Leden Regionale toetsingscommissies euthanasie in 2004

Coördinerend voorzitter:
Mw. mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Voorzitter: mr. R.J.C. Wessels
Arts: prof. dr. J.H. Zwaveling
Ethicus: prof. dr. R. Veldhuis

Plv. voorzitter: mw. drs. J.H.W. Kits Nieuwenkamp-Storm van 's Gravesande
Plv. arts: drs. A.J. Lameris
Plv. ethicus: mw. drs. L.S. van Epenhuysen

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Voorzitter: mw. mr. W. Sorgdrager
Arts: drs. H.H.M. Hassing
Ethicus: prof. dr. J.J.M. van Delden

Plv. voorzitter: mr. J.E.B. van Julsingha
Plv. arts: drs. G.J. van Ravenswaaij
Plv. ethicus: prof. dr. H.A.M. Manschot

Regio 3 Noord-Holland
Voorzitter: mw. mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal
Arts: drs. P. van Hasselt
Ethicus: prof. dr. E. van Leeuwen

Plv. voorzitter: mr. C. van Steenderen
Plv. arts: dr. N.P. van Duijn
Plv. ethicus: mw. Y. Orobio de Castro

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland
Voorzitter: mr. J.J.H. Suyver
Arts: drs. G.K. Kimsma
Ethicus: prof. dr. G.A. den Hartogh

Plv. voorzitter: mw. mr. M.E.A. Wildenburg
Plv. arts: mw. drs. J.A. Schulkes-van de Pol
Plv. ethicus: mw. prof. dr. M.A. Verkerk

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Voorzitter: mw. mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy
Arts: drs. J. Douma
Ethicus: prof. dr. G.A.M. Widdershoven

Plv. voorzitter: prof. mr. C. Kelk
Plv. arts: drs. E. Hendriksen
Plv. ethicus: prof. dr. R.H.J. ter Meulen

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Regionale toetsingscommissies euthanasie

JAARVERSLAG 2004

Regionale toetsingscommissies euthanasie

Algemeen secretaris:
Mw. mr. E.H.A. Dekkers
Postbus 16114
2500 BC Den Haag
Telefoon: 070 - 340 5796 fax: 070 - 340 6535

Regio 1 Groningen, Friesland en Drenthe
Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon: 050 - 311 5299 fax: 050 - 311 5301
Secretaris: mw. mr. H.T.J. van de Meerendonk

Regio 2 Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 - 352 83 30 fax: 026 - 352 83 34
Secretaris: mw. mr. N.E.C. Visée

Regio 3 Noord-Holland
Postbus 16256
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 - 340 5853 fax: 070 - 340 7913
Secretaris: mw. mr. E. Stoop
mw. mr. J. Kooij (tot september 2004)
mw. mr. I.C.M. Spitters (m.i.v. september 2004)

Regio 4 Zuid-Holland en Zeeland
Postbus 16255
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 - 340 5873 fax: 070 - 340 7761
Secretaris: mw. mr. G.G.M.L. Huntjens

Regio 5 Noord-Brabant en Limburg
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 - 352 83 30 fax: 026 - 352 83 34
Secretaris: mw. mr. E.M. Suur

Regionale toetsingscommissies euthanasie

JAARVERSLAG 2004

Colofon

Uitgave
Regionale toetsingscommissies euthanasie

Internetadres
www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

Bestellen
Het jaarverslag 2004 is te bestellen via
Postbus 51
Op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 21.00 uur.
Telefoon 0800-8051 (gratis)

Het jaarverslag is beschikbaar via
www.toetsingscommissieseuthanasie.nl
www.minvws.nl
www.justitie.nl

Vormgeving
Inge Kwee (Manifesta), Rotterdam

maart, 2005

Inhoud

Voorwoord 3

Hoofdstuk I
Werkzaamheden van de commissies 5
1. Wettelijk kader en rol commissies 5
2. Ontwikkelingen in 2004 8

Hoofdstuk II
Totaaloverzicht meldingen 10

Hoofdstuk III
Zorgvuldigheidseisen
1. Zorgvuldigheidseisen algemeen 12
2. Zorgvuldigheidseisen specifiek 14
   a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek 14
   b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden 16
   c. Voorlichting aan de patiënt 21
   d. Geen redelijke andere oplossing 21
   e. Onafhankelijke consultatie 25
   f. Medisch zorgvuldige uitvoering 30

Bijlagen

I Overzicht van meldingen per regio

A. Groningen, Friesland en Drenthe 34
B. Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland 35
C. Noord-Holland 36
D. Zuid-Holland en Zeeland 37
E. Noord-Brabant en Limburg 38

II Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 39

III Besluit houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 47

IV Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie 51

Voorwoord

Hoe belangrijk het is dat in Nederland op een open wijze met euthanasie kan worden omgegaan, is mij onlangs weer eens duidelijk geworden na het zien van de film 'Mar Adentro', gebaseerd op een waar gebeurd verhaal in Spanje over de jarenlange strijd van een invalide man voor een menswaardig einde.

In Nederland is in de afgelopen decennia een voortdurende openbare discussie gaande over euthanasie.
De inwerkingtreding van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is het resultaat van een langdurige ontwikkeling, maar betekent zeker niet het einde van de discussie. Deze gaat onverminderd verder, omdat zich in de praktijk steeds nieuwe vragen en knelpunten voordoen.
In 2004 heeft de KNMG een interessant symposium georganiseerd om deze knelpunten te signaleren en suggesties te doen voor oplossingen. Zo worden bijvoorbeeld nu landelijke richtlijnen opgesteld voor het toepassen van terminale sedatie (wat betreft indicatie, te gebruiken middelen, besluitvormingsprocedure e.d.).

Naast de inhoudelijke problematiek blijkt er ieder jaar grote belangstelling voor de cijfers. Er lijkt sprake te zijn van een zekere stabilisatie van het aantal meldingen.
In het jaar 2004 zijn in totaal 1886 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld. Dit betekent een lichte stijging van het aantal meldingen ten opzichte van het jaar 2003, waarin 1815 meldingen bij de commissies zijn binnengekomen. In het jaar 2002 waren dat er 1882.
De commissies hebben in 2004 in vier zaken geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Dit jaar zal er worden gestart met het door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangekondigde vervolgonderzoek inzake de meldingsbereidheid van artsen, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan de vraag in welke mate de toegenomen kennis van artsen van palliatieve zorg van invloed is op het aantal euthanasiegevallen. Uit dit onderzoek moet ook blijken wat de redenen zijn voor artsen om niet te melden. Het blijft van belang om zicht te houden op nieuwe ontwikkelingen en het meldingsgedrag van artsen te volgen.

Arnhem, maart 2005

mr. R.P. de Valk-van Marwijk Kooy
Coördinerend voorzitter Regionale toetsingscommissies euthanasie

Hoofdstuk I

Werkzaamheden van de commissies

1. Wettelijk kader en rol commissies

Het Nederlandse strafrecht stelt strafbaar het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen (artikel 293, eerste lid, Sr.). Daarnaast is bepaald dat dit feit niet strafbaar is wanneer het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, zoals bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) en die daarvan melding doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Over hulp bij zelfdoding is een vergelijkbare bepaling in de strafwet opgenomen (artikel 294 Sr.). Het Wetboek van Strafrecht bepaalt daarmee dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in bepaalde omstandigheden niet strafbaar zijn.

De WTL schrijft vervolgens voor dat er regionale toetsingscommissies zijn (hierna: commissies) die tot taak hebben de meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te toetsen. Ook zijn de zorgvuldigheidseisen waaraan de arts zich moet houden in die wet opgenomen. Op basis van de WTL voeren de commissies hun hoofdtaak uit. Zij toetsen meldingen van levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) en hulp bij zelfdoding. Bij euthanasie dient de arts de zogenoemde euthanatica toe; bij hulp bij zelfdoding stelt de arts de middelen ter beschikking die vervolgens door de patiënt worden ingenomen.

Wanneer een arts een leven op verzoek heeft beëindigd of hulp bij zelfdoding heeft verleend meldt hij dat aan de gemeentelijke lijkschouwer. Bij de melding voegt hij het modelverslag[1]. De lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en gaat na hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Hij gaat verder na of het verslag van de arts volledig is ingevuld en controleert of alle vereiste bijlagen aanwezig zijn. De verklaring van de geconsulteerde arts en – indien van toepassing – de schriftelijke wilsverklaring van de overledene worden toegevoegd. De lijkschouwer meldt de levensbeëindiging aan de commissie en stuurt de verplichte en overige relevante stukken mee.

In ons land bestaan vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden is bepalend voor het antwoord op de vraag welke commissie bevoegd is de melding te behandelen. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Zij hebben allen een plaatsvervanger. Ook heeft elke commissie een secretaris, die in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem heeft. De secretarissen en de ondersteunend medewerkers vormen het secretariaat van de commissies. Het secretariaat heeft als taak de commissies te ondersteunen in hun werkzaamheden.

Het secretariaat is, in de vorm van een unit, organisatorisch ondergebracht bij een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (aCIBG). De secretariaten van de commissies zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag. De vergaderingen van de commissies hebben daar maandelijks plaats.

[1] Dit formulier is te vinden op www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

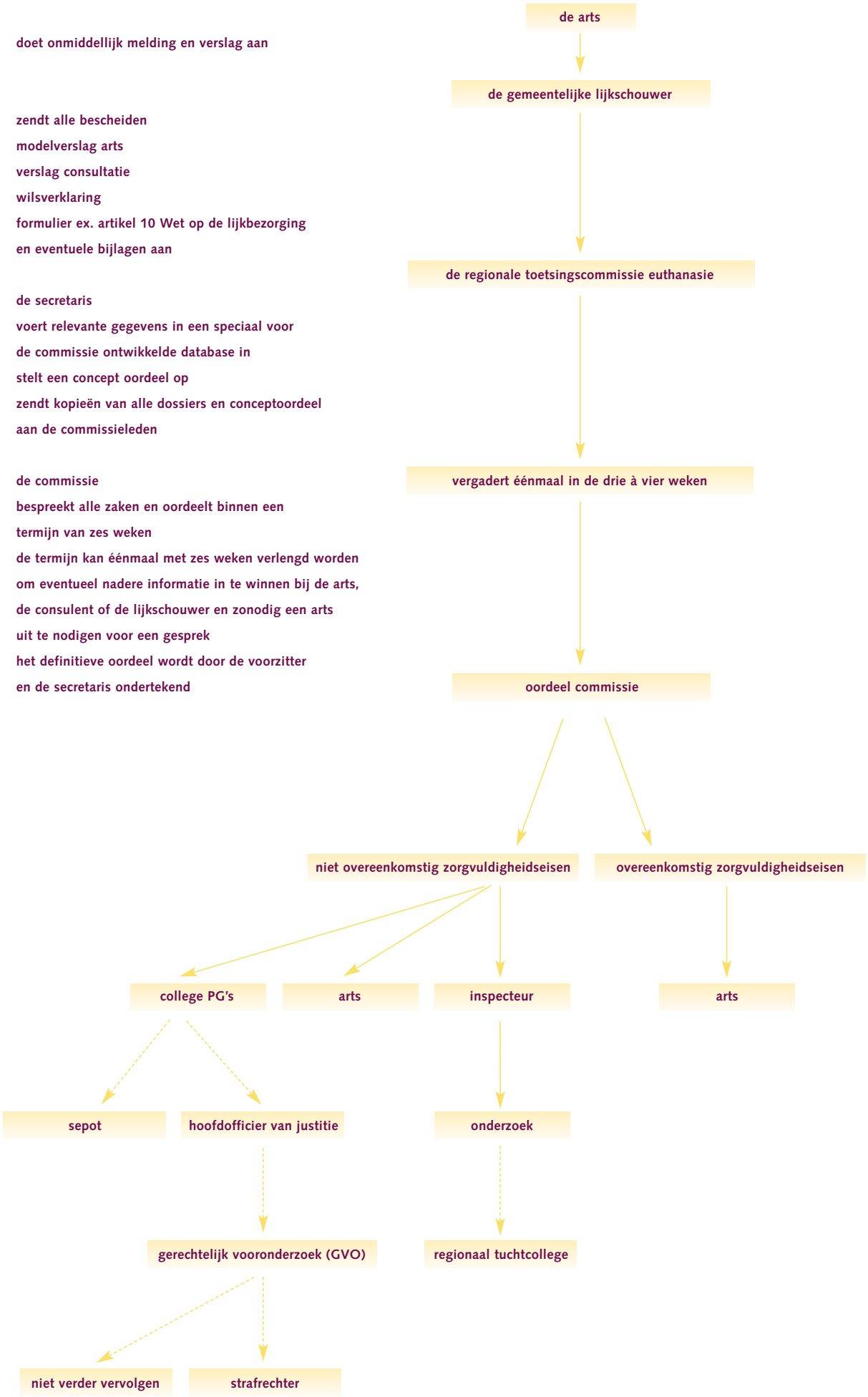
Schema

- doet onmiddellijk melding en verslag aan

- zendt alle bescheiden
  - modelverslag arts
  - verslag consultatie
  - wilsverklaring
  - formulier ex. artikel 10 Wet op de lijkbezorging
  - en eventuele bijlagen aan

- de secretaris
  - voert relevante gegevens in een speciaal voor de commissie ontwikkelde database in
  - stelt een concept oordeel op
  - zendt kopieën van alle dossiers en conceptoordeel aan de commissieleden

- de commissie bespreekt alle zaken en oordeelt binnen een termijn van zes weken
  - de termijn kan éénmaal met zes weken verlengd worden om eventueel nadere informatie in te winnen bij de arts, de consulent of de lijkschouwer en zonodig een arts uit te nodigen voor een gesprek
  - het definitieve oordeel wordt door de voorzitter en de secretaris ondertekend



Wanneer de commissie vragen heeft naar aanleiding van een melding wordt de desbetreffende arts daarover benaderd. De arts kan in dat geval worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te geven. Wat meer voorkomt is dat een arts wordt gevraagd om schriftelijk op vragen te reageren. Binnen zes weken ontvangt de arts van de commissie bericht over het oordeel. Deze termijn kan éénmaal worden verlengd. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer de commissie nadere vragen heeft gesteld.

De commissies zijn tot oordelen bevoegd als sprake is van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, uitgevoerd door een arts. In een aantal gevallen zijn de commissies niet bevoegd[2] een melding in behandeling te nemen.
Wanneer een arts zonder uitdrukkelijk verzoek van een patiënt tot levensbeëindiging overgaat, dient de gemeentelijke lijkschouwer de zaak direct te zenden aan de desbetreffende officier van justitie. De toetsingsprocedure zoals genoemd in de WTL is daarvoor niet bedoeld.

De commissies geven over de meldingen die zij toetsen een –multidisciplinair- oordeel. In het merendeel van de gevallen luidt hun oordeel dat de arts overeenkomstig de voorgeschreven zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In die gevallen wordt alleen de meldend arts geïnformeerd. In een zeer beperkt aantal gevallen – in 2004 kwam het viermaal voor – komen de commissies tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig (één of meer van) de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In zo'n geval wordt het oordeel gezonden aan het College van Procureurs-Generaal en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het genoemde college bepaalt of tot strafvervolging moet worden overgegaan.
De Inspectie beslist, op grond van haar eigen taak en verantwoordelijkheid, of het handelen van de arts een vervolg dient te krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van het aanhangig maken van een tuchtzaak of het voeren van een gesprek met een arts.
Met het College en de Inspectie voeren de commissies jaarlijks overleg.

De wetgeving op het gebied van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding heeft tot doel de kwaliteit van levensbeëindigend handelen door artsen te bewaken en te bevorderen. Het uitgangspunt daarbij is dat levensbeëindigend handelen in openheid plaatsvindt. In de wet- en regelgeving wordt het toetsingskader gegeven in de vorm van zorgvuldigheidseisen.
De commissies passen dit kader toe en vervullen daarmee hun hoofdtaak: het toetsen van meldingen. Zij dragen daarmee bij aan het bewaken van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen.

Daarnaast dragen zij actief bij aan de verhoging van de kwaliteit van dit handelen in het algemeen, onder meer via het geven van voorlichting. De commissies verlenen hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN). Verder geven ze presentaties aan GGD's, huisartsenverenigingen en buitenlandse delegaties. Daarbij besteden zij aan de hand van praktijksituaties in het bijzonder aandacht aan de geldende procedure en de zorgvuldigheidseisen.

Om de uniformiteit van de oordelen te bewaken voeren de voorzitters van de commissies en hun plaatsvervangers regelmatig overleg met elkaar. Daarnaast gelden werkafspraken. Is bijvoorbeeld een commissie voornemens tot het oordeel te komen dat een arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, dan wordt het concept-oordeel door alle (plaatsvervangend) voorzitters van commentaar voorzien, zodat de betreffende commissie mede met inachtneming daarvan haar oordeel geeft.

[2] Zie artikel 1, tweede lid, van de richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, vastgesteld op 18 juni 2003.

2. Ontwikkelingen in 2004

Tegen de achtergrond van de werkzaamheden van de commissies is een aantal ontwikkelingen relevant, zoals de inhoudelijke discussie over terminale sedatie en over dementie in relatie tot euthanasie. Ook het meldingsgedrag van de artsen blijft voor de commissies steeds een punt van aandacht.

Meldingsbereidheid en aantal meldingen in 2004

Een hoog meldingspercentage maakt de wijze waarop in de praktijk met euthanasie wordt omgegaan transparant en dat is, na het bewaken en stimuleren van de zorgvuldigheid, een belangrijk doel van het beleid.
In dit verband wordt er nog eens nadrukkelijk op gewezen dat een daling of stijging van het aantal meldingen nog niets zegt over de meldingsbereidheid van artsen. Dit wordt door de pers vaak verward. Immers, om de meldingsbereidheid te bepalen moet duidelijk zijn hoe het aantal meldingen zich verhoudt ten opzichte van het totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland.

Dit jaar ontvingen de commissies 1886 meldingen van euthanasie en van hulp bij zelfdoding. Dat betekent dat de dalende trend in het aantal meldingen – die zich sinds 1999 heeft getoond – zich in 2004 niet heeft voortgezet. Ook bij de commissies is de vraag naar mogelijkheden om de meldingsbereidheid van artsen verder te vergroten aan de orde. Zoals in het onderzoek van Van der Wal/Van der Maas[3] (hierna: Van der Wal c.s.) is aangegeven is het belangrijk duidelijkheid te geven over de manier waarop aan de zorgvuldigheidseisen invulling moet worden gegeven.

Er is veel belangstelling voor de vraag hoe de commissies in individuele zaken hun oordeel vormen en welke afwegingen daarbij worden gemaakt. In dit verslag wordt per type zorgvuldigheidseis aan de hand van casuïstiek geïllustreerd hoe deze afweging in de praktijk wordt gemaakt. Het vergroten van de bekendheid daarvan zal vermoedelijk leiden tot een verhoging van de meldingsbereidheid. Dit is ook het doel van de door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgenomen publicatie van oordelen. De voorbereiding daarvan is inmiddels gestart.

Terminale sedatie

In het verslagjaar is de maatschappelijke discussie over terminale sedatie, mede in relatie tot euthanasie, opgelaaid. Op dit moment wordt door de medische beroepsgroep gewerkt aan de totstandkoming van richtlijnen inzake het sederen van patiënten. Gelet op de actualiteit en het belang van gedachtewisseling en afstemming, besteden de commissies aandacht aan dit thema in een bijeenkomst voor alle leden en hun plaatsvervangers in 2005.

Het is van belang om 'terminale sedatie' (intentie: verlichten van lijden) en 'euthanasie' (intentie: levensbeëindiging) uit elkaar te halen en te houden. Terminale sedatie, waarbij in de meeste gevallen ook wordt afgezien van toedienen van vocht en voedsel, is een vorm van normaal medisch handelen. Dat betekent dat alsdan in het algemeen sprake is van een natuurlijke dood.
Bij het bepalen van de zorgvuldigheid daarvan is in het bijzonder de indicatie voor terminale sedatie van belang, maar ook de benodigde mate van sedatie, de levensverwachting van de patiënt op het moment waarop de sedatie wordt ingezet, de keuze en dosering van het middel en de procedure van besluitvorming, waaronder het informeren van de patiënt.

[3] Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Door: G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen en P.J. van der Maas, Amsterdam/Rotterdam, 2003

In het onderzoek van Van der Wal c.s. wordt ook aandacht besteed aan terminale sedatie. Aangegeven wordt dat in de besluitvorming over terminale sedatie in ongeveer de helft van de gevallen euthanasie ter sprake kwam[4]. In 14% van alle gevallen van terminale sedatie verkoos de patiënt zelf terminale sedatie boven euthanasie. Daarnaast werd in 10% van de gevallen besloten tot terminale sedatie omdat er geen uitdrukkelijk verzoek tot euthanasie was gedaan door patiënt.

Er zijn uitzonderlijke situaties waarbij terminale sedatie niet effectief blijkt. Soms blijft een patiënt onrustig, lijdt hij nog steeds pijn, is hij nog steeds benauwd of raakt hij in een mensonwaardige toestand, waarvan de patiënt tevoren had aangegeven deze niet te willen. In dat geval kan euthanasie een uitweg zijn, mits aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Indien de patiënt tevoren een euthanasieverzoek heeft geuit en er ook een consultatie heeft plaatsgehad voordat de sedatie is aangevangen, zou, indien de mogelijkheid van het ontstaan van deze situatie van tevoren is doorgesproken met patiënt, alsnog euthanasie kunnen worden uitgevoerd.

Euthanasie en dementie

In 2004 is door de commissies één melding ontvangen waarin de problematiek van euthanasie en dementie aan de orde kwam. In deze casus is de commissie Noord-Holland tot het oordeel gekomen dat de arts die euthanasie toepaste bij deze patiënt in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.
In algemene zin kan niet worden gesteld dat euthanasie bij patiënten met de ziekte van Alzheimer altijd in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen kan worden uitgevoerd. De feiten en omstandigheden zullen, zoals bij iedere individuele melding, zorgvuldig moeten worden gewogen.
Vooral de zorgvuldigheidseisen van het weloverwogen en vrijwillig verzoek en die van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn daarbij cruciaal. De toetsing van deze twee eisen kan, gelet op de specifieke omstandigheden van dit individuele geval, ook bij de ziekte van Alzheimer tot het oordeel leiden dat er sprake was van een situatie van actueel ondraaglijk en uitzichtloos lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. In hoofdstuk 3 wordt daarop nader ingegaan, onder het kopje 'Uitzichtloos en ondraaglijk lijden'.

4 Van der Wal c.s., 2003, pag. 83

Hoofdstuk II

Overzicht meldingen

Overzicht van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004

Meldingen
De commissies ontvingen in dit verslagjaar 1886 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 1714 gevallen was er sprake van euthanasie, in 141 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 31 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen
De meldend arts was in 1646 gevallen een huisarts, in 188 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 52 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	1647
hart- en vaataandoeningen	24
aandoeningen van het zenuwstelsel	63
longaandoeningen, anders dan kanker	34
aids	4
overige aandoeningen	73
combinatie van aandoeningen	41

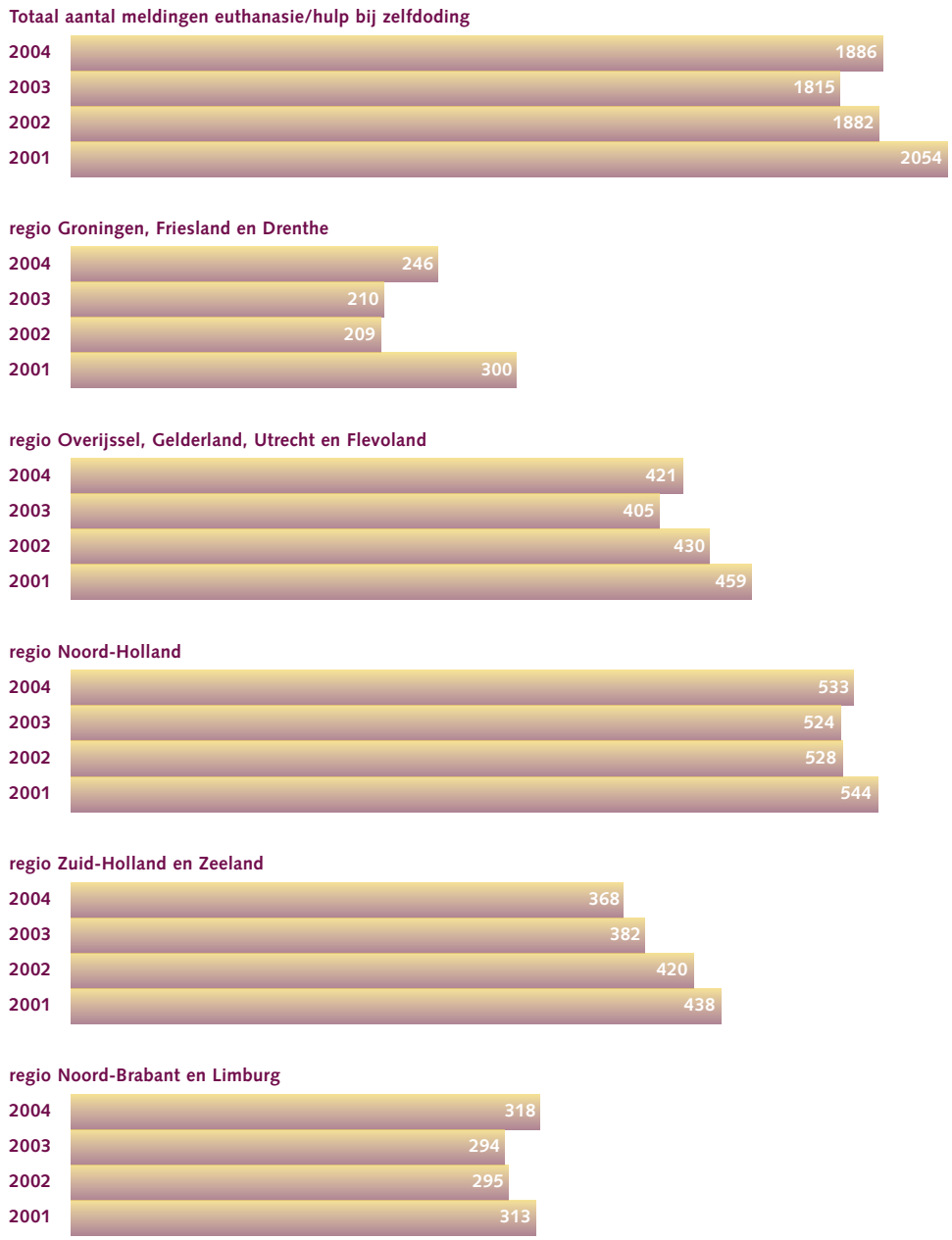
Instelling
De levensbeëindiging vond in 1530 gevallen thuis plaats, in 177 gevallen in het ziekenhuis, in 65 gevallen in een verpleeghuis, in 62 gevallen in een verzorgingshuis, in 5 gevallen in overige instellingen en in 47 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel
De commissies achtten zich in alle gevallen bevoegd om de zaak te beoordelen.
In dit verslagjaar kwamen de commissies in vier gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld[5].

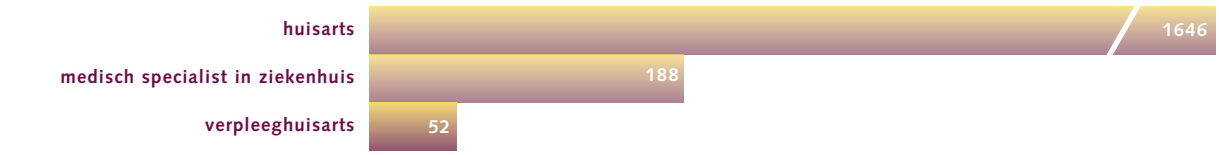
Duur beoordeling
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 30 dagen.

[5] Het overzicht betreft alle meldingen die in 2004 zijn binnengekomen. Meldingen die aan het einde van het jaar binnenkomen worden in verband met de tijd die nodig is voor de behandeling in 2005 afgedaan. De inhoudelijke beslissing op deze meldingen wordt dan ook in het volgende jaarverslag verwerkt. Van de hier genoemde vier gevallen, die alle zijn ontvangen in 2004, is ook het eindoordeel in 2004 gegeven.

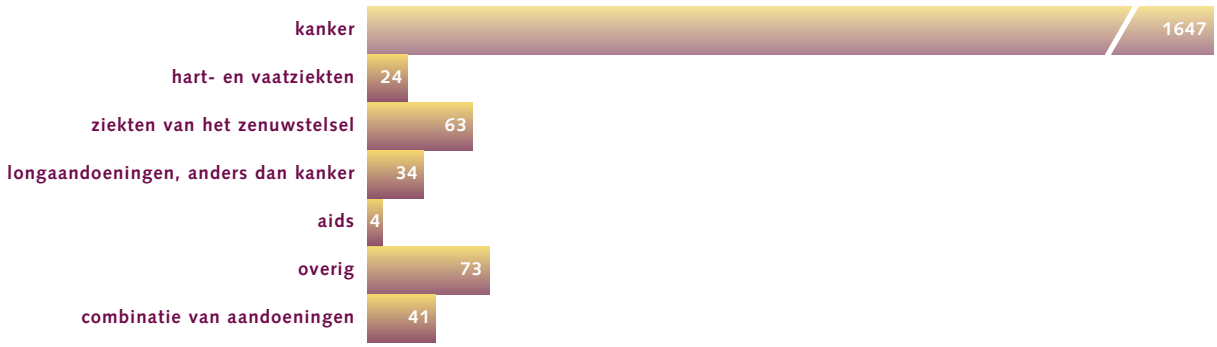
Aantallen meldingen euthanasie/hulp bij zelfdoding 2001, 2002, 2003 en 2004



Meldende artsen 2004



Aandoeningen 2004



Hoofdstuk III

Zorgvuldigheidseisen

1. Zorgvuldigheidseisen algemeen

De commissies geven een oordeel waaruit blijkt of de arts al dan niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissies beoordelen of aan alle eisen is voldaan. Deze zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Sr., houden in dat de arts:

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

De volgende twee casus maken de toetsing van de meldingen op basis van deze eisen inzichtelijk. In bijna alle gevallen komen de commissies tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Ook in onderstaande twee casus is dat het geval. Aan de hand van casuïstiek willen de commissies een beeld geven van de problematiek die zij in het verslagjaar hebben behandeld. Dit kan een vertekend beeld geven omdat de meeste meldingen nauwelijks aanleiding geven tot discussie in de commissievergaderingen.

Casus 1

Bij patiënte, een vrouw van 55 jaar, werd in 1990 een mammacarcinoom links gediagnosticeerd. Er werd een lumpectomie uitgevoerd en patiënte werd vervolgens radiotherapeutisch behandeld. In 1996 werd er vanwege een mammacarcinoom rechts een mastectomie verricht. Patiënte werd daarna weer radiotherapeutisch behandeld. Zij onderging daarnaast nog een ovariectomie en er werd gestart met Nolvadex. In augustus 2002 werden er bot-, huid- en lymfkliermetastasen aangetoond. Patiënte werd palliatief hormonaal en chemotherapeutisch behandeld. Genezing van patiënte was niet meer mogelijk. De pijn nam toe. Er werd begonnen met morfine per infuus, waardoor de pijn redelijk onder controle was. Het lijden van patiënte werd veroorzaakt door het feit dat zij sterk lichamelijk aftakelde en zorgafhankelijk werd. Er was alleen maar een verdere achteruitgang te verwachten. Patiënte ervoer nauwelijks nog vreugde en het leven had voor haar geen enkele inhoud meer. Zij leed geestelijk en lichamelijk ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënte voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.

De arts verwachtte dat patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele weken zou komen te overlijden. Begin januari 2004 verzocht patiënte concreet om euthanasie. Zij herhaalde haar verzoek daarna nog diverse malen. Ook ondertekende zij een euthanasieverklaring. De man, moeder en kinderen van patiënte waren op de hoogte van haar verzoek en respecteerden dit. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was de patiënte zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie.

Als consulent werd een SCEN-arts benaderd. De consulent bezocht patiënte. Blijkens het verslag van de consulent was weliswaar de pijn voor patiënte draaglijk door de toediening van morfine per infuus maar ervoer patiënte haar toestand in het algemeen als uitzichtloos en ondraaglijk. Patiënte was vaak misselijk en moest braken.
Zij verdroeg nog slechts wat kleine slokjes water.
's Nachts had ze veel last van hallucinaties en medicatie om dit tegen te gaan verdroeg ze niet. Patiënte was zich voortdurend bewust van de enorme omvang van haar gegroeide lever en de volledige afhankelijkheid van anderen. Tijdens het gesprek met de consulent was patiënte zwak, maar wel helder. Volgens de consulent kon ze reëel denken.
Het gesprek met de consulent emotioneerde patiënte en haar echtgenoot. Dit was voor de consulent invoelbaar. Volgens de consulent was het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Aan de zorgvuldigheidseisen was naar de mening van de consulent voldaan. De arts diende de patiënte Pentothal en Pavulon intraveneus toe. Bij de levensbeëindiging was familie van patiënte aanwezig.

Casus 2

Bij patiënt, 62 jaar, werd in 2001 een lymfogeen gemetastaseerd niet-kleincellig bronchuscarcinoom in de rechterbovenkwab vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk.
De behandeling bestond uit bestraling en eerste- en tweedelijns chemotherapie.
Twee jaar later werd bij patiënt een metastase in de hersenen vastgesteld, waarvoor hij palliatief werd behandeld met radiotherapie en dexamethason. De laatste weken namen de klachten als gevolg van de hersenmetastase toe. Er was sprake van geheugen- en concentratieverlies, onrust, gedragsveranderingen, periodieke agressie, maar ook van apathie en onbereikbaarheid. Ook was er sprake van bedlegerigheid. De ondraaglijkheid van het lijden werd voor patiënt bepaald door de onrust, de totale afhankelijkheid, het hoesten en het feit dat hij steeds moeilijker kon communiceren.
Van tevoren had patiënt al aangegeven dat hij deze situatie niet wenste. Patiënt wees terminale sedatie als mogelijkheid af omdat dit de situatie waarin hij zich bevond en die hij uitdrukkelijk niet wenste, alleen maar zou verlengen. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten.

De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen één tot twee weken zou overlijden. Patiënt heeft eind december 2003 voor het eerst concreet om levensbeëindiging verzocht. Dit verzoek heeft hij daarna dagelijks herhaald onder meer ten overstaan van zijn echtgenote en kinderen en een collega-huisarts. Over het verzoek tot levensbeëindiging is overleg geweest met de vrouw en kinderen van patiënt. Er was een NVVE-verklaring uit 2002, die door patiënt eind 2003 was herbevestigd.
Toen het voor patiënt duidelijk was dat hij als gevolg van de hersenmetastase zijn verstandelijke vermogens en zijn uitdrukkingsmogelijkheden zou kunnen verliezen heeft hij zijn echtgenote aangewezen als gevolmachtigde. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie.

Als consulent werd een onafhankelijke SCEN-arts benaderd. De consulent heeft patiënt begin januari 2004 gezien en gesproken. In haar verslag bevestigt de consulent het uitzichtloze en voor patiënt ondraaglijke lijden evenals de geschatte levensverwachting. Patiënt was terminaal. Op het moment van het bezoek was patiënt niet meer tot spreken in staat. Hij kon alleen nog maar reageren op de vragen van de consulent met het bewegen van zijn hoofd. Volgens de consulent waren de pijn, de hulpeloosheid en de ontreddering voor patiënt aanleiding om euthanasie te verzoeken en een beroep te doen op zijn euthanasieverklaring.

Er was sprake van controleverlies, angst, veranderd gedrag en hulpbehoevendheid, vooral als gevolg van de uitval van de hersenfuncties. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consulent was van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts heeft patiënt in bijzijn van zijn echtgenote en kinderen Pentothal en Pavulon intraveneus toegediend.

2. Zorgvuldigheidseisen specifiek

Hierna wordt – veelal aan de hand van casuïstiek – aangegeven op welke manier de toetsing van de meldingen op basis van de zorgvuldigheidseisen heeft plaatsgevonden en welke elementen van belang zijn geweest om tot het oordeel te komen. Onderstaande casuïstiek illustreert met welke problematiek de commissies in 2004 zijn geconfronteerd.

a. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Het verzoek tot levensbeëindiging moet door de patiënt zelf zijn gedaan. Ook moet het verzoek vrijwillig zijn. De arts moet zich ervan vergewissen dat de patiënt het verzoek niet onder druk van zijn omgeving heeft gedaan. Bij de beoordeling wordt nagegaan op welke momenten en op welke wijze de patiënt het verzoek heeft geuit. Het is belangrijk om vast te kunnen stellen dat de wens van de patiënt weloverwogen is. Hoewel de familie en vaak ook het verplegend en verzorgend personeel wordt betrokken bij het bespreken van de wens van patiënt, is het niet vereist dat zij ermee instemmen; de wens van de patiënt staat centraal.
Om een weloverwogen verzoek te kunnen doen moet de patiënt een goed beeld hebben van zijn eigen ziekte, van de situatie waarin hij zich bevindt, van de prognose en van eventuele alternatieve mogelijkheden tot verbetering van de situatie.

Schriftelijke wilsverklaring

In het modelverslag wordt aan de arts gevraagd naar de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring. Daarmee zou de suggestie kunnen worden gewekt dat de aanwezigheid van een dergelijke verklaring altijd verplicht is. Dat is echter niet het geval.
Om te voldoen aan de zorgvuldigheidseisen, zoals die zijn opgenomen in de WTL, moet de arts de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit verzoek wordt gewoonlijk mondeling gedaan, maar meestal vragen artsen aan hun patiënt om hun verzoek schriftelijk vast te leggen. De situatie kan zich echter voordoen dat een – voordien wilsbekwame – patiënt geen mondeling verzoek (meer) kan doen omdat hij niet (langer) in staat is zijn wil te uiten, bijvoorbeeld door het snelle verloop van zijn ziekte.
Als hij voordien, dus toen hij nog wél in staat was zijn wil te uiten, zijn verzoek om levensbeëindiging in een schriftelijke wilsverklaring heeft neergelegd, dan kan de arts toch aan dit verzoek gevolg geven, vooropgesteld dat aan de overige zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. De schriftelijke wilsverklaring vervangt in een dergelijke situatie als het ware het mondelinge verzoek. Om elke twijfel over de status van de schriftelijke wilsverklaring weg te nemen heeft deze dan ook een wettelijke verankering gekregen in de WTL. Vanwege die betekenis van een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten op het moment dat inwilligen van zijn verzoek om levensbeëindiging concreet aan de orde is, is het van belang dat deze verklaring op gezette tijden wordt geactualiseerd en zoveel mogelijk de concrete omstandigheden beschrijft waaronder de patiënt wenst dat levensbeëindiging bij hem wordt toegepast; hoe concreter en duidelijker een schriftelijke wilsverklaring des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts.

In veel gevallen ontstaat de wens van de patiënt om tot levensbeëindiging over te gaan in de loop van een ziekteproces. In veel gevallen is en blijft de patiënt wilsbekwaam. Het is noodzakelijk dat de arts de overtuiging krijgt dat deze wens inderdaad vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Het bespreekbaar maken van het (naderende) levenseinde, de wensen van de patiënt en het bepalen van mogelijkheden om daaraan tegemoet te komen zijn elementen van het contact tussen de patiënt en de arts.
Het gaat erom dat tussen arts en patiënt duidelijkheid bestaat over de wens van de patiënt; ook wanneer de patiënt wel degelijk in staat is zijn wil te uiten en mondeling verzoekt om levensbeëindiging kán een schriftelijke wilsverklaring bijdragen aan die duidelijkheid.
Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat de arts door de schriftelijke wilsverklaring nooit kan worden verplicht tot het inwilligen van een verzoek om levensbeëindiging; met andere woorden, de arts heeft altijd een eigen afweging te maken.
Het is immers de arts die zich in geval van levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding daarvoor moet verantwoorden.

De casus naar aanleiding van de genoemde melding van euthanasie bij een patiënt met de ziekte van Alzheimer is hieronder opgenomen. In die casus bestond er tussen de arts en de geraadpleegde SCEN-consulent verschil van inzicht, zowel ten aanzien van de wilsbekwaamheid van patiënt als ten aanzien van de vraag of het lijden van patiënt als ondraaglijk kon worden aangemerkt. Na ontvangst van het oordeel van de consulent had de arts behoefte aan een second opinion. Hij raadpleegde alsnog drie deskundigen. Deze deskundigen stelden in het kader van de euthanasiewens van de patiënt vast dat deze in staat was zijn wil te bepalen, dat hij een consequente euthanasiewens had en dat hij de gevolgen van zijn keus goed had overdacht. De commissie was van oordeel dat de arts, geconfronteerd met tegengestelde meningen, op basis van zijn *eigen inzicht* meer gewicht aan de mening van deze deskundigen kon toekennen.

Casus 3 (Alzheimer-patiënt)

Een patiënt van 65 jaar leed sinds drie jaar aan de ziekte van Alzheimer. De depressieve klachten die in verband hiermee waren ontstaan werden medicamenteus met succes behandeld. Daarnaast kreeg de patiënt dagbehandeling in een verpleeghuis. Patiënt leed ondraaglijk onder het feit dat hij in geen enkel opzicht meer zelfstandig kon functioneren. Ook leed hij zeer onder het inzicht in zijn toekomst als demente patiënt. Vanaf het begin van zijn ziekte heeft de patiënt de arts duidelijk gemaakt dat hij niet het hele ziekteproces wilde doormaken. In de loop van het jaar voorafgaand aan de uitvoering van de levensbeëindiging heeft hij de arts bij herhaling om hulp bij zelfdoding verzocht.

De arts raadpleegde een consulent. Volgens de consulent leed de patiënt ondraaglijk onder de afhankelijkheid van anderen, het besef van de aftakeling en decorumverlies, het verlies van autonomie en zelfrespect en de wetenschap dat zijn situatie alleen maar zou verergeren.
Toch vond de consulent het lijden van de patiënt niet invoelbaar. Bovendien zou zijn besef over zijn tekortkomingen alleen maar afnemen in het verdere verloop van zijn ziekte. Als gevolg daarvan zou de ondraaglijkheid van zijn lijden in de loop van de tijd alleen maar minder worden. Volgens de consulent was er weliswaar sprake van een gedurende een lange tijd consistent geuit euthanasieverzoek, maar was de wilsbekwaamheid van de patiënt discutabel, aangezien hij tijdens het consult geen redeneringen kon volgen. De consulent concludeerde dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Na de beoordeling door de consulent heeft de arts nog drie deskundigen geraadpleegd: een psycholoog, een verpleeghuisarts en een geronto-psychiater. Uit het onderzoek dat ieder van deze deskundigen afzonderlijk heeft ingesteld werd duidelijk dat er bij patiënt geen sprake was van een depressie, dat patiënt graag de controle over zijn leven wilde behouden en dat hij zich ervan bewust was dat het voortschrijden van de ziekte hem deze controle zou ontnemen.

De geraadpleegde deskundigen kwamen ieder afzonderlijk tot de conclusie dat patiënt in staat was een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging te uiten en dat hij zich bewust was van de gevolgen van zijn keus. Naar aanleiding van de conclusie van deze deskundigen besloot de arts het verzoek van patiënt te honoreren. De patiënt overleed als gevolg van hulp bij zelfdoding.

In haar oordeel heeft de commissie overwogen dat de consulent weliswaar vraagtekens zette bij de wilsbekwaamheid van patiënt maar dat de later geraadpleegde deskundigen ieder afzonderlijk tot de conclusie kwamen dat patiënt wel degelijk wilsbekwaam was en goed in staat was zijn wil te bepalen en te onderbouwen. Volgens de commissie had de arts aan het vereiste van de consultatie voldaan. Naar de mening van de commissie had de arts, geconfronteerd met de tegenstrijdige meningen van de consulent en de later geraadpleegde deskundigen, op basis van zijn eigen inzicht terecht meer gewicht toegekend aan het oordeel van de later geraadpleegde deskundigen. De arts had volgens de commissie op grond daarvan kunnen besluiten om tot hulp bij zelfdoding over te gaan.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

b. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Deze eis kent twee onderdelen: het lijden moet uitzichtloos zijn en het lijden moet ondraaglijk zijn.
De uitzichtloosheid van het lijden moet naar heersend medisch inzicht vaststaan. In medisch opzicht is de uitzichtloosheid redelijk objectief vast te stellen. Er mag geen uitzicht op verbetering meer zijn. Met andere woorden, de oorzaak van het lijden kan niet worden weggenomen.

De *ondraaglijkheid* van het lijden is moeilijker vast te stellen, omdat het in beginsel een persoonsgebonden begrip is. De ondraaglijkheid van het lijden wordt bepaald door het perspectief van de patiënt, zijn fysieke en psychische draagkracht en zijn eigen persoonlijkheid. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart is voor een andere patiënt ondraaglijk.

Ondraaglijkheid wordt in meldingen vaak aangeduid met pijn, misselijkheid, benauwdheid, uitputting, toenemende ontluistering en afhankelijkheid en verlies van waardigheid. Er zijn daarnaast ook andere vormen van lijden die kunnen bijdragen aan de ondraaglijkheid. De mate waarin deze symptomen en omstandigheden als lijden worden ervaren, verschilt per patiënt.
Voor de toetsing van het aspect van de ondraaglijkheid is het noodzakelijk het begrip enigszins te objectiveren. De commissies gaan bij de beoordeling dan ook na of de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar is geweest voor de arts.
Het criterium van de ondraaglijkheid van het lijden kan in bepaalde specifieke situaties aanleiding geven tot dilemma's, bijvoorbeeld bij patiënten in coma en bij patiënten met de ziekte van Alzheimer.

In 2004 werd een melding ontvangen – opgenomen als casus 5 – van een levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt die op het moment van uitvoering van de levensbeëindiging in comateuze toestand verkeerde. In de medische beroepsgroep wordt algemeen aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet (ondraaglijk) lijdt. Op grond hiervan zijn de commissies van oordeel dat artsen zich in situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is zeer terughoudend moeten opstellen.

De commissies gaan naar aanleiding van iedere melding de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan kan een commissie in een bepaalde concrete casus tot het oordeel komen dat wel overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Ook wanneer een patiënt in een subcoma verkeert kan de arts de overtuiging hebben gekregen dat de patiënt wèl (ondraaglijk) lijdt. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de patiënt uiterlijke kenmerken vertoont van lijden door te kreunen, te knipperen met de ogen of wanneer de patiënt het zichtbaar benauwd heeft.

Een dilemma kan ook ontstaan wanneer de arts de patiënt eerder heeft toegezegd medewerking te verlenen aan euthanasie. Indien een arts een dergelijke toezegging doet maar daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie, kan dat bij de arts (morele) druk veroorzaken. Het is daarom raadzaam voor artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten.

Hiervóór kwam in het kader van het vrijwillig en weloverwogen verzoek al aan de orde dat patiënten die wilsonbekwaam zijn -zoals bij een coma- in een eerder stadium waarin zij nog wel wilsbekwaam zijn een wilsverklaring hebben kunnen opstellen. Mogelijk beschikt een patiënt in coma over een dergelijke verklaring.
Hoewel de wens van de patiënt een belangrijke rol speelt bij de afweging van de arts om al dan niet over te gaan tot euthanasie, geldt daarnaast de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden natuurlijk onverkort.
Hieronder is een casus opgenomen waarin door de commissie is geoordeeld dat de arts niet de overtuiging heeft kunnen krijgen dat de comateuze patiënt (uitzichtloos en) ondraaglijk leed (casus 5).

Ook bij patiënten met de ziekte van Alzheimer is het criterium van de ondraaglijkheid van het lijden een moeilijk aspect. Bij het bepalen of *in concreto* sprake is geweest van ondraaglijk lijden kan het volgende in deskundigenkringen wel gemaakte onderscheid behulpzaam zijn. Het gaat om het onderscheid tussen lijden bij *beginnende dementie* (aan een niet-aanvaardbaar vooruitzicht van verdergaande ontluistering) en het lijden in een *gevorderd stadium van dementie* (dat voortvloeit uit de dementie als zodanig en dat op indirecte wijze kan worden afgeleid uit het gedrag van patiënt).
Wanneer de arts van mening is dat sprake is van ondraaglijk lijden bij een Alzheimerpatiënt in de beginfase van zijn ziekte -juist in situaties waarin geen relevante somatische klachten bestaan- is het belangrijk dat één of meer deskundigen worden geraadpleegd en dat de beoordeling van deze deskundige(n) op schrift staat. Daarbij valt te denken aan het inschakelen van een psychiater of een geriater, als aanvulling op het consulteren van een collega-arts. Wanneer een patiënt zich bewust is van het verloop van de ziekte kan in beginsel een grote lijdensdruk ontstaan, ook wanneer geen verder somatisch lijden aanwezig is.
In casus 3 betrof het een patiënt met een beginnende vorm van de ziekte van Alzheimer. Bij deze patiënt was sprake van het vooruitzicht van een onafwendbaar voortschrijden van de ziekte en de bijbehorende aftakeling. Voor de consulent was de ondraaglijkheid niet invoelbaar, omdat de patiënt zijn situatie in de toekomst als minder ondraaglijk zou ervaren. De ondraaglijkheid voor de patiënt bestond er evenwel juist in dat hij voorzag dat hij bij voortschrijding van de ziekte geen controle meer zou hebben over zijn leven en hij een dergelijk traject niet wilde meemaken. De uitvoerend arts, de later geraadpleegde deskundigen en de toetsingscommissie waren op grond hiervan van oordeel dat in dit geval wel sprake was van ondraaglijk lijden.

In de praktijk komt het nogal eens voor dat de behandelend arts een collega-arts consulteert, die van mening is dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden. In veel gevallen geeft de consulent dan aan dat hij verwacht dat binnen een bepaald tijdsbestek door verdere achteruitgang wél sprake zal zijn van ondraaglijkheid.
In dergelijke situaties dient de arts de consulent in een later stadium alsnog te benaderen om te overleggen of nu wel sprake is van ondraaglijk lijden.

Afhankelijk van de omstandigheden van het geval kan het nodig zijn dat de consulent de patiënt nog een keer bezoekt. In andere gevallen zal een telefonisch contact tussen de consulent en de arts voldoende zijn. In deze situaties is het in ieder geval raadzaam voor een arts om in de stukken te vermelden dat een vervolgcontact met de consulent heeft plaatsgehad of dat een tweede consultatie heeft plaatsgevonden. Op dit punt wordt verderop nog nader ingegaan in het kader van de zorgvuldigheidseis dat een andere arts is geraadpleegd, de zogenoemde consultatie-eis.

Casus 4 (uitzichtloos en ondraaglijk lijden)

Op het moment van de consultatie was er nog geen sprake van ondraaglijk lijden. De levensbeëindiging werd zes dagen na de consultatie uitgevoerd. Uit het verslag van de arts bleek niet wat er veranderd was in de toestand van patiënte. Hierover werden door de commissie vragen gesteld.

Patiënte, een vrouw van 89 jaar, had sinds december 2003 klachten van waarschijnlijk een coloncarcinoom met levermetastasen. Vanwege haar hoge leeftijd zag patiënte af van nader onderzoek en behandeling, behoudens bloedonderzoek en een echo van de lever. Genezing was niet meer mogelijk. In de maanden die volgden werd patiënte toenemend afhankelijk. Zij had last van periodes met braken en diarree. Ook had zij pijnaanvallen en was er sprake van een dreigende ileus. Voor patiënte was dit lijden uiteindelijk ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden om het lijden te verlichten. Patiënte wilde ook geen verdere behandeling. Begin mei 2004 uitte zij herhaalde malen een concreet verzoek om levensbeëindiging.

De consulent bezocht patiënte. Blijkens het verslag van de consulent trof de consulent patiënte in bed aan. Sinds een week kwam zij nauwelijks nog uit bed. Zij kon alleen nog maar wat vloeibaar voedsel tot zich nemen. Patiënte was compos mentis en had een goed inzicht in haar situatie. Zij gaf aan vrede met de dood te hebben. Patiënte was volgens de consulent niet depressief. Patiënte gaf aan dat zij niet direct euthanasie wilde maar dat het wat haar betreft geregeld moest zijn voor onvoorziene omstandigheden. Volgens de consulent was er op het moment van de consultatie nog geen sprake van ondraaglijk lijden. Patiënte gaf zelf de voorkeur aan een natuurlijk stervensproces maar voelde zich wel een stuk rustiger dat euthanasie ook tot de mogelijkheden behoorde. Patiënte uitte haar verzoek weloverwogen en vrijwillig.
De consulent kwam tot de conclusie dat er nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zodra er bij patiënte sprake zou zijn van ondraaglijk lijden en haar verzoek actueel zou worden zou tot uitvoering van de levensbeëindiging kunnen worden overgegaan. De consulent gaf aan dat indien de levensbeëindiging niet binnen zes weken zou plaatsvinden er eventueel een nieuw consult bij hem kon worden aangevraagd.
Zes dagen na het bezoek van de consulent voerde de arts de euthanasie uit. Omdat uit het verslag van de consulent bleek dat deze van mening was dat er bij zijn bezoek nog geen sprake was van ondraaglijk lijden en de laatste aantekening van de arts in het meegezonden patiëntendossier dateerde van drie dagen voor het bezoek van de consulent, vroeg de commissie zich af wat er veranderd was in de toestand van patiënte tussen het bezoek van de consulent en de uitvoering van de levensbeëindiging zes dagen later.

De arts van de commissie benaderde de arts hierover telefonisch. Tijdens dit telefoongesprek vertelde de arts dat er een ileusbeeld was ontstaan. Patiënte was erg misselijk en moest herhaaldelijk braken. Zij werd als gevolg daarvan anorectisch, cachectisch en intens vermoeid. Ook kreeg patiënte heftige buikkrampen die onhoudbaar waren. De arts pleegde daarover nog telefonisch overleg met de consulent. De consulent gaf aan dat het voor hem invoelbaar was dat het lijden van patiënte in deze situatie ondraaglijk was.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 5 (uitzichtloos en ondraaglijk lijden; coma)

De patiënt had zijn euthanasiewens geuit en raakte daarna in coma. Dit roept de vraag op of bij een comateuze patiënt sprake kan zijn van ondraaglijk lijden. In deze casus is niet overeenkomstig de vereisten gehandeld.

Bij patiënt, een man van 67 jaar, werd in 1999 een rectumcarcinoom gediagnosticeerd. Er werd een low-anteriorresectie verricht. Patiënt werd voorts radiotherapeutisch behandeld. In 2001 werden lever- en longmetastasen aangetoond. Patiënt onderging hiervoor chemotherapie. In maart 2004 kreeg patiënt pijn in de bovenbuik. Ook was er een cholestase ontstaan. Er werd tot drie maal toe een stent geplaatst en er werd gestart met palliatieve chemotherapie. Genezing was niet meer mogelijk. Vanaf juni 2004 zag patiënt af van verdere behandeling. Het lijden van patiënt bestond uit pijn in zijn hele lichaam en misselijkheid. Patiënt kreeg morfine, Dormicum en Haldol via een pompje.
In 2002 was de echtgenote van patiënt overleden. De patiënt vertelde de arts meerdere malen dat hij niet eenzelfde aftakeling wilde meemaken als zij had meegemaakt. Voor patiënt zou een dergelijk lijden ondraaglijk zijn. Eind augustus 2004 raakte patiënt in coma. Hij ontwaakte hier niet meer uit.
Medio juli 2004 heeft patiënt voor het eerst uitdrukkelijk met de arts over euthanasie gesproken. De dag voordat hij in coma raakte heeft patiënt de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Hij heeft zijn verzoek diezelfde dag nog diverse keren herhaald onder meer ten overstaan van zijn kinderen. Er is een schriftelijke wilsverklaring. De arts verwachtte dat de patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele dagen zou overlijden.
Omdat patiënt uitdrukkelijk had aangegeven dat hij niet langere tijd in coma wilde liggen en niet wilde wegkwijnen zoals bij zijn echtgenote was gebeurd, besloot de arts in te gaan op het eerder door patiënt geuite verzoek tot levensbeëindiging.
Als consulent benaderde hij een onafhankelijke collega-huisarts. De consulent bezocht patiënt thuis. Volgens het verslag van de consulent was patiënt in de loop van die dag in een diep coma geraakt. Hij besprak de toestand van patiënt daarom met diens kinderen. Volgens de kinderen was het de uitdrukkelijke wens van hun vader om niet eenzelfde lijden en ontluistering te hoeven doormaken als hun moeder. Zij vertelden de consulent dat hun vader de week ervoor opnieuw geel was geworden, ondanks de stent. Hij had ook meer pijn, was zwakker en verminderd aanspreekbaar. De kinderen waren van mening dat het lijden van hun vader alleen door euthanasie kon worden gelenigd.
Zij reageerden boos en teleurgesteld toen de consulent opperde dat hun vader naar alle waarschijnlijkheid niet meer leed. Ook door de mededeling van de consulent dat het einde voor patiënt zeer nabij was werden zij niet gerustgesteld. Alles liep naar hun mening anders dan hun vader had gewenst.
De consulent kwam tot de conclusie dat het lijden van patiënt uitzichtloos was, maar gezien het coma niet ondraaglijk. Het verzoek van patiënt was naar alle waarschijnlijkheid vrijwillig en duurzaam geuit, maar de consulent had dit niet bij hem kunnen verifiëren. De consulent kwam tot de conclusie dat er niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Ondanks het negatieve advies van de consulent ging de arts over tot de levensbeëindiging.

Bij de behandeling van de melding in de commissievergadering vroeg de commissie zich af in hoeverre er sprake was van ondraaglijk lijden bij deze comateuze patiënt. Ook vroeg de commissie zich af waarom de arts ondanks het negatieve advies van de consulent was overgegaan tot uitvoering van de euthanasie en niet het natuurlijk beloop had afgewacht. De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De arts verklaarde het volgende.
Patiënt was de laatste twee jaar van zijn leven alleenstaand geweest. Zijn kinderen waren alles voor hem. Twee jaar geleden had hij zijn echtgenote verloren. Zij was overleden aan een pancreascarcinoom. Volgens de arts was haar ziekbed naar omstandigheden goed verlopen, maar voor patiënt en zijn familie was het lijden en de ontluistering van zijn echtgenote traumatisch geweest.

Patiënt wilde dit zijn familie niet nog eens aandoen. De laatste dagen ging de toestand van patiënt hard achteruit. Patiënt had veel pijn en was erg misselijk. Deze klachten werden adequaat bestreden met morfine, Haldol en Dormicum.
Op vrijdag zei patiënt tegen de verpleegkundige van de thuiszorg dat hij graag euthanasie wilde. Op zondag heeft hij de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Patiënt was toen al gestopt met eten. De arts vertelde patiënt dat hij het verzoek niet zonder meer kon inwilligen en dat hij verwachtte dat hij de klachten van patiënt goed zou kunnen bestrijden met morfine.
Afgesproken werd dat de arts de procedure van euthanasie de volgende dag zou aanvangen als de wens van patiënt dan nog onverminderd zou bestaan. Op maandagochtend rond 10.00 uur bezocht de arts patiënt opnieuw. Patiënt was toen weliswaar zwak maar herhaalde duidelijk zijn verzoek om euthanasie. Hij voegde eraan toe dat hij het snel wilde.
De dochter van patiënt was hierbij aanwezig. Direct na zijn bezoek aan patiënt heeft de arts de SCEN-arts benaderd voor een consultatie. Als de consulent akkoord zou gaan met de levensbeëindiging was de arts bereid daartoe over te gaan. De consulent was bereid aan het einde van de dag langs te komen. Toen de consulent om 19.00 uur bij patiënt kwam was deze comateus en niet meer aanspreekbaar.
In het telefoongesprek dat de arts nog diezelfde avond met de consulent voerde zei de consulent dat hij onder de gegeven omstandigheden niet achter de levensbeëindiging kon staan. De consulent verklaarde zich bereid patiënt op heel korte termijn opnieuw te beoordelen als deze alsnog aanspreekbaar zou zijn.
Voor de arts was het terugdraaien van de morfine/Dormicum-pomp echter geen optie, gezien de pijnklachten die patiënt diezelfde ochtend weer had geuit. Het advies van de consulent woog zwaar voor de arts.

Op dinsdag bezocht de arts patiënt opnieuw. Deze lag nog steeds in coma. De familie van patiënt en de verpleegkundige van de thuiszorg hadden grote moeite met het feit dat de arts de levensbeëindiging niet wilde uitvoeren. De arts kon hen niet overtuigen van het feit dat een natuurlijk verloop een goed verloop was. Gedurende de dinsdag werd de arts nog een paar maal door de familie gebeld. Ook in de nacht van dinsdag op woensdag belden de kinderen hem om te vertellen dat zij het er niet mee eens waren. De arts hoopte steeds dat patiënt alsnog zelf zou overlijden. Dat patiënt zelf euthanasie zou willen stond voor hem buiten kijf.
Als de familie van patiënt vrede had gehad met de comasituatie had de arts de levensbeëindiging beslist niet uitgevoerd. De kinderen van patiënt hadden wel het gevoel dat patiënt leed. Hij deed zijn ontlasting in bed en kreunde af en toe.
Voor de kinderen was ook de ontluistering niet te verdragen. De arts ervoer de toestand waarin patiënt zich bevond niet als ontluisterend maar eerder als een zacht sterfbed. Volgens hem was er bij patiënt geen sprake van ondraaglijk lijden.
De arts heeft zowel dinsdag als woensdag enorm met het dilemma geworsteld. Hij zag hoe de kinderen leden onder de situatie en voelde zich bovendien zeer schuldig ten opzichte van patiënt.
Toen de arts woensdagochtend waarnam dat de ademhaling van patiënt nog regelmatig was en de pols krachtig en het overlijden dus nog dagen op zich kon laten wachten, heeft hij een beslissing genomen en de euthanasie toegezegd.

Ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt op het moment van de consultatie en de uitvoering van de levensbeëindiging oordeelde de commissie als volgt. Op grond van klinisch onderzoek wordt in het algemeen aangenomen dat een patiënt in (sub)comateuze toestand niet lijdt.
De commissies zijn van oordeel dat geen levensbeëindiging dient te worden toegepast bij een comateuze patiënt bij wie geen tekenen waarneembaar zijn die op een zeker lijden zouden kunnen wijzen, danwel bij wie geen of nauwelijks kans bestaat op een – al dan niet gedeeltelijk – ontwaken.

De commissie ziet geen reden om in dit geval van dit oordeel af te wijken, nu de consulent heeft verklaard dat patiënt zich bij de consultatie in een diep coma bevond en er geen tekenen waren van ondraaglijk lijden, en de arts in zijn mondelinge toelichting heeft bevestigd dat deze toestand van patiënt niet was gewijzigd ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging. De commissie is daarom van oordeel dat patiënt op het moment van uitvoering van de euthanasie niet ondraaglijk leed. Het besluit van de arts om na ampele overweging ondanks het negatieve advies van de consulent over te gaan tot de levensbeëindiging werd ingegeven door de wens van de arts om het duidelijke verzoek van patiënt in te willigen.

Hoewel de commissie begrip had voor het dilemma van de arts en overtuigd is van het feit dat deze gewetensvol heeft gehandeld, was de commissie van oordeel dat de arts de natuurlijke dood had moeten afwachten daar de ondraaglijkheid van het lijden ontbrak op het moment van de uitvoering van de euthanasie en de te verwachten natuurlijke dood zeer waarschijnlijk binnen enkele dagen zou intreden. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts naar heersend medisch inzicht niet de overtuiging heeft kunnen krijgen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Het oordeel van de commissie is toegezonden aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie heeft de zaak voorgelegd aan het Medisch Tuchtcollege.

c. Voorlichting aan de patiënt

De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

In het kader van deze zorgvuldigheidseis beoordelen de commissies of de arts de patiënt heeft voorgelicht over zijn ziekte en vooruitzichten en op welke manier de arts dat heeft gedaan. Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd en dat ook actief te verifiëren.
Deze zorgvuldigheidseis leverde in geen van de gemelde gevallen problemen op.

d. Geen redelijke andere oplossing

De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Het moet duidelijk zijn dat er voor patiënt geen andere uitweg meer is en dat euthanasie als enige oplossing is overgebleven. Uit de eis blijkt ook dat het besluitvormingsproces een zaak is van de patiënt en de arts samen.
Voorop staat de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zoveel mogelijk wegnemen van het lijden. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal voordat euthanasie aan de orde is.
Dat wil niet zeggen dat iedere mogelijke (palliatieve) behandeling moet worden geprobeerd. Sommige (palliatieve) behandelingen hebben bijwerkingen die voor een patiënt moeilijk te verdragen zijn. Behandelingen met radiotherapie geven soms zodanige bijwerkingen dat het effect van de behandeling niet opweegt tegen de nadelen ervan. Ook zijn er patiënten die geen verdere palliatie willen – in de vorm van ophoging van de dosis morfine – omdat zij bang zijn suf te worden of hun bewustzijn te verliezen, iets wat zij pertinent niet willen. Er kan dus op goede gronden worden afgezien van (verdere) behandeling.

Wanneer een behandeling wordt afgewezen zullen de commissies beoordelen of in casu sprake was van een 'redelijke andere oplossing'. Omdat de arts en de patiënt op dit punt samen tot besluitvorming komen wordt van de arts verwacht dat hij in de verslaglegging aangeeft waarom weigering van een behandelalternatief door de patiënt in die situatie redelijk was.

Casus 6 (geen redelijke andere oplossing)

De patiënt wees parenterale voeding af. De vraag was of deze weigering van parenterale voeding de inwilliging van het euthanasieverzoek in de weg stond. In casu was dat niet het geval.

Een 48-jarige patiënt leed al ruim twintig jaren aan multiple sclerose met sinds 1992 secundaire progressie. Patiënt had zeer waarschijnlijk, als complicatie bij deze ziekte, sinds 1998 toenemende ernstige darmproblemen met pijn- en obstipatieklachten (slow-transit constipation). Het lijden werd vooral hierdoor bepaald. In verband hiermee onderging patiënt vele operaties, waaronder een ileo-anale anastomose met pouch en uiteindelijk een ileostoma. Hierna waren er geen curatieve behandelmogelijkheden. De overgebleven darm functioneerde nauwelijks. Eten lukte niet meer en de vloeibare voeding veroorzaakte buikpijn. De pijnstillers hadden weinig effect en gaven bijwerkingen. Patiënt kreeg te weinig voeding binnen om op gewicht te blijven en viel af. Door het gebruik van parenterale voeding had patiënt langer kunnen leven. Patiënt wees deze voeding echter af. De verwachting was dat patiënt binnen enkele weken tot maanden zou overlijden.
De arts heeft desgevraagd aan de commissie aangegeven dat hij de parenterale voeding aanvankelijk als een redelijke andere oplossing beschouwde, maar dat de patiënt deze mogelijkheid pertinent afwees. Door de lange ziektegeschiedenis van de patiënt, de geringe kwaliteit van leven die hij ervoer en de overtuiging van patiënt dat deze kwaliteit niet zou verbeteren door de parenterale voeding, was de afwijzing door de patiënt ook voor de arts begrijpelijk en acceptabel.

De laatste dagen was patiënt dag en nacht bezig voldoende voeding binnen te krijgen. Uiteindelijk was de kwaliteit van leven voor patiënt als gevolg van de darmproblemen onvoldoende en ervoer hij zijn lijden als ondraaglijk.
Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. De consultatie was in overeenstemming met de eisen verricht. De levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd. De commissie was van mening dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 7 (geen redelijke andere oplossing)

De patiënte wees het ondergaan van een risicovolle ingreep af, die ook door de arts niet als reëel behandelalternatief was beoordeeld. De omstandigheden waarin patiënte zich uiteindelijk bevond maakten dat de commissie kon invoelen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

Een 80-jarige vrouw had sinds bijna twintig jaar cardiale klachten waarvoor zij onder meer een aortaklepprothese-operatie onderging. Ook had patiënte al geruime tijd chronische arteriële doorbloedingsstoornissen. Sinds een jaar had zij een complete ischemische dwarslaesie laag thoracaal. Sensibiliteit en pijngevoel waren nog wel aanwezig, maar de motoriek van beide benen was weggevallen. De laatste weken was er sprake van een in grootte toenemende ischemische wond op haar linkeronderbeen. Intensieve therapie op de wond had geen effect en het proces breidde zich ondanks behandeling uit. Amputatie van beide onderbenen was de enige behandeloptie, maar werd door de arts, gelet op de slechte cardiale toetstand van patiënte, risicovol en daardoor niet reëel geacht. Bovendien was een moeizaam herstel van de amputatiewonden te verwachten door de slechte bloedvaten. Een vaatreconstructie was om dezelfde reden geen optie.

Patiënte wees deze mogelijkheden – hierover geïnformeerd door de arts – daarom van de hand. Ook wilde zij geen verder onderzoek.
Het lijden werd voor patiënte bepaald door de afhankelijkheid ten gevolge van de dwarslaesie en de wetenschap dat de pijn, stank en koortsen alleen maar erger zouden worden. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. De arts verwachtte dat patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen twee weken zou overlijden.
Volgens de commissie was het verzoek om levensbeëindiging vrijwillig en weloverwogen en het lijden uitzichtloos en ondraaglijk. De consultatie was overeenkomstig de vereisten verricht en de levensbeëindiging was met Pentothal en Pavulon medisch zorgvuldig uitgevoerd. Uit de stukken heeft de commissie overigens kunnen afleiden dat in dit specifieke geval de arts patiënt voldoende had voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond, over de medische mogelijkheden, de risico's en de vooruitzichten.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 8 (geen redelijke andere oplossing)

De patiënt wees permanente opname in een verpleeghuis af. Gelet op de omstandigheden van dit geval was deze opname geen redelijke andere oplossing.

Patiënt, een man van 63 jaar, leed sinds 1977 aan multiple sclerose. Genezing was niet meer mogelijk. Sinds 1993 was er sprake van een volledige verlamming van armen en benen. Patiënt kon alleen nog gesteund zitten en zeer beperkt met zijn hoofd draaien. Zijn spraak was matig dysartrisch. Hij had nog wel een redelijk goede ademhalingstechniek. Vooral het laatste jaar waren er complicaties zoals decubitus, diabetes en incontinentie. De behandeling van de MS bestond al jarenlang uit tweemaandelijkse behandelingen met Prednison. Patiënt verbleef thuis in een aangepast huis met alle mogelijke hulpmiddelen en met een maximaal zorgsysteem.
Totdat hij in januari 2004 met prepensioen ging nam patiënt, met steun van zijn echtgenote, voortdurend deel aan het sociale en maatschappelijke leven en had hij een therapeutische werkplek. Kort nadat zijn prepensioen was ingegaan werd patiënt gedurende tien weken opgenomen in een revalidatiecentrum vanwege een voortschrijdende ernstige decubitus op de stuit. Deze opname werd door patiënt als zeer traumatisch ervaren en betekende een kentering in de beleving van zijn ziekte. Patiënt hield de behandeling in de voor hem onbekende omgeving met strikte bedrust fysiek en psychisch niet vol.

Het lijden van patiënt bestond uit pijn en totale afhankelijkheid door zijn ziekte. Verder bestond het lijden uit de complicaties in verband met de MS: decubitus, suprapubische blaaskatheter, obstipatie en pijnlijke aambeien. Tevens was er sprake van voortschrijdende vermoeidheid. De situatie waarin patiënt zich op het laatst bevond werd door hem ervaren als mensonwaardig en ontluisterend. Voor patiënt was dit lijden ondraaglijk. Het lijden werd versterkt doordat een permanente opname in een verpleeghuis nodig was. De zorg was dermate intensief geworden dat deze in de thuissituatie niet meer te realiseren was. Na zijn eerder opgedane ervaring wilde patiënt niet in een verpleeghuis opgenomen worden. Ook een tijdelijke opname in het verpleeghuis wees hij van de hand. Patiënt hechtte aan zijn eigen omgeving en de nabijheid van zijn echtgenote. Opname in een verpleeghuis zag hij als een proces van langzaam sterven. Patiënt verkoos euthanasie boven de gang naar het verpleeghuis. Er waren geen alternatieven meer te bieden om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de behandelend specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen een aantal maanden tot een jaar zou overlijden door de voortschrijdende decubitus met mogelijke infecties.

Een door de arts geconsulteerde psycho-geriater bevestigde dat geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld. De consultatie was overeenkomstig de eisen verricht. De consulent bevestigde het uitzichtloze en voor patiënt ondraaglijke lijden.
De zorg thuis was niet meer op te brengen door de extreme afhankelijkheid en de lichamelijke complicaties. Gelet op zijn eerdere verpleeghuisopname in het kader van revalidatie bevond patiënt zich aan de vooravond van de situatie waarvan iedereen al wist dat deze zou ontstaan en die patiënt en zijn omgeving met veel moeite hadden geprobeerd te voorkomen. Patiënt wilde zijn bestaan graag waardig en in huiselijke kring beëindigen nu binnen afzienbare tijd meerdere complicaties en verdere ontluistering te verwachten vielen. De levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

Casus 9 (geen redelijke andere oplossing)

De consulent adviseerde de arts om na te gaan of er verder nog palliatieve mogelijkheden waren. De patiënte gaf direct aan dat haar wens om spoedig te overlijden daardoor niet zou veranderen.

Bij deze 79-jarige patiënte werd in februari 2003 een gemetastaseerd mammacarcinoom vastgesteld met uitgebreide metastasen in de botten. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was palliatief en bestond uit hormonale therapie, radiotherapie en derdelijns chemotherapie. Ondanks deze therapieën was er sprake van progressie en dreigde een dwarslaesie.
Het lijden van patiënte bestond uit pijn, moeheid, totale afhankelijkheid en uitzichtloosheid. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. Patiënte wees het verder ophogen van de doses morfine van de hand. Er waren uiteindelijk geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de behandelende specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten.
De arts kon niet aangeven binnen welke termijn hij verwachtte dat patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, zou overlijden. Het verzoek om levensbeëindiging was vrijwillig en weloverwogen. De consultatie is overeenkomstig de eisen verricht. De consulent bevestigde het uitzichtloze en voor patiënte ondraaglijke lijden. Er waren geen curatieve mogelijkheden. Ten aanzien van de palliatie adviseerde de consulent te overleggen met de palliatief consulente van het IKN over de mogelijkheden ten aanzien van pijnbestrijding. Patiënte had echter ten overstaan van de consulent al aangegeven dat mogelijke alternatieven haar wens om spoedig te overlijden niet zouden veranderen. Patiënte was in het gesprek helder en adequaat en niet depressief. Patiënte was goed voorgelicht. De arts is met patiënte tot de overtuiging gekomen dat geen redelijke andere oplossingen voorhanden waren.
Volgens de consulent was het verzoek vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.
De consulent was uiteindelijk van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Aangezien de levensbeëindiging ook medisch zorgvuldig was uitgevoerd kwam de commissie tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

e. Consultatie

De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d.

Vereist is dat een tweede, onafhankelijke arts de patiënt ziet en schriftelijk oordeelt over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Deze arts zal, in de rol van consulent, een zelfstandig en onafhankelijk oordeel moeten geven. De consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts en de patiënt.
Ten aanzien van de arts betekent dat bijvoorbeeld dat er geen familieband of samenwerkingsrelatie mag bestaan tussen arts en consulent en dat zij niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn. Ten aanzien van de patiënt betekent dat bijvoorbeeld dat geen familiebetrekking bestaat, de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent.
Voor de beoordeling van de melding is de verslaglegging[6] door de consulent van groot belang. Een verslag waarin melding wordt gemaakt van de situatie waarin de patiënt zich op het moment van het bezoek bevindt en van de manier waarop deze zich uit over die situatie en zijn wensen, draagt bij aan het verkrijgen van inzicht door de commissies. Van belang is dat de consulent aangeeft hoe door hem getoetst is of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en dat hij – indien van toepassing – motiveert waarom niet aan de eisen is voldaan. Ook is het wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn relatie tot arts en patiënt.
De consulent draagt verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging. Dit neemt niet weg dat het de meldend arts is die eindverantwoordelijk is voor het voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. Voor de consultatie betekent dat dat de meldend arts ook dient na te gaan of de verslaglegging door de consulent plaatsvindt en van voldoende kwaliteit is. Het is immers het handelen van de meldend arts dat door de commissies wordt beoordeeld.

Het komt wel voor dat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen (nog) niet wordt voldaan (zie ook bij 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'). Voor de commissies is niet altijd duidelijk welk traject zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld. De commissies stellen in die gevallen nadere vragen aan de meldend arts. Als uitgangspunt geldt dat de consulent een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen. Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt[7] en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is. Dit is anders wanneer gelet op de omstandigheden een telefonisch overleg tussen de consulent en de arts voldoende is, bijvoorbeeld wanneer de consulent heeft aangegeven dat op zeer korte termijn wel sprake zou zijn van een ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden zou bestaan.
Wanneer er vervolgcontact is geweest tussen de arts en de consulent of de consulent de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat artsen dat bij de melding al aangeven.

'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' (SCEN) leidt artsen op als consulent bij euthanasie. Alle aspecten van de consultatie, zowel de medische, de ethische als de juridische, worden in de cursus belicht. De verslaglegging door zogeheten SCEN-artsen die als consulent zijn opgetreden is in bijna alle gevallen van goede kwaliteit.

[6] De checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding kan als leidraad dienen en is te vinden op www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

[7] Zie ook H. van Delden, Het juiste moment voor euthanasie. In: Adams M. e.a. (red.). Euthanasie –nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Kampen, 2003

Casus 10 (consultatie)

De consulent kende de patiënt en had deze kort voor de euthanasie meermalen behandeld. Daarmee werd door de arts niet voldaan aan de eis om een onafhankelijke arts als consulent te raadplegen. In deze casus is niet overeenkomstig de vereisten gehandeld.

Bij een 67-jarige patiënt werd een inoperabel maagcarcinoom vastgesteld. Patiënt gaf bij herhaling ten overstaan van zijn huisarts aan euthanasie te wensen. De pijn was met behulp van medicatie redelijk te verlichten, maar door de grootte van de tumor kon hij niet meer eten, was hij misselijk en braakte hij. Ook was hij extreem moe. Dit lijden was voor patiënt ondraaglijk. Er waren geen mogelijkheden om het lijden te verlichten. Om de thuissituatie niet verder te belasten werd patiënt op eigen verzoek en in overleg met de behandelende chirurg in het ziekenhuis opgenomen. Door de chirurg werd de euthanasieprocedure in gang gezet. Als consulent werd een anesthesist benaderd, een collega-specialist uit hetzelfde ziekenhuis. In zijn verslag bevestigde de consulent het uitzichtloze en voor patiënt ondraaglijke lijden met pijn, misselijkheid, braken en vermoeidheid.
De chirurg had aangegeven dat hij verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen twee tot drie maanden zou overlijden. Patiënt is uiteindelijk na toediening van Pavulon overleden.

De commissie heeft de chirurg en de consulent vervolgens om nadere informatie verzocht over de consultatie. Daaruit bleek voor de commissie voldoende duidelijk dat door de consulent aan de zorgvuldigheidseisen was getoetst. De commissie was echter van mening dat de onafhankelijkheid van de consultatie niet was gewaarborgd. De consulent kende patiënt al jaren als werknemer van het ziekenhuis waar ook de consulent werkzaam was. Bovendien had hij als anesthesist patiënt kort voor de euthanasie meerdere malen in consult gezien en behandeld. Ook was hij door de arts geraadpleegd over de toe te dienen euthanatica. De commissie was van mening dat de consulent feitelijk kon worden beschouwd als medebehandelaar. Naar het oordeel van de commissie was de consultatie niet overeenkomstig de vereisten verricht. De commissie heeft om die reden geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen en heeft haar oordeel ter kennis gebracht van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Casus 11 (consultatie)

Een verandering in de situatie van de patiënt tussen het bezoek van de consulent medio april 2004 en de uitvoering van de levensbeëindiging begin juni 2004 werd door de arts niet nader toegelicht. De arts werd om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd.

Patiënt, een man van 79 jaar, leed sinds 1997 aan een ossaal gemetastaseerd prostaatcarcinoom. Patiënt werd radiotherapeutisch en hormonaal behandeld. Genezing van patiënt was niet mogelijk. Patiënt was uiteindelijk erg misselijk en moest veel braken. Hij had alles geprobeerd, maar alleen Nozinan gaf wat verbetering. Patiënt wilde geen medicatie waar hij suf van kon worden.
De consulent bezocht patiënt medio april 2004. Blijkens het verslag van de consulent was patiënt bedlegerig. Patiënt maakte een rustige en evenwichtige indruk op de consulent. Hij was helder van geest en niet depressief. Patiënt kon duidelijk en onderbouwd tot uitdrukking brengen dat hij op termijn eventueel euthanasie zou willen. De pijnstilling was nog adequaat. Patiënt vond dat hij nog niet in een terminale fase verkeerde. Patiënt zei dat hij het liefst een natuurlijke dood zou willen sterven, maar een lijdensweg tot elke prijs wilde voorkomen. Volgens de consulent zou toekomstig lijden kunnen ontstaan vanwege het feit dat palliatieve mogelijkheden onvoldoende resultaat zouden hebben. Patiënt was op dat moment al zeer afhankelijk van anderen en de aftakeling zou alleen maar toenemen.

De consulent kwam tot de conclusie dat patiënt binnen korte tijd in de terminale fase zou komen, waarbij het lijden waarschijnlijk ondraaglijk zou worden. Patiënt had weloverwogen en duurzaam aangegeven dat hij in een dergelijke toestand euthanasie zou willen. De consulent sloot niet uit dat een tweede consultatie noodzakelijk zou zijn. De euthanasie werd bijna twee maanden na het bezoek van de consulent uitgevoerd.
Omdat uit de verslaglegging van de arts niet bleek wat er in de tussenliggende tijd veranderd was in de toestand van patiënt waardoor de arts van mening was dat euthanasie gerechtvaardigd was heeft de commissie de arts om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. Uit deze nadere schriftelijke toelichting van de arts bleek dat patiënt continu braakte. Op advies van het palliatieve team diende de arts patiënt daarvoor medicatie toe maar deze had geen effect. Op den duur ervoer patiënt zijn situatie als ondraaglijk. Voor de arts was dit volledig invoelbaar.
Enkele dagen voor de uitvoering van de levensbeëindiging heeft de arts daarom de consulent nog een keer telefonisch benaderd en hem de situatie waarin patiënt verkeerde voorgelegd. De consulent verklaarde dat hij het niet nodig vond om patiënt opnieuw te bezoeken. Hij gaf aan dat hij de situatie voldoende kende en was van mening dat nu aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 12 (consultatie)

De consulent constateerde dat nog geen sprake was van ondraaglijk lijden. Hij gaf aan te verwachten dat dat binnen vier weken wel het geval zou zijn. Hij bood een nieuwe beoordeling aan voor het geval de periode langer mocht zijn. Binnen vier weken volgde euthanasie.

Bij patiënt, een man van 59 jaar, werd in juli 2004 een uitgebreide gemetastaseerde maligniteit vastgesteld met hypercalciaemie. De herkomst van de primaire tumor was onbekend, maar lag waarschijnlijk in de longen. Er waren geen therapeutische opties. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was palliatief en bestond uit het bestrijden van symptomen. Er was sprake van ascites. Daarnaast leed patiënt sinds 1986 aan een zeldzame spierziekte.
Het lijden van patiënt bestond uit benauwdheid, pijn ten gevolge van de enorme ascites die tegen het diafragma drukte en een niet-functionerende rechterlong. Tevens was er sprake van toenemende algehele verzwakking. Op het laatst was sprake van een zeer versnelde achteruitgang met toenemende benauwdheid ondanks morfine. Aanvankelijk had het aanpassen van de morfinedosering effect, maar uiteindelijk was er geen verbetering meer in de toestand van patiënt te brengen. Voor patiënt was het lijden tenslotte ondraaglijk. Er waren geen andere mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënt was voldoende voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts verwachtte dat patiënt, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen een week zou overlijden. Naar aanleiding van zijn spieraandoening had patiënt al eerder met zijn familie over levensbeëindiging gesproken.
De familie van patiënt ondersteunde zijn verzoek tot levensbeëindiging ten volle. Patiënt heeft in augustus 2004 een schriftelijke wilsverklaring opgesteld en ondertekend. Volgens de arts was er geen druk van buitenaf en was patiënt zich bewust van de strekking van het verzoek en van zijn lichamelijke situatie.
Als consulent werd een SCEN-arts benaderd. De consulent bevestigde de uitzichtloosheid van het lijden en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Op het moment van het bezoek van de consulent was het lijden voor patiënt nog niet ondraaglijk. De consulent verwachtte dat, gezien de snelle progressie van de ziekte, het lijden binnen vier weken wel ondraaglijk zou worden. Mocht deze periode langer zijn, dan bood de consulent aan de dan ontstane situatie opnieuw te beoordelen.

Met inachtneming hiervan was de consulent van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Binnen vier weken na het bezoek van de consulent is de levensbeëindiging uitgevoerd. Er is voorafgaand daaraan geen contact meer geweest tussen arts en consulent.
De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 13 (consultatie)

Als consulent werd een psychiater ingeschakeld die zich uitgebreid uitliet over de wilsbekwaamheid van patiënt maar geen oordeel gaf over de overige zorgvuldigheidseisen. Er werd een nadere toelichting aan de arts gevraagd.

Bij patiënte, een vrouw van 81 jaar, werd in juli 2004 een tumor van de galwegen vastgesteld. Alle drainagepogingen mislukten. Genezing van patiënte was niet meer mogelijk. Het lijden van patiënte bestond uit pijn, ondanks toediening van opiaten. Er was voorts sprake van een zeer sterke algehele malaise. Voor patiënte was dit lijden ondraaglijk. Behalve de reeds genomen palliatieve maatregelen waren er geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Patiënte wenste ook geen andere behandeling meer.
De arts verwachtte dat de patiënte, indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, binnen enkele dagen zou komen te overlijden. Begin augustus 2004 verzocht patiënte de arts voor het eerst concreet om euthanasie. Zij herhaalde haar verzoek daarna dagelijks. Er is een schriftelijke wilsverklaring en de familie en de verpleegkundigen waren op de hoogte van haar verzoek en ondersteunden het.
Als consulent werd een onafhankelijke collega-psychiater benaderd. De consulent bezocht patiënte. Volgens het verslag van de consulent was patiënte op de hoogte van haar ziektebeeld en prognose. Zij had buikpijn, ondanks hoge doses morfine per pomp. Volgens de consulent was patiënte aan het einde van haar krachten. Zij had al eerder haar euthanasiewens geuit. Patiënte was niet depressief en er was geen sprake van een psychiatrische aandoening. Zij was compos mentis. Patiënte leed niet aan stoornissen ten aanzien van geheugen of oordeelsvorming. Het lijden was uitzichtloos. Patiënte had haar verzoek weloverwogen geuit.

Tijdens de behandeling van de melding in de commissievergadering was het de commissie opgevallen dat het modelverslag van de arts onvoldoende inzicht gaf in de ziektegeschiedenis van patiënte, de wijze van behandeling, de gebruikte medicatie en het gevolgde palliatieve beleid. Ook rees bij de commissie de vraag waarom de arts als consulent een psychiater raadpleegde die zich vooral richtte op de wilsbekwaamheid van patiënte en geen volledig oordeel gaf over de andere wettelijke zorgvuldigheidseisen. De commissie heeft de arts daarom om een nadere schriftelijke toelichting gevraagd. In zijn schriftelijke toelichting gaf de arts een uitvoerige beschrijving van de ziektegeschiedenis van patiënte, de wijze van behandeling, de gebruikte medicatie, het gevolgde palliatieve beleid en de ondraaglijkheid van het lijden. De arts vroeg zich af wat het bezwaar van de commissie was tegen de psychiater als consulent.

Na kennis te hebben genomen van de nadere toelichting van de arts kwam de commissie tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Over de consultatie door een psychiater als consulent overwoog de commissie als volgt. De eis van consultatie houdt in dat de arts in elk geval één andere, ten opzichte van hemzelf en patiënte onafhankelijk staande arts raadpleegt, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen die de wet noemt. De arts heeft in casu een psychiater als consulent geraadpleegd. Tegen het raadplegen van een psychiater als consulent bestaat op zichzelf geen bezwaar, mits deze consulent in zijn verslag een oordeel geeft over alle wettelijke zorgvuldigheidseisen.

De ervaring heeft de commissie geleerd dat de psychiater als consulent zich vaak richt op de wilsbekwaamheid van de patiënt en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, en geen eigen oordeel geeft over de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden. Hoewel hij de aard van het lijden van de patiënt wel degelijk vermeldt, geeft ook de consulent in deze casus geen eigen oordeel over de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.

Door de nadere informatie die de arts in zijn schriftelijke toelichting heeft gegeven over de ziektegeschiedenis van patiënte, de wijze van behandeling, de gebruikte medicatie, het gevolgde palliatieve beleid en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte is voor de commissie toch voldoende komen vast te staan dat er sprake is geweest van ondraaglijk lijden bij patiënte. Het ontbreken van een expliciet eigen oordeel van de consulent met betrekking tot de ondraaglijkheid van het lijden weegt voor de commissie om die reden minder zwaar. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Casus 14 (consultatie)

Als consulent treedt op de anesthesist die ook bij de ingreep van patiënt betrokken was. Deze anesthesist voert ook de levensbeëindiging uit.

In het voorjaar van 2004 werd bij patiënt een maagcarcinoom vastgesteld. Bij de exploratieve operatie bleek het carcinoom dusdanig te zijn ingegroeid dat verwijdering niet meer mogelijk was. Direct na afloop van de operatie ging de behandelend chirurg met vakantie. Patiënt leed zo onder de toenemende pijnklachten en de uitzichtloosheid van zijn situatie dat hij direct na de operatie ten overstaan van zijn familie, een arts-assistent en verpleegkundigen meerdere malen om euthanasie heeft verzocht. Hij wilde beslist geen lange lijdensweg meemaken. Enkele dagen voor de operatie had patiënt een schriftelijke wilsverklaring ondertekend.
Naar aanleiding van de ernstige toenemende pijnklachten van patiënt heeft de arts-assistent op de avond na de operatie contact gezocht met een dienstdoende arts om te overleggen over het ophogen van de pijnmedicatie. Deze arts heeft patiënt pas de volgende dag voor het eerst bezocht. Patiënt vertelde hem dat hij veel pijn had en het niet meer zag zitten. Patiënt liet daarbij echter niet het woord ‘euthanasie’ vallen. Pas aan het eind van de dag stelden verpleegkundigen de dienstdoende arts ervan op de hoogte dat patiënt een euthanasiewens had en dat zijn kinderen de arts verzochten om hun vader uit zijn lijden te verlossen. Als gevolg van de toegediende oplopende dosis morfine via een pomp was patiënt inmiddels comateus geraakt. Nadat hij de schriftelijke wilsverklaring van patiënt had ingezien en had geconstateerd dat patiënt leed, besloot de dienstdoende arts zich via de directie te laten informeren over verder te ondernemen stappen. Hij was om hem moverende redenen niet bereid zelf de euthanasie te verrichten. De anesthesist, die eerder bij de exploratieve ingreep betrokken was geweest, was bereid als consulent op te treden en de euthanasie uit te voeren. Bij het bezoek van de consulent aan patiënt trof hij een niet meer aanspreekbare patiënt aan met een gaspende ademhaling en een niet meer waarneembare polsslag. Volgens de consulent was bij de proeflaparotomie duidelijk geworden dat er geen behandeling meer mogelijk was. Patiënt was voor de pre-operatieve ingreep helder geweest en had een euthanasieverklaring ondertekend. Volgens de consulent waren er geen alternatieve behandelingen meer mogelijk om het lijden van patiënt te verlichten. Op verzoek van de dienstdoende arts heeft de consulent, tevens anesthesist, de euthanasie feitelijk uitgevoerd. De dienstdoende arts heeft vervolgens het modelverslag van de meldend arts ingevuld en ondertekend. Op verzoek van de lijkschouwer heeft ook de consulent/anesthesist zijn handtekening onder het modelverslag gezet. De commissie heeft zowel de dienstdoende als de uitvoerende arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting om een beter inzicht te krijgen in de daadwerkelijke gang van zaken.

Uit dit gesprek werd duidelijk dat beide artsen er gewetensvol naar hadden gestreefd om het lijden van patiënt in overeenstemming met diens wens te bekorten. Aangezien de dienstdoende arts de behandeling van patiënt had overgenomen van de arts die de exploratieve ingreep had verricht, had hij besloten zelf het modelformulier in te vullen.
De commissie heeft in het gesprek duidelijk gemaakt dat de arts die de levensbeëindiging feitelijk uitvoert ook moet melden. Ook stelde de commissie vast dat er bij de artsen verwarring is ontstaan over ieders rol in de euthanasieprocedure. De commissie was van oordeel dat de (meldend) arts niet met patiënt tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden was, nu patiënt niet meer aanspreekbaar was. Evenmin waren de voorlichting aan patiënt en de consultatie naar behoren verricht. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de raad van bestuur van het ziekenhuis benaderd met nadere vragen over procedures die in het ziekenhuis van kracht zijn rondom overdracht van ernstig zieke patiënten en rondom euthanasieverzoeken en de inwilliging hiervan. In het ziekenhuis is besloten een uitgebreid protocol euthanasie op te stellen en om een symposium te organiseren om deze problematiek onder de aandacht te brengen van de werknemers in het ziekenhuis. De Inspectie was van oordeel dat hiermee voldoende maatregelen getroffen waren om herhaling van de betreffende casus te voorkomen. Het College van procureurs-generaal heeft besloten niet tot strafrechtelijke vervolging over te gaan.

f. Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Bij de uitvoering van een levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel het advies[8] van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gevolgd. Bij euthanasie is sprake van een actieve handeling van de arts die de euthanatica – meestal intraveneus – toedient aan de patiënt. In een aantal gevallen kiest de patiënt er voor om de middelen zelf in te nemen. Juridisch gezien is er dan sprake van hulp bij zelfdoding. In dat geval drinkt de patiënt zelf een drank, die een barbituraat[9] bevat. Belangrijk is dat de arts bij de patiënt aanwezig blijft als de drank wordt ingenomen. Mogelijk is immers dat patiënt de drank weer uitbraakt. De arts kan dan – alsnog – euthanasie toepassen. Ook kan het zonder medisch toezicht achterlaten van de middelen gevaar opleveren voor anderen dan de patiënt.

Casus 15 (uitvoering; met morfine en niet door arts zelf)

De levensbeëindiging werd uitgevoerd door toediening van steeds hogere doseringen morfine. De feitelijke handelingen werden niet door de arts zelf verricht. In deze casus is niet overeenkomstig de vereisten gehandeld.

Bij patiënte, een vrouw van 82 jaar, werd in april 2004 een inoperabel pancreaskopcarcinoom vastgesteld. Er vond chirurgische interventie middels het aanbrengen van een stent plaats. Genezing was niet meer mogelijk. Begin juli 2004 werd patiënte opgenomen in het ziekenhuis wegens misselijkheid, braken, opboeren en pyrosis. Medio juli 2004 werd besloten een palliatieve gastrojejunostomie aan te leggen. De operatie slaagde niet. Patiënte hield onvoldoende passage en bleef afhankelijk van een afhangende neussonde om misselijkheid te voorkomen. Zij leed ondraaglijk.

8 Toepassing en bereiding van euthanatica (1998)

9 Meestal een 100 milliliter drank met 9 gram pentobarbitalnatrium of secobarbitalnatrium

Eind juli 2004 heeft patiënte de arts voor het eerst concreet om levensbeëindiging gevraagd. Over de levensbeëindiging is overleg geweest met de verpleegkundigen van de afdeling. De verpleging ging aanvankelijk volledig akkoord met de levensbeëindiging maar maakte wel bezwaar tegen het voornemen van de arts om de levensbeëindiging uit te voeren door het telkens (door de verpleging) laten ophogen van de morfine. De familie van patiënte ondersteunde dit voorstel van de arts volledig. De consulent kwam tot de conclusie dat er aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij de behandeling van de melding rezen er bij de commissie diverse vragen over de gang van zaken en de gebruikte middelen bij de levensbeëindiging. De arts werd door de commissie uitgenodigd voor een gesprek. De arts heeft het volgende verklaard.
Met patiënte en de familie werd afgesproken dat het infuus op desbetreffende dag zou worden ingebracht en dat om 17.00 uur zou worden gestart met de levensbeëindiging. De ochtend van de uitvoering werd de arts gebeld met de mededeling dat de verpleging weigerde het infuus voor de morfine in te brengen. De betreffende mededeling bracht de arts in een moeilijk parket. De familie van patiënte zou later in de middag aanwezig zijn en hij moest 's middags weg. De arts heeft toen telefonisch contact opgenomen met de huisarts van patiënte. De huisarts adviseerde de arts er een euthanasiecasus van te maken en een SCEN-arts te laten komen voor een consultatie. De SCEN-arts heeft patiënte 's middags in het ziekenhuis bezocht en uitgebreid gesproken. Voordat de arts die middag uit het ziekenhuis vertrok heeft hij een arts-assistent gevraagd om het infuus in te brengen. Zij heeft toegezegd dit te zullen doen. Toen ook deze arts-assistent bij nader inzien weigerde het infuus in te brengen heeft uiteindelijk een collega van de arts het infuus ingebracht. Na het inbrengen van het infuus werd er volgens het schema van de arts gestart met 8 mg morfine per uur, in vierentwintig uur op te voeren tot 192 mg. De arts was de mening toegedaan dat de verpleging volledig op de hoogte was van dit schema en wist hoe te handelen. Diezelfde avond bezocht de arts patiënte die langzaam en rustig in slaap geraakt was. De aanwezige familieleden, die inmiddels erg onrustig en verontwaardigd waren geworden over de gang van zaken, vertelden de arts dat zij een klacht gingen indienen tegen het ziekenhuis. Even vóór 00.00 uur werd de arts, die verder de hele avond in het ziekenhuis was gebleven, gebeld met de mededeling dat patiënte was overleden.

Ondanks het feit dat de meldend arts geen feitelijke handelingen had verricht bij de uitvoering van de levensbeëindiging beschouwt de commissie hem toch als de arts in de zin van de wet. De commissie overweegt daarbij als volgt: uit de stukken behorende bij de melding en de verklaring van de arts op de commissievergadering is de commissie gebleken dat de arts zich volledig verantwoordelijk voelt voor de gang van zaken rondom deze levensbeëindiging op verzoek. De commissie beschouwt hem ook als zodanig. De arts heeft uitvoerig met patiënte en haar familie gesproken over het verzoek van patiënte tot levensbeëindiging en de wijze waarop de levensbeëindiging zou kunnen worden uitgevoerd. Na overleg met de arts koos patiënte uiteindelijk voor de uitvoering van de levensbeëindiging door een morfine-infuus, waarvan de doseringen telkens opgehoogd dienden te worden volgens het schema van de arts. De arts heeft aan de verpleging en de arts-assistent gevraagd om het morfine-infuus aan te leggen. De arts heeft over de levensbeëindiging ook overleg gevoerd met de huisarts van patiënte. Na overleg met de arts werd er door de huisarts een SCEN-arts gebeld voor de consultatie. De levensbeëindiging is uiteindelijk uitgevoerd in opdracht van de arts en op de wijze als door de arts aangegeven. Nadat patiënte was overleden heeft de arts de lijkschouwer te woord gestaan en het modelverslag behorende bij de melding ingevuld. Ook heeft hij de familie van patiënte opgevangen en hen een afsluitend gesprek aangeboden.

Met betrekking tot de uitvoering van de levensbeëindiging was de commissie van oordeel dat deze niet in overeenstemming met de vereisten is verricht.
Het vereiste van de medisch zorgvuldige uitvoering omvat in de eerste plaats de medisch-technische correcte toediening van de juiste middelen. In de tweede plaats moet de levensbeëindiging door de arts zelf uitgevoerd worden. De arts dient daarbij aanwezig te zijn en de daarvoor vereiste handelingen mogen niet aan verpleegkundigen worden overgelaten.
De door de arts gevolgde wijze van uitvoering van de levensbeëindiging met morfine is niet volgens de richtlijnen die de KNMP heeft uitgegeven voor het toepassen en bereiden van euthanatica in het rapport Toepassing en bereiding van euthanatica (1998) van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAP). In de medische beroepsgroep is algemeen aanvaard dat de richtlijnen voornoemd dienen te worden gevolgd. Een lege artis uit te voeren euthanasie dient volgens deze richtlijnen te geschieden door intraveneuze toediening van een barbituraat in combinatie met een spierverslappend middel. Het gebruik van opioiden wordt bij euthanasie ontraden. Door de levensbeëindiging uit te voeren door middel van het in een relatief kort tijdsbestek toedienen van steeds hogere doseringen morfine volgens een van te voren vastgesteld schema, heeft de arts naar de mening van de commissie niet medisch zorgvuldig gehandeld.
Een en ander dringt des te meer daar de door de arts gevolgde wijze van uitvoering mogelijk maakte dat de arts ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging gedurende een groot gedeelte van de dag niet aanwezig is geweest in het ziekenhuis en uiteindelijk ook niet aanwezig was bij het overlijden van patiënte.

In haar oordeel heeft de commissie de speciale aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd voor de gang van zaken in het ziekenhuis ter zake van de levensbeëindiging op verzoek en de kennelijk in het ziekenhuis gebruikelijke uitvoering daarvan middels morfine. De commissie hechtte eraan te benadrukken dat zij overtuigd was van de integriteit van de arts en zijn grote betrokkenheid bij patiënte. Het oordeel is door de commissie doorgezonden naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bijlage I

Overzicht van meldingen per regio

Regio Groningen, Friesland en Drenthe

Overzicht van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004

Meldingen
De commissie ontving in dit verslagjaar 246 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 224 gevallen was er sprake van euthanasie, in 17 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen
De meldend arts was in 225 gevallen een huisarts, in 12 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 9 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	214
hart- en vaataandoeningen	4
aandoeningen van het zenuwstelsel	10
longaandoeningen, anders dan kanker	4
aids	0
overige aandoeningen	14
combinatie van aandoeningen	0

Instelling
De levensbeëindiging vond in 210 gevallen thuis plaats, in 11 gevallen in een ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 7 gevallen in een verzorgingshuis en in 5 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

Bevoegdheid en eindoordeel
De commissie achtte zich in alle gevallen bevoegd om de zaken te beoordelen.
De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

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

Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Overzicht van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004

Meldingen
De commissie ontving in dit verslagjaar 421 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 392 gevallen was er sprake van euthanasie, in 24 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen betrof het een combinatie van beide.

Artsen
De meldend arts was in 367 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 13 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	361
hart- en vaataandoeningen	4
aandoeningen van het zenuwstelsel	15
longaandoeningen, anders dan kanker	7
aids	0
overige aandoeningen	17
combinatie van aandoeningen	17

Instelling
De levensbeëindiging vond in 356 gevallen thuis plaats, in 34 gevallen in een ziekenhuis, in 16 gevallen in een verpleeghuis, in 11 gevallen in een verzorgingshuis en in 4 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

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

Duur beoordeling
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 34 dagen.

Regio Noord-Holland

Overzicht van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004

Meldingen
De commissie ontving in dit verslagjaar 533 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 458 gevallen was er sprake van euthanasie, in 61 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 14 gevallen was er sprake van een combinatie.

Artsen
De meldend arts was in 457 gevallen een huisarts, in 66 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 10 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	462
hart- en vaataandoeningen	10
aandoeningen van het zenuwstelsel	14
longaandoeningen, anders dan kanker	14
aids	4
overige aandoeningen	29
combinatie van aandoeningen	0

Instelling
De levensbeëindiging vond in 415 gevallen thuis plaats, in 66 gevallen in een ziekenhuis, in 14 gevallen in een verpleeghuis, in 21 gevallen in een verzorgingshuis en in 17 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

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

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

Regio Zuid-Holland en Zeeland

Overzicht van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004

Meldingen
De commissie ontving in dit verslagjaar 368 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 333 gevallen was er sprake van euthanasie, in 29 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 6 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen
De meldende arts was in 315 gevallen een huisarts, in 41 gevallen een medische specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 12 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	322
hart- en vaataandoeningen	2
aandoeningen van het zenuwstelsel	15
longaandoeningen, anders dan kanker	5
aids	0
overige aandoeningen	6
combinatie van aandoeningen	18

Instelling
De levensbeëdiging vond in 282 gevallen thuis plaats, in 38 gevallen in een ziekenhuis, in 13 gevallen in een verpleeghuis, in 16 gevallen in een verzorgingshuis en in 19 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

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

Duur beoordeling
De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 32 dagen.

Regio Noord-Brabant en Limburg

Overzicht van 1 januari 2004 en met 31 december 2004

Meldingen
De commissie ontving in dit verslagjaar 318 meldingen.

Euthanasie/hulp bij zelfdoding
In 307 gevallen was er sprake van euthanasie en in 10 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 1 geval was er sprake van een combinatie van beide.

Artsen
De meldend arts was in 282 gevallen een huisarts, in 28 gevallen een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis en in 8 gevallen een verpleeghuisarts.

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

kanker	288
hart- en vaataandoeningen	4
aandoeningen van het zenuwstelsel	9
longaandoeningen, anders dan kanker	4
aids	0
overige aandoeningen	7
combinatie van aandoeningen	6

Instelling
De levensbeëindiging vond in 267 gevallen thuis plaats, in 28 gevallen in het ziekenhuis, in 9 gevallen in een verpleeghuis, in 7 gevallen in een verzorgingshuis, in 5 gevallen in overige instellingen en in 2 gevallen elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie).

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

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

Bijlage II

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Staatsblad 2001, nr. 194
Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)[1]

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

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;
Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I. Begripsomschrijvingen

Artikel 1
In deze wet wordt verstaan onder:
a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

Hoofdstuk II. Zorgvuldigheidseisen

Artikel 2
1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
   a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
   b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
   c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,

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

d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

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

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5
De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6
De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7
De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8
1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9
1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
   a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
   b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.

   De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10
De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:
1°. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
2°. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

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

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

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

Artikel 15

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

Artikel 16

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

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

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

Artikel 18

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

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

Artikel 19

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

Hoofdstuk IV. Wijzigingen in andere wetten

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht[2] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

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

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

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

C

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

D

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

[2] Laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 70.

Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging[3] wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

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

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

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

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

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

[3] Stb. 1991, 133, laatstelijk gewijzigd bij wet van 1 juli 1998, Stb. 466.

D

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

E

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

Artikel 22

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

Hoofdstuk V. Slotbepalingen

Artikel 23
Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24
Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te ‘s-Gravenhage, 12 april 2001
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

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

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

[4] Stb. 1998, 1, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 januari 2001, Stb. 71.

Bijlage III

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

Staatsblad 2002, nr. 141

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

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.
Op de voordracht van Onze Minister van Justitie van 13 november 2001, nummer 5133198/01/6, gedaan mede namens Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
Gelet op artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding;
De Raad van State gehoord (advies van 28 januari 2002, nr. WO3.01.0608/I);
Gezien het nader rapport van Onze Minister van Justitie van 25 februari 2002, nr. 5151613/02/6, uitgebracht mede namens Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk I. Begripsomschrijvingen

Artikel 1

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

Hoofdstuk II. Commissies

Artikel 2

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

Artikel 3

Tot toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is bevoegd:
a. de commissie te Groningen indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Groningen, Leeuwarden, of Assen;
b. de commissie te Arnhem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Zwolle, Arnhem, Almelo, Zutphen of Utrecht;
c. de commissie te Haarlem indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen Alkmaar, Amsterdam of Haarlem;
d. de commissie te Rijswijk indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Gravenhage, Rotterdam, Dordrecht of Middelburg;
e. de commissie te 's-Hertogenbosch indien het overlijden heeft plaatsgevonden in de arrondissementen 's-Hertogenbosch, Breda, Roermond of Maastricht.

Artikel 4

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

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

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Artikel 7

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

Artikel II

De Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie wordt ingetrokken.

Artikel III

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

‘s-Gravenhage, 6 maart 2002
Beatrix

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

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

Uitgegeven de negentiende maart 2002

De Minister van Justitie,
A.H. Korthals

Bijlage IV

Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie

(vastgesteld op 18 juni 2003)

I. Inleiding

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

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

Tevens is het ingevolge artikel 4, tweede lid, onder b, van bovengenoemd besluit de taak van de coördinerend voorzitter om in overleg met de voorzitters zorg te dragen voor het opstellen van richtlijnen met betrekking tot activiteiten van de commissies op het gebied van de voorlichting.
Met de onderhavige richtlijnen wordt aan deze bepalingen gevolg gegeven.
In deze richtlijnen worden de begrippen als bedoeld in artikel 1, van de wet gehanteerd.

II. Bevoegdheid commissie

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

Artikel 1

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

C. er sprake is van levensbeëindiging bij:
   a. een pasgeborene;
   b. een minderjarige patiënt, jonger dan 12 jaar;
   c. een patiënt in coma zonder schriftelijke wilsverklaring;
   d. een demente patiënt zonder schriftelijke wilsverklaring;

3. Indien de commissie niet bevoegd is de melding in behandeling te nemen, is de volgende werkwijze van toepassing:
   a. de commissie brengt haar beslissing ter kennis van de arts,
   b. zendt de melding terug naar de gemeentelijke lijkschouwer met het verzoek de melding door te geleiden naar de officier van justitie.

III. Samenstelling commissie

In artikel 15 van de wet wordt bepaald dat een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, zich verschoont en kan worden gewraakt indien er feiten en omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.
Deze situatie doet zich ondermeer voor indien een arts van de commissie levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding meldt.

Artikel 2

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

IV. Toetsen juiste persoon melder

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

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Artikel 5

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

Artikel 6

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

Artikel 7

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

Artikel 8

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

Artikel 9

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

Artikel 10

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

Artikel 4, tweede lid, onder b, van het besluit bepaalt dat de coördinerend voorzitter, na overleg met alle voorzitters, zorgdraagt voor richtlijnen met betrekking tot voorlichtingsactiviteiten. Op verzoek verlenen de commissies medewerking aan congressen en symposia of aan de publicatie van artikelen in (medische, juridische en ethische) tijdschriften en literatuur. De commissies leveren structureel een bijdrage aan de SCEN-opleiding.
Een belangrijke vorm van voorlichting vindt plaats door de publicatie van het jaarverslag, waarin de commissies inzicht geven in hun werkzaamheden en oordeelsvorming.

Artikel 11

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

Artikel 12

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

Artikel 13

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