indien uit de taakuitvoering de noodzaak tot mededeling voortvloeit. Bij dit laatste kan gedacht worden aan het desgevraagd nadere inlichtingen verstrekken over een voorgelegde zaak aan de officier van justitie of de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, bijvoorbeeld indien bij laatstbedoelde personen de behoefte bestaat aan een toelichting op het uitgebrachte oordeel. Ook

het inwinnen van nadere inlichtingen op grond van artikel 8, derde lid, bij personen die bij een voorgelegd geval zijn betrokken, kan ertoe leiden dat een lid van de commissie zijn geheimhoudingsplicht tegenover die personen doorbreekt.

Artikel 15

In dit artikel is in algemene zin de plicht opgenomen voor een commissielid om zich te verschonen, indien er reden is aan te nemen dat zijn oordeel over een bepaalde zaak beïnvloed zou kunnen zijn. Ook kan een commissielid onder die omstandigheden worden gewraakt. In voorkomend geval ligt het voor de hand dat voor de oordeelsvorming over het desbetreffende geval een beroep wordt gedaan op een plaatsvervangend lid, dat over dezelfde soort deskundigheid beschikt.

Artikel 16

Om de onafhankelijke oordeelsvorming van de commissieleden te waarborgen en in feite te voorkomen dat zij in een situatie als omschreven in artikel 14 terechtkomen, is het aan een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris niet toegestaan om voorafgaande aan de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts een oordeel of advies te geven over diens voornemen daartoe. Desgevraagd kan door de secretaris of door een lid van de commissie wel informatie in algemene zin worden verstrekt over de inhoud van de meldingsprocedure, de geldende zorgvuldigheidscriteria, de verkrijgbaarheid van modelverslagen en dergelijke.

Het is de bedoeling dat de arts het voornemen om in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding bespreekt met een consultant. Het vragen van een consult of het plegen van overleg vooraf vormt een belangrijke bijdrage tot de zorgvuldigheid van de besluitvorming rond het levensbeïndigend handelen. De consultatie vooraf verdient naar ons oordeel verdieping en professionalisering. De arts die wordt geconfronteerd met een verzoek om levensbeëindiging zou zich moeten kunnen wenden tot een daartoe in te stellen steunpunt voor overleg en advies. Dit steunpunt zou kunnen worden gevormd door daartoe nader opgeleide artsen. De KNMG heeft hiervoor een proefproject opgezet in samenwerking met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging. In het standpunt dat wij uitbrachten naar aanleiding van de evaluatie van de praktijk inzake levensbeïndigend handelen en de meldingsprocedure euthanasie (Kamerstukken II, 196-1997, 23 877, nr. 13) hebben wij aangekondigd de bevindingen af te wachten van dit proefproject om vervolgens een versterkte consultatiefunctie in te bedden in de gewijzigde meldingsprocedure.

Artikel 17

In hun jaarverslagen zullen de commissies, uiteraard met inachtneming van normen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zoveel mogelijk openheid betrachten. De jaarverslagen bieden inzicht in de wijze waarop de commissies concrete gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidscriteria hebben getoetst en in de afwegingen die bij de beoordeling zijn gemaakt.

Artikel 18

De openbare rapporten die door de commissies jaarlijks vóór 1 april worden uitgebracht, zullen het maatschappelijk inzicht in en de controle op de praktijk inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vergroten. Aldus kan ook de eenheid in de toepassing van de zorgvuldigheidscriteria worden bewaakt. Daaraan zal verder bijdragen het door ons jaarlijks aan de Tweede Kamer uit te brengen verslag over het functioneren van de commissies en over de uiteindelijke afdoening van gemelde gevallen waarover door de commissies is geoordeeld door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Artikel 19

Deze regeling treedt in werking tegelijk met het Besluit van 19 november 1997 (Stb. 550), waarvan de inwerkingtreding bij Koninklijk Besluit van 11 mei 1998 (Stb. 280) is bepaald op 1 november 1998.

Artikel 20

Hoewel de toetsingscommissies uitdrukkelijk bevoegd zijn te oordelen over gevallen van levensbeëindiging op verzoek zowel als hulp bij zelfdoding, is bij de keuze van de citeertitel aangesloten bij algemeen spraakgebruik.

De Minister van Justitie,
mr. W. Sorgdrager

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

Colofon

Uitgave

Regionale Toetsingscommissies
euthanasie

Bestellen

Het jaarverslag is te bestellen bij

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Voorlichting en Communicatie
telefoon 070 340 7890

maandag t/m vrijdag 9.00 – 17.00 uur
fax 070 340 6251.

Het jaarverslag is ook beschikbaar op de
Internetsite van het ministerie:

www.minvws.nl

Ministerie van Justitie

Directie Voorlichting, afdeling

In- en Externe Communicatie

Telefoon 070 370 6850

maandag t/m vrijdag 9.00 – 17.00 uur

Fax 070 370 7594.

Het jaarverslag is ook beschikbaar op de
Internetsite van het ministerie:

www.minjus.nl

Vormgeving

Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk

Albani, Den Haag

Mei, 2000

DVC 00 - 088

Leden Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

Regio 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 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager

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

Arts: dr. A. Hoogerwerf

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

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

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

Regio Noord-Holland

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

Ethicus: prof. dr. E. van Leeuwen

Arts: dr. C.D. van der Does

Plv. voorzitter: mr. C. van Steenderen

Plv. ethicus: mw. Y. Orobio de Castro

Plv. arts: dr. P. Portegies

Regio Zuid-Holland en Zeeland

Voorzitter: mr. J.J.H. Suyver

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

Arts: mw. drs. J.M.G. Lanphen

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

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

Plv. arts: drs. G.K. Kimsma

Regio 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

