

5.2.2 Het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding

- 7a Wanneer heeft de patiënt voor het eerst concreet om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding verzocht?
- 7b Wanneer is dit verzoek herhaald?
- 7c Ten overstaan van wie werd dit verzoek geuit?
- 7d In het bijzijn van wie werd dit verzoek geuit?
- 8 Is er al eerder over levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gesproken? Zo ja, in welk verband?
- 9a Is er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?
- 9b Zo ja, van welke datum? (svp. deze verklaring bij het verslag voegen)
- 9c Weet u of de patiënt al eerder een wilsverklaring heeft opgesteld? Zo ja, hoe vaak en van welke datum?
- 9d Indien er geen schriftelijke wilsverklaring is, wat is daarvan de reden?
10. Zijn er aanwijzingen dat het verzoek door de patiënt is geuit onder druk of invloed van anderen?
11. Was de patiënt zich ten tijde van het verzoek ten volle bewust van de strekking van zijn/haar verzoek en van zijn/haar lichamelijke situatie en van zijn/haar psychiatrische diagnose?
- 11a. Uit welke omstandigheden kon dat worden opgemaakt?
- 11b Welke therapeutische alternatieven werden besproken? Werden deze alternatieven voldoende begrepen en wat waren de overwegingen van de patiënt om bij zijn verzoek om hulp bij zelfdoding te blijven?
Zo ja, waaruit blijkt dat de patiënt deze mogelijkheden weloverwogen heeft afgewezen?
- 12a Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel? Is er over de toepassing van de levensbeëindiging overleg geweest met het arts/nursingteam en/of met de huisarts en wijkverpleegkundige en eventuele andere bij de behandeling of zorg betrokken personen? Wanneer en op welke wijze is de directie van de zorginstelling op de hoogte gesteld van de toepassing van de levensbeëindiging?
- 12b Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 12c Zo nee, waarom niet?

- 13a Heeft u over de levensbeëindiging overleg gehad met naasten?

13b Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

13c Zo nee, waarom niet?

5.2.3 Consultatie

14 Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd?

15a Wat is/zijn hun hoedanigheid?

- Huisarts
- SCEN-arts
- specialist (naam specialisme inclusief psychiater)
- andere arts, namelijk:

Wie waren de behandelende artsen, waar zijn zij te bereiken en wat waren hun diagnoses en prognoses?

15b Was/waren deze medebehandelaar?

15c Wat is zijn/hun verhouding tot U?

15d Heeft de geraadpleegde arts een familieband met de patiënt?

16 Wanneer heeft/hebben de geraadpleegde arts(en) de patiënt gezien?

17 NB: U wordt verzocht het schriftelijk verslag van de geconsulteerde arts(en) betreffende zijn/hun oordeel met betrekking tot

- de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt;
- de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt;
- de voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten;
- de overtuiging dat er geen redelijke andere oplossing meer aanwezig was
- zijn/hun relatie met de patiënt en de arts, bij dit verslag te voegen

5.2.4 De uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding

18a Was sprake van:

- Levensbeëindiging op verzoek (ga naar vraag 18b)
- Hulp bij zelfdoding (ga naar vraag 19)

18b Wanneer, waar en door wie werd de levensbeëindiging op verzoek feitelijk toegepast?

19 Met welke middelen en op welke wijze werd het leven beëindigd?

20 Was U zelf bij de toepassing aanwezig? Zo nee: welke afspraken heeft U gemaakt ten aanzien van Uw bereikbaarheid?

21 Wie waren, behalve uzelf, bij de levensbeëindiging aanwezig

HOOFDSTUK 6 SAMENVATTING

6.1 Samenvatting

In de rechtspraak en in standpunten van beroepsverenigingen wordt het bieden van hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke onstandigheden gerechtvaardigd geacht. Van alle psychiaters blijkt een meerderheid hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar te vinden. In de praktijk wordt, bij een aantal nadrukkelijke verzoeken om hulp bij zelfdoding van meer dan 300 per jaar, grote terughoudendheid beticht. Een psychiater die hulp bij zelfdoding verleent kan zich beroepen op overmacht in de zin van noodbestand, als hij aan bepaalde, algemeen aanvaarde zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Hulp bij zelfdoding kan ethisch en medisch verantwoord handelen zijn als de psychiater tot de overtuiging is gekomen dat:

- het verzoek van de patiënt daartoe vrijwillig en weloverwogen is,
- er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, en
- er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.

De psychiater moet uiterst zorgvuldig beoordelen of aan deze drie zorgvuldigheidseisen voldaan is. Daarbij komen nog de drie zorgvuldigheidseisen betreffende de volledige voorlichting aan de patiënt, de onafhankelijke consultatie en de zorgvuldige uitvoering van de levensbeslissing. Het is van groot belang dat hij daarvan van het begin af aan een verslag bijhoudt, zodat hij zich kan verantwoorden en zijn handelen toetsbaar is.

De commissie vindt dat een psychiater zich alleen op een professionele noodsituatie, gebaseerd op een conflict van plichten, kan beroepen binnen een behandelrelatie met een patiënt met een psychiatrische stoornis. Deze richtlijnen beperken zich dan ook tot hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Bij psychisch lijden dat niet uit een psychiatrische stoornis voortkomt ziet de commissie geen taak voor de psychiater, behoudens als consulent in geval van een somatisch lijden. Een noodsituatie kan zich ook voordoen als de patiënt onvrijwillig krachtens een rechterlijke machtiging of bijvoorbeeld krachtens een terbeschikkingstelling is opgenomen.

De commissie heeft met dit document richtlijnen willen geven voor een zorgvuldige behandeling van vragen om hulp bij zelfdoding. Het richt zich dan ook tot alle leden van de beroepsgroep, ook die psychiaters die principiële bezwaren tegen hulp bij zelfdoding hebben. Als een behandelbaar hulp bij zelfdoding principieel afwijst, dient dit gerespecteerd te worden. De commissie vindt wel dat zo'n behandelbaar, als hij om hulp bij zelfdoding gevraagd wordt, de plicht heeft de patiënt erop te wijzen dat hij verwezen kan worden naar een andere psychiater of terug naar zijn huisarts.

Als een patiënt zijn verzoek richt aan een behandelbaar die geen psychiater is, zal in het algemeen een psychiater de verantwoordelijkheid voor de behandeling over moeten nemen. Als een psychiatrische patiënt vanwege somatisch lijden hulp bij zelfdoding vraagt aan een somatisch specialist of zijn huisarts, dan dient deze zich te verstaan met de hulpvraag. Wel kan hij psychiaters inschakelen voor externe consultatie.

Elk verzoek om hulp bij zelfdoding dient allereerst opgevat te worden als een vraag om levenshulp, onder andere omdat suicidaliteit meestal tijdelijk is en er vaak nog

behandelingen bestaan die niet toegepast zijn. Als het verlangen naar de dood duurzaam blijkt te zijn, moet de patiënt in een vroeg stadium geïnformeerd worden over het traject dat gevolgd moet worden en de inspanningen die hij zelf moet plegen. Daarbij moeten de zorgvuldigheidseisen besproken worden.

De behandelende psychiater beoordeelt in eerste instantie zelf of het geval voldoet aan de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen:

- Het verzoek dient vrijwillig te zijn, dat wil zeggen zonder dwingende invloeden van buitenaf tot stand gekomen. Het verzoek moet verder weloverwogen zijn, wat wil zeggen dat de patiënt een duurzame en duidelijke keuze voor de dood heeft gemaakt op basis van voldoende begrepen informatie, die hij zorgvuldig heeft overwogen. Hij moet een afweging gemaakt hebben tussen de keuze voor verder leven en de keuze voor zelfdoding. Dit sleit hoge eisen aan zijn wijsbekwaamheid. Het doodsverlangen moet ook duurzaam zijn. Eén van de mogelijkheden voor de psychiater om daarover te oordelen, is na te gaan hoe het doodsverlangen zich ontwikkeld heeft. Verder moet de patiënt over voldoende ziektebesef en zelfkennis beschikken.
- De psychiater zal hem daarvoor adequate, zorgvuldige en regelmatige voorlichting over zijn stoornis moeten geven.
- De patiënt moet uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden hangen veelal sterk met elkaar samen. Hoewel lijden uiteindelijk altijd persoonlijk en subjectief is, zal de psychiater zich toch een eigen oordeel moeten vormen over het als ondraaglijk ervaren lijden. De ondraaglijkheid van het lijden moet voor de psychiater ten minste invoelbaar zijn. De beoordeling van het lijden heeft belangrijke professionele en objectieerbare elementen. Het lijden moet ook uitzichtloos zijn, wat betekent dat er geen behandelperspectief meer is. Het gaat er dus niet alleen om of de patiënt zelf zijn situatie als uitzichtloos ervaart.
- De psychiater moet met de patiënt tot de overtuiging gekomen zijn dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing meer is. Er is geen sprake van uitzichtloosheid, zolang psychofarmacologische en psychotherapeutische behandelingen die bij de betreffende stoornis geïndiceerd zijn, nog niet zijn uitgevoerd of door de patiënt worden geweigerd. Zuiver theoretische behandel mogelijkheden kunnen buiten beschouwing gelaten worden: het behandelperspectief moet reëel zijn, dat wil zeggen binnen een overzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen resultaten en belasting zicht op verbetering bieden.

Aan elk van deze vier eisen moet, naast de vereisten van de onafhankelijke consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering, in principe volledig voldaan zijn. De commissie ziet slechts een heel kleine marge om hiervan af te wijken. Daarbij moeten de eisen in hun samenhang beschouwd worden.

Overdracht en tegenoverdracht in de behandelrelatie kunnen bij vragen om hulp bij zelfdoding een grotere rol spelen dan normaal, met name bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De psychiater zal moeten beoordelen of hij de juiste professionele distantie in acht heeft genomen. Ook de onafhankelijke consulent zal zich hierover moeten uitspreken.

Als de behandelende psychiater tot de conclusie komt dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is en dat naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, moet hij een onafhankelijke consultatie aanvragen bij een andere psychiater. Doel van de consultatie is toetsing van de beoordeling door de behandelende psychiater, geen gezamenlijke besluitvorming en ook geen goedkeuring. De behandelende psychiater blijft zelf verantwoordelijk voor de beslissing maar dient geen toezegging te doen over hulp bij

zelfdoding aan de patiënt alvorens hij het advies van de consultant heeft meegewogen in zijn eindoordeel. De consultant ziet en spreekt de patiënt om te beoordelen of de eigen psychiater niets over het hoofd heeft gezien. De commissie vindt dan ook dat hij pas onafhankelijke consultatie moet aanvragen nadat hij zelf tot het oordeel is gekomen dat eerder overlegt met collega's in de instelling en met het behandelteam. Ook met vorige behandelaren, de huisarts en de naasten van de patiënt hoort al in dit stadium overleg plaats te vinden.

Soms is het nodig als onafhankelijke consultant een collega te benaderen die bijzonder deskundig is op het terrein van betreffende psychiatrische stoornis. Steeds moet een opname in een universiteitskliniek of andere gespecialiseerde behandelinstelling worden overwogen. De behandelende psychiater dient de consultant uitgebreid te informeren. Als de consultant oordeelt dat er nog reële behandel mogelijkheden zijn, is dat een zwaarwegende reden om deze behandeling als een voorwaarde te stellen voor hulp bij zelfdoding. Na deze behandeling moet de behandelende psychiater de zorgvuldigheidseisen opnieuw beoordelen. Bij een fundamenteel verschil van mening tussen behandelbaar en consultant is hulp bij zelfdoding in principe niet te rechtvaardigen en dient altijd een tweede consultant te worden geraadpleegd. Is de tweede consultant net als de eerste consultant de mening toegedaan dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan dient volgens de commissie geen hulp bij zelfdoding te worden verleend.

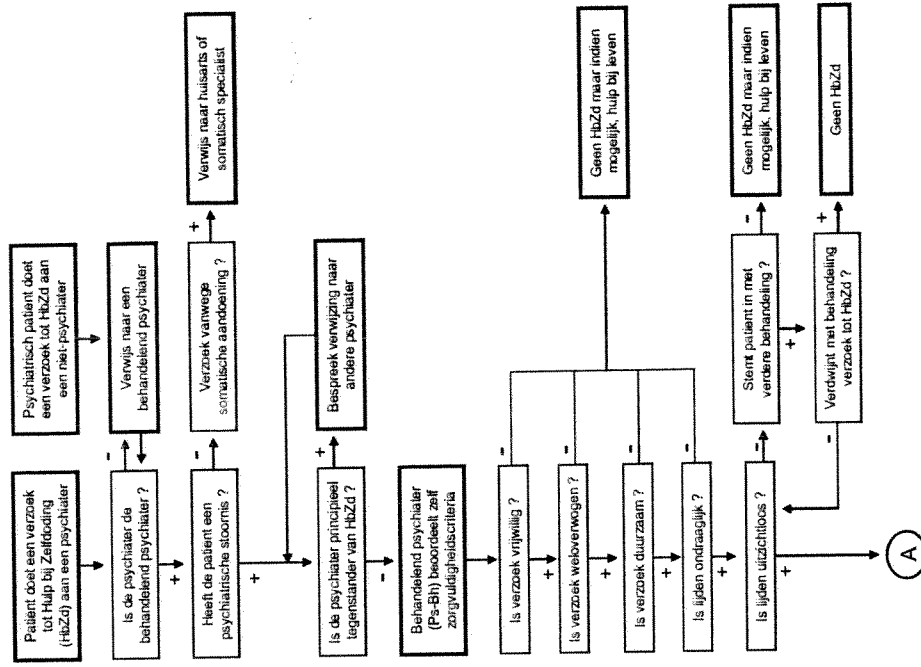
Indien de behandelbaar besluit het verzoek om hulp bij zelfdoding niet in te willigen zal hij altijd verdere levenshulp aanbieden. Het gaat dan in eerste instantie om steun en begeleiding en niet om behandeling. Behandeling biedt immers niet meer een reëel perspectief of wordt geweigerd.

Als aan alle eisen is voldaan en de behandelende psychiater besluit hulp bij zelfdoding te verlenen, moet hij afspraken maken over de uitvoering van de zelfdoding met de patiënt, het behandelteam, de naasten, het management van de instelling en de apotheker. De zelfdoding dient bij voorkeur plaats te vinden bij de patiënt thuis, in aanwezigheid van de behandelende psychiater. Bij wijze van uitzondering en alleen op goede gronden is het denkbaar dat de euthanatica voor een welomschreven periode aan de patiënt worden meegegeven en dat de psychiater niet aanwezig is bij de zelfdoding, maar wel direct oproepbaar is.

Na de zelfdoding moet de behandelende psychiater de dood constateren en de gemeentelijke lijkschouwer het overlijden van de patiënt als gevolg van zelfdoding waarbij hulp is verleend melden. Daarbij dient hij een volledig en beredeneerd verslag in.

6.2 Besisboom

De navolgende twee pagina's bevatten een besisboom die een schematisch beeld geeft van de beslismomenten binnen de procedure die gevolgd dient te worden bij vragen om hulp bij zelfdoding. Iedere beslissing dient genomen te worden na een zorgvuldige beoordeling. Het grootste gedeelte van dit document is gewijd aan de aspecten die bij die beoordeling betrokken moeten worden. In vergelijking daarmee geeft de besisboom slechts een grove veralgemening te zien. Voor nuances wordt dan ook verwezen naar de voorafgaande tekst.



BIJLAGE I

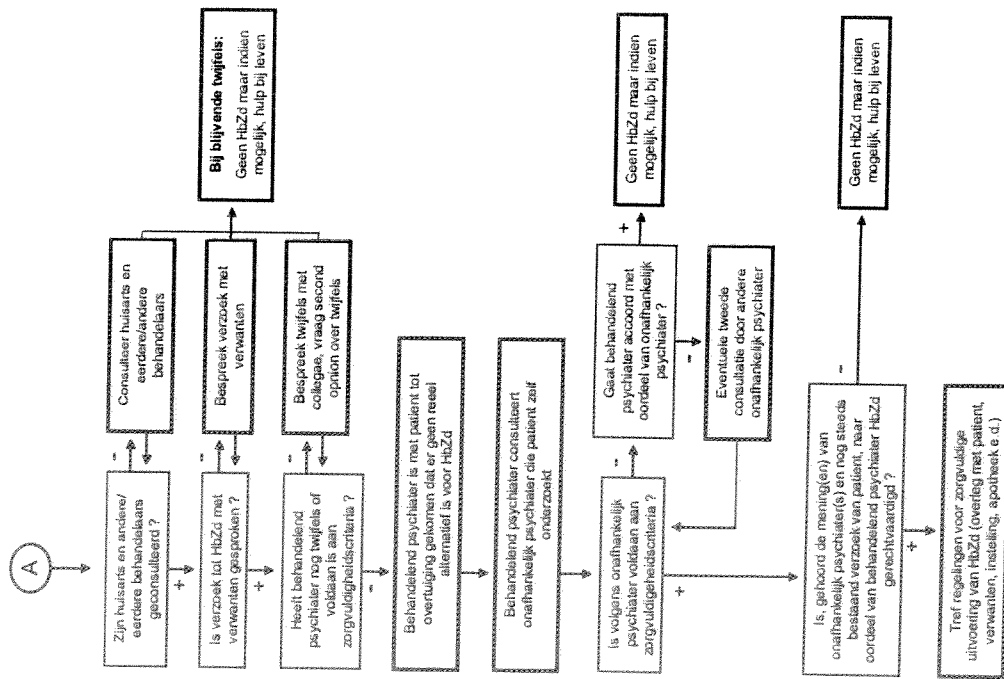
STANDPUNTEN COMMISSIE ETHIEK VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE (1997)

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE - COMMISSIE ETHIEK

Reactie naar aanleiding van het rapport inzake Hulp bij Zelfdodingsvragen (N.V.V.E., maart 1997).

De commissie beveelt de vereniging aan de volgende opvattingen te onderschrijven:

1. Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel.
2. De aanwezigheid van psychopathologie tast de mogelijkheid tot autonome oordeelsvorming niet in alle gevallen aan.
3. De problematiek ten aanzien van (hulp bij) zelfdoding is binnen de psychiatrie niet principieel anders dan erbuiten. De vraag of hulp bij zelfdoding in overweging mag worden genomen bij personen met een psychische ziekte of een psychische handicap dient bevestigend te worden beantwoord.
4. De als regel gecompliceerde omstandigheden waaronder een dergelijke hulpvraag in de psychiatrie gesteld wordt, vereisen een specifieke en bijzonder zorgvuldige afweging.
5. De voorwaarden voor geoorloofde hulpverlening bij suïcide zijn analoog aan de gebruikte voorwaarden bij euthanasie, te weten:
 duurzaam en ondraaglijk lijden;
 duurzaam verzoek om levensbeëindiging;
 geen uitzicht op verbetering bij adequate behandeling volgens de huidige stand van de wetenschap;
 zekerheid over de autonome oordeelsvorming van betrokkenen.
6. Als behandeling redelijkerwijs mogelijk is en betrokkene wijst een dergelijke behandeling af, is hulp bij zelfdoding in het algemeen niet aanvaardbaar.
7. De psychiatrische professie dient een eigen protocol voor hulp bij zelfdoding te ontwikkelen. Een dergelijk protocol dient tenminste te bevatten:
 a) definities van kernbegrippen als: ondraaglijk lijden, duurzaam lijden en het vermogen tot autonome oordeelsvorming.
 b) in- en exclusiecriteria.
 c) gedragsregels ten aanzien van de hulpverlening in engere zin.
8. Het verstrekken van een euthanaticum door een ander dan de voorschrijvende en hulpverlenende arts (psychiater) is onaanvaardbaar.



Voorts is de commissie van mening dat bij het vastleggen van in- en exclusiecriteria in een protocol het volgende zou moeten gelden:

- a. Een exclusie criterium op grond van leeftijd kan alleen aan de ondergrens (minderjarigen) worden gelegd.
- b. De juridische status van betrokkene kan niet zonder meer een exclusie criterium vormen.
- c. De verblijfplaats van betrokkene kan geen exclusie criterium vormen.
- d. Mits aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan dient een behandelaar niet uitgesloten te worden van hulp bij zelfdoding aan zijn/haar patiënt.

Rotterdam, december 1991

J.B. van Borssum Waalkes
Mw. J.A.R. Sanders-Woud-
stra
W.J. Schudel
G.J. Zwanikken

BIJLAGE II

RELEVANTE JURIDISCHE ASPECTEN EN DE RELATIE MET STANDPUNTEN BEROEPSVERENIGINGEN

Door de inwerkingtreding in 2002 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is de juridische context van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis veranderd. In deze bijlage wordt voor een goed begrip kort de situatie voor 2002 geschetst. Daarna wordt ingegaan op de gevolgen en de inhoud van de wet. Tenslotte komen nog enkele andere relevante onderwerpen aan de orde.

Situatie voor de inwerkingtreding van de wet

Tot april 2002 waren zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding in alle gevallen in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (art. 293 respectievelijk art. 294). Voor het eerst in 1973 aanvaardde de rechter dat er omstandigheden denkbaar waren die een rechtvaardiging konden bieden aan een arts die euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent. Was deze rechtvaardiging aanwezig, dan werd de arts ontslagen van rechtsvervolging. In zijn eerste euthanasie-arrest uit 1984 kwam de Hoge Raad tot de volgende opvatting: in het geval waarin aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan de arts zich beroepen op overmacht in de zin van noodtoestand. Deze noodtoestand ontstond doordat de arts met een conflict van plichten werd geconfronteerd. Enerzijds was hij verplicht het Wetboek van Strafrecht na te leven, anderzijds was hij ten opzichte van zijn patiënt gehouden onaanvaardbaar lijden te voorkomen, zo nodig door op verzoek van de patiënt tot levensbeëindigend handelen over te gaan. Het begrip noodtoestand werd door de Hoge Raad enigszins geobjectieerd, door bij de beoordeling daarvan doorslaggevend te achten of is gehandeld conform verantwoord medisch inzicht en naar normen van de medische ethiek (Hoge Raad 27 november 1984, Nederlandse Jurisprudentie 1985, 106 en herhaald in Hoge Raad 21 juni 1994, Medisch Contact (1994), p. 917-918, de zaak-Chabot).

Reeds in de jaren zeventig is binnen beroepsgroep het debat gestart over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. Uit dit debat kwam de opvatting naar voren gekomen dat in dergelijke gevallen zeer grote terughoudendheid is geboden, maar dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke omstandigheden aanvaardbaar kan zijn. In het bijzonder moeten worden genoemd het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Psychiëtrie uit 1992, het rapport van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid uit 1993 en de discussienota 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten' van de KNMG-commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen (CAL), eveneens uit 1993. Voor een uitvoeriger overzicht van standpunten, rapporten en opvattingen wordt verwezen naar J. Legemaate, Hulp bij zelfdoding in de psychiëtrie: regels en opvattingen. MGv (1993) nr. 7/8, p. 750-769.

De opvatting die uit deze rapporten naar voren kwam, werd in de rechtspraak gesteund. De afgelopen jaren is een aantal zaken betreffende hulp door een arts of psychiater bij zelfdoding in gevallen van psychisch lijden aan de rechter voorgelegd. Zie Rechterbank Almelo 12 december 1991, Medisch Contact (1992) p. 541-543, Gerechtshof 's-Gravenhage 25 mei 1993, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (1993) p. 360-368, Hoge Raad 21 juni 1994, Medisch Contact (1994), p. 917-918 en Rechterbank Den Bosch 31 juli 1997, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (1997), p.494-499. Van groot belang was de laatste genoemde uitspraak, gedaan in de zaak-Chabot. In deze uitspraak oordeelde de Hoge Raad als volgt over hulp bij zelfdoding in situaties van psychisch lijden:

- De opvatting dat hulp bij zelfdoding nimmer kan worden gerechtvaardigd, indien bij de patiënt geen somatisch lijden aanwezig is en hij evenmin in een stervensfase verkeert, is onjuist. Anders gezegd: ook in gevallen van psychisch lijden, waarbij een terminale of stervensfase nog niet is aangebroken, kan hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd zijn;
 - Aan het verzoek tot hulp bij zelfdoding van een persoon die psychisch lijdt kan wel degelijk een autonome wilsbepaling ten grondslag liggen. Het is dus niet zo, dat er in dergelijke gevallen altijd sprake zou zijn van wilsonbekwaamheid;
 - Aangezien in het geval van psychisch lijden de ernst en uitzichtloosheid daarvan moeilijker objectief zijn vast te stellen, dient het onderzoek van de rechter of er sprake is van een noodtoestand 'met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden';
 - Vanwege deze vereiste 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' dienen in gevallen van hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden bijzondere eisen te gelden ten aanzien van de consultatie. De consultant zal de persoon die het verzoek heeft gedaan zelf moeten zien en onderzoeken. Het onderzoek van de consultant zal zich in elk geval moeten uitstrekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot de andere mogelijkheden voor hulpverlening. Verder zal de consultant in zijn onderzoek moeten betrekken de vraag of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming, zonder dat diens beslidsvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening;
 - Van uitzichtloosheid van het lijden kan geen sprake zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Anders gezegd: weigert betrokkene een behandeling die een reële kans biedt op het wegnemen of verminderen van lijden, dan kan van hulp bij zelfdoding geen sprake zijn.
- Onder 'psychisch lijden' verstaat de Hoge Raad: 'gevallen, waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening'. Dat is een ruime omschrijving, die een bredere groep personen bestrijkt dan in dit rapport aan de orde komt.
- De gevolgen van de Wet van 2002**
- De Wet van 2002 opent de mogelijkheid om situaties van gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding door een arts buiten het Wetboek van Strafrecht te brengen. Dit gebeurt via de weg van de zogenaamde bijzondere strafuitsluitingsgrond. Dit houdt in dat de arts die hulp bij zelfdoding verleent strafbaar is, *tenzij* deze arts heeft voldaan aan alle vereisten en criteria uit de Wet van 2002. In deze wet komen aan de orde:
- De in acht te nemen zorgvuldigheidseisen en criteria: dit zijn de eisen die in hoofdstuk 3 van deze richtlijn (paragraaf 3.1 tot en met 3.6) worden besproken;
 - De omstandigheden waaronder de arts gevolg mag geven aan een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt. Deze verklaring kan het actuele verzoek vervangen, maar laat de toepasselijkheid van de overige zorgvuldigheidseisen onverlet;
 - De wijze waarop met verzoeken om levensbeëindiging van minderjarige patiënten van 12 jaar of ouder moet worden omgegaan;
 - De verplichting tot melding door de handelend arts bij gemeentelijk lijkschouwer en multidisciplinaire toetsingscommissie;
 - De wijze waarop de commissie de zaak afhandelt en beoordeelt.

De relatie tussen de rechtspraak/wetgeving en opvattingen uit de beroepsgroep

Toetsen van de rechter zijn in belangrijke mate het wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en de normen van de medische ethiek. Dit inzicht en deze normen kunnen helpen om in een concreet geval te bepalen of het beroep van de arts of psychiater op strafuitsluiting kan worden gehonoreerd. De zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in de Wet van 2002 en in hoofdstuk 3 van deze richtlijn vullen het genoemde algemene criterium nader in. Rapporten en standpunten over hulp bij zelfdoding zoals deze binnen de beroepsgroep tot stand komen zijn de rechter behulpzaam bij het interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Dat geldt ook voor de onderhavige richtlijn. Deze richtlijn is onder meer bedoeld om een bijdrage te leveren aan de interactie tussen juridische regels en normen en opvattingen uit de beroepsgroep, en om daardoor de kwaliteit van de beroepsuitoefening op dit gebied verder te verbeteren.

Melding en het afleggen van verantwoordelijkheid

Het invilligen van een verzoek om hulp bij zelfdoding is een zeer ingrijpende beslissing. Op het gebied van de psychiatrie komt het slechts hoogst zelden zover. In de gevallen waarin de arts tot hulp bij zelfdoding in gevallen van psychisch lijden is overgegaan, volgde bijna altijd een straf- of tuchtrechtelijke procedure. Een dergelijke procedure kan zowel voor de arts als de nabestaanden van de patiënt zeer belastend zijn. Aan de andere kant is het begrijpelijk dat er zowel vanuit de beroepsgroep als de samenleving in dit soort gevallen wordt aangedrongen op toetsbaarheid van de arts. Het belang van toetsbaarheid en het afleggen van verantwoordelijkheid kan niet voldoende worden benadrukt. Het is dan ook cruciaal dat de arts die tot hulp bij zelfdoding overgaat in gevallen als in deze richtlijn bedoeld, voldoet aan de wettelijke plicht om te melden. De arts die niet meldt kan zich niet beroepen op de hiervoor genoemde bijzondere strafuitsluitingsgrond en is dan derhalve strafbaar wegens euthanasie of hulp bij zelfdoding (ook al was aan de overige eisen wel voldaan).

BIJLAGE III

LITERATUUR

- Achterhuis, H., J. Goud, F. Koerseman, W.J. Otten, T. Schaiken. *Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord*. Amsterdam, G.A. van Oorschot, 1995.
- Asmus, F.P., R.A. Schoevers. De rol van de psychiater bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 1995, p. 131-141.
- Battin, M.P. *The least worst death. Essays in bioethics at the end of life*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1994.
- Berghmans, R.L.P. *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam, Thesis Publisher, 1992.
- Berghmans, R.L.P. Het paternalisme voorbij. Ethische overwegingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, 7/8, p. 770-786.
- Berghmans, R.L.P. Aan het einde geholpen. Het KNMG-CAL-rapport "Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten". *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 4, 1994, 2, p.55-58.
- Bobbe, B., B. Moritz, F. Barendse. Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 1990, p.373-383.
- Chabot, B.E. Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, 7/8, p.715-737.
- Chabot, B.E. Stervenshulp: de twistappel van het gelijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 1994, p.528-540.
- Chabot, B.E. *Sterven op drift. Over doodsvragen en onmacht*. Nijmegen, SUN, 1996.
- Chabot, B.E. De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 42, 2000, 759-766.
- Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen KNMG (CAL). *Medisch handelen rond het levens einde bij wilsonbekwame patiënten*. Houten/Diegen, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. *Medische beslissingen rond het levens einde*. Den Haag, Sdu, 1991.
- Cornelisse, M. Hulp bij zelfdoding. Een overzicht. *Rekerschap*, 1994, p.201-205.
- Dillmann, R.J.M. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Omvang problematiek, terminologie en definities, morele afwegingen. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1470-1474.
- Pagina 55
-
- Pagina 56

Dillmann, R.J.M., J. Legemaate. Euthanasia in the Netherlands: the state of the legal debate. *European Journal of Health Law*, 1, 1994, p.81-87.

Does, E. van der. Levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding bij wilsonbekwame en psychiatrische patiënten. De verantwoordelijkheid van de arts. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1490-1492.

Dron, H. Het zelfgewilde einde van oudere mensen. NRC Handelsblad, 19 oktober 1991.

Geyvers, J.K.M. De discussienota's van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Kanttekeningen vanuit het recht. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1493-1495.

Gezondheidsraad, Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002

Griffiths, J. Assisted suicide in the Netherlands: The Chabot case. *The Modern Law Review*, 58, 1995, p.232-248.

Griffiths, J. Balans van de recente rechtsontwikkeling rondom euthanasie en andere levensbekortende handelingen. *Rechtsgeleerd Magazijn Themis*, 1995, p.87-107.

Griffiths J., A. Bood, and H. Weyers. *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1998.

Groenewoud, J.H., P.J. van der Maas, G. van der Wal, M.W. Hengeveld, A.J. Tholen, W.J. Schudel, en A. van der Heide. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1997, p.2244-2248.

Groenewoud, J.H. End-of-life decisions in medicine. Empirical studies on practices and attitudes in the Netherlands. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.

Hartogh, G.A. den. Over de knechtelijke wil. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. *Rekerschap*, 1994, p.211-214.

Hendin, H. Seduced by death. Doctors, patients and the Dutch cure. *Issues in Law and Medicine*, 10, 1994, p.123-168.

Koerseman, F. Balansuicide als mythe. Over 'Zelf Beschikt', door B.E. Chabot. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 1994, 5, p.515-527.

KNMG, Standpunt Federatiebestuur inzake euthanasie. 2003.

Kortmann, F.A.M. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: het ziekenhuisbeleid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, 7/8, p.787-796.

Kuiter, H.M. Suicide: wat is er tegen? Baarn, Ten Have, 1994.

Legemaate, J. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, 7/8, p.750-769.

Legemaate, J., R.J.M. Dillmann. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. De zorgvuldigheidseisen nader bezien. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1475-1479.

- Legemaate, J., R.J.M. Dilmann (red.). Levensbeëindiging door een arts op verzoek van de patiënt. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2003.
- Legemaate, J., S. Gevers. *Physician assisted suicide in psychiatry: developments in the Netherlands*. Paper presented at the XXI International Congress on Law and Mental Health, Tromsø, Norway, June 25-29, 1995 (manuscript).
- Lijn, M. van der, W.A. Nolen, W.J. Schudel. Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Rechtsvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 1994, p.406-416.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Mededelingen bestuur. *Nieuws en Mededelingen*, 1992, 2, p.2-3.
- Nolen, W.A. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Enkele opmerkingen bij het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1483-1485.
- Ree, F. van. Over euthanasie en/of therapie bij suicidaliteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 1982, p.381-404.
- Ree, F. van. Consultant en medewerker bij hulp bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 1995, p.181-185.
- Rooymans, H.G.M. Hulp bij suicide. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1995, p.868-869.
- Rijk, C. Vragen om hulp bij zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44, 1989, p.540-545.
- Schudel, W.J. et al. De zaak van de vasthoudende inspecteur. Een procedure in het medisch tuchtrecht. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, 7/8, p.738-749.
- Sengers, W.J. Hulp bij persisterende doodsvierangens. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1993, p.282-289.
- Thiel, G.J.M.W., M.F. Verweij. Hulp bij zelfdoding in psychiatrische ziekenhuizen. Een vraagstuk dat de arts-patiënt relatie overstijgt. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 5, 1995, 1, p.2-7.
- Tholen, A.J. Wijsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen. *Medisch Contact*, 48, 1993, p.1480-1482.
- Tholen, A.J., R.L.P. Berghmans, J. Legemaate, W.A. Nolen, J. Huisman en M.J.W.T. Scherders. Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1999, 143, 17, 905-909.
- Tholen, A.J. Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 2000, 10, 767-772.

- Tholen, A.J. Levensbeëindiging en psychisch lijden. *Medisch Contact*, 58, 2003, 2, 64-67.
- Tholen, A.J. Psychisch lijden bij verzoeken om levensbeëindiging. In: M. Adams, J. Griffiths en G. den Hartogh (red.). *Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voorigezette discussie*. Kok, Kampen, 2003.
- Tol, D. van. *De dood als keuze*. Meppel, Boom, 1977.
- Wal, G.A. van der. Geestelijk lijden. In: R.L.P. Berghmans, G.M.W.R. der Werf, C. van der Meer (red.). *De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven*. Ambo, Baarn, 1991, p.112-137.
- Wal, G. van der, Maas, P.J. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. *Sdu*, Den Haag, 1996.

