

Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G 2001

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon: 050- 311 5299 fax: 050- 311 5299
Secretaris: mw. mr. H.T.J. van der Vliet

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026- 370 4745 fax: 026- 370 4746
Secretaris: mw. mr. M.L. Düpper,
mw. mr. M.W.H. Notermans (tot 1 september 2001)


Regio 3 Noord-Holland
Postbus 3186
2001 DD Haarlem
Telefoon: 023- 532 8454 fax: 023- 532 8504
Secretaris: mw. mr. E. Stoop,
mw. mr. J. Kooij

Regio 4 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 (tot 1 maart 2001)

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026- 383 1923 fax: 026- 383 1917
Secretaris: mw. mr. E.M. Suur

IO/3/2001

V.



Regionale toetsingscommissies euthanasie

J A A R V E R S L A G **2001**

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk I	
Werkzaamheden van de commissies	7
Hoofdstuk II	
Landelijk overzicht toetsingscommissies	11
Hoofdstuk III	
1. Inleiding casuïstiek	13
2. De bevoegdheid van de toetsingscommissie	15
3. De zorgvuldigheidscriteria	16
I. Het verzoek	16
II. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	18
III. Consultatie	20
IV. Uitvoering	23
4. Schriftelijke verslaglegging	25
5. Project SCEN	26
Blik op de toekomst	27

Bijlagen

I Overzicht per regio	29
A. Groningen, Friesland en Drenthe	30
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	31
C. Noord-Holland	32
D. Zuid-Holland en Zeeland	33
E. Noord-Brabant en Limburg	34
II Regeling en toelichting regionale toetsingscommissies euthanasie	35
Toelichting	41



Voorwoord

In het afgelopen kalenderjaar is door de media opnieuw veel aandacht besteed aan het onderwerp euthanasie. Hierbij valt onder meer te denken aan de parlementaire behandeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding die per 1 april 2002 in werking is getreden, de door het VN-mensenrechtencomité gestelde vragen over de Nederlandse euthanasiewetgeving en -praktijk en de zaak Brongersma.

De publieke belangstelling voor dit beladen en complexe onderwerp blijft groot. De commissies vertrouwen erop, dat velen - waaronder met name artsen, ethici, juristen en politici - ook van de inhoud van dit (derde) jaarverslag zullen kennismaken. Evenals in het voorgaande jaarverslag (over het kalenderjaar 2000) wordt inzicht gegeven in de wijze waarop enkele concrete gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidscriteria zijn getoetst en de afwegingen die bij de beoordeling daarvan door de commissie zijn gemaakt.

Naast de inhoudelijke aspecten blijkt er vooral ook grote belangstelling te bestaan voor de cijfers van het aantal meldingen. In het jaar 2001 zijn bij de commissies 2054 meldingen binnengekomen. In 2000 waren dat 2123 meldingen en in 1999 waren het er 2216. Er lijkt sprake van een dalende trend terwijl met de instelling van de toetsingscommissies werd beoogd de meldingsbereidheid onder artsen te laten toenemen.

Uit het evaluatieonderzoek naar de toenmalige meldingsprocedure in 1996 (door de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas) was gebleken, dat circa 40% van de artsen de regels van de meldingsprocedure volgde. Hoe zou dit percentage nu liggen? Er is inmiddels een voortgezet evaluatieonderzoek gestart onder leiding van voornoemde hoogleraren, waarbij ook zal worden gekeken naar het functioneren van de toetsingscommissies. Er zal verder worden aangesloten bij de onderzoeken uit de negentiger jaren om een goede vergelijking te kunnen maken met de gegevens en resultaten van deze eerdere onderzoeken. Naar verwachting zal dit onderzoek medio 2003 worden afgerond.

Als belangrijke reden voor de daling van het aantal meldingen wordt nogal eens genoemd de toegenomen kennis onder artsen van de palliatieve zorg. Sinds 1997 wordt met steun van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een stimuleringsbeleid voor palliatieve zorg gevoerd. Daarnaast wordt ook gesuggereerd dat de komst van de zogenoemde SCEN-artsen hierbij een rol zou kunnen spelen. In dit stadium valt hierover nog niets definitief te zeggen en worden de resultaten van het onderzoek met spanning afgewacht.

Arnhem, mei 2002

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

Voorzitter landelijk overleg toetsingscommissies euthanasie

De regionale toetsingscommissies euthanasie (verder te noemen commissies) hebben vanaf 1 november 1998 hun werkzaamheden verricht. Zij brachten twee jaarverslagen uit. Dit is het derde en laatste volle kalenderjaar waarin de commissies hebben gewerkt volgens de meldingsprocedure, zoals is vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur (Besluit van 19 november 1997, Stb. 550), gebaseerd op artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging. Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Stb. 2001, 194) in werking getreden. Hiermee is de meldingsprocedure vastgelegd in de wet, waardoor de regionale toetsingscommissies nu ook een wettelijke basis hebben gekregen. In dit jaarverslag zal vooruitlopend hierop kort aandacht worden geschonken aan de wijzigingen die deze wet met zich meebrengt.

De werkwijze van de commissies is in vergelijking met voorgaande jaren niet veranderd. In dit opzicht zal een aantal onderdelen van dit jaarverslag een herhaling bevatten van wat in voorgaande jaarverslagen beschreven is. Wel zijn er verschuivingen waar te nemen in de problemen en bijzonderheden waarmee commissies bij de toetsing zijn geconfronteerd. Om die reden is ervoor gekozen ook in dit jaarverslag concrete casuïstiek te beschrijven, waarin bedoelde bijzonderheden naar voren komen.

De huidige - op 1 november 1998 in werking getreden - meldingsprocedure heeft alleen betrekking op euthanasie en hulp bij zelfdoding en niet op levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek. Voor dit laatste is nog geen aparte regeling getroffen en geldt voornamelijk de meldingsregeling van 1994, op grond waarvan gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek door de gemeentelijke lijkschouwer rechtstreeks worden gemeld aan de officier van justitie. Onder deze regeling vallen ook gevallen van levensbeëindiging bij pasgeborenen of minderjarige patiënten (tot 18 jaar). De meldingsregeling van 1994 is eveneens van toepassing bij patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is. Ook de melding van levensbeëindigend handelen ten aanzien van patiënten die weliswaar aan een somatische aandoening leden, maar wier oordeelsvorming gestoord kan zijn geweest als gevolg van bijvoorbeeld een depressie of een zich ontwikkelende dementie, behoort plaats te vinden volgens de meldingsregeling van 1994. In deze gevallen zijn de commissies niet bevoegd.

De commissies zijn ingesteld bij de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie van 27 mei 1998 (Stcrt. 1998, 101). De regeling voorziet in de instelling van vijf regionale toetsingscommissies euthanasie, gevestigd in 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 in Arnhem.

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

De commissies geven - nadat zij hebben vastgesteld dat zij bevoegd zijn - met betrekking tot de 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 artikel 9 van de regeling geformuleerde zorgvuldigheidseisen.

De commissies brengen hun oordelen schriftelijk ter kennis van het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Het 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 niet zorgvuldig heeft gehandeld bevat het oordeel van de commissie het verzoek aan het Openbaar Ministerie of de Inspectie 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 van de commissies. De overige activiteiten van de commissies in het kader van kwaliteitsverbetering van het medisch handelen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding krijgen in dit hoofdstuk eveneens aandacht.

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 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 bijzondere gevallen aan de orde.

Tot slot wordt in een blik op de toekomst kort ingegaan op de nieuwe wetgeving die per 1 april 2002 in werking is getreden.

In de bijlage I wordt een cijfermatig overzicht per regio gegeven.
In de bijlage II is de regeling met bijbehorende toelichting opgenomen.

Werkzaamheden van de commissies

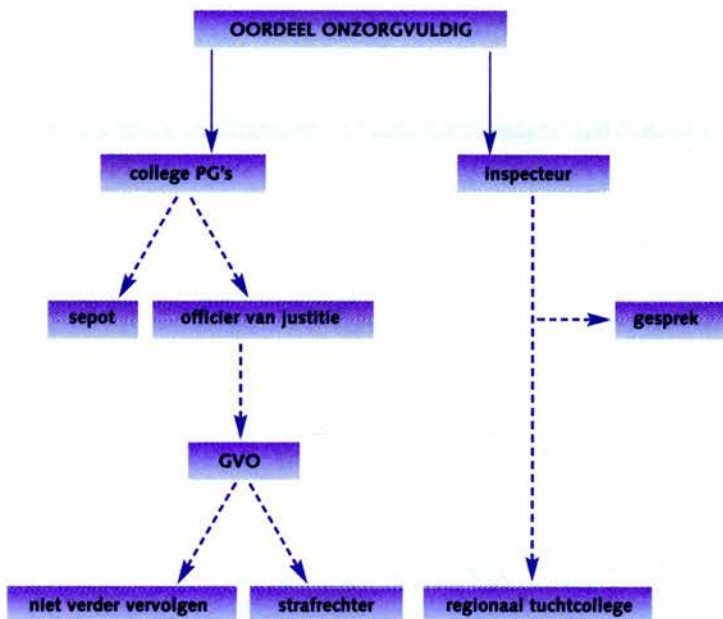
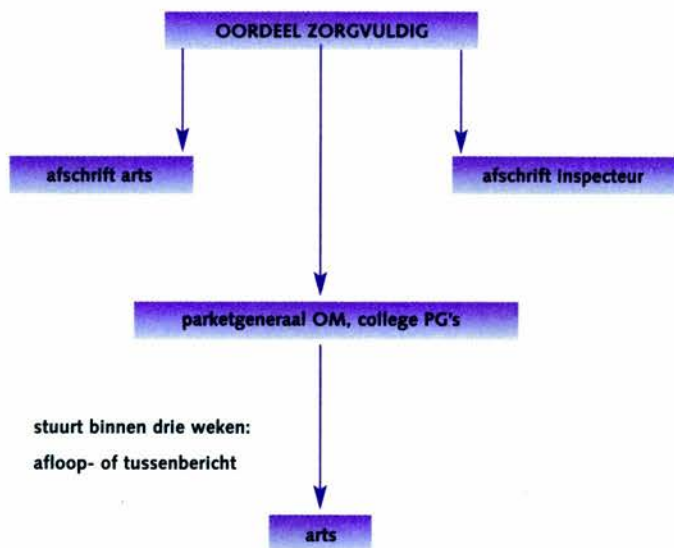
De werkzaamheden van de commissies bestaan uit een beoordeling van de gemelde zaken. In dit hoofdstuk wordt door middel van een schematische weergave inzicht gegeven in de wijze waarop de commissies deze werkzaamheden verrichten. Op grond van artikel 10, eerste lid, van de Regeling brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Het Openbaar Ministerie heeft volgens de regeling een eigen verantwoordelijkheid voor de vervolgingsbeslissing. Dit brengt met zich mee dat aan de hand van het door de commissie uitgebrachte oordeel in elk individueel geval wordt nagegaan of het handelen van de arts inderdaad heeft plaatsgevonden binnen de grenzen van de in de jurisprudentie aangeduide zorgvuldigheidsnormen. Ook de Inspectie voor de gezondheidszorg heeft een eigen beslissingsbevoegdheid om het handelen van de arts nader te onderzoeken. De mogelijke vervolgstappen door beide instanties vallen buiten de bevoegdheid van de commissies. In het schema is dit weergegeven door middel van stippellijnen.

Vervolgens wordt 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 hoe de commissies een bijdrage leveren aan het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen door middel van voorlichting.

De werkwijze van de commissie is als volgt:

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





- **Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies onderling**

In het afgelopen verslagjaar hebben de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies achtmaal vergaderd, waarbij ook de secretarissen van de commissies aanwezig waren. Eenmaal werd in aanwezigheid van alle leden en plaatsvervangende leden van de commissies vergaderd. Hierbij werd een aantal inhoudelijke zaken besproken, zoals de status van wilsverklaringen en andere gevolgen van de nieuwe wetgeving levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In het overleg van de (plaatsvervangend) voorzitters en secretarissen werd uitgebreid aandacht besteed aan de onderlinge inhoudelijke afstemming van de oordeelsvorming en aan een aantal praktische zaken. Aan de orde kwamen onder meer de gevolgen van de nieuwe wetgeving, het opstellen van richtlijnen voor de werkwijze van de commissies en een nieuwe redactionele opzet van het oordeelbericht. Voorts werd op initiatief van het Ministerie van VWS gesproken over de structuur en organisatie van de secretariaten van de commissies en over het aanstellen van een coördinerend secretaris.

In het jaar 2001 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 een aantal concrete vraagpunten. Hier werd bijvoorbeeld het gebruik van Dormicum en andere benzodiazepines als euthanaticum aan de orde gesteld. Hierover werd advies gevraagd aan het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp). Uit dit advies blijkt dat een patiënt een tolerantie kan ontwikkelen voor benzodiazepines. Ook bestaat de mogelijkheid dat een patiënt na toediening weer wakker wordt. Daarnaast is het nog onbekend hoe een patiënt reageert wanneer een duidelijke overdosis wordt toegediend. Hier wordt onderzoek naar gedaan. De commissies zijn van mening dat zolang dit onderzoek gaande is, het gebruik van benzodiazepines, waaronder Dormicum, niet aan te bevelen is bij levensbeëindigend handelen. Een ander punt was hoe moet worden omgegaan met de uitvoering van de levensbeëindiging door een huisarts in opleiding (haio). Hierover zijn de commissies van mening dat een haio een basisarts is en als zodanig bevoegd tot uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Wel achten de commissies een dergelijke handelwijze in het algemeen minder wenselijk.

- **Overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

In het jaar 2001 heeft dit overleg eenmaal plaatsgevonden. Tijdens dit overleg kwamen praktische en inhoudelijke zaken aan de orde. Langs deze weg vond ook inhoudelijke terugkoppeling plaats vanuit het Openbaar Ministerie over de afdoening van zaken. Door het Openbaar Ministerie werd aan de commissies inzicht gegeven in de gevallen die werden besproken in het overleg van de procureurs-generaal (de zogenoemde bespreekgevallen).

Naast het overleg met de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg heeft iedere commissie binnen de eigen regio contacten met de regionale inspectie voor de gezondheidszorg en de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten.

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

Het overleg van de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies met de ministeries van VWS en van Justitie - waarbij in één geval ook het Openbaar Ministerie aanwezig was - heeft in dit verslagjaar vijfmaal plaatsgevonden. In dit overleg werd

onder meer gesproken over nieuwe (beleids)ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding, de ontwikkelingen rond de nieuwe wetgeving en de inrichting van een databank. Daarnaast kwamen praktische zaken aan de orde, zoals de problematiek rond de administratieve ondersteuning, de bezetting, huisvesting en de structuur en organisatie van de secretariaten van de commissies.

- **Overleg tussen de secretarissen**

Het overleg tussen de secretarissen van de commissies vond in 2001 gemiddeld eenmaal per twee maanden plaats. Dit overleg is bij uitstek bedoeld als afstemmingsoverleg tussen de secretarissen van de vijf commissies en als voorbereiding op de bovengenoemde overlegvormen. Daarnaast werd ook in dit overleg aandacht besteed aan diverse praktische zaken zoals bezetting, huisvesting en faciliteiten en aan de onderlinge werkverdeling.

Kwaliteitsverbetering

De commissies hebben tot taak het levensbeëindigend handelen van artsen te toetsen. Daarnaast hebben de commissies volgens de regeling een toegevoegde waarde in educatieve zin. In voorkomende gevallen 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. Op deze wijze bewaken en bevorderen de commissies de kwaliteit van zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Kwaliteitsbewaking en -bevordering krijgt ook vorm doordat de commissies in voorkomende gevallen opmerkingen maken in de oordelen of oplegbrief aan de arts en/of consultant over bijvoorbeeld de kwaliteit van de verslaglegging of het gebruik van middelen die afwijken van het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP-advies).

Daarnaast werd in meer algemene zin aan deze doelstelling vormgegeven door:

- het leveren van een bijdrage aan de opleiding voor consultant: het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN);
- het geven van lezingen bij diverse organisaties, zoals Gemeentelijke Gezondheidsdiensten, Districts Huisartsen Verenigingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen;
- het publiceren van artikelen in diverse binnen- en buitenlandse vakbladen, tijdschriften en kranten en het houden van voordrachten bij congressen.

Hoofdstuk II

Landelijk overzicht toetsingscommissies

Overzicht 1 januari 2001 tot en met 31 december 2001

Meldingen

De commissies ontvingen in dit verslagjaar 2054 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 1819 gevallen was er sprake van euthanasie, in 191 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 44 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Instelling

De levensbeëindiging vond in 1699 gevallen thuis plaats, in 246 gevallen in een ziekenhuis, in 79 gevallen in een verpleeghuis/verzorgingshuis en in 30 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice, een bejaardencentrum of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

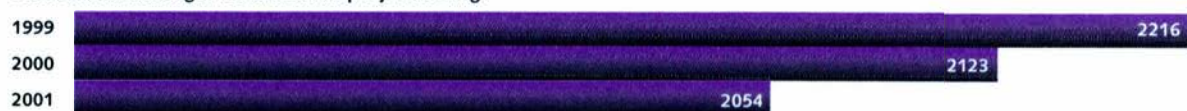
De commissies achtten zich in bijna alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen en kwamen op één geval na tot het oordeel dat de arts zorgvuldig gehandeld had.

Duur beoordeling

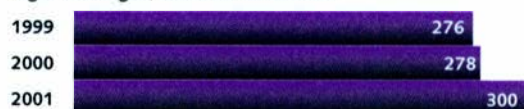
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 27 dagen.

Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 1999, 2000 en 2001

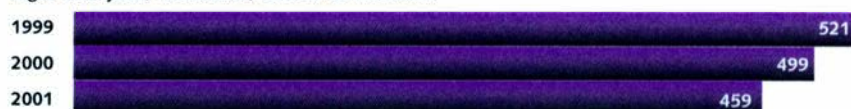
Totaal aantal meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding



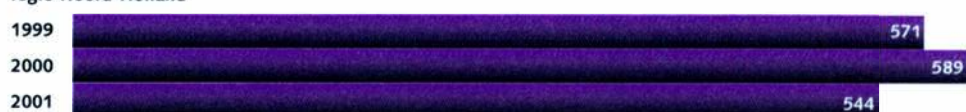
regio Groningen, Friesland en Drenthe



regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland



regio Noord-Holland



regio Zuid-Holland en Zeeland



regio Noord-Brabant en Limburg



Meldende artsen 2001



Ziekten 2001



1. Inleiding casuïstiek

De toetsingscommissies hebben in dit verslagjaar 2054 meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding ontvangen. In verreweg de meeste gevallen vormden de verslagen een goede basis voor toetsing door de commissie en bestond er geen aanleiding nadere vragen te stellen. In een aantal gevallen werd de arts door de commissie verzocht schriftelijk of mondeling additionele informatie te verstrekken. Slechts in één geval achtte de commissie het handelen van de arts niet zorgvuldig. Het Openbaar Ministerie onderzoekt deze zaak nog. De overige gemelde en door de commissie beoordeelde zaken werden op één na door het Openbaar Ministerie geseponeerd.

Hoewel de zorgvuldigheidscriteria helder zijn geformuleerd en de verslagen een goede basis vormen voor toetsing, blijken zich in de praktijk situaties voor te doen die tot discussie aanleiding geven. Bijvoorbeeld over de vraag in hoeverre een patiënt nog in staat was zijn wil te uiten. Kan een patiënt met een psychische stoornis wilsbekwaam worden geacht? Een andere vraag die de commissies moesten beantwoorden was of zij een melding van levensbeëindiging bij een (nog) wilsbekwame patiënt met een beginnende dementie mogen toetsen. Waar liggen de grenzen als het gaat om de bevoegdheid van de commissie? Daarnaast kwamen aan de orde: wanneer is er sprake van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek? Hoe moet het element van de ondraaglijkheid van het lijden worden beoordeeld? Ook de consultatie en de uitvoering van de levensbeëindiging leverden soms problemen op. In dit hoofdstuk worden enkele praktijkvoorbeelden gegeven waarin bovengenoemde vraagpunten aan de orde kwamen.

Allereerst wordt een voorbeeld gegeven van een casus waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

casus 1

Een 80-jarige patiënt leed sinds anderhalf jaar aan een tumor aan het uiteinde van de slokdarm, daar waar deze overgaat in de maag. Er vond een verwijdering van het aangetaste deel van de slokdarm plaats. Hierna ging het enige tijd goed, maar na circa een jaar werden er botmetastasen geconstateerd. Genezing was niet meer mogelijk. Patiënt werd palliatief bestraald. Als gevolg van de aandoening leed hij veel pijn, ondanks de toediening van pijnmedicatie via een epiduraal catheter. Er werd een pijnteam ingeschakeld voor een optimale pijnbestrijding. Patiënt kon niet meer eten en nauwelijks drinken; wat hij innam, braakte hij meteen weer uit. Hij was extreem moe en kon zich niet of nauwelijks meer bewegen.

Vijf weken voor zijn overlijden sprak de patiënt met zijn huisarts over euthanasie. Na vier weken concretiseerde hij zijn verzoek en vroeg hij om daadwerkelijke uitvoering. Hierop werd door de huisarts een consulent ingeschakeld. De consulent - een SCEN-arts - bezocht de patiënt en sprak met hem. De consulent stelde vast dat patiënt geheel wilsbekwaam was en dat zijn verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand was gekomen. Ook was duidelijk dat hij uitzichtloos en ondraaglijk leed. Alle behandelmogelijkheden en alternatieven om de pijn te bestrijden waren geprobeerd. De consulent vond daarom dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De patiënt had in regelmatige gesprekken met de huisarts en in het gesprek met de consulent duidelijk aangegeven dat hij niet meer verder wilde leven. Door de pijn en zijn zeer beperkte mogelijkheden was het leven voor hem niet langer vol te houden. Hij had zijn euthanasiewens ook met naaste familieleden besproken, die hem volledig steunden. Enige jaren geleden had hij reeds een NVVE-euthanasieverklaring opgesteld en ondertekend. Nadat hij concreet om euthanasie had verzocht, bevestig-

de de patiënt zijn verzoek door ondertekening van een geactualiseerde schriftelijke wilsverklaring.

In het bijzijn van de echtgenote en kinderen van de patiënt diende de arts de euthanatica intraveneus toe. De commissie oordeelde dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

De meldend arts is niet degene die de levensbeëindiging heeft uitgevoerd

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. De gemeentelijke lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en verifieert hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Vervolgens neemt hij van de behandelend arts diens verslag in ontvangst, gaat na of dat volledig en duidelijk is ingevuld, controleert of eventueel vermelde bijlagen aanwezig zijn en voegt ook, voor zover die er zijn, de schriftelijke wilsverklaring van de overledene en de verklaring van de geconsulteerde arts toe aan dit materiaal. Als de commissie - via de lijkschouwer - een melding ontvangt van een arts die geen uitvoerder is, stuurt zij in de regel de bescheiden terug naar de lijkschouwer met het verzoek ervoor zorg te dragen dat de juiste persoon - dat wil zeggen de arts die de euthanasie feitelijk heeft uitgevoerd - de levensbeëindiging meldt door het invullen en ondertekenen van het modelverslag.

Het is niet altijd aanstonds duidelijk dat de melder geen uitvoerder is. In de onderstaande casus werd pas na het stellen van nadere schriftelijke vragen duidelijk dat de meldend arts niet de uitvoerend arts was.

casus 2

Een patiënte van 61 jaar oud leed sinds 1997 aan een inoperabel, gemetastaseerd longcarcinoom, waarvoor zij een operatie onderging. Genezing was echter niet meer mogelijk. Patiënte leed ondraaglijke, niet te couperen pijn. Er waren geen reële mogelijkheden het lijden van patiënte te verlichten. Patiënte had vanaf het moment van het uitbreken van de metastasen euthanasie ter sprake gebracht. Een maand voor haar dood deed ze een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging. Ze herhaalde haar verzoek regelmatig en consistent. Ook ondertekende ze een handgeschreven euthanasieverklaring. Er werd een SCEN-arts geconsulteerd. In het verslag van zijn bezoek bevestigde de consulent de ernst en de uitzichtloosheid van het lijden door de progressieve continu aanwezige pijn en de uitputting van patiënte. De consulent vermeldde dat de vrouw op hem een heldere indruk maakte en dat er geen sprake was van een depressie. De consulent gaf aan dat was voldaan aan de zorgvuldigheidscriteria. Een dag na het consult heeft niet de meldend arts maar een collega-huisarts uit de eigen praktijk, in het bijzijn van de kinderen van patiënte, de euthanatica toegediend.

De commissie meende dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënte naar heersend medisch inzicht en van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek. De consultatie was conform de vereisten verricht. Wegens aanvankelijke onduidelijkheid over de vraag wie nu precies de levensbeëindiging had uitgevoerd werden door de commissie nadere schriftelijke vragen gesteld aan de meldend arts. De meldend arts gaf aan dat hij niet de uitvoerend arts was geweest. De commissie heeft duidelijk aan de meldend arts en de feitelijk uitvoerend arts aangegeven dat de arts die de euthanasie daadwerkelijk uitvoert, de arts is die de euthanasie dient te melden. Uit de schriftelijke reactie van de meldend en de uitvoerend arts kwam naar voren dat de uitvoerend arts in eerste instantie alleen een ondersteunende rol zou vervullen. Enkele dagen voor het uitvoeren van de euthanasie werd duidelijk dat de meldend arts, die de euthanasie voor het eerst in zijn loopbaan zou uitvoeren, steeds meer begon te twifelen of hij wel in staat zou zijn de feitelijke levensbeëindigende handeling te verrichten. In goed overleg met de familie

van patiënte werd besloten dat de meldend arts aanwezig zou zijn om de regie naar patiënte en familie te voeren en de collega-huisarts de feitelijke euthanasie zou uitvoeren. De familie van patiënte ging hier volledig mee akkoord. De aanvankelijk ondersteunende rol van de collega huisarts ging over in een actieve rol in de levensbeëindiging. Desgevraagd heeft de uitvoerend arts de commissie bericht van meet af aan in het traject te hebben meegedaan en het geheel eens te zijn met de mededelingen in de melding van de meldend arts en dus ook van oordeel te zijn dat aan alle zorgvuldigheidscriteria was voldaan. De commissie beschouwde hiermee de melding als te zijn gedaan door de uitvoerend arts. De levensbeëindiging was medisch zorgvuldig uitgevoerd maar formeel gebrekkig, daar de meldend arts niet de uitvoerend arts was geweest. De commissie kwam tot het eindoordeel dat de uitvoerend arts zorgvuldig had gehandeld ondanks het feit dat hij niet de meldend arts was geweest.

2. De bevoegdheid van de toetsingscommissie

Euthanasie en hulp bij zelfdoding betreffen situaties waarin sprake is van levensbeëindiging op verzoek. De toetsingscommissies beoordelen dus alleen die gevallen waarin sprake is van een vrijwillig 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 gemeentelijke lijkschouwer naar de officier van justitie wordt gezonden.

In een aantal gevallen is de onbevoegdheid van de commissie gemakkelijk vast te stellen. Wilsonbekwame patiënten zoals pasgeborenen of minderjarigen onder de 18 jaar vallen niet onder de huidige meldingsprocedure. Er is dan geen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Dit geldt ook voor patiënten waarbij het vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest als gevolg van een depressie of beginnende dementie en bij patiënten waarbij het lijden primair van psychische oorsprong was.

In dergelijke gevallen is het vaak moeilijker vast te stellen waar de grenzen liggen.

Psychisch lijden

De onderstaande casuïstiek illustreert dat het bij psychische of psychiatrische problematiek vaak moeilijk is vast te stellen in hoeverre een patiënt wilsbekwaam is en in hoeverre een bepaalde psychische stoornis invloed heeft gehad op de wilsbepaling. Soms wordt in het dossier vermeld dat de patiënt depressief was of in een depressieve stemming verkeerde. In een dergelijk geval moet de commissie nagaan of er sprake was van depressieve gevoelens of somberheid als gevolg van het lichamelijk lijden dan wel van een depressie, die bijvoorbeeld al eerder bestond of los stond van de lichamelijke 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 is gestoord als gevolg van een depressie in engere zin of andere psychische stoornis, moet geconcludeerd worden dat de patiënt niet in staat was zijn wil in vrijheid te bepalen. In veel gevallen wordt het probleem al door de betrokken arts onderkend en wordt vaak naast de reguliere consultatie een psychiater geraadpleegd.

casus 3

Een patiënt van 60 jaar leed ruim dertig jaar aan een bipolaire stoornis met zeer ernstige stemmingswisselingen. Patiënt was de laatste jaren zeer depressief en volgens de arts (een psychiater) uitbehandeld. Als gevolg hiervan leed hij aan sombere stemmingen, inactiviteit, schuld en insufficiëntiegevoelens en ernstige slaapstoornissen. Ook deed hij meerdere suïcidepogingen. Bij de laatste poging liep hij diverse fracturen op waarvan hij na revalidatie redelijk opknapte. De arts gaf aan dat er geen ver-

betering meer te verwachten was en dat patiënt waarschijnlijk binnen een half jaar opnieuw een suïcidepoging zou doen. Patiënt had een zeer persisterende doodswens die hij sinds jaren zowel schriftelijk als mondeling had geuit. Hij ervoer zijn lijden als uitzichtloos en ondraaglijk.

De commissie achtte zich in deze zaak onbevoegd en stuurde de stukken terug naar de gemeentelijke lijkschouwer.

3. De zorgvuldigheidscriteria

Volgens de toelichting bij de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie toetst de commissie het handelen van de arts aan de terzake van euthanasie en hulp bij zelfdoding ontwikkelde jurisprudentie. De aan de jurisprudentie ontleende zorgvuldigheidseisen - vastgelegd in artikel 9 van de regeling - zijn tot stand gekomen in een wisselwerking tussen jurisprudentie en binnen de medische beroepsgroep ontwikkelde normen.

1. Het verzoek

Levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding kan alleen gerechtvaardigd zijn als er sprake is van een 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 zorgvuldigheidscriterium voldaan.

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

De eerste vraag die de commissie zich stelt is de vraag of de patiënt een verzoek heeft gedaan. Dat hoeft niet perse een schriftelijk verzoek te zijn, hoewel dit vanuit bewijsrechtelijk oogpunt de voorkeur verdient. Een schriftelijke wilsverklaring geeft echter geen 'recht' op euthanasie. In vrijwel alle gevallen was een schriftelijke wilsverklaring overigens aanwezig. In een enkel geval werd het verzoek door middel van een geluidsoptname geuit. In de praktijk komt het voor dat een patiënt kort voor de levensbeëindiging nog een schriftelijke verklaring tekent of een geluidsband inspreekt. De commissies kunnen zich voorstellen dat een arts prijs stelt op een dergelijke vastgelegde verklaring, maar deze kan - zo kort voor het overlijden - ook worden vervangen door een getrouwe weergave van de mondeling geuite euthanasiewens, bijvoorbeeld in het medische dossier van de patiënt. In het algemeen doet de arts die met zijn patiënt spreekt over euthanasie er goed aan om te bevorderen dat tijdig een schriftelijke verklaring wordt opgemaakt.

De commissies worden wel eens geconfronteerd met gevallen waarin niet helemaal duidelijk is of aan de euthanasiewens een autonome wilsbepaling ten grondslag ligt. Er zijn bijvoorbeeld gevallen waarin een patiënt moeilijk kan communiceren doordat hij of niet steeds helder is, of niet kan praten of anderszins in zijn communicatiemogelijkheden beperkt is. In dergelijke gevallen - en in het geval van een mogelijke depressie - kan het raadplegen van een psychiater door de behandelend arts een belangrijk element in de oordeelsvorming zijn.

casus 4

Een 50 jarige patiënt leed sinds zijn kindertijd aan een degeneratieve hersenziekte. Als gevolg van een auto ongeval leed hij aan spastische hemiparese en later aan epilepsie. Hij werd meermalen opgenomen op een psychiatrische afdeling in verband met diverse zelfmoordpogingen. Vanwege het innemen van een toxische stof was zijn slokdarm verbrand en kon hij niet meer spreken. Via gebaren en het aanwijzen van letters maakte hij duidelijk niet langer meer te willen leven en geen behandelingen meer te willen ondergaan. Twee psychiaters hadden in hun verslaglegging onaf-

hankelijk van elkaar verklaard dat de man leed onder zijn vele handicaps en dat er geen sprake was van een behandelbare psychiatrische aandoening. Patiënt was competentis en zich volledig bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie.

Om te kunnen beoordelen of er - gelet op de voorgeschiedenis van patiënt - sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft de commissie bij de arts nadere informatie ingewonnen. De arts verklaarde dat het somatisch lijden duidelijk bij de patiënt op de voorgrond had gestaan en aanleiding was geweest tot het verzoek van de patiënt. De arts had twee psychiaters geraadpleegd die vaststelden dat patiënt goed in staat was zijn wil te bepalen. De commissie was van mening dat er sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt en oordeelde dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

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. Sommige artsen geven hier het ogenblik aan waarop euthanasie voor het eerst uitdrukkelijk werd besproken. Anderen het moment waarop de patiënt voor het eerst een voorwaardelijk euthanasieverzoek uitte en nog anderen het ogenblik waarop voor het eerst een concreet verzoek werd gedaan. Al deze gegevens zijn voor de oordeelsvorming over de duurzaamheid en weloverwogenheid van het verzoek relevant.

Het komt voor dat het tijdsverloop tussen het eerste actuele verzoek en de uitvoering kort is, soms minder dan een dag. Naar het oordeel van commissies kan dit alleen in uitzonderlijke situaties van onverwacht optredende acute nood gerechtvaardigd zijn. Het is dan van belang dat uit de door de arts en consulent verstrekte informatie blijkt dat een dergelijke acute situatie zich heeft voorgedaan.

Een vrijwillig verzoek

De arts moet zich ervan vergewissen dat het verzoek tot euthanasie inderdaad geheel van de patiënt zelf afkomstig is. 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.

De "conditionele" verklaring

In de praktijk komt het nogal eens voor dat kort voor de levensbeëindiging de patiënt een zogenoemde "conditionele" verklaring (her)ondertekent. In een dergelijke verklaring geeft de patiënt aan in welke situaties of onder welke omstandigheden hij (in de toekomst) levensbeëindiging wenst. Een voorbeeld hiervan is de model-euthanasieverklaring van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). Vaak zijn deze verklaringen echter niet op de actuele situatie kort voor de levensbeëindiging toegesneden.

In sommige gevallen wordt door de patiënt een actuele verklaring ondertekent waarin de patiënt in eigen bewoordingen uitdrukt waarom hij euthanasie wil. Deze eenvoudige (vaak handgeschreven) verklaringen maken meer indruk dan zorgvuldig opgestelde standaardformuleringen en geven een beter inzicht in de wil van de patiënt op een bepaald moment.

Om te kunnen voldoen aan de geldende zorgvuldigheidseisen is in het algemeen communicatie tussen arts en patiënt tot het einde toe noodzakelijk. Om dit te kunnen toetsen is het tevens van groot belang dat deze communicatie nauwgezet in de verslaglegging wordt beschreven.

II. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De uitzichtloosheid van het lijden is in medisch opzicht redelijk objectief vast te stellen. Er is geen kans op verbeteringen, het vooruitzicht is een steeds verdergaande verslechtering.

Voor de uitzichtloosheid geldt dat deze naar heersend medisch inzicht moet vaststaan.

Het element van de ondraaglijkheid is voor een groot deel subjectief bepaald. Of het lijden ondraaglijk is hangt af van het perspectief van de patiënt, zijn persoonlijkheid en waardenstructuur. Daarnaast verschilt de ervaring van het lijden per patiënt. Voor de ene patiënt is het door de ziekte volledig afhankelijk worden van anderen ondraaglijk, voor een ander (de vrees voor) een verergering van het lijden. In deze gevallen zijn het steeds de concrete feiten en omstandigheden van het geval die leiden tot het oordeel dat er sprake is 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 steeds verdergaande ontluistering.

Het element van de ondraaglijkheid van het lijden is een van grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan. Belangrijke vraag is in hoeverre de ondraaglijkheid geobjectiveerd moet kunnen worden. Is het voldoende dat een patiënt zelf vindt dat zijn lijden ondraaglijk is - vooropgesteld dat er sprake is van een ongeneeslijke aandoening? Is het lijden - hoewel er ook sprake is van een somatische aandoening - eigenlijk niet meer van psychische aard? In het algemeen geldt bij de toetsing van dit criterium dat de ondraaglijkheid van het lijden in zoverre geobjectiveerd kan worden dat deze in elk geval voor de behandelend arts invoelbaar is. Bij die beoordeling kan hij in belangrijke mate steun ondervinden van de consulent, die zich een eigen oordeel over de situatie moet vormen. Indien er sprake lijkt van een in grote mate psychisch lijden kan een psychiater of gedragskundige in consult worden geroepen.

Over de mogelijkheden van behandelalternatieven en palliatieve zorg worden bij onduidelijkheden door de commissie nadere vragen gesteld. Soms bleek dat er nog wel andere palliatieve mogelijkheden aanwezig waren, maar dat de patiënt deze afwees. Een dergelijke houding hoeft naar de mening van de commissies niet altijd te leiden tot de conclusie dat er geen sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Sommige palliatieve behandelingen hebben bijwerkingen die voor de patiënt moeilijk te verdragen zijn. Het komt bijvoorbeeld voor dat een patiënt geen (verdere) ophoging van de dosis morfine wil, omdat dit leidt tot een verminderd bewustzijn. Ook geven palliatieve behandelingen met radiotherapie soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet opweegt tegen de door de patiënt ondervonden nadelen. In andere gevallen is vervoer naar de plaats van behandeling te belastend. Als een patiënt een palliatieve behandeling om dergelijke redenen weigert, kan dat invoelbaar zijn. Toch dient de palliatieve zorg steeds een aandachtspunt te blijven en zullen de mogelijkheden daarvan met de patiënt moeten zijn besproken.

In de meeste gevallen die de commissies moeten beoordelen is er sprake van een kwaadaardig proces, vaak gepaard gaande met heftige, soms onbeheersbare pijnen, misselijkheid en veelvuldig braken. In deze gevallen is het niet moeilijk om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen. In casus 1 is een dergelijke situatie beschreven.

Naast patiënten met kanker in een gemetastaseerd stadium zijn er patiënten die aan een progressief degeneratieve aandoening lijden zoals Multiple Sclerose (MS), Amyotrofe Lateraal Sclerose (ALS), de ziekte van Parkinson en andere fatale ziekten. Dan blijkt de ondraaglijkheid van het lijden vaak uit een volledige (zorg)afhankelijkheid van anderen en passieve bedlegerigheid of de angst om door verstikking te overlijden. Patiënten met een dergelijke aandoening zijn op een gegeven moment eenvoudig "op".

Anders ligt het bij patiënten met een aandoening waarvan het verloop veelal stabiel te noemen is. Patiënten met een dwarslaesie of na een cerebrovasculair accident (CVA) zijn hiervan een voorbeeld. Het lijkt geen twijfel dat het lijden van deze patiënten uitzichtloos is in de zin dat er geen kans is op verbetering. Over het algemeen verandert in de lichamelijke situatie niet veel, althans voorzover deze het gevolg is van het voortduren van de dwarslaesie of het CVA. In tegenstelling tot patiënten met kanker en bijvoorbeeld MS overlijden deze patiënten uiteindelijk meestal niet aan de gevolgen van dwarslaesie of CVA maar aan complicaties. De levensverwachting van deze patiënten kan nog jaren zijn.

De onderstaande casuïstiek geeft hiervan een illustratie.

casus 5

Een 35-jarige patiënt had na een auto-ongeval op 18-jarige leeftijd een dwarslaesie ter hoogte van de vijfde en zesde cervicale wervel. Herstel was niet mogelijk. De arts gaf aan dat het overlijden van de patiënt op korte termijn niet te verwachten was. Na revalidatie was de eindsituatie van patiënt aanvankelijk zo, dat hij nog enige functie in beide armen had. Hij kon zijn rolstoel besturen, met een knopje de deur openen en roken. Verder was hij volledig afhankelijk. Toch redde hij zich met aanpassingen en hulp wonderwel. Hij kreeg echter in toenemende mate last van decubitus op de stuit. Een chronisch proces dat zeer langzaam progressief was. Complicaties door ernstige decubitus verplichtten hem steeds meer om bedrust te houden en waren reden voor vele en langdurige opnames in het verpleeghuis. Een zwaailap operatie werd door verschillende specialisten niet als een reële optie gezien. Preventieve maatregelen ter ontlasting van de druk op zijn stuit evenals definitieve opname in een verpleeghuis wees patiënt af. Uiteindelijk lag patiënt afwisselend vier dagen van de week in bed en mocht hij de overige drie in de rolstoel zitten. Deze manier van leven, waarbij hij meer dan de helft van zijn leven in bed doorbracht, was voor hem niet menswaardig. In zijn wilsverklaring vermeldde de patiënt onder meer graag normale dingen te willen doen zonder op bed te moeten liggen. Ook had hij er moeite mee dat zijn kinderen hem vaak alleen maar zagen liggen. Hele dagen achter het raam liggen was niets voor hem. Met zijn arts heeft patiënt herhaaldelijk over zijn situatie, prognose en alternatieven en uiteindelijk zijn euthanasieverzoek gesproken. Nadat operatief ingrijpen niet mogelijk bleek was patiënt duidelijk en volhardend in zijn verzoek.

De arts heeft een psychiater en collega-huisarts geraadpleegd. Volgens de psychiater waren er geen aanwijzingen voor een angstdepressie of angststoornis noch aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis. Beide consultants bevestigden dat in de situatie van patiënt geen verandering zou kunnen komen door het ontbreken van medische mogelijkheden. De kwaliteit van leven was voor patiënt dusdanig laag geworden, dat hij niet langer wilde leven. De arts liet in zijn verslag en met zijn uitgebreide documentatie zien dat hij met het verzoek van zijn patiënt had geworsteld. Duidelijk verwoordde hij dat hij samen met zijn patiënt tot de conclusie was gekomen dat dit de enige nog mogelijke uitweg was. De commissie oordeelde dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

casus 6

Een 82-jarige patiënt had een CVA gehad, waardoor hij afatisch werd. Praten en schrijven kon hij niet meer. Hij kon communiceren door met zijn hoofd te schudden of te knikken. De afasie en motoriek verbeterden niet ondanks logopedie en oefen-therapie. Daarnaast had hij cardiale problemen die met medicatie stabiel waren. Als complicatie na het CVA had hij af en toe een grand mal insult, ondanks toegediende medicatie. Er was sprake van een geleidelijke motorische achteruitgang, die vooral de laatste maanden verergerde na elk insult. Het lijden werd voor betrokkene bepaald door de afasie en de afhankelijkheid van

anderen bij het lopen, de toiletgang, wassen, aankleden en drinken. De afhankelijkheid was voor hem ondraaglijk en hij wilde deze niet langer accepteren. Hij kon zelfs zijn bril niet meer zelf opzetten. Hij woonde in een verzorgingshuis en wilde niet naar een verpleeghuis. De levensverwachting was voor de arts moeilijk te schatten, maar vermoedelijk één à twee jaar.

De arts heeft een geriater en een huisarts geraadpleegd. Beide consulenten bevestigden de uitzichtloze situatie van patiënt na een CVA met cardiale problematiek en epilepsie. De geriater vermeldde dat er geen aanwijzing was voor het bestaan van een behandelbare psychiatrische stoornis. Beide consulenten bevestigden in hun verslag dat het ondraaglijk lijden gezien moest worden in het licht van de persoonlijkheid van patiënt voor wie de grens was bereikt. Gezien de karakterstructuur van de betrokkene was het voorstelbaar dat de afhankelijkheid voor hem ondraaglijk was. De consulenten concludeerden dat zij het hiermee – alle medische problemen en de persoonlijkheid van betrokkene (gericht op onafhankelijkheid en doen) overwegende – volledig eens konden zijn. De commissie was van oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

III. Consultatie

Eén van de zorgvuldigheidscriteria betreft de consultatie door een tweede arts. De consulent moet zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt inclusief de vraag of er nog alternatieven waren om dat lijden te verlichten, alsmede over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Dit betekent dat de arts onafhankelijk moet zijn ten opzichte van de patiënt, hetgeen inhoudt dat hij geen medebehandelaar mag zijn, maar ook dat hij in beginsel niet bekend mag zijn met de patiënt in het kader van waarneming. Daarnaast moet de consulent onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts die de euthanasie verricht of de hulp bij zelfdoding verleent. Dit houdt in dat er geen familieband mag zijn, maar ook geen maatschaps- of andere zakelijke band.

In de onderstaande casus waren de meldend arts en de consulent werkzaam binnen dezelfde afdeling van het ziekenhuis. Dit was voor de commissie reden om de onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de meldend arts nader te onderzoeken.

casus 7

Een specialist vroeg het hoofd van zijn afdeling (gynaecologie) om als consulent op te treden.

Om de mate van onafhankelijkheid tussen de meldend en geconsulteerde arts te beoordelen heeft de commissie bij de meldend arts schriftelijk nadere inlichtingen ingewonnen. Uit de informatie is gebleken dat de consulent hoofd was van de algemene kliniek gynaecologie, dat de meldend arts behoorde tot de klinische afdeling gynaecologie en dat de consulent nooit betrokken was geweest bij teambesprekingen over de patiënt. De commissie oordeelde op grond van de verkregen informatie dat de consultatie conform de vereisten was verricht en dat de arts zorgvuldig had gehandeld. Wel gaf de commissie de aanbeveling om in voorkomende gevallen als onafhankelijk arts iemand buiten de afdeling te raadplegen.

In de onderstaande casus waren de meldend arts en de consulent werkzaam binnen dezelfde maatschap en had de consulent de patiënt eerder bezocht in het kader van waarneming. Hoewel hier op het eerste gezicht niet was voldaan aan het vereiste van een onafhankelijke consultatie, bleek na onderzoek door de commissie dat de consulent in dit specifieke geval voldoende afstand had genomen om een zelfstandig en deskundig oordeel te kunnen geven.

De commissies hechten grote waarde aan een onafhankelijke consultatie en zullen

- indien bij de melding hierover vragen rijzen - de meldend arts en/of de consulent om nadere inlichtingen verzoeken.

casus 8

Een huisarts vroeg een collega huisarts uit dezelfde huisartsengroep (hagro) én maatschap om als consulent op te treden. Uit het verslag van de consulent werd duidelijk dat de consulent patiënte enkele maanden geleden eerder had bezocht als waarnemend huisarts in verband met klachten die voortkwamen uit haar ziekte. Gedurende dit bezoek had patiënte de wens uitgesproken zonodig in de toekomst euthanasie te wensen en met deze arts en haar dochter gesproken over het opstellen van een wilsverklaring. Buiten dit bezoek om had de consulent geen contact meer gehad met patiënte. De commissie heeft de arts schriftelijk verzocht haar te informeren waarom er geen arts buiten de maatschap was geconsulteerd, die bovendien niet eerder bij de behandeling van patiënte betrokken was geweest. De arts verklaarde dat deze keus voor patiënte het minst belastend was en dat zij in het kader van de te volgen euthanasieprocedure haar uiteindelijke verzoek nog eens kon bespreken met een arts waarmee zij in een eerder stadium van haar ziekte ook al over de mogelijkheid van euthanasie gesproken had. Bovendien zou de consulent in dit geval beter in staat zijn het ziekteverloop in zijn oordeel mee te nemen. De consulent had de arts verzekerd zich op geen enkele manier belemmerd te hebben gevoeld om een onafhankelijk oordeel te vellen. Gelet op de uitleg van de arts kwam de commissie tot het eindoordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Consulent is psychiater

Huisartsen vroegen vrijwel altijd een collega-huisarts - vaak een SCEN-arts - in consult en specialisten in de regel één of meer collegae specialisten in hetzelfde ziekenhuis. In enkele gevallen werd tevens een psychiater of psycholoog geraadpleegd om te onderzoeken in hoeverre de patiënt wilsbekwaam was en of er mogelijk sprake was van een psychische of psychiatrische stoornis. In een enkel geval werd een psychiater als enige in consult geroepen. De commissies achten dit in de meeste gevallen niet wenselijk. Immers, de consulent dient naast de vrijwilligheid, de weloverwogenheid en de duurzaamheid van het verzoek ook de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden te toetsen. Om die reden dient naast een psychiater een andere onafhankelijke arts de patiënt in het kader van de consultatie te bezoeken.

casus 9

Een patiënte van 84 jaar leed sinds enkele jaren aan een arteriële insufficiëntie van de benen. Zij onderging een amputatie van het rechter been. Genezing was niet meer mogelijk. Het lijden bestond uit necrose van de stomp, hevige fantoompijnen en het vooruitzicht van een bovenbeenamputatie. De mogelijkheden om het lijden te verlichten waren een bovenbeenamputatie aan de rechterzijde en een onderbeenamputatie aan de linkerzijde waarbij heftige fantoompijnen onbehandelbaar bleven. Patiënte wees deze mogelijkheden af. Patiënte verzocht de arts in december 2000 voor het eerst om euthanasie. Daarna herhaalde zij het verzoek regelmatig tegenover haar familie en diverse verpleegkundigen. Patiënte ondertekende begin 2001 een schriftelijke wilsverklaring. Volgens de arts was het verzoek vrijwillig, weloverwogen en duurzaam tot stand gekomen. Als consulent werd alleen een psychiater geraadpleegd. De consulent was van mening dat patiënte goed in staat was haar wil te bepalen en dat zij niet leed aan een psychische stoornis. Tijdens de consultatie gaf ze aan ernstig te lijden. Volgens de consulent was het verzoek om euthanasie consistent en weloverwogen.

De commissie heeft de arts schriftelijk medegedeeld dat het niet de voorkeur van de commissie geniet om een psychiater in consult te roepen als er geen redenen zijn om te twifelen aan de wilsbekwaamheid van de patiënt. Indien er wel redenen zijn om

te twifelen aan de wilsbekwaamheid is het raadzaam een psychiater in te schakelen. Echter, in deze casus was daar geen aanleiding toe. Daarnaast merkte de commissie op dat een consulent ook het uitzichtloos en ondraaglijk lijden dient te toetsen zodat in dit geval naast een psychiater, een andere arts patiënte had moeten bezoeken. De commissie kwam in dit geval tot het eindoordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Tijdige consultatie

In alle gevallen bezocht de consulent de patiënt. Er kunnen zich echter omstandigheden voordoen waarbij consultatie achterwege blijft als zich een acute noodsituatie voordoet. Om dit te voorkomen is het belangrijk dat er een tijdige consultatie plaatsvindt. Dat geldt te meer wanneer er zich complicaties kunnen voordoen, zoals bijvoorbeeld het optreden van hersenmetastasen of bijwerkingen als gevolg van het verhogen van de dosis pijnstilling. De communicatie met de patiënt kan dan gestoord raken zodat op dat moment niet onomstotelijk vast komt te staan wat diens wil is. Een tijdige consultatie kan een tweede bezoek van de consulent noodzakelijk maken, met name wanneer er een geruime 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 wordt geëvalueerd. Het gaat er immers om of de omstandigheden die bij het eerste bezoek voorzienbaar waren actueel zijn geworden. De "voorwaardelijke" instemming van de consulent moet dan een daadwerkelijke instemming worden. Er doen zich ook gevallen voor waarbij de patiënt een verzoek doet gericht op de situatie die nog niet aanwezig is tijdens het bezoek van de consulent. Er vindt dan al wel consultatie plaats omdat de patiënt wil weten of in de (vaak nabije) toekomst zijn verzoek kan worden ingewilligd. Ook in dat geval is een tweede consultatie nodig.

casus 10

Een patiënt van 80 jaar leed aan levermetastasen waarbij de primaire tumor onbekend was. De prognose was infaust. Als medische therapie was alleen nog pijnbestrijding en toediening van anti-emetica mogelijk. Het lijden bestond uit pijn, continue misselijkheid, braken en niet meer kunnen eten. Volgens de consulent gaf patiënt aan euthanasie te willen wanneer de pijn en misselijkheid niet meer te bestrijden zouden zijn. Tijdens het bezoek van de consulent was de medicatie tegen de pijn en misselijkheid nog afdoende. Er was sprake van een toenemende verzwakking van de conditie van de patiënt. Hij gaf aan euthanasie te wensen wanneer hij het niet meer aankon. De consulent was van mening dat het verzoek vrijwillig, weloverwogen en duurzaam was.

De commissie was van mening dat de consultatie niet geheel conform de vereisten was verricht aangezien de consulent de patiënt in een te vroeg stadium had bezocht waardoor de consulent (nog) niet kon toetsen of aan alle zorgvuldigheidsnormen was voldaan. De commissie merkte op dat het op de weg van de arts had gelegen om de consulent te vragen een tweede consultatie te verrichten op het moment dat er sprake was van een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie. De commissie kwam tot het eindoordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

In de volgende casus deed de patiënt een verzoek om levensbeëindiging onder een bepaalde voorwaarde. De casus illustreert hoe in een dergelijk geval met een tweede consultatie is omgegaan.

casus 11

Een 50-jarige patiënt leed sinds anderhalf jaar aan een hersentumor. Hij werd geopereerd en kreeg radiotherapie, waarna het een tijdje redelijk goed ging. Er werd echter een recidief geconstateerd waarna de behandeling werd voortgezet met chemokuren.

Ondanks deze behandeling groeide de tumor. Er werd opnieuw een operatie uitgevoerd gevolgd door een behandeling met tweedelijs chemotherapie. In deze periode kreeg patiënt last van verlamingsverschijnselen, waarop de chemotherapie gestaakt werd. Hij wilde zelf echter graag verder, waarop begonnen werd met experimentele chemotherapie. Ook deze behandeling had geen resultaat. Genezing was niet meer mogelijk.

Op het laatst namen de klachten fors toe. De verlamingsverschijnselen verergerden, patiënt kreeg last van spraakstoornissen, epileptische aanvallen en was volledig incontinent. Ook ontstond er oedeemvorming in de armen en benen, hetgeen gepaard ging met veel pijn. Patiënt werd volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Om de klachten enigszins te verminderen kreeg hij medicijnen in steeds hogere doseringen. De middelen gaven slechts een tijdelijke vermindering van de klachten. De huisarts schatte de levensverwachting op drie tot vier weken.

Patiënt had vanaf het begin van de diagnose regelmatig met zijn huisarts gesproken over levensbeëindiging. Ook had hij zijn wens uitgebreid besproken met zijn echtgenote en enkele andere naaste familieleden. Vier weken voor zijn overlijden gaf patiënt aan euthanasie te wensen indien hij niet meer in staat zou zijn om goed verbaal te communiceren.

Omdat vanwege de hersentumor te verwachten was dat hij op den duur niet meer zou kunnen communiceren, werd al in een vroeg stadium een onafhankelijke collega huisarts geconsulteerd. De consulent - een SCEN-arts - bezocht patiënt tweemaal. Tijdens het eerste bezoek stelde de consulent vast dat patiënt in de afgelopen tijd alle mogelijke curatieve opties had uitgeprobeerd, maar dat hij door het ontbreken van elk toekomstperspectief tot zijn verzoek om levensbeëindiging gekomen was. Het verzoek was vrijwillig, weloverwogen en duurzaam gedaan. Patiënt was goed op de hoogte van zijn ziektebeeld. Er waren geen redenen aanwezig om te twifelen aan zijn wilsbekwaamheid. De consulent was van mening dat pas aan de zorgvuldigheidscriteria was voldaan indien er sprake zou zijn van een situatie waarin er - ondanks palliatieve maatregelen - geen verbale communicatie meer mogelijk was bij een overigens helder bewustzijn. Dit was namelijk het kernpunt voor het ondraaglijk lijden van patiënt. Op verzoek van de consulent actualiseerde patiënt een in 2000 ondertekende NVVE-euthanasieverklaring door middel van een tweede schriftelijke wilsverklaring, waarin hij zijn verzoek, zoals hij dat mondeling had geuit, schriftelijk bevestigde.

Tijdens het tweede bezoek dat drie dagen voor het overlijden van patiënt plaatsvond, constateerde de consulent dat de klachten - met name de spraak- en motorische stoornissen - aanzienlijk verergerd waren, ondanks palliatie door een hogere dosis medicatie. De consulent vond dat er nu geheel aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Patiënt had aangegeven voor een drank te kiezen, omdat hij tot op het laatst zijn autonomie wilde blijven behouden. In het bijzijn van zijn echtgenote en enkele naaste familieleden nam hij zelf de drank met euthanatica in. De commissie was van oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

IV. Uitvoering

In de meeste gevallen wordt de levensbeëindiging verricht door een actieve handeling van de arts die de euthanatica - meestal per infuus - aan de patiënt toedient. Voor de methode en de middelen wordt bij de uitvoering in het algemeen het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) "Toepassing en bereiding van euthanatica" (1998) gevolgd. Om een coma te induceren wordt intraveneus thiopental toegediend, gevolgd door een spierverslapper (bijvoorbeeld pancuronium, atracurium, rocuronium of vecuronium).

In een aantal gevallen kiest de patiënt ervoor om zelf de middelen in te nemen. Er is dan (juridisch) sprake van hulp bij zelfdoding. In dat geval drinkt de patiënt zelf een drank bestaande uit een barbituraat. Hoewel de arts niet zelf de middelen toedient - slechts verstrekt - dient hij wel bij de inname aanwezig te blijven. Hij mag de

patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Een enkele keer gebeurt het dat de patiënt de drank weer uitbraakt, waarna alsnog actief door de arts moet worden ingegrepen.

Een enkele keer hebben de commissies een melding ontvangen waarin bewust van de standaard euthanaticamiddelen werd afgeweken. Er werd gebruik gemaakt van morfine in een oplopende dosering en Dormicum (midazolam). De onderstaande casus geeft daarvan een voorbeeld.

casus 12

Een patiënte van 91 jaar leed sinds 1985 aan een sarcoom van het linker onderbeen, waarvoor zij operatief werd behandeld en waarna radiotherapie en toediening van cytostatica volgden. Een maand vóór haar overlijden werd patiënte in het ziekenhuis opgenomen in verband met een heupfractuur. Deze fractuur was in verband met de broosheid van het bot niet meer te behandelen. Omdat ontslag naar huis niet meer mogelijk was, werd door de behandelend specialist in samenspraak met de eigen huisarts besloten de aanvankelijk thuis geplande hulp bij zelfdoding in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Omdat hulp bij zelfdoding ten gevolge van de verwardheid als bijwerking van de pijnbestrijding op dat moment niet meer mogelijk was, heeft men gezocht naar een goed alternatief voor de hulp bij zelfdoding. Er was bewust gestreefd naar een methode waarbij het verloop niet abrupt zou zijn zoals bij het gebruik van Nesdonal en Pavulon veelal wel het geval is. Een punt van overweging voor de specialist was ook dat in het desbetreffende ziekenhuis actieve euthanasie niet gebruikelijk was. Wel het bestrijden van pijn met morfine als gevolg waarvan patiënten soms kwamen te overlijden. Aangezien patiënte in het kader van pijnbestrijding reeds morfine per infuus kreeg toegediend, werd toen besloten de dagdosering morfine (120 mg/24 uur) te verdubbelen, gecombineerd met Dormicum (30 mg/24 uur). Nadat patiënte hierop in slaap was geraakt, werd de pompsnelheid elke twee uur verdubbeld. In het bijzijn van haar naasten is patiënte tien uren na dit besluit rustig overleden. Achteraf werd door de aanwezige naaste familieleden, de verpleging en de betrokken artsen te kennen gegeven dat de gehanteerde methode door hen als positief was ervaren.

De commissie overwoog ten aanzien van de uitvoering het volgende:

- a. de specialist heeft in samenspraak met de huisarts het overlijden van mevrouw willen doen plaatsvinden overeenkomstig de voor euthanasie of hulp bij zelfdoding overeenkomstige procedures;*
- b. over de gehanteerde methode is voldoende overleg geweest met alle betrokkenen en voldoende informatie ingewonnen bij deskundigen;*
- c. de euthanasie vond plaats in een ziekenhuis, zodat gespecialiseerde zorg continu aanwezig was;*
- d. door de specialist waren voorzorgsmaatregelen getroffen voor het geval het stervensproces te lang zou duren, zodat actief ingrijpen door een arts mogelijk was.*

De commissie was ervan overtuigd dat de arts in het onderhavige geval alle zorgvuldigheid bij de uitvoering in acht had proberen te nemen. Hoewel de commissie bij de beoordeling heeft opgemerkt dat de keuze van de middelen niet overeenkomstig het KNMP-advies was, oordeelde zij dat, gelet op alle feiten en omstandigheden van het onderhavige geval, de uitvoering medisch zorgvuldig was geweest.

Arts niet zorgvuldig gehandeld: ontbreken van een behandelrelatie

In het afgelopen jaar heeft één commissie geoordeeld dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld.

casus 13

Bij een Nederlandse vrouw, die al jaren in het buitenland woonde, werden cervicale-supraclaviculaire lymfekliermetastasen van een plaveiselcelcarcinoom vastgesteld bij

een onbekende primaire tumor. Tevens bleek er sprake van uitgebreide botmetastasering. Genezing was niet mogelijk. Zij werd in het buitenland palliatief behandeld met radiotherapie, chemotherapie en APD-infusen. Na ruim een half jaar verslechterde de toestand van patiënte snel. Toen bleek dat zij ongeneeslijk ziek was, verhuisde ze naar een verblijfadres in Nederland, waar zij geen huisarts had. Met een bevriend specialist - een chirurg in een ander deel van het land - had zij besproken dat hij haar te zijner tijd bij ondraaglijk lijden zou helpen door euthanasie te verrichten. Deze (meldend) arts en patiënte kenden elkaar persoonlijk. Er was sprake van een langdurige vriendschap. Er bestond tussen hen geen behandelrelatie, ook niet toen patiënte naar Nederland kwam. De arts hield zich met het oog op een mogelijke euthanasie bewust afzijdig van een medische relatie.

Na afloop van een poliklinische dagopname bij de internist van het ziekenhuis waar de arts werkzaam was, kreeg patiënte in de loop van die dag steeds meer pijn. Uiteindelijk was de pijn zo heftig dat patiënte de bevriende arts vroeg te komen en hem om euthanasie verzocht. Deze is daarna tot euthanasie overgegaan.

De commissie heeft na een mondelinge toelichting van de arts geoordeeld dat deze niet zorgvuldig heeft gehandeld omdat er alleen een vriendschapsrelatie bestond tussen arts en patiënte en geen vorm van een behandelrelatie.

De commissie heeft haar oordeel, waarin zij het handelen van de arts onzorgvuldig achtte, doorgestuurd naar het parket-generaal van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Het Openbaar Ministerie verricht momenteel onderzoek in deze zaak. Om die reden wordt in dit jaarverslag niet nader op de zaak ingegaan.

4. Schriftelijke verslaglegging

Voor de schriftelijke verslaglegging van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is een modelformulier gemaakt dat in veel gevallen ook wordt gebruikt. De vragen in het formulier geven soms aanleiding tot een summiere beantwoording. Als dan zijn de commissies vaak genoodzaakt tot het vragen van nadere schriftelijke of mondelinge informatie aan de arts die de levensbeëindiging heeft uitgevoerd.

Het gebruik van het modelverslag is niet voorgeschreven, maar het bevat wel alle elementen waaraan aandacht moet worden besteed. Een eigen geschreven verslag waarin alle elementen uit het modelverslag zijn opgenomen geeft een goed beeld van de situatie. Indien in de eigen verslaglegging niet op alle elementen uit het modelverslag wordt ingegaan, vragen de commissies de arts om nadere informatie. Vaak wordt in deze gevallen een modelverslag ter informatie meegezonden.

Het is de commissies gebleken dat de verslaglegging door artsen in het algemeen beter wordt. Artsen zijn door voorlichting en feedback van de commissies steeds meer op de hoogte van de wijze waarop de verslaglegging moet plaatsvinden.

Ook de consulent dient zijn bevindingen in een verslag vast te leggen, waarin hij zijn eigen oordeel met betrekking tot alle zorgvuldigheidseisen - het vrijwillig en weloverwogen karakter van het verzoek en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden - belicht en uitdrukkelijk onderbouwt. Daarnaast dient de consulent in te gaan op zijn relatie tot de patiënt en de behandelend arts.

Het komt voor dat in sommige regio's voor de verslaglegging van de consultatie invulformulieren worden gebruikt, waarbij vragen met 'ja' of 'nee' moeten worden beantwoord. In het algemeen zijn deze formulieren onvoldoende om de beoordeling door de consulent te kunnen toetsen. In deze gevallen hebben de commissies erop gewezen dat het gebruik van invulformulieren een te summiere verslaglegging oplevert. De consulent werd dan verzocht (in de toekomst) een uitgebreider verslag op te stellen.

In het kader van de nieuwe wetgeving is een nieuw modelverslag vastgesteld. Dit formulier sluit aan op de wet en komt tegemoet aan de wensen omtrent verbeteringen in het oude formulier. Het nieuwe modelverslag zal vanaf de inwerkingtreding van de wet op 1 april 2002 worden ingevoerd.

5. Project SCEN

Het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) - inmiddels in een groot deel van Nederland actief - leidt artsen op als consulent bij euthanasie. In deze cursussen worden alle elementen van de consultatie uitvoerig belicht, zowel wat de medische, ethische als de juridische aspecten betreft. Het is de commissies gebleken dat zowel de consultatie als de verslaglegging door dit project aan kwaliteit winnen. Uit een onderzoek¹, waarbij consultatieverslagen van SCEN-artsen in de regio Amsterdam werden vergeleken met verslagen van andere consulenten uit diezelfde regio, bleek dat de kwaliteit van de consultatieverslagen van de SCEN-artsen over het geheel genomen beter was dan de verslagen van de andere consulenten². De wijze waarop de SCEN-consulenten hun verslag opmaken kan volgens de commissies dan ook tot voorbeeld dienen.

1) Het betreft een onderzoek van prof. dr. G. van der Wal en dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen van de afdeling Sociale Geneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam.
2) Medisch Contact, 24 augustus 2001, nr. 33/34

Op 1 april 2002 is de nieuwe Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden. Euthanasie en hulp bij zelfdoding blijven weliswaar in het algemeen strafbaar, maar worden alleen voor het geval waarin door een arts is gehandeld met inachtneming van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, gedecriminaliseerd. De daartoe in artikel 293, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht opgenomen bijzondere strafuitsluitingsgrond bevat twee voorwaarden: de arts moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hij moet zijn handelen melden aan de gemeentelijke lijkschouwer, overeenkomstig hetgeen daarover is bepaald in de Wet op de lijkbezorging. Alle andere verschijningsvormen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding blijven strafbaar.

Zorgvuldigheidseisen

De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van strafrecht, houden in dat de arts:

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

Bij het eerste vereiste is de duurzaamheid van het verzoek niet meer expliciet opgenomen in de wet. Overigens zijn een aantal zorgvuldigheidseisen iets uitgebreider geformuleerd dan in de ministeriële regeling. Nieuw element is dat de arts de patiënt moet voorlichten over diens situatie en vooruitzichten. Daarnaast moeten arts en patiënt samen tot de overtuiging komen dat er geen andere redelijke oplossing meer voorhanden is. Bij het vereiste van een onafhankelijke consultatie is nu ook opgenomen dat de consulent de patiënt moet hebben gezien en zijn bevindingen schriftelijk moet hebben vastgelegd.

Minderjarigen

In de wet is ook een regeling opgenomen voor verzoeken om levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding door minderjarigen. In de nieuwe wetgeving is, voor wat betreft te onderscheiden leeftijdscategorieën, aangesloten bij de bestaande regels over medisch handelen ten aanzien van minderjarigen. Zestien- en zeventienjarigen kunnen in beginsel zelfstandig beslissen. Hun ouders of voogd moeten wel in de besluitvorming over de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding worden betrokken. Bij twaalf- tot zestienjarigen is de instemming van de ouders of voogd vereist.

3) Een deel van de tekst is ontleend aan NJB actualiteiten afl. 16, 20 april 2001. De wet is gepubliceerd in Stb. 2001, 194.

Wilsverklaringen

De wet biedt een expliciete erkenning van de geldigheid van schriftelijke wilsverklaringen omtrent levensbeëindiging (de euthanasieverklaring). De verklaring heeft dezelfde status als een concreet verzoek om levensbeëindiging. Zowel een mondeling als een schriftelijk verzoek legitimeert de arts het verzoek in te willigen. Hij is daartoe echter nooit verplicht en mag dit alleen met inachtneming van de overigens in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen. Het is van belang dat de inhoud van de opgestelde verklaring door de arts met de patiënt wordt besproken. Zo kan duidelijk worden wat de opsteller van de verklaring bedoelt en wat zijn precieze wensen zijn. De arts kan van zijn kant aan de patiënt duidelijk maken wat de voorwaarden zijn voor inwilliging - op enig moment - van het schriftelijk verzoek om levensbeëindiging.

Regionale toetsingscommissies euthanasie

De vijf regionale toetsingscommissies blijven bestaan maar hun rol is een andere geworden. Zij beoordelen of een geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding voldoet aan de zorgvuldigheidseisen. Indien de commissie van oordeel is dat de arts in kwestie in overeenstemming met de zorgvuldigheidscriteria heeft gehandeld, is de zaak daarmee afgedaan. Alleen als dat niet het geval is, wordt de zaak ter kennis gebracht van het Openbaar Ministerie en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de afgelopen maanden heeft het voorzittersoverleg met de betrokken ministeries overleg gevoerd over de gevolgen van de nieuwe wetgeving. De commissies zijn zich er terdege van bewust dat hun rol onder de nieuwe wettelijke regeling nog crucialer wordt en daardoor nog kritischer zal worden gevolgd.

Bijlage I

Overzicht per regio

Overzicht 1 januari 2001 tot en met 31 december 2001

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 300 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 275 gevallen was er sprake van euthanasie, in 17 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 8 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 270 gevallen een huisarts, in 27 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 3 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	276
hart- en vaatziekten	2
ziekten van het zenuwstelsel	9
longziekten, anders dan kanker	2
aids	0
overige ziekten	11

Instelling

De levensbeëindiging vond in 270 gevallen thuis plaats, in 26 gevallen in een ziekenhuis, in 2 gevallen in een verpleeghuis en in 2 gevallen in een verzorgingshuis.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd. De commissie kwam 15 maal bijeen om de bovenvermelde 300 zaken te bespreken. In één geval kwam de commissie tot het oordeel dat de arts onzorgvuldig had gehandeld. In dat geval werd eveneens 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 24 dagen.

Overzicht 1 januari 2001 tot en met 31 december 2001

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 459 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 398 gevallen was er sprake van euthanasie, in 49 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 12 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 400 gevallen een huisarts, in 53 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	406
hart- en vaatziekten	5
ziekten van het zenuwstelsel	19
longziekten, anders dan kanker	12
aids	0
overige ziekten	17

Instelling

De levensbeëindiging vond in 394 gevallen thuis plaats, in 51 gevallen in een ziekenhuis, in 6 gevallen in een verpleeghuis, in 6 gevallen in een verzorgingshuis en in 2 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice, een bejaardencentrum of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in 3 gevallen onbevoegd. De commissie kwam 19 maal bijeen om de bovengenoemde 459 zaken te bespreken. Tweemaal werd, ondanks het eindoordeel zorgvuldig, 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 25 dagen.

Overzicht 1 januari 2001 tot en met 31 december 2001

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 544 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 452 gevallen was er sprake van euthanasie, in 73 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 19 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen

De meldend arts was in 462 gevallen een huisarts, in 69 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	470
hart- en vaatziekten	8
ziekten van het zenuwstelsel	2
longziekten, anders dan kanker	14
aids	0
overige ziekten	50

Instelling

De levensbeëindiging vond in 431 gevallen thuis plaats, in 67 gevallen in een ziekenhuis, in 17 gevallen in een verpleeghuis, in 9 gevallen in een verzorgingshuis en in 20 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice, een bejaardencentrum of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 14 maal bijeen om de bovengenoemde 544 zaken te bespreken. In alle gevallen kwam zij tot het oordeel dat de arts zorgvuldig gehandeld had.

Duur beoordeling

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

Overzicht 1 januari 2001 tot en met 31 december 2001

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 438 meldingen.

Euthanasie/ Hulp bij zelfdoding

In 397 gevallen was er sprake van euthanasie, in 36 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 5 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen

De meldend arts was in 373 gevallen een huisarts, in 57 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	391
hart en vaatziekten	6
ziekten van het zenuwstelsel	12
longziekten, anders dan kanker	7
aids	0
Overige ziekten	22

Instelling

De levensbeëindiging vond in 360 gevallen thuis plaats, in 52 gevallen in een ziekenhuis, in 8 gevallen in een verpleeghuis, in 15 gevallen in een verzorgingshuis en in 3 gevallen in een hospice.

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in één geval niet bevoegd. De commissie kwam 13 maal bijeen om de bovengemelde 438 zaken te bespreken. De commissie kwam in alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld.

Tweemaal werd, ondanks het eindoordeel zorgvuldig, door de commissie de aandacht gevraagd van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Duur beoordeling

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

Overzicht 1 januari 2001 en met 31 december 2001

Meldingen

De commissie ontving in dit verslagjaar 313 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding

In 297 gevallen was er sprake van euthanasie en in 16 gevallen van hulp bij zelfdoding.

Artsen

De meldend arts was in 256 gevallen een huisarts, in 46 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 11 gevallen een verpleeghuisarts.

Ziekten

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

kanker	274
hart- en vaatziekten	2
ziekten van het zenuwstelsel	18
longziekten, anders dan kanker	6
aids	0
overige ziekten	13

Instelling


De levensbeëindiging vond in 244 gevallen thuis plaats, in 50 gevallen in het ziekenhuis, in 11 gevallen in een verpleeghuis, in 3 gevallen in een verzorgingstehuis en in 5 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice, een bejaardencentrum of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel

De commissie achtte zich in drie zaken onbevoegd om de zaak te beoordelen. De commissie kwam 14 maal bijeen om de bovengenoemde 313 zaken te behandelen. De commissie kwam 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 31 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 Openbaar Ministerie of de regionaal inspecteur om de zaak nader te bezien.
2. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. Een afschrift van het in het eerste lid bedoelde oordeel wordt gelijktijdig gezonden aan de behandelend arts onder de mededeling dat de beslissing of vervolging zal worden ingesteld met betrekking tot het handelen van de arts, is voorbehouden aan het Openbaar Ministerie.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Paragraaf 6: Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

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

Paragraaf 7: Geheimhouding en verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8: Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

Paragraaf 9: Slotbepalingen

Artikel 19

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

Artikel 20

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie.

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

De Minister van Justitie,
mr. W. Sorgdrager

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

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

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

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

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

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

De gemeentelijke lijkschouwer zendt de genoemde bescheiden alsmede een kopie van het door hemzelf ingevulde en ondertekende formulier aan één van de door in de onderhavige regeling ingestelde regionale toetsingscommissies euthanasie. Deze commissies beoordelen naar aanleiding van de melding op basis van de 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 zorgvuldigheidsnormen. Is dit naar het oordeel van het College van procureurs-generaal niet het geval, dan kan het daarin gegronde aanleiding zien om -eventueel in afwijking van het oordeel van de toetsingscommissie- tot vervolging over te gaan. Met de beoordeling door de regionale toetsingscommissies wordt beoogd aan de uiteindelijke beslissing van het 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 een 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 verantwoording schuldig aan de commissie, zoals blijkt uit artikel 4, vierde lid.

Artikel 3

De gebiedsindeling van de regionale commissies is zodanig dat gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Groningen, Leeuwarden en Assen worden beoordeeld door de commissie te Groningen. Deze commissie zendt haar oordeel aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie te 's-Gravenhage en aan de regionaal inspecteur te Groningen. Gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding die plaats hebben in de arrondissementen Zwolle, Arnhem, Almelo, Zutphen of Utrecht worden beoordeeld door de commissie te Arnhem. Deze commissie zendt haar oordeel aan het 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 plaatsvervangend leden worden benoemd op grond van hun specifieke deskundigheid vanuit de eigen discipline op het terrein van de onderhavige problematiek, alsmede op grond van geschiktheid om een voorgelegd geval van verschillende kanten te bezien en aan abstract geformuleerde criteria te toetsen.

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

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

Artikel 5 en 6

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

Artikel 7

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

Artikel 8

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

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

Het kan voorkomen dat de aangeleverde informatie tekortschiet om een geval goed te kunnen bespreken. Doorgaans zal het de secretaris zijn die dit bij de voorbereiding van de beraadslagingen van de commissie opmerkt. Ook kan tijdens de bespreking van een voorgelegd geval de behoefte worden gevoeld om over bepaalde aspecten nadere inlichtingen in te winnen, hetzij telefonisch, hetzij schriftelijk, bij de arts, de gemeentelijke lijkschouwer, de 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 Openbaar Ministerie uiteindelijk beslissen geen strafvervolging 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 behandel mogelijkheden. 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 rechts-overweging 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 uitsluitsel krijgen over de afdoening van de melding, is de termijn waarbinnen de commissie haar oordeel moet uitbrengen, op zes weken bepaald. Deze termijn kan eenmaal met zes weken worden verlengd, onder mededeling aan de arts. Deze verlenging kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn om aanvullende informatie over het gemelde geval in te winnen.

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

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

Artikel 13

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

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

Artikel 14

In dit artikel is een geheimhoudingsplicht opgenomen voor de leden van de commissie met betrekking tot alle gegevens waarover zij bij hun taakuitvoering de beschikking krijgen. Deze geheimhoudingsplicht kan slechts worden doorbroken op grond van enig wettelijk voorschrift of indien uit de taakuitvoering de noodzaak tot mededeling voortvloeit. Bij dit laatste kan gedacht worden aan het desgevraagd nadere inlichtingen verstrekken over een voorgelegde zaak aan de officier van justitie of de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, bijvoorbeeld indien bij laatstbedoelde personen de behoefte bestaat aan een toelichting op het uitgebrachte oordeel. Ook het inwinnen van nadere inlichtingen op grond van artikel 8, derde lid, bij personen die bij een voorgelegd geval zijn betrokken, kan ertoe leiden dat een lid van de commissie zijn geheimhoudingsplicht tegenover die personen doorbreekt.

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Het is de bedoeling dat de arts het voornemen om in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding bespreekt met een consultant.

Het vragen van een consult of het plegen van overleg vooraf vormt een belangrijke bijdrage tot de zorgvuldigheid van de besluitvorming rond het 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 eenduidigheid in de toepassing van de zorgvuldigheidscriteria worden bewaakt. Daaraan zal verder bijdragen het door ons jaarlijks aan de Tweede Kamer uit te brengen verslag over het functioneren van de commissies en over de uiteindelijke afdoening van gemelde gevallen waarover door de commissies is geoordeeld door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Artikel 19

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

Artikel 20

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

De Minister van Justitie,
mr. W. Sorgdrager

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

Colofon

Uitgave

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Bestellen

Het jaarverslag is te bestellen bij:

Ministerie van 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 Internet-site 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 Internet-site van het ministerie:

www.justitie.nl

Vormgeving

Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

Mei, 2002

DVC 02-0068

Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2001

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe

Voorzitter: mr. R.J.C. Wessels

Ethicus: prof. dr. R. Veldhuis

Arts: dr. J.H. Zwaveling

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

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

Plv. arts: dr. J. Schuling

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager

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

Arts: dr. A. Hoogerwerf (tot 1 november 2001)

drs. E.H. Hochheimer (m.i.v. 1 november 2001)

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

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

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

Regio 3 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 4 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 5 Noord-Brabant en Limburg

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

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

Arts: drs. J. Douma

Plv. voorzitter: prof. mr. C. Kelk

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

Plv. arts: drs. E. Hendriksen

Regionale toetsingscommissies euthanasie

