



Regionale toetsingscommissies euthanasie
JAARVERSLAG 2000

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. M.L. Düpper, mw. mr. M.W.H. Notermans

Regio Noord-Holland

Postbus 3186

2001 DD Haarlem

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

Secretaris: mw. mr. E. Stoop

Regio Zuid-Holland en Zeeland

Postbus 1173

2280 CD Rijswijk

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

Secretaris: mw. mr. G.G.M.L. Huntjens, 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 2000



Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk I	
Werkzaamheden en werkwijze van de commissies	6
Hoofdstuk II	
Landelijk overzicht toetsingscommissies	10
Hoofdstuk III	
1. De bevoegdheid van de toetsingscommissie	12
2. De zorgvuldigheidscriteria	13
I Het verzoek	14
II Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	17
III Consultatie	21
IV Uitvoering	23
3. Schriftelijke verslaglegging	25
Nawoord	26

Bijlagen

I Overzicht per regio	
A. Groningen, Friesland en Drenthe	28
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	29
C. Noord-Holland	30
D. Zuid-Holland en Zeeland	31
E. Noord-Brabant en Limburg	32
II Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie	34
Toelichting	39

Voorwoord

In dit tweede jaarverslag van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie wordt inzicht gegeven in de werkzaamheden van het afgelopen kalenderjaar. Deze werkzaamheden bestaan voornamelijk uit het toetsen van gemelde euthanasiegevallen.

In het jaar 2000 zijn ruim 2100 gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gemeld. In drie gevallen is geoordeeld dat door de arts niet zorgvuldig is gehandeld. Overigens zijn deze laatstgenoemde gevallen door het Openbaar Ministerie geseponeerd.

Het aantal meldingen is in het jaar 2000 licht gedaald ten opzichte van 1999. Wat daarvan de oorzaak is, is niet duidelijk. Wellicht zal het door het kabinet aangekondigde onderzoek daaromtrent meer informatie geven. De daling is echter zo gering dat hieruit geen conclusies getrokken kunnen worden. Wat van meer belang zal zijn, is de verhouding tussen het aantal wel en niet gemelde gevallen. Ook daarover zal het onderzoek naar verwachting meer informatie geven. De melding van euthanasiegevallen blijft het essentiële element van een verantwoorde euthanasiepraktijk. Immers het feit dat levensbeëindigend handelen wordt getoetst legitimeert de wettelijke regeling van deze praktijk.

Getoetst wordt aan de zorgvuldigheidscriteria zoals deze tot stand zijn gekomen in een wisselwerking tussen jurisprudentie en de medisch professionele normen. Bij de ontvangen meldingen is slechts in een gering aantal gevallen door de commissies een probleem geconstateerd. Waren er aanvankelijk bedenkingen, dan zijn deze dikwijls weggenomen door nadere informatie van de betrokken arts.

De wettelijke toetsingstaak van de regionale commissies betekent in de praktijk ook een vorm van kwaliteitsbewaking. Enerzijds door de gesprekken die worden gevoerd en de schriftelijke informatie die waar nodig wordt verschaft, maar anderzijds ook door de voorlichting die door de leden van de commissies wordt gegeven. Dit blijkt nog steeds noodzakelijk; in bijeenkomsten blijkt dat, ondanks de vele publicaties in vaktijdschriften, artsen lang niet altijd goed op de hoogte zijn van de procedures en de wettelijke regelingen.

In dit jaarverslag komen ook enkele concrete geanonimiseerde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de orde. De commissies menen dat casuïstiek het maatschappelijk inzicht in de onderhavige problematiek kan vergroten en verder een bijdrage zal kunnen leveren aan de kwaliteitsbewaking en bevordering.

De toetsingscommissies vervullen een essentiële rol in de wijze waarop in ons land met euthanasie wordt omgegaan. Dit zal des te sterker worden wanneer de nieuwe wettelijke regeling in werking treedt.

Arnhem, mei 2001

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

Voorzitter landelijk overleg toetsingscommissies euthanasie

De regionale toetsingscommissies euthanasie hebben het tweede volle kalenderjaar van hun werkzaamheden achter de rug. De huidige meldingsprocedure is vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur (27 mei 1998 nr. 698972/98/6), gebaseerd op artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging en is in werking getreden op 1 november 1998. Deze regeling heeft alleen betrekking op euthanasie en hulp bij zelfdoding en niet op levensbeëindigend handelen niet-op-verzoek. Voor dit laatste is nog geen aparte regeling getroffen.

De commissies hebben tot 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, op grond waarvan zij door de gemeentelijk lijkschouwer rechtstreeks worden gemeld aan de officier van justitie.

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies, gevestigd te Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk en 's-Hertogenbosch. De commissies zijn gehuisvest ten kantore van de regionale inspecties voor de gezondheidszorg. De secretariaten van de commissies Arnhem en 's-Hertogenbosch zijn gezamenlijk gehuisvest te Arnhem.

De commissies bestaan uit drie leden, een jurist/voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische- of zingevingvraagstukken. Voor elk lid is een plaatsvervanger benoemd van dezelfde discipline. De commissie heeft een secretaris die jurist is en in de vergadering 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 handelen van de arts, aan de hand van de in de regeling geformuleerde zorgvuldigheidseisen. Op grond van artikel 9 van de regeling komt de commissie 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.

De commissie brengt haar oordeel schriftelijk ter kennis van het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Dit oordeel vormt een zwaarwegend advies aan het Openbaar Ministerie bij diens beslissing over het al dan niet instellen van een strafrechtelijke vervolging. Indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig bovengenoemde zorgvuldigheidseisen bevat het oordeel van de commissie het verzoek aan het Openbaar Ministerie of de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg om de zaak nader te bezien.

Opbouw van het jaarverslag

In hoofdstuk I wordt inzicht gegeven in de werkwijze van de commissies. Verder zal in dit hoofdstuk ook aandacht worden besteed aan de verschillende vormen van overleg, zoals het voorzittersoverleg, het overleg met het Openbaar Ministerie en de inspectie voor de gezondheidszorg en het secretarisoverleg.

De overige activiteiten van de commissies in het kader van kwaliteitsverbetering van levensbeëindigend handelen op verzoek worden in dit hoofdstuk eveneens nader beschreven.

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

In hoofdstuk III worden aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria enkele concrete gevallen van levensbeëindiging op verzoek of van hulp bij zelfdoding besproken. In dit verband wordt er nu reeds op gewezen dat in het overgrote deel van de meldingen aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. In de besproken casuïstiek komen enkele uitzonderlijke gevallen aan de orde.

Het jaarverslag wordt met een kort nawoord afgesloten.

In de bijlage I wordt een cijfermatig overzicht per regio gegeven.

In bijlage II is de regeling met bijbehorende toelichting opgenomen.

Hoofdstuk I

Werkzaamheden van de commissies

De werkzaamheden van de commissies bestaan uit de beoordeling van de gemelde zaken. In dit hoofdstuk zal allereerst inzicht worden gegeven in de wijze waarop de commissies deze werkzaamheden verrichten. Vervolgens zal worden ingegaan op de diverse vormen van overleg en de wijze waarop de commissies de eenheid in de toetsing van de zorgvuldigheidseisen bewaken. Als laatste onderwerp van dit hoofdstuk komt aan de orde de wijze waarop de commissies trachten een bijdrage te leveren om de kwaliteit van het handelen te bewaken en verder te bevorderen.

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 conceptoordeel op. De secretaris zendt kopieën van alle dossiers met het conceptoordeel toe aan de commissieleden. Gezien de gestelde termijn voor het geven van een oordeel (zes weken), vergaderen de commissies om de drie of 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 consulent of de lijkschouwer. Zo nodig wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. In deze zaken wordt van de mogelijkheid gebruik gemaakt de termijn met éénmaal zes weken te verlengen.

Het oordeel wordt gezonden aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie met een afschrift aan de regionaal inspecteur van de gezondheidszorg en aan de meldende 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 commissie heeft de mogelijkheid om nadere vragen te stellen aan de meldende artsen en de consulenten. Zij kan dit schriftelijk of mondeling doen. In sommige gevallen wordt een meldend arts telefonisch benaderd door de secretaris of de arts van de commissie. Vaak gaat het om vragen die het ondraaglijk en uitzichtloos lijden betreffen. Uit de diagnose kan dan nog wel worden opgemaakt dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar de concrete medische en persoonlijke situatie van de patiënt roept vragen op. Een telefoongesprek tussen de meldende arts en de arts uit de commissie kan erg verhelderend werken. Over het algemeen worden deze gesprekken door de meldend arts als plezierig ervaren, omdat hij door een collega-arts wordt benaderd. Het modelverslag nodigt helaas in het algemeen niet uit tot een uitvoerige rapportage.

Er kan ook schriftelijk om meer informatie worden gevraagd. De commissie stelt daarbij nadere vragen aan de meldende arts; het gaat daarbij veelal om de objectivering van de ondraaglijkheid van het lijden, het verzoek, de wilsbekwaamheid van de patiënt en de uitvoering van de euthanasie.

Ook aan de consulent worden zonnodig nadere vragen gesteld. Bijvoorbeeld in gevallen waarin de verslaglegging dermate summier is, dat de commissie niet kan vaststellen of en hoe door de consulent getoetst is of aan de geldende zorgvuldigheidseisen is voldaan. Consulenten moeten met betrekking tot de twee materiële zorgvuldigheidseisen uitdrukkelijk conclusies formuleren en onderbouwen.

De commissies hebben in het afgelopen jaar tot hun genoegen vastgesteld, dat met de steeds verdergaande uitbreiding van het SCEN-project (steun en consultatie bij

euthanasie in Nederland), een initiatief van de KNMG, steeds meer kwalitatief goede consultatieverslagen worden ontvangen.

In een aantal gevallen wordt een arts gevraagd op de vergadering van de commissie de melding nader te komen toelichten. De commissies hebben er begrip voor dat de artsen na een vaak belastende euthanasieprocedure hieraan zelf weinig behoefte voelen. Maar rijzen er bij de commissie wezenlijke vragen over bijvoorbeeld de uitzichtloosheid of ondraaglijkheid van het lijden, dan ontkomt de commissie er niet aan de arts te vragen zijn melding persoonlijk te komen toelichten. In dat geval ontvangt de arts tevoren van de secretaris van de commissie bericht over welk aspect van de euthanasie er bij de commissie onduidelijkheid bestaat.

Een weergave van het antwoord op een (schriftelijk of telefonisch) gestelde vraag wordt verwerkt in het oordeel. Ook een weergave van het gesprek met een opgeroepen arts wordt in het oordeel opgenomen.

Overleg

• overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies onderling

In het afgelopen kalenderjaar hebben de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies vijf maal vergaderd, waarbij ook de secretarissen van de commissies aanwezig waren. Hierin is zowel aandacht besteed aan de onderlinge inhoudelijke afstemming van de oordeelsvorming, als aan een aantal praktische zaken.

Hierbij kwam bijvoorbeeld de problematiek rond de administratieve ondersteuning van de secretarissen en de vervanging van de secretarissen bij ziekte en vacatures regelmatig aan de orde. In het afgelopen jaar was het secretariaat van de commissies in feite steeds onderbezet, waardoor de werkbelasting van de secretarissen soms groot was. Ook de huisvesting van de commissies Rijswijk en Haarlem stond meerdere malen op de agenda van het voorzittersoverleg.

In het voorzittersoverleg is ook herhaaldelijk gesproken over de verhouding tussen de commissies en de ministeries van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en van Justitie omdat in de praktijk is gebleken dat voor het goed functioneren van de commissies in praktische zin medewerking en ondersteuning van de genoemde ministeries noodzakelijk is.

• overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In het jaar 2000 heeft dit overleg overeenkomstig artikel 13 van de regeling tweemaal plaatsgevonden. Tijdens dit overleg komen praktische en inhoudelijke zaken aan de orde. Langs deze weg kan inhoudelijke terugkoppeling plaatsvinden vanuit het Openbaar Ministerie over de afdoening van zaken.

Door het Openbaar Ministerie wordt aan de commissies ook inzicht gegeven in de gevallen die zijn besproken in het overleg van de Procureurs-Generaal (de zogenaamde bespreekgevallen).

In dit overleg hebben de commissies aan de Hoofdinspecteur van de gezondheidszorg aangegeven dat de ervaringen van de commissies met de regionaal inspecteur zeer verschillend zijn.

Iedere commissie heeft immers binnen de eigen regio contacten met de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en met de inspectie voor de gezondheidszorg.

In het algemeen hebben de commissies in het afgelopen jaar ervaren dat de inspectie haar taak terzake van de onderhavige problematiek erg beperkt opvat. Sommige commissies hebben zelfs moeten vaststellen dat in gevallen waarin zij expliciet aandacht van de inspectie voor een bepaalde melding hebben gevraagd, hierop door de inspectie geen actie is ondernomen.

• secretarissenoverleg

Overleg tussen de secretarissen van de toetsingscommissies heeft in 2000 om de twee maanden plaatsgevonden. Dit is een afstemmingsoverleg tussen de secretarissen van de commissies, waarin tevens het voorzittersoverleg, het overleg met Openbaar Ministerie en de inspectie voor de gezondheidszorg en het overleg met VWS en Justitie wordt voorbereid. Ook worden hier bijzondere meldingen besproken, zodat deze zonedig op de agenda van het voorzittersoverleg kunnen worden geplaatst. In dit overleg wordt uiteraard aandacht besteed aan allerlei praktische zaken en aan de onderlinge werkverdeling.

Daarnaast vindt overleg plaats tussen de secretarissen, een ambtenaar van het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en ambtenaren van de ministeries van Justitie en van VWS. In dit overleg wordt gesproken over het functioneren van de commissies en komen allerlei praktische zaken aan de orde (logistiek, het functioneren van de D -base, huisvesting en faciliteiten).

Onderlinge afstemming van de commissies

In het jaar 2000 werd veel tijd besteed aan onderlinge afstemming tussen de commissies inzake hun oordeelsvorming. Het doel hiervan is primair het waarborgen van uniformiteit in de beoordeling van de commissies. In het voorzittersoverleg is uitgebreid gesproken over enkele concrete vraagpunten. Hierbij speelde met name een rol de vraag of een tekortkoming in een van de procedurele zorgvuldigheidscriteria steeds tot het eindoordeel niet zorgvuldig zou moeten leiden. Er werd bijvoorbeeld afgesproken hoe te oordelen over de situatie waarbij een lid uit de waarneemgroep van een huisarts de consultatie verrichtte. De commissies waren van mening dat een lid uit de waarneemgroep niet voldoende onafhankelijk van de meldende arts en de patiënt is. Aanvankelijk werd hierover in het oordeel een kritische opmerking gemaakt. De commissies waren niettemin van mening dat deze enkele tekortkoming er niet toe kon leiden dat als eindoordeel steeds niet zorgvuldig werd uitgesproken.

Mede gezien het standpunt van de KNMG is bovengenoemde zienswijze inzake een onafhankelijke consultatie inmiddels door de commissies verruimd. Een lid uit de waarneemgroep kan een consultatie uitvoeren, mits hij de patiënt niet in een waarneemsituatie heeft behandeld. Immers, indien een consulent een patiënt reeds kent uit de waarneemsituatie, kan hij in het algemeen niet meer worden gezien als onafhankelijk ten opzichte van de patiënt.

Indien niet aan alle aspecten van zorgvuldig handelen is voldaan, zal de commissie hierover steeds opmerkingen in haar oordeel maken. Tijdens het voorzittersoverleg is in het afgelopen jaar meer dan eens gesproken over de vraag hoe te handelen in de situatie dat de arts niet in alle opzichten zorgvuldig heeft gehandeld terwijl het in de optiek van de commissie te ver zou voeren het oordeel onzorgvuldig uit te spreken. Dit heeft tot de volgende gedragslijn geleid. De desbetreffende tekortkoming wordt door de commissie in haar oordeel besproken en er wordt inzicht gegeven in de terzake door de commissie gemaakte afwegingen. Door aldus te nuanceren kan de commissie een afgewogen eindbeslissing geven. Het feit dat bijvoorbeeld sprake is van een gebrekkig consultatieverslag of dat de consulent de patiënt zelf niet meer heeft kunnen spreken behoeft op zichzelf nog niet de conclusie te rechtvaardigen dat de meldend arts niet zorgvuldig heeft gehandeld.

De commissies hebben in 2000 driemaal het oordeel niet zorgvuldig uitgesproken. Voorbeelden van dergelijke casus zijn in dit jaarverslag opgenomen. In het voorzittersoverleg is afgesproken dat indien een commissie overweegt een oordeel niet zorgvuldig uit te spreken, het conceptoordeel eerst voorgelegd wordt aan alle commissieleden, dus ook aan de plaatsvervangend leden. Het conceptoordeel wordt voorts toegezonden aan de overige vier voorzitters die, indien zij daartoe aanleiding zien, het conceptoordeel van hun commentaar voorzien. Bovendien is tussen de commissies overeengekomen dat, indien een commissie overweegt een oordeel niet zorgvuldig

uit te spreken, aan de meldend arts altijd de gelegenheid moet worden geboden de zaak nader mondeling toe te lichten op een vergadering van de commissie. Inmiddels zijn overigens alle in 2000 gedane meldingen door het Openbaar Ministerie geseponeerd.

In 2000 is in het voorzittersoverleg regelmatig gediscussieerd over het gebruik van Dormicum® (midazolam) als comainductie. De KNMP raadt dit middel af. De arts ontvangt zonodig bij het oordeel van de commissie tevens een exemplaar van de KNMP richtlijnen (althans een artikel met dezelfde strekking). Vanuit de KNMP wordt overigens een onderzoek ingesteld naar het gebruik van Dormicum® bij euthanasie.

De commissies werden ook een enkele maal geconfronteerd met een geval van hulp bij zelfdoding, waarbij een arts de drank onbeheerd bij de patiënt achterliet of niet aanwezig was op het moment van de zelfdoding. Op grond van de jurisprudentie dient de arts echter de drank onder zich te houden tot het moment van inname en na inname van de drank bij de patiënt of in de directe nabijheid van de patiënt te blijven.

De handelwijze van een arts die niet bij de zelfdoding aanwezig was wierp de vraag op in hoeverre dan gezegd kan worden dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidscriteria van artikel 9.

Kwaliteitsverbetering

De bedoeling van de toetsingsregeling is om - naast de artsen te stimuleren verantwoording over hun levensbeëindigend handelen af te leggen - de kwaliteit van dit handelen te bewaken en te bevorderen. De commissies hebben deze doelstelling in het afgelopen jaar op de navolgende wijze vormgegeven:

- het geven van lezingen bij Districts Huisartsen Verenigingen, in ziekenhuizen, verpleeghuizen en bij Gemeentelijke Gezondheidsdiensten;
- het leveren van een bijdrage aan de opleiding van de SCEN-artsen
- het publiceren van artikelen over euthanasie in diverse binnen- en buitenlandse vakbladen, tijdschriften en kranten;
- het maken van opmerkingen in de oordelen of oplegbrief, zoals:
- het toezenden van het KNMP rapport wanneer Dormicum is gebruikt;
- een opmerking maken over de kwaliteit van het verslag van de arts, zowel negatief alsook positief (eventueel wordt een exemplaar van het Modelverslag toegestuurd);
- idem voor wat betreft het verslag van de consulent; deze krijgt in een voorkomend geval het protocol van het SCEN-project toegestuurd.

Hoofdstuk II

Landelijk overzicht toetsingscommissies

Overzicht 1 januari 2000 tot en met 31 december 2000

Meldingen

De commissies ontvingen in het jaar 2000 2123 meldingen. Gemiddeld waren dit 177 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 1866 gevallen was er sprake van euthanasie, in 213 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 44 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Instelling

De levensbeëindiging vond in 1773 gevallen thuis plaats, in 278 gevallen in een ziekenhuis, in 65 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis en in 7 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. In drie gevallen is geoordeeld dat arts niet zorgvuldig heeft gehandeld.

Duur beoordeling

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

Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 2000



Totaal 2123

Meldende artsen 2000



Ziekten 2000



* meestal gecombineerde ziektebeelden

Hoofdstuk III

1. De bevoegdheid van de toetsingscommissie

Euthanasie betreft situaties waarin sprake is van levensbeëindiging op verzoek. De toetsingscommissies beoordelen dus alleen die gevallen waarin sprake is van een uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging. In gevallen waarin geen sprake is van een verzoek is de commissie niet bevoegd en zal de procedure die is vastgesteld voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gevolgd moeten worden. Dat wil zeggen dat de zaak rechtstreeks van de lijkschouwer naar de officier van justitie wordt gezonden. In artikel 9 van de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie worden de zorgvuldigheidscriteria vermeld waaraan de commissies gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten toetsen. De criteria zijn ontwikkeld door de jurisprudentie en de medische beroepsgroep. In een aantal gevallen is de onbevoegdheid van de commissie objectief gemakkelijk vast te stellen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om pasgeborenen of om minderjarigen. In de regeling wordt wat dat laatste betreft de wettelijke grens van 18 jaar gehanteerd en wordt niet, zoals in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), voorzien in een regeling voor 16 tot 18-jarigen. In de nieuwe wettelijke regeling is dat wel het geval.

Het staken van een behandeling

Het niet starten of staken van een medisch zinloze behandeling valt onder de noemer "medisch handelen" en is geen euthanasie. Een dergelijk geval hoeft dus niet gemeld te worden. Hetzelfde geldt voor palliatieve medicatie waarbij het risico is ingecalculleerd dat het overlijden van de patiënt als gevolg van die medicatie wordt bespoedigd. Een bekend voorbeeld hiervan is het verhogen van de dosis morfine met de bedoeling de pijn te bestrijden.

casus 1

Een jongeman van 20 jaar kon als gevolg van een hoge dwarslaesie, na een ernstig ongeval, niet meer zelfstandig ademen en werd kunstmatig beademd. Er bestond geen uitzicht op verbetering van zijn toestand. Hij communiceerde door te knippen met zijn ogen. Op deze manier was hij in staat geweest meermalen aan te geven dat hij zo niet verder wilde leven. In overleg met alle betrokkenen werd daarom besloten de beademing te staken.

De betrokken artsen en anderen met wie was overlegd meenden dat dit geval als euthanasie bij de toetsingscommissie moest worden gemeld. De toetsingscommissie heeft zich echter onbevoegd verklaard omdat er weliswaar een verzoek tot levensbeëindigend handelen was gedaan, maar het in de eerste plaats het beëindigen van medisch zinloos handelen betrof.

Het is niet altijd aanstonds duidelijk waar de grenzen liggen. Bijvoorbeeld in het geval van casus 1. Doordat de patiënt nog in staat was tot communicatie kon hij aangeven dat hij niet verder wilde leven. Voor de levensbeëindiging was echter geen actief ingrijpen noodzakelijk anders dan het staken van een behandeling.

Had hij nog zelfstandig kunnen ademen en was een actieve handeling nodig geweest om het leven te beëindigen, dan was er sprake geweest van euthanasie. De patiënt kon immers zijn wil nog uiten. Was hij in coma geweest, dan zou bij het beëindigen van de beademing niet getwijfeld zijn over de vraag of er sprake was van euthanasie of niet. Er was dan geen wilsverklaring en het handelen zou het staken van een medisch zinloze behandeling hebben betroffen, zoals dat in de praktijk regelmatig voorkomt. Actieve levensbeëindiging van een comateuze patiënt die niet wordt

beademd (en waarbij de levensbeëindigende handeling dus niet bestaat uit het staken van een medisch zinloze behandeling) wordt gekwalificeerd als levensbeëindiging niet op verzoek.

Psychisch lijden

Wanneer de oordeelsvorming van een patiënt is gestoord als gevolg van een psychiatrische aandoening moet de melding plaatsvinden volgens de procedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Wanneer aanstonds vaststaat dat een patiënt wilsonbekwaam is, moet de commissie zich dus onbevoegd verklaren. Er is dan geen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Bij psychiatrische problematiek is het echter soms moeilijk vast te stellen in hoeverre een patiënt wilsonbekwaam is en in hoeverre een bepaalde psychiatrische stoornis invloed heeft gehad op de wilbepaling.

Soms wordt in het dossier vermeld dat een patiënt depressief was of in een depressieve stemming verkeerde. In zo'n geval moet de commissie nagaan of er sprake is van depressieve gevoelens of somberheid als gevolg van het lichamelijk lijden dan wel van een depressie, die bijvoorbeeld al eerder bestond of los staat van de lichamelijk situatie. Bij patiënten met een ernstige en uitzichtloze lichamelijke aandoening is een depressieve of sombere stemming voorstelbaar en normaal. Als het echter zo is dat de patiënt lijdt aan een somatische aandoening terwijl tevens zijn oordeelsvorming gestoord is als gevolg van een depressie in engere zin moet geconcludeerd worden dat de patiënt niet in staat was zijn wil in vrijheid te bepalen.

In sommige gevallen is het probleem al door de betrokken arts onderkend en wordt naast de reguliere consultatie ook een psychiater geraadpleegd die uitsluitel kan geven.

casus 2

Een 35-jarige man is vanaf zijn twintigste jaar onder psychiatrische behandeling geweest in verband met het feit dat hij een einde aan zijn leven wilde maken. Hij had vijf keer een poging tot zelfmoord gedaan. Er was geen aantoonbaar onderliggend lichamelijk lijden.

Geen enkele therapie bracht verbetering in de situatie. Door alle hulpverleners werd deze patiënt wilsonbekwaam geacht. Een psychiater bood uiteindelijk hulp bij zelfdoding. De commissie achtte zich in deze zaak onbevoegd en heeft de melding terugverwezen naar de lijkschouwer voor doorgeleiding naar de officier van justitie.

2. De zorgvuldigheidscriteria

De toetsingscommissies hebben in het jaar 2000 2123 meldingen van euthanasie beoordeeld. In verreweg de meeste gevallen riepen de verslagen geen vragen of problemen op. Slechts in 3 gevallen sprak de commissie het oordeel "niet zorgvuldig" uit. In geen van die gevallen is een strafvervolg ingesteld. De zaken waarin het OM de arts wel vervolgde, waren geen zaken die bij de commissies waren gemeld, omdat zij van voor de meldingsregeling dateerden.

Er waren enkele gevallen waarin de commissie pas na een uitvoerige discussie over de merites van de zaak het oordeel zorgvuldig uitsprak.

De zorgvuldigheidscriteria zijn weliswaar helder geformuleerd, maar in de praktijk blijken zich toch situaties voor te doen, die tot discussie aanleiding geven. Bijvoorbeeld over de vraag in hoeverre een patiënt nog in staat was zijn wil te uiten. Kan een demente patiënt wilsonbekwaam geacht worden? Er bestaan vormen van dementie, waarbij de patiënt zeker heldere ogenblikken heeft en goed in staat is zijn situatie te overzien. In zo'n geval moet wel duidelijk uit het dossier blijken hoe de patiënt eraan toe was.

Wat is ondraaglijk en uitzichtloos lijden? Voor de een ligt dat anders dan voor de ander. Het gaat er dan om in hoeverre de arts tot de overtuiging heeft kunnen

komen dat aan dat criterium is voldaan voor die patiënt. Ook daaromtrent heeft de commissie soms behoefte aan nadere informatie.

In dit hoofdstuk worden enkele casus vermeld waarbij sprake was van dergelijke vraagpunten.

Onderstaande casus is een geval waarin aan alle zorgvuldigheidsvereisten is voldaan, een zogenoemde "standaard"-casus.

Casus 3

Een vrouw van 60 jaar leed aan longkanker, met uitzaaiingen, onder andere in de hersenen. Genezing was niet meer mogelijk. Zij werd alleen nog palliatief behandeld met chemotherapie en radiotherapie. Deze behandeling had niet het gewenste effect en de vrouw kreeg klachten als gevolg van bijwerkingen van de therapieën. De toestand verslechterde snel. De patiënt had geen eetlust meer en zij dronk alleen nog een beetje. Ze was erg misselijk en braakte bij de geringste houdingsverandering van het hoofd, bij emoties en bij het spreken. Ze had pijn in de borst en in het hoofd, ze was bedlegerig en volledig afhankelijk bij alle dagelijkse handelingen. Op het laatst was er sprake van dysarthrie (spraakstoornissen). De pijn werd redelijk goed bestreden, de medicatie tegen de misselijkheid had echter geen effect. Er waren verder geen alternatieven meer om het lijden te verlichten. De huisarts schatte de levensverwachting op ongeveer drie weken.

De vrouw had vanaf het begin van haar ziekte regelmatig met haar huisarts over euthanasie gesproken. Drie weken voor haar dood deed ze een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging en dat verzoek herhaalde ze dagelijks tegenover haar kinderen en de huisarts. De in 1999 ingevulde en ondertekende modelverklaring van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie bevestigde ze door middel van een tweede schriftelijke verklaring. In deze verklaring beschreef zij haar uitzichtloze situatie en gaf ze aan dat deze voor haar niet meer draaglijk was. De vrouw verzocht haar huisarts daarom een einde aan haar leven te maken, opdat zij op een voor haar menswaardige manier zou kunnen sterven. De huisarts heeft met de kinderen overlegd, die het verzoek begrepen en respecteerden. Volgens de arts was er geen reden om te twifelen aan de wilsbekwaamheid van zijn patiënte; zij was zich ten volle bewust van de strekking van haar verzoek en van haar lichamelijke situatie.

Er werd een onafhankelijke collega-huisarts geconsulteerd. Omdat de vrouw metastasen in de hersenen had, waardoor de communicatie op den duur moeilijk zou kunnen worden, werd in een vroeg stadium een tweede arts geconsulteerd. In het verslag van het eerste bezoek bevestigt de consulent de ernst en de uitzichtloosheid van het lijden, waarvoor geen behandeling meer mogelijk is. Hij spreekt de verwachting uit dat de situatie snel zal verslechteren waardoor het lijden voor patiënte ondraaglijk zal worden. De consulent vermeldt dat de vrouw op hem een heldere indruk maakte en dat er geen sprake was van een depressie. Het verzoek om levensbeëindiging is duurzaam, vrijwillig en weloverwogen. In zijn verslag van het tweede bezoek, drie weken later, geeft de consulent aan dat het lijden ondraaglijk is geworden en dat op dat moment aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan.

Hierna heeft de huisarts in het bijzijn van echtgenoot en kinderen de euthanatica toegediend.

I. Het verzoek

Volgens de toelichting bij artikel 9 van de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie vormt de essentie van gerechtvaardigde levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt daartoe. Het verzoek om levensbeëindiging moet vrijwillig en weloverwogen tot stand zijn gekomen en duurzaam van aard zijn. Pas dan is aan dit zorgvuldigheids criterium voldaan.

Is er sprake van een duurzaam, vrijwillig en weloverwogen verzoek?

De eerste vraag die de commissie zich dus moet stellen is de vraag of de patiënt een verzoek heeft gedaan. Dat hoeft niet perse een schriftelijk verzoek te zijn, hoewel dit wel de voorkeur heeft. Uiteraard is het voor de beoordeling van de zaak duidelijker als de patiënt zijn wil op schrift heeft gezet. Daarbij moet echter worden opgemerkt dat een schriftelijke wilsverklaring geen "recht" geeft op euthanasie. Het is de arts die beoordeelt of het lijden zodanige vormen heeft aangenomen dat er naar heersend medisch inzicht sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Pas dan is actieve levensbeëindiging gerechtvaardigd. En mogelijk, indien de arts bereid is daaraan zijn medewerking te verlenen.

In de praktijk is een enkele maal gebleken dat aan een patiënt zeer kort voor de daadwerkelijke levensbeëindiging werd gevraagd "nog even het formulier te tekenen". De commissies kunnen zich voorstellen dat een arts prijs stelt op een schriftelijke verklaring, maar een krabbel van iemand die zo ziek is dat hij eigenlijk niet meer kan schrijven kan ook worden vervangen door een getrouwe weergave van de mondeling geuite euthanasiewens. Er zijn zelfs gevallen geweest waarbij een geluids- of video-opname was gemaakt van de patiënt waarop hij zijn doodswens uit. Daarvoor geldt a fortiori hetzelfde. De arts die met zijn patiënt spreekt over euthanasie doet er, kortom, goed aan in een tijdig stadium ervoor te zorgen dat de schriftelijke verklaring wordt opgemaakt. Vastlegging van deze verklaring bij een notaris, zoals ook een enkele keer werd aangetroffen, is overbodig.

Wanneer er geen sprake is van een schriftelijk maar wel van een mondeling verzoek moet duidelijk zijn wanneer de patiënt dat verzoek heeft gedaan en ten overstaan van wie. De commissies gaan in dat geval nauwkeurig na of er inderdaad sprake is van een duurzaam, vrijwillig en weloverwogen verzoek. Is dat niet het geval, dan zal de commissie zich onbevoegd verklaren de zaak te behandelen, of het oordeel niet zorgvuldig uitspreken. De commissie zal het eerste doen wanneer duidelijk is dat er geen verzoek is. Is er wel een verzoek, maar kleven er gebreken aan, dan kan de commissie tot het oordeel komen dat er sprake is van onzorgvuldig handelen.

casus 4

Een patiënte van 69 jaar leed aan een snel progressieve vorm van dementie met corticale componenten (kleine herseninfarcten). Volgens de meldend arts was er mogelijk sprake van een lichte depressie, maar hij zag geen aanleiding om te twifelen aan de wilsbekwaamheid van de vrouw ten tijde van het euthanasieverzoek. Volgens de twee geconsulteerde artsen, een psychiater en een verpleeghuisarts, was er sprake van een voortschrijdend gemengd dementieel syndroom, mede als gevolg van de herseninfarcten. Beide consulents bevestigden dat er sprake was van een niet ernstige depressie, die nauw samenhang met de aard en het toekomstbeeld van de ziekte. Behandeling met antidepressiva zou de euthanasiewens niet doen veranderen. Bovendien was de onderhavige dementie van dien aard dat er naast verwarde momenten ook ogenblikken waren waarin de patiënte zich goed bewust was van haar situatie en haar wil dienovereenkomstig kon bepalen. De consulents achtten dan ook beiden de vrouw wilsbekwaam en haar verzoek om levensbeëindiging weloverwogen, vrijwillig en duurzaam.

De commissie is tot het oordeel gekomen dat de patiënt wilsbekwaam moest worden geacht en dat de arts dus in het verlengde hiervan zorgvuldig had gehandeld. Het College van procureurs-generaal betwijfelde aanvankelijk of patiënte wel wilsbekwaam was. Op basis van nadere informatie van de toetsingscommissie is uiteindelijk besloten geen vervolging in te stellen.

De commissies worden regelmatig geconfronteerd met gevallen waarin het niet helemaal zeker is of aan de euthanasiewens een autonome wilsbepaling ten grondslag lag. Er zijn bijvoorbeeld gevallen waarin sprake is van een vorm van dementie. Het

blijkt dat het zeer afhankelijk is van de vorm van dementie en van de mate van voortschrijding in hoeverre een patiënt in staat is zijn wil te bepalen. Het is zeker niet bij voorbaat uitgesloten dat iemand met een dementiële aandoening daartoe in staat is. De commissies gaan in dergelijke gevallen daarom zorgvuldig na hoe de feitelijke medische toestand was.

Eenzelfde gedragslijn wordt gevolgd in gevallen waarin een patiënt moeilijk kan communiceren doordat hij of niet steeds helder is, niet kan praten of anderszins in zijn communicatiemogelijkheden beperkt is.

In dergelijke gevallen en in geval van een mogelijke depressie kan een (tweede) consult door een psychiater een belangrijk element in de oordeelsvorming zijn.

Een duurzaam en weloverwogen verzoek

In het meldingsformulier is de vraag opgenomen wanneer de patiënt het verzoek voor het eerst heeft geuit. Dit geeft soms aanleiding tot misverstanden. Door de arts wordt soms de dag van de euthanasie, of een enkele dag ervoor opgegeven als het moment waarop het eerste verzoek is gedaan. Bij navraag blijkt dat in werkelijkheid dikwijls de datum te zijn van het concrete verzoek om uitvoering, nadat al (veel) eerder over de mogelijkheid van euthanasie is gesproken.

Afgezien hiervan komt het ook voor dat de tijd tussen het eerste verzoek en de uitvoering kort is. In acute situaties kan dat gerechtvaardigd zijn. Wel is belangrijk dat het verzoek ten overstaan van de consulent is herhaald. Bij het ontbreken van de duurzaamheid in de tijd kan in dergelijke acute situaties het aspect van de weloverwogenheid de doorslag geven.

Vrijwilligheid

De arts moet zich ervan vergewissen dat het verzoek tot euthanasie inderdaad geheel van de patiënt zelf afkomstig is en niet onder druk van omstandigheden tot stand is gekomen. Soms verklaart de patiënt dat hij zijn familie niet langer tot last wil zijn. De arts moet dan nagaan wat de waarde van die uitspraak is. In een enkel geval lijkt het erop alsof de druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest. De familie kan het lijden niet langer aanzien en verzoekt de arts "er een einde aan te maken". Het moet echter altijd om de wens van de patiënt zelf gaan en de arts zal weerstand moeten bieden aan eventuele druk van de familie. Uit mededelingen van artsen is op te maken dat in een dergelijk geval een negatief advies van de consulent voor de behandelend arts een steun in de rug kan zijn om (nog) niet tot euthanasie over te gaan.

De "conditionele" verklaring

Het komt nogal eens voor dat er een wilsverklaring is die voor een toekomstige situatie is geschreven. Soms naar aanleiding van de diagnose van een ongeneeslijke ziekte, soms in het algemeen. Een voorbeeld van die laatste situatie is de model-euthanasieverklaring van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Daarin is een aantal rubrieken opgenomen waarbij wordt aangetekend of in een dergelijke situatie euthanasie wordt gewenst. Vaak zijn deze verklaringen jaren voordat de concrete situatie zich aandient opgesteld en in het geheel niet meer op die situatie toegesneden. Wanneer de verklaring is geactualiseerd en toegespitst op de actuele situatie, zoals in de "standaardcasus", dan is er geen probleem en is er daarentegen sprake van een zeer weloverwogen verzoek. In het andere geval wordt ook nagegaan of de patiënt inderdaad in deze concrete situatie euthanasie heeft gewild. Meestal is dat uit het dossier wel op te maken, maar wanneer dat niet het geval is, hebben de commissies twijfel of een oude NVVE-verklaring zonder meer een voldoende uitdrukking van de wil op dat moment is en zullen de omstandigheden van de zaak uiteindelijk zwaar meewegen in het oordeel.

In sommige gevallen wordt door de patiënt een eigen actuele verklaring geschreven

waarin de patiënt in eigen bewoordingen uitdrukt waarom hij nu euthanasie wenst. Deze eenvoudige (vaak handgeschreven) verklaringen maken meer indruk dan zorgvuldig opgestelde standaardformuleringen.

II. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De uitzichtloosheid van het lijden is in medisch opzicht redelijk objectief vast te stellen. Er is geen kans op verbetering, steeds verdergaande verslechtering is het vooruitzicht. Het element van de ondraaglijkheid is voor een groot deel subjectief bepaald. Voor de uitzichtloosheid geldt dat deze naar heersend medisch inzicht vast moet staan, voor de ondraaglijkheid geldt dat deze in zoverre geobjectiveerd moet kunnen worden dat deze in elk geval voor de behandelend arts invoelbaar moet zijn. Voor de ene patiënt is het feit dat door de ziekte een algehele afhankelijkheid van anderen is ontstaan ondraaglijk, voor een ander is de angst voor wat komen gaat een belangrijk aspect, zeker wanneer de betrokkene getuige is geweest van een vergelijkbaar ziekbed. In dergelijke gevallen zijn het steeds de concrete feiten en omstandigheden van het geval die leiden tot het oordeel of er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Als de angst voor toekomstig lijden een belangrijke factor is, moet deze angst naar het oordeel van de commissies wel een reële angst zijn, bijvoorbeeld voor verstikking, acute bloeding of verdergaande ontluistering. In veel gevallen wil een tijdig gesprek over euthanasie en het gevoel dat alles in elk geval besproken en geregeld is, nog wel eens de angst reduceren, zodat het moment van euthanasie nog wat uitgesteld kan worden of soms helemaal niet meer nodig is. Over de mogelijkheden van behandelalternatieven en palliatieve zorg worden bij onduidelijkheden door de commissies nadere vragen gesteld. Soms blijkt dat er wel palliatieve mogelijkheden waren, maar dat deze door de patiënt werden afgewezen. Een dergelijke houding hoeft naar de mening van de commissie niet perse te leiden tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Het kan immers voorkomen dat een patiënt geen (verdere) ophoging van de dosis morfine wil, omdat hij helder bij bewustzijn wil blijven. Palliatieve behandelingen met radiotherapie geven soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet meer dan marginaal is. Het vervoer kan voor een patiënt zo belastend zijn dat er nauwelijks gesproken kan worden van een reële behandeloptie. Toch moet de palliatieve zorg een aandachtspunt blijven en moet moeite gedaan worden de mogelijkheden onder de aandacht van patiënten te brengen.

Casus 5

Patiënt leed aan de ziekte van Kahler (een vorm van beenmergkanker waarbij plasmacellen woekeren) sinds 1996. De prognose was sinds het voorjaar van 2000 infaust. Er was, gelet op de feiten en omstandigheden, sprake van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, mede vanwege allerlei complicaties. Patiënt wees een infuus met morfine waardoor hij langzaam zou inslapen af. Patiënt wilde wakker blijven tot het moment van de euthanasie. Hij gaf uitdrukkelijk aan dat hij geen comateuze toestand wilde met een rochelende ademhaling. De consultatie had plaatsgevonden en de consulent had geconcludeerd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Er werd een datum vastgesteld voor de euthanasie. Echter voor de geplande dag ging de toestand van patiënt erg achteruit. Patiënt gaf uiteindelijk aan dat hij toch wilde slapen omdat hij zich zó zwak en ziek voelde, dat hij deze toestand niet meer bewust wilde meemaken. De arts diende patiënt morfine toe in combinatie met Haldol.

Twee dagen later bezocht de arts patiënt. Hij kon geen contact meer met hem krijgen. Patiënt had een trage, diepe rochelende ademhaling en de pols was zwak en week. Patiënt reageerde nog wel op pijnprikkels. Patiënt verkeerde in een situatie, waarvan hij tevoren had aangegeven, niet in te willen belanden.

Gezien de uitdrukkelijke wens van patiënt en de mensonwaardige situatie waarin

patiënt was terechtgekomen, achtte de arts het onaanvaardbaar de wens van patiënt niet te respecteren. Hij besloot die dag de euthanasie uit te voeren.

De arts van de commissie heeft de behandelend arts gevraagd waarom de arts eerst een coma induceerde en vervolgens toch euthanasie verrichtte. De vraag was of er nu nog wel sprake was van een ondraaglijk lijden, nu patiënt door de morfine (sub) comateus was. De arts gaf aan, dat hij uitgebreid met patiënt en zijn familie had gesproken over het te volgen traject. De datum van de euthanasie was in onderling overleg bepaald. De klinische situatie van patiënt verslechterde echter sneller dan verwacht, waardoor de morfine nodig bleek. De arts verklaarde dat er op de dag van de uitvoering absoluut sprake was van een ondraaglijk lijden. Patiënt kreunde en trok grimassen. De arts besloot zijn belofte gestand te doen en het leven van patiënt te beëindigen middels euthanasie.

De commissie oordeelde, dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Het element van de ondraaglijkheid vormt een van de grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan, zoals ook blijkt uit een aantal strafrechtelijke procedures van de laatste jaren. In hoeverre moet de ondraaglijkheid geobjectiverd kunnen worden? Is het feit dat een patiënt zelf vindt dat zijn lijden ondraaglijk is niet voldoende, vooropgesteld dat er inderdaad sprake is van ongeneeslijke aandoeningen? Is het lijden eigenlijk niet meer van psychische aard? In elk geval zal de arts die de euthanasie verricht van die ondraaglijkheid bij zijn patiënt overtuigd moeten zijn. Bij die beoordeling kan hij in belangrijke mate steun ondervinden van de consulent, die zich een eigen oordeel over de situatie moet vormen. En wanneer er sprake lijkt van hoofdzakelijk psychisch lijden kan een gedragsdeskundige in consult worden geroepen.

In de meeste gevallen die de commissies ter beoordeling krijgen is sprake van een kwaadaardig proces dat gepaard gaat met heftige, soms onbeheersbare pijnen, misselijkheid, of bijvoorbeeld fecaal braken bij een darmafsluiting. In die gevallen is het niet moeilijk om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen.

Twee voorbeelden waarin de commissie van mening was dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zonder dat er bijvoorbeeld sprake was van heftige onbeheersbare pijnen of totale ontluistering, die dikwijls de voornaamste indicaties zijn voor de ernst van het lijden.

casus 6

Een patiënte van 48 jaar leed sinds 1990 aan een vorm van progressieve distale spinale atrofie (spierzwakte ten gevolge van een aandoening aan het lage ruggenmerg). Als gevolg daarvan was zij sinds 1993 rolstoelafhankelijk. Vanaf 1996 was ze kortademig en kon ze alleen in een halfzittende houding slapen. Later werd patiënte toenemend benauwd waarvoor ze zuurstof kreeg toegediend. Opname in een verpleeghuis was nodig. Het ademen ging steeds moeilijker en er was sprake van een toenemende spierzwakte. Hierdoor kon ze ook geen sputum meer ophoesten. Er ontstonden nog meer problemen. Nadat ze in het ziekenhuis was opgenomen voor het aanleggen van een tracheostoma (opening in de luchtpijp) en het schoonmaken van de longen, was de vrouw volledig beademingsafhankelijk geworden. Genezing was niet meer mogelijk en medicijnen brachten geen verbetering in de toestand. Uiteindelijk kon de vrouw nog maar voor korte perioden in de rolstoel zitten en nog slechts de aangezichtsspieren bewegen. In zittende houding kon ze spreken, maar het slikken ging steeds moeilijker en de kans op verstikking was niet denkbeeldig. Voor alle verzorging was patiënte afhankelijk en de verzorging was tevens pijnlijk. Deze omstandigheden waren voor de vrouw uiteindelijk ondraaglijk geworden.

casus 7

Een vrouw van 74 jaar leed aan een veelheid van somatische aandoeningen: darmproblemen, hartfalen, hoge bloeddruk, chronische misselijkheid en malaise, staar en sinds 1999 de ziekte van Parkinson, met als gevolg een houdingsinstabiliteit en een verslechtering van de mobiliteit en de fijne motoriek. Bij een val had patiënte een gekneusde rib opgelopen. Eten werd steeds moeilijker, evenals lopen en door haar slechte ogen kon patiënte niet meer lezen. Zij was incontinent voor urine en liet ook haar speeksel lopen. Medicijnen voor de ziekte van Parkinson hadden geen effect en verdere degeneratieve afwijkingen waren te verwachten met als gevolg een voortgaande aftakeling en ontluistering. De toegenomen afhankelijkheid en de dreiging van nog verdere afhankelijkheid waren voor de vrouw ondraaglijk. Zij had in het verleden familieleden na een lijdensweg zien sterven en wilde zichzelf dat besparen. Zij werd verzorgd door haar zus; meer of ander zorg wilde zij niet.

In het volgende geval was het voor de commissie moeilijk om de uitzichtloosheid van het lijden te objectiveren:

casus 8

Een vrouw van 56 kreeg plotseling de verschijnselen van een dwarslaesie. Voordien was zij steeds gezond geweest. Er werd een scan gemaakt en daaruit bleek dat enkele rugwervels waren aangetast door een kwaadaardig proces. De dwarslaesie was irreversibel. De vrouw weigerde iedere verdere vorm van diagnostiek of behandeling waardoor het niet mogelijk was de medische situatie objectief vast te stellen. De huisarts probeerde tevergeefs zijn patiënte gedurende haar ziekenhuisopname te overtuigen van de wenselijkheid om wel aan nadere diagnostiek (ook van psychiatrische aard) mee te werken. De vrouw kon alleen nog maar liggen en haar beide armen nog wat bewegen. Bovendien had zij pijn. Ze vond haar situatie onaanvaardbaar. Ze had altijd al aangegeven in een dergelijke situatie niet verder te willen leven en een eventueel noodzakelijke opname in een verpleegtehuis pertinent te weigeren. Deze opvatting was haar mede ingegeven door haar ervaringen met familieleden in soortgelijke omstandigheden. Er waren verscheidene wilsverklaringen, van zowel voor als na haar ziekenhuisopname.

De arts is uiteindelijk op basis van de uitslag van de scan en de informatie van de behandelend neuroloog, waaruit geconcludeerd kon worden dat het proces irreversibel was en verdere diagnostiek en behandeling daarop geen invloed zouden hebben, op het verzoek van zijn patiënte ingegaan.

De consulent bevestigde in zijn verslag de medische toestand en het voor patiënte in deze situatie ondraaglijk lijden.

In een gesprek met de commissie gaf de arts nog eens aan dat hij het verzoek om euthanasie in dit geval gerechtvaardigd vond. Hij had behalve met de behandelend neuroloog nog overleg gepleegd met de andere behandelend specialisten in het ziekenhuis, zijn collega-huisartsen, de consulent en de GGD-arts. Hij zelf had een behandelrelatie van twintig jaar met zijn patiënte gehad. In die periode was er geen moment geweest - ook niet op het laatst - waarop hij had getwijfeld aan haar wilsbekwaamheid en haar geestesgesteldheid.

Aangezien er in het ziekenhuis geen draagvlak bestond voor euthanasie heeft de huisarts de vrouw de dag na ontslag uit het ziekenhuis in haar eigen huis geholpen bij zelfdoding. De keuze voor hulp bij zelfdoding was door patiënte gemaakt om uitdrukking te geven aan haar autonomie.

De commissie vond dat de arts voldoende aannemelijk had gemaakt dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het beeld van de besluitvorming dat tijdens het gesprek naar voren kwam heeft de commissie overtuigd van de zorgvuldigheid van het handelen van de arts.

Het College van procureurs-generaal heeft naar aanleiding van het bericht van de commissie de zaak nader bekeken en uiteindelijk onder verwijzing naar het gesprek van de commissie met de arts, besloten niet tot vervolging over te gaan.

De commissies spreken hun zorg uit over situaties waarin de arts in zijn relatie met zijn patiënt en diens familie door de houding van de betrokkenen in meer of mindere mate onder druk wordt gezet. Deze klacht wordt in een enkel geval ook wel - impliciet - door een arts naar voren gebracht. Uiteindelijk is de euthanasie in de meeste gevallen wel gerechtvaardigd, maar de arts moet zelf ook de tijd en de gelegenheid hebben tot een eigen oordeel te komen. De commissies zijn steeds alert op situaties waarin mogelijk het aandeel van de familie te groot is in de besluitvorming. En als laatste een voorbeeld van een situatie waarin de commissie oordeelde dat van ondraaglijk en uitzichtloos lijden geen sprake was:

casus 9

Een patiënte van 97 jaar leed aan een aantal lichamelijke problemen. Zij had twee knieprothesen en een heupprothese. Daarvan ondervond zij echter geen hinder. Verder had zij een hyperthyreoïdie (te snel werkende schildklier). Na een aanval van astma cardiale (acute benauwdheid als gevolg van onvoldoende hartfunctie) bleef zij mat en moe, maar na enige tijd werden de klachten minder. Spoedig daarop kreeg de vrouw een herseninfarct (CVA) waardoor ze aanvankelijk onverstaanbaar sprak en er krachtverlies optrad in linker lichaamshelft. Ook deze situatie verbeterde aanmerkelijk.

Voor deze gebeurtenissen was patiënte een vitale vrouw en voor haar waren de ontstane hulpbehoevendheid en afhankelijkheid onacceptabel en ondraaglijk. Ze wilde geen hulp want dat was strijdig met haar actief en zelfstandig leven en betekende alleen maar achteruitgang. Bovendien was ze bang voor herhaling, waardoor ze in een toestand zou kunnen komen waarin ze zich niet meer zou kunnen uiten over een wens tot euthanasie.

Na de astma-aanval heeft de vrouw met haar huisarts over euthanasie gesproken en twee weken na het CVA uitdrukkelijk om uitvoering verzocht. De dagen daarna heeft ze het verzoek herhaald tegenover haar kinderen, de huisarts, de consulent en het verzorgend personeel. De kinderen respecteerden de wens van hun moeder.

De huisarts gaf in zijn euthanasieverslag aan moeite te hebben gehad met het verzoek omdat er nog redelijke perspectieven waren op een acceptabel leven, zij het met hulp van derden. Ook de consulent bleek problemen met het verzoek te hebben, maar hij kon toch de wil van de heldere en krasse dame, zoals hij beschreef, respecteren.

De commissie concludeerde na de mondelinge toelichting van de arts dat er op de dag van de euthanasie naar heersend medisch inzicht geen sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Zij meende dat de arts zijn inzet voor en betrokkenheid bij zijn patiënte - hoe prijzenswaardig ook - te veel heeft laten prevaleren boven de professionaliteit die van een arts verwacht mag worden. Een lange vertrouwensrelatie en het niet in de steek willen laten van een patiënt mogen niet de doorslag geven bij de beslissing tot euthanasie.

De commissie oordeelde dan ook dat in dit geval de arts niet zorgvuldig had gehandeld.

Het College van procureurs-generaal heeft besloten de zaak niet te vervolgen. Het College was, na zorgvuldige afweging, toch van oordeel dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarbij werd overwogen dat het een vrouw betrof van zeer hoge leeftijd, die recentelijk was getroffen door een CVA en bovendien een reële angst had voor een tweede CVA.

Tenslotte zij in dit verband aandacht besteed aan de situatie waarin een patiënt al stervende is of in een (sub)comateuze toestand verkeert. Wanneer er wel een verzoek is, maar twijfel over de ondraaglijkheid van het lijden, rijst de vraag of euthanasie nog wel gerechtvaardigd is. In casus 5 was sprake van een dergelijke situatie. Daar rees de vraag of er op het moment zelf wel sprake was van een verzoek, maar de commissie heeft zich in dat geval ook nog de vraag gesteld of er op het moment van euthanasie sprake was van ondraaglijk lijden. Die casus staat niet op zichzelf. Een arts heeft soms de neiging een belofte, gedaan aan zijn patiënt en de familie na te komen, terwijl er in feite geen termen meer zijn om tot euthanasie over te gaan. Dat een dergelijke situatie voor een arts moeilijk is, is voor de commissies goed invoelbaar, maar het kan niet zo zijn dat de familie de doorslag geeft bij de uiteindelijke beslissing tot euthanasie.

In de praktijk blijkt in een dergelijk geval de mondeling toelichting van de arts zeer verhelderend te zijn. Er zijn immers meestal veel meer omstandigheden dan uit een - uit zijn aard betrekkelijk summier - verslag kan blijken. Het uitnodigen van een arts ten behoeve van een nadere toelichting wordt weliswaar door sommige betrokken artsen aanvankelijk niet erg op prijs gesteld, maar achteraf kan toch in de meeste gevallen geconcludeerd worden dat een gesprek aan beide zijden verhelderend heeft gewerkt.

III. Consultatie

En van de zorgvuldigheidscriteria betreft de consultatie van een tweede arts. Deze moet onafhankelijk zijn, zowel van de patiënt als van de arts die de euthanasie verricht. Onafhankelijkheid van de patiënt houdt in dat de consulent geen medebehandelaar mag zijn, maar ook niet met de patiënt bekend mag zijn in bijvoorbeeld het kader van een waarneming.

Casus 10

De huisarts die de euthanasie zal verrichten heeft als consulent een anesthesist aangezocht die de patiënt een paar weken daarvoor tijdens een opname in het kader van consultatie als pijnspecialist heeft onderzocht en gesproken. Deze consulent schreef vervolgens een verslag waarin de uitzichtloze situatie en het ondraaglijk lijden ten tijde van de ziekenhuisopname werd bevestigd.

In het gesprek dat de commissie met de huisarts had, deelde deze mede dat de patiënt geen onbekende arts wilde spreken. Bovendien kon de huisarts vanwege de vakantieperiode geen onafhankelijke huisarts buiten de eigen huisartsgroep vinden, zodat uiteindelijk de anesthesist als consulent werd aangezocht. Deze arts was in de ogen van de huisarts, als specialist deskundig en, omdat hij de patiënt kort tevoren had gezien, goed op de hoogte van diens medische situatie. De huisarts gaf, achteraf gezien, toe dat dit geen juiste beslissing was.

De commissie heeft geoordeeld dat er sprake was van medebehandeling, waardoor aan het criterium van onafhankelijkheid niet was voldaan. Ook stelde de commissie het handelen van de consulent aan de orde, omdat deze kennelijk meende dat een zorgvuldige en onafhankelijke consultatie op deze wijze kon geschieden.

Gelet op de bijzondere omstandigheden en de uitleg van de huisarts heeft de commissie uiteindelijk gemeend dat de arts niet onzorgvuldig heeft gehandeld. Wel is voor deze zaak aandacht van de inspectie gevraagd, zowel wat het handelen van de huisarts als dat van de anesthesist betreft. De inspecteur heeft met beide artsen gesproken.

De consulent moet niet alleen onafhankelijk zijn van de patiënt maar ook van de arts die de euthanasie verricht. Dat betekent dat er geen maatschaps- of andere zakelijke band mag zijn. Over de vraag of een arts uit dezelfde waarneemgroep mag komen

wordt genuanceerd gedacht. In de praktijk is het namelijk wel eens een probleem om een andere arts te vinden, omdat in sommige streken alle artsen in dezelfde waarnemingsgroep deelnemen.

SCEN-artsen

Naar het voorbeeld van de SCEA (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Amsterdam) waarbij artsen speciaal als consulent bij euthanasie werden opgeleid is een project over heel Nederland in gang gezet. In alle regio's zijn inmiddels cursussen georganiseerd en deze worden nog steeds uitgebreid. In deze cursussen worden alle elementen die bij de consultatie van belang zijn uitvoerig belicht, zowel wat de medische als de juridische aspecten betreft. Ook leden van de toetsingscommissies geven tijdens deze cursussen de informatie als hier bedoeld.

Geconstateerd kan worden dat zowel de consultatie zelf alsmede de verslaglegging hierdoor aan kwaliteit winnen. Consultatie is bovendien geen "vriendendienst" meer, maar wordt vergoed (in dit geval door de KNMG in het kader van het project), zoals dat bij andere werkzaamheden ook het geval is. De commissies pleiten ervoor dat in de toekomst over de hele linie te doen.

Geen consultatie

Het komt voor dat een patiënt liever geen onbekende arts wil zien als er een beslissing over euthanasie genomen moet worden. Hoewel dit in sommige gevallen invoelbaar is, menen de commissies dat toch vastgehouden moet worden aan de verplichting tot consultatie van een onafhankelijk arts, mede omdat juist een onafhankelijke derde een goede inschatting van de situatie kan maken en geheel vrij ten opzichte van het geval staat. Voor de behandelend arts kan dit een steun in de rug zijn bij het nemen van een beslissing.

Er zijn omstandigheden waarin de consultatie achterwege is gebleven doordat er bijvoorbeeld een plotselinge verslechtering van de toestand optrad. Er kan dan sprake zijn van een acute noodsituatie.

Casus 11

De betrokken patiënt was opgenomen in het ziekenhuis. Er was overleg gepleegd over euthanasie en een datum vastgesteld, gelegen na het weekend. In afwachting daarvan had de behandelend specialist nog geen consultatie geregeld. Omdat hij geen specifieke problemen verwachtte, had de behandelend arts zijn patiënt niet overgedragen aan de dienstdoende specialist. In het weekend verslechterde de toestand echter snel. De patiënt had toenemende pijn en was erg benauwd. De euthanasievraag werd daardoor acuut. De dienstdoende arts werd hierdoor overvallen, maar was na inzage van het dossier en na overleg met de huisarts en verpleegkundigen ervan overtuigd dat aan alle zorgvuldigheidsvereisten was voldaan, met uitzondering van de consultatie door een onafhankelijk arts. Gezien de toestand van de patiënt besloot hij in diens belang van de consultatie af te zien. Hij beriep zich op een noodsituatie.

De commissie concludeerde dat de meldende arts als dienstdoend arts onverhoeds werd geconfronteerd met een al toegezegde en in gang gezet euthanasieprocedure en dat hem daarom weinig kon worden verweten en kwam uiteindelijk tot het oordeel "zorgvuldig".

Wel heeft de commissie de aandacht van de regionaal inspecteur gevraagd voor het euthanasieprotocol van het ziekenhuis. Dat betrof een eigen versie van het modelverslag, met een aantal elementen die niet geheel spoorden met de regeling. De inspecteur heeft zich vervolgens tot het ziekenhuis gewend met de aanbeveling het protocol aan te passen.

Tijdige consultatie

Uit bovenstaande casus blijkt dat een tijdige consultatie belangrijk is. Dat geldt te meer wanneer er zich complicaties kunnen voordoen, zoals bijvoorbeeld bij het optreden van hersenmetastasen of bijwerkingen als gevolg van het verhogen van de dosis pijnstilling. De communicatie met de patiënt kan dan gestoord raken zodat op dat moment niet onomstotelijk vast komt te staan wat diens wil is.

“Tijdig” kan in sommige gevallen betekenen dat een tweede bezoek van de consulent noodzakelijk is, met name wanneer er een ruime tijd tussen de eerste consultatie en de daadwerkelijke beslissing tot euthanasie ligt. De consulent moet dan twee keer een verslag opmaken, waarbij het van belang is dat bij het tweede bezoek de ondraaglijkheid van het lijden geëvalueerd wordt. Het gaat er immers om of de omstandigheden die bij het eerste bezoek voorzienbaar waren actueel zijn geworden. De “conditionele” instemming van de consulent moet dan een daadwerkelijke instemming worden.

Tegenstrijdigheden

Casus 12

De consulent bevestigde het uitzichtloos lijden en tevens de omstandigheden, zoals door de meldend arts omschreven, waarop de ondraaglijkheid van het lijden was gebaseerd. In zijn ogen waren de subjectieve aspecten als afhankelijkheid en verlies van autonomie die naast de lichamelijke aspecten als pijn en benauwdheid, ondanks zuurstof, longpuncties en pleuradese (plakken van de longvliezen om vochtontwikkeling tegen te gaan) bestonden, geen omstandigheden die euthanasie rechtvaardigden. Naar de mening van deze consulent kon dan ook niet van een noodsituatie op grond van ondraaglijk lijden gesproken worden. Hij gaf het advies de pijnmedicatie te verhogen en adviseerde negatief ten aanzien van euthanasie.

De meldend arts gaf uitvoering aan het advies en vroeg vervolgens een tweede arts ter consultatie. Deze bezocht de patiënt een dag later en vermeldde dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden op grond van dezelfde lichamelijke situatie, alsmede de afhankelijkheid en het verlies van autonomie. De geadviseerde pijnmedicatie gaf bovendien geen verlichting van het lijden. In afwijking van de eerste consulent was deze tweede arts met de meldend arts van mening dat er reden was voor de toepassing van euthanasie. Specifiek werd daarbij vermeld dat het verzoek om euthanasie niet was ingegeven door de wens de familie niet tot last te zijn, maar door het feit dat de hulpeloosheid voor de patiënt zelf ondraaglijk was.

Gelet op de tegenstrijdigheid in de verslagen van de beide consulenten verzocht de commissie de huisarts nader te motiveren waarom toch tot euthanasie was besloten.

De commissie heeft geoordeeld dat, op basis van de objectieve medische situatie van de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden al voldoende aannemelijk gemaakt was. Nadat een nadere toelichting was verkregen op het verloop van het besluitvormingsproces van de meldend arts en zijn motivering waarom hij toch tot euthanasie was overgegaan oordeelde de commissie dat deze beslissing begrijpelijk en gerechtvaardigd was.

IV. Uitvoering

In de meeste gevallen wordt gekozen voor euthanasie (en niet voor hulp bij zelfdoding) in die zin dat de arts actief het leven van zijn patiënt beëindigt door de euthanatica, in het algemeen per infuus, toe te dienen. De KNMP heeft richtlijnen uitgegeven met betrekking tot de te hanteren euthanatica. Daarbij zijn soort en hoeveelheid van de medicamenten aangegeven. In het algemeen worden deze richtlijnen redelijk gevolgd, hoewel er artsen zijn die aan andere middelen de voorkeur geven. Er

zijn bij de commissies geen gevallen bekend waarbij op het gebied van de uitvoering ernstige problemen zijn opgetreden.

Anders ligt dat bij de hulp bij zelfdoding, waarbij de patiënt zelf een drank drinkt. De drank wordt een enkele keer, ondanks medicatie ter voorkoming daarvan, uitgebraakt, waardoor alsnog ingegrepen moet worden.

Ook als de patiënt zelf de drank inneemt, moet de arts gedurende het proces aanwezig zijn. Hij mag de patiënt met de euthanatica niet alleen laten.

Casus 13

De arts gaf zijn patiënt een drank en zetpillen ter voorkoming van braken mee naar huis. De man bracht zelf de zetpillen in en nam de drank in, zonder dat de arts erbij aanwezig was. Voor deze werkwijze was gekozen omdat de man niet in het ziekenhuis lag, maar poliklinisch patiënt was en de arts (specialist) de patiënt niet slechts in verband met de hulp bij zelfdoding in het ziekenhuis wilde opnemen. Bovendien wilde de patiënt dat zelf ook niet. Op zijn eigen uitdrukkelijk verzoek was hij alleen thuis bij de uitvoering van de zelfdoding. De arts stelde dat hij uitdrukkelijk de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf had gelegd, zonder zich te realiseren dat hij bij de uitvoering aanwezig had behoren te zijn. Wel had hij de volgende voorzorgsmaatregelen genomen:

- *hij had de drank aan de patiënt persoonlijk overhandigd, nadat hij hem herhaaldelijk en nadrukkelijk had gewaarschuwd de drank onder zich te houden, gelet op de werking ervan;*
- *hij had de huisarts van patiënt ervan op de hoogte gebracht dat hij de drank had overhandigd en hij had overlegd met de lijkschouwer;*
- *hij kon ervan uitgaan dat een neef van de patiënt de dag na het overlijden de overledene zou aantreffen;*
- *de patiënt zou een brief bij zich dragen met daarin uitleg over de situatie, het telefoonnummer van de huisarts en de naam en het mobiele nummer van de behandelend specialist.*

De commissie was van oordeel dat de uitvoering niet zorgvuldig was geweest omdat de arts de middelen aan de patiënt had overhandigd opdat deze ze op een zelf gekozen moment zou innemen. Hij was op het moment van het innemen niet aanwezig, maar slechts bereikbaar per mobiele telefoon. Onder verwijzing naar een tuchtrechtelijke uitspraak oordeelde de commissie dat de uitvoering op deze wijze niet voldoet aan de eisen die de medische beroepsgroep daaraan stelt.

Het College van procureurs-generaal heeft besloten niet tot vervolging over te gaan en heeft de zaak doorverwezen naar de inspecteur voor de gezondheidszorg. De inspectie heeft een onderzoek ingesteld, dat op het moment van het drukken van het jaarverslag nog niet afgesloten was.

Casus 14

De huisarts leverde een barbituraatdrank af bij zijn patiënt en vertrok om - volgens afspraak - twee uur later weer terug te komen om zijn patiënt bij de zelfdoding te helpen. De dood leek vervolgens snel in te treden, maar na een ademstilstand van een kwartier begon de patiënt weer spontaan te ademen. De huisarts verliet vervolgens de patiënt en zijn familie om met de apotheker te overleggen over de ontstane situatie. De inmiddels gewaarschuwde lijkschouwer kwam bij een nog ademende patiënt. Even later overleed hij alsnog.

De commissie overwoog dat de arts die in geval van zelfdoding middelen verstrekt er tevens voor moet zorgen dat de levensbeëindiging met de nodige professionele kun-

digheid en zorgvuldigheid geschiedt. De arts heeft hierin een medisch technische en ook een farmacologische verantwoordelijkheid. Uit deze zorgplicht vloeit onder meer voort dat de arts het euthanaticum bij zich houdt tot het moment dat de patiënt het inneemt. Ook de overige omstandigheden wekten bij de commissie de indruk dat de arts niet voldoende aan zijn zorgplicht had voldaan. Daarom vond de commissie dat de uitvoering van deze hulp bij zelfdoding niet zorgvuldig was en heeft zij daarvoor de aandacht van de inspecteur voor de gezondheidszorg gevraagd. Deze heeft vervolgens met de arts gesproken.

Het College van procureurs-generaal heeft besloten niet tot vervolging van de arts over te gaan, onder verwijzing naar de gesprekken met de commissie en de Inspecteur.

3. Schriftelijke verslaglegging

Voor de schriftelijke verslaglegging van de euthanasie is een modelformulier gemaakt dat in de meeste gevallen ook wordt gebruikt. Het formulier leidt in sommige gevallen tot een wel heel summier beantwoording van de vragen, waardoor de commissies zich genoodzaakt zien nadere informatie, schriftelijk of mondeling, in te winnen bij de arts die de euthanasie heeft verricht. Het gebruik van dit modelverslag is niet wettelijk voorgeschreven, maar het bevat wel alle elementen waaraan aandacht besteed moet worden. In gevallen waarin een eigen modelverslag is gemaakt, hetgeen in een aantal ziekenhuizen het geval blijkt te zijn, moet nauwkeurig worden nagegaan of alle wettelijke elementen zijn opgenomen. Waar dat niet het geval was, heeft de commissie gewezen op de tekortkomingen.

Ook de consulent moet een verslag maken van zijn bevindingen, waarin hij alle zorgvuldigheidscriteria belicht. Hij moet een beschrijving geven van het lijden van de patiënt, nagaan of er een verzoek tot euthanasie is dat aan de vereisten voldoet en of de patiënt wilsbekwaam is. Tevens moet hij aangeven wat zijn relatie is tot de patiënt en tot de behandelend arts, opdat kan worden nagegaan of de consulent onafhankelijk genoemd kan worden.

In sommige regio's worden voor de verslaglegging van de consultatie eveneens formulieren gebruikt. In het algemeen zijn deze onvoldoende om de beoordeling door de consulent te kunnen toetsen. Er zijn zelfs regio's waar een invulformulier wordt gebruikt met vragen waarop slechts "ja" of "nee" behoeft te worden doorgehaald. De commissies hebben er bij herhaling op gewezen dat het gebruik van deze formulieren leidt tot te summier verslaglegging, maar tot op heden zijn zij er niet in geslaagd het gebruik van deze formulieren geheel uit te bannen.

De wijze waarop de SCEN-consulenten hun verslag opmaken kan naar het oordeel van de commissies tot voorbeeld dienen.

Het voorstel Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is op 10 april 2001 door de Eerste Kamer aangenomen. Vanzelfsprekend hebben de commissies de parlementaire behandeling op de voet gevolgd. De zorgvuldigheidseisen waaraan de commissies het handelen van de arts hebben te toetsen zijn in essentie dezelfde gebleven. Zij vormen de neerslag van wat in jarenlange jurisprudentie aan criteria is ontwikkeld. In zoverre verandert de taak van de toetsingscommissies onder de nieuwe wet niet wezenlijk. Een wezenlijke verandering is wel dat de commissies in de gevallen waarin zij oordelen dat de arts overeenkomstig de eisen heeft gehandeld, hun oordeel niet meer aan het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg behoeven te zenden. In dit verband is de vraag gerezen of deze oordelen (in geanonimiseerde vorm) niet via een databank raadpleegbaar zouden moeten zijn.

Over deze en soortgelijke vragen die uit de nieuwe wet voortvloeien, zal het voorzittersoverleg de komende maanden met de betrokken ministeries, het College van procureurs-generaal en de inspectie voor de gezondheidszorg overleg plegen. De uitkomsten daarvan zijn belangrijk voor het functioneren van de commissies. Zij zijn zich er terdege van bewust dat hun rol onder de nieuwe wettelijke regeling nog crucialer wordt en daardoor nog kritischer zal worden gevolgd. De commissies zullen naar vermogen hun deskundigheid blijven leveren, de verantwoordelijke ministers hebben de taak daarvoor de noodzakelijke randvoorwaarden te bieden.



Bijlage I

Overzicht per regio

Overzicht 1 januari 2000 tot en met 31 december 2000

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 2000 499 meldingen. Gemiddeld waren dit 42 zaken per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 449 gevallen was er sprake van euthanasie, in 42 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 8 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 411 gevallen een huisarts, in 82 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 6 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

Kanker	434
hart- en vaatziekten	9
ziekten van het zenuwstelsel	14
longziekten, anders dan kanker	17
aids	1
overige ziekten	24

Instelling

De levensbeëindiging vond in 405 gevallen thuis plaats, in 82 gevallen in een ziekenhuis, in 6 gevallen in een verpleeghuis, in 4 gevallen in een verzorgingshuis en in 2 gevallen elders, o.a. een hospice, bejaardencentrum of bij familie.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 5 gevallen onbevoegd. De commissie kwam in 2000 keer 15 maal bijeen om de bovengenoemde 499 meldingen van euthanasie/hulp bij zelfdoding te bespreken. In één geval kwam zij tot het oordeel dat de arts niet zorgvuldig had gehandeld.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 33 dagen.

Overzicht 1 januari 1999 tot en met 31 december 1999

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 2000 589 meldingen. Gemiddeld waren dit 49 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 500 gevallen was er sprake van euthanasie, in 81 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 8 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 497 gevallen een huisarts, in 77 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 15 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	512
hart- en vaatziekten	9
ziekten van het zenuwstelsel	9
longziekten, anders dan kanker	17
aids	6
overige ziekten	36

Instelling

De levensbeëindiging vond in 476 gevallen thuis plaats, in 83 gevallen in een ziekenhuis, in 19 gevallen in een verpleeghuis, in 10 gevallen in een verzorgingshuis en in 1 geval elders.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam in 2000 13 maal bijeen om de bovengenoemde 589 zaken te bespreken. In één geval kwam zij tot het oordeel dat de arts niet zorgvuldig gehandeld had.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 25 dagen.

Overzicht 1 januari 2000 tot en met 31 december 2000

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 2000 436 meldingen. Gemiddeld waren dit 36 gevallen per maand.

Euthanasie/ hulp bij zelfdoding

In 376 gevallen was er sprake van euthanasie, in 48 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 12 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 363 gevallen een huisarts, in 60 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 13 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

Kanker	389
hart- en vaatziekten	4
ziekten van het zenuwstelsel	11
longziekten, anders dan kanker	6
aids	1
overige ziekten	25

Instelling

De levensbeëindiging vond in 365 gevallen thuis plaats, in 59 gevallen in een ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis en in 3 gevallen in een verzorgingstehuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in twee gevallen niet bevoegd. De commissie kwam in 2000 13 maal bijeen om de bovenvermelde 436 zaken te bespreken. De commissie achtte kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld. Tweemaal werd de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd.

Duur beoordeling

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 33 dagen.

Overzicht 1 januari 2000 en met 31 december 2000

Meldingen

De commissie ontving in het jaar 2000 321 meldingen. Gemiddeld waren dit 27 gevallen per maand.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 302 gevallen was er sprake van euthanasie, in 16 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 276 gevallen een huisarts, in 39 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 6 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	301
hart- en vaatziekten	3
ziekten van het zenuwstelsel	8
longziekten, anders dan kanker	1
aids	-
overige ziekten	8

Instelling

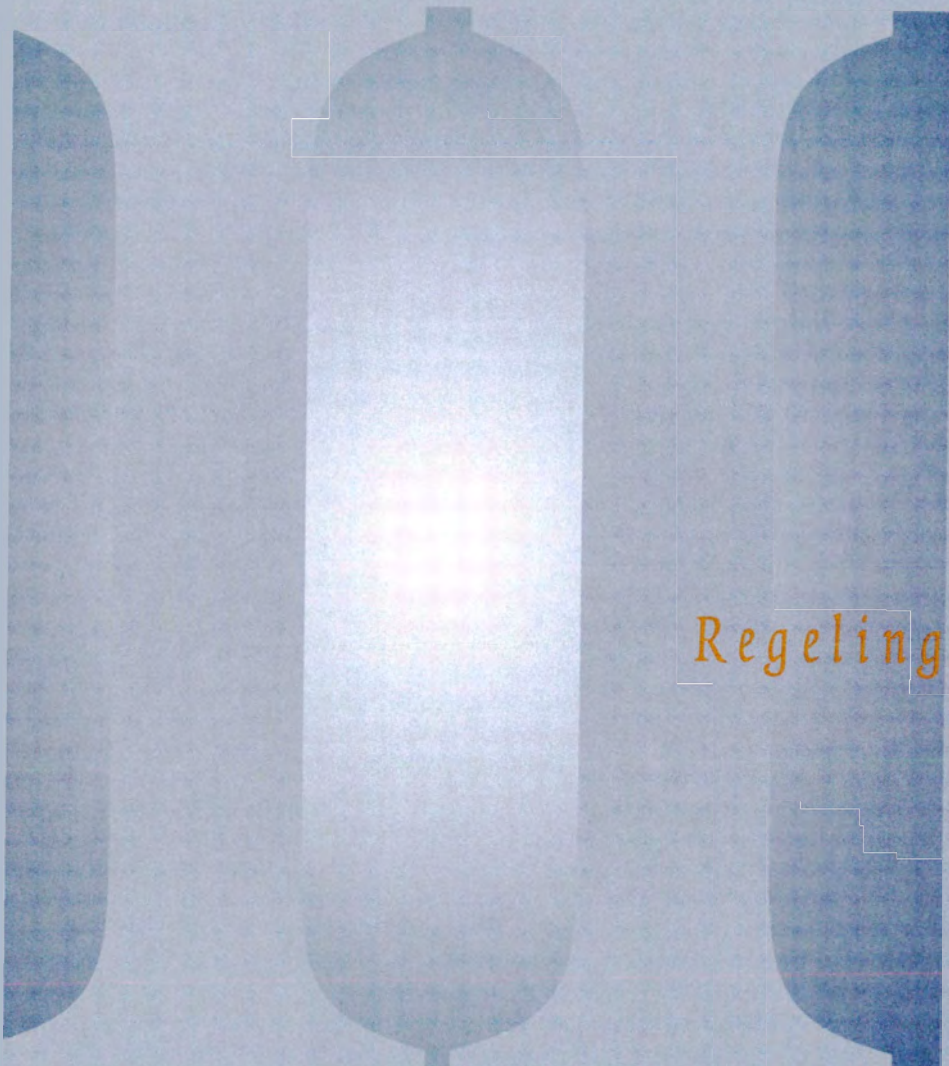
De levensbeëindiging vond in 274 gevallen thuis plaats, in 37 gevallen in het ziekenhuis, in 6 gevallen in een verpleeghuis, in 2 gevallen in een verzorgingstehuis en in 2 gevallen in een hospice.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie kwam in 2000 15 maal bijeen om de bovengenoemde 321 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 26 dagen.



Bijlage II

Regeling en toelichting

Staatscourant 1998, nr. 101

Regeling van de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 mei 1998 nr. 698972/98/6, tot instelling van regionale commissies voor de toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie)

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 verantwoording 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 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

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 toegezonden 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 zorgvuldigheidscriteria. 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 een evenwichtig fundament te bieden. Bij goed gemotiveerde oordelen van de toetsingscommissies, waarin aan het juridisch aspect ten volle recht is gedaan, zal het 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 bezien 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 consulent, kunnen hieronder ook meerdere consulenten 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 werklust, uitgaande van de werklustverdeling 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 verantwoordig 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 par-

ket-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 beraadslagen 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 consultant 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 uiteindelijk beslissen geen strafvervolgning 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 medebehandelend 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 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 uitsluitel 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 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 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 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 betref 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 levensbeëindigend 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 levensbeëindigend 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

Toetsingscommissies euthanasie

Bestellen

Het jaarverslag is te bestellen bij:

Ministerie van VWS

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

Mei, 2001

DVC 01-032

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

