

Euthanasie: zorgvuldig van begin tot einde

*De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek
en hulp bij zelfdoding in de praktijk*

Inhoud

Inleiding 4	
1 Wat is euthanasie?	3
1.1 Euthanasie: geen gewoon medisch handelen	3
1.2 Het verschil met andere beslissingen rondom het levenseinde	3
2 Euthanasie: geen plicht voor de arts, geen recht van de patiënt	5
3 Palliatieve zorg	6
3.1 Palliatieve sedatie	6
4 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	7
4.1 De zorgvuldigheidseisen	7
4.1.1 Vrijwillig, weloverwogen verzoek	7
4.1.2 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	8
4.1.3 Voorlichting aan de patiënt	8
4.1.4 Geen redelijke andere oplossing	8
4.1.5 Onafhankelijke consultatie	9
4.1.6 Medisch zorgvuldige uitvoering	10
4.1.6.1 Overleg met de apotheker	11
4.2 Nazorg en rouwverwerking	11
4.3 De meldingsprocedure	11
5 De regionale toetsingscommissies euthanasie	13
5.1 De werkwijze van de toetsingscommissies	13
6 De wilsverklaring	15
7 Euthanasie en dementie	16
8 Euthanasie bij chronisch psychiatrische patiënten	17
9 Euthanasie bij minderjarigen	18
10 SCEN: onafhankelijke en deskundige consultatie	19
10.1 Wat biedt SCEN?	19
10.2 Hoe kan een SCEN-arts worden ingeschakeld?	19
11 De meldingsprocedure: schematisch weergegeven	20
12 Relevante adressen	21

Inleiding

Iedere arts (m/v) in Nederland kan te maken krijgen met een verzoek om levensbeëindiging (euthanasie) of hulp bij zelfdoding. Een dergelijk verzoek kan, zowel voor de arts als voor de patiënt, het begin zijn van een ingrijpend proces. In deze brochure vindt de arts een helder kader voor de wijze waarop hij op een professionele en weloverwogen manier om kan gaan met zo'n verzoek, terwijl er ook ruimte is voor zijn persoonlijke overwegingen.

Met de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), die per 1 april 2002 in werking trad, wil de overheid arts en patiënt helderheid geven over hun wettelijke rechten en plichten.

Door de invoering van de WTL kan een arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast, een beroep doen op een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Het beroep op deze strafuitsluitingsgrond is alleen mogelijk wanneer de arts zich bij het toepassen van de levensbeëindiging op verzoek heeft gehouden aan de zorgvuldigheidseisen zoals die zijn opgenomen in de WTL en wanneer de arts de gemeentelijk lijkschouwer over zijn handelen inlicht.

Voor het overige zijn andere vormen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding – bijvoorbeeld niet door een arts of niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen – in principe strafbaar.

Met het in werking treden van de wet houdt de discussie over levensbeëindigend handelen door een arts niet op. Het blijft gaan om handelen dat als niet normaal medisch handelen wordt beschouwd. Het afwegingsproces rond euthanasie en het toepassen ervan blijft een van de moeilijkste vraagstukken waarmee een arts kan worden geconfronteerd. Deze brochure is bedoeld als helder en praktisch richtsnoer daarbij.

De inhoud van deze brochure:

In hoofdstuk 1 wordt aangegeven wat onder levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) en hulp bij zelfdoding door een arts wordt verstaan. Ook komt aan de orde welke medische beslissingen rond het levenseinde niet als euthanasie worden aangemerkt. In hoofdstuk 2 vindt de arts handvatten voor het zorgvuldig omgaan met een verzoek om euthanasie en de ruimte die er is voor eigen overwegingen en eventuele bezwaren. Euthanasie is per slot van rekening geen plicht van de arts en geen recht van de patiënt. Een belangrijk aspect van de zorg rondom het levenseinde is de palliatieve zorg. Daaraan wordt in hoofdstuk 3 aandacht besteed.

De inhoud van de WTL is uitgebreid uitgewerkt in hoofdstuk 4. Daarbij komen onder meer de zorgvuldigheidseisen aan de orde zoals de vrijwilligheid van het verzoek om levensbeëindiging en de overwegingen rond uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Een belangrijk gedeelte van de WTL is gewijd aan de samenstelling, werkwijze en rol van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 6 gaat in op de wilsverklaring. In hoofdstuk 7 en 8 wordt kort ingegaan op de problematiek die ontstaat wanneer een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt geuit door een patiënt die lijdt aan dementie of een chronisch psychiatrische aandoening. In hoofdstuk 9 komt het verzoek om levensbeëindiging van minderjarigen aan de orde.

Hoofdstuk 10 ten slotte is gewijd aan de werkwijze van Steun en

Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), een initiatief van KNMG en LHV. Een arts die geconfronteerd wordt met een verzoek om euthanasie, kan bij SCEN terecht voor een deskundige en onafhankelijke consultatie.

1) Wat is euthanasie?

We spreken over euthanasie wanneer een arts op uitdrukkelijk verzoek van een patiënt diens leven beëindigt, omdat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij euthanasie dient de arts de dodelijke middelen toe aan de patiënt. Daarnaast komt ook hulp bij zelfdoding door de arts voor. Bij hulp bij zelfdoding reikt de arts de dodelijke middelen aan en neemt de patiënt die in het bijzijn van de arts zelf in. Tussen deze beide vormen van levensbeëindigend handelen door artsen wordt in het Nederlandse debat en in de rechtsontwikkeling geen principiële onderscheid gemaakt. De arts moet dezelfde zorgvuldigheidseisen in acht nemen. In strafrechtelijke zin is er wel een verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Euthanasie kan leiden tot een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaar, terwijl hulp bij zelfdoding kan leiden tot een gevangenisstraf van maximaal drie jaar. De KNMG beveelt artsen aan om, als in het individuele geval een keuze tussen het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding feitelijk mogelijk is, te opteren voor hulp bij zelfdoding. De KNMG doet dit omdat bij die vorm van uitvoering van de levensbeëindiging de eigen verantwoordelijkheid en rol van de patiënt optimaal tot uitdrukking kan worden gebracht.

1.1. Euthanasie: geen gewoon medisch handelen

Euthanasie is geen gewoon medisch handelen. Het verrichten ervan druist immers in tegen de primaire plicht van een arts om het leven te behouden. Euthanasie moet dan ook worden gezien als een ultimum remedium. Het is een uiterst middel in die gevallen waarin patiënt en arts voor hun gevoel met hun rug tegen de muur staan en het lijden van de patiënt op geen enkele andere aanvaardbare wijze kan worden verholpen of verlicht. Overigens kunnen de toenemende mogelijkheden op het gebied van pijnbestrijding en palliatieve zorg wel een deel van de vraag wegnemen.

Bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts is er sprake van een niet-natuurlijke doodsoorzaak. Deze niet-natuurlijke dood moet een arts melden bij de gemeentelijk lijkschouwer.

1.2. Het verschil met andere beslissingen rondom het levenseinde

Euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten worden onderscheiden van diverse andere beslissingen rondom het levenseinde die wel onder normaal medisch handelen vallen, namelijk:

- het behandelverbod; daarvan is sprake als een wilsbekwame patiënt geen toestemming geeft voor het inzetten of voortzetten van een medische behandeling. Een arts moet dat respecteren, ook als die weigering het overlijden van de patiënt bespoedigt of tot gevolg heeft;
- het staken of nalaten van een medisch zinloze behandeling; het gaat daarbij primair om een medisch oordeel over de zin van een verdere behandeling. Voor de arts is in zo'n situatie overleg met collega's van belang om het oordeel zo veel mogelijk te objectiveren;
- pijnbestrijding met als neveneffect een bespoediging van het overlijden; het doel is dan primair een adequate en proportionele pijnbestrijding, waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven. De levensbekorting is een (onbedoeld) neveneffect dat als risico aanvaardbaar wordt geacht.

In al deze situaties is sprake van een 'natuurlijke doodsoorzaak'.

2) Euthanasie¹: geen plicht voor de arts, geen recht van de patiënt

In de samenleving lijkt vaak de indruk te bestaan dat een patiënt die om euthanasie vraagt ook automatisch recht heeft op inwilliging van dat verzoek. Dit is beslist niet het geval. Een arts is niet verplicht om een verzoek om levensbeëindiging uit te voeren en een patiënt heeft geen recht op euthanasie.

Het besluit om over te gaan tot euthanasie is een besluit van arts en patiënt gezamenlijk. Arts en patiënt moeten beiden de tijd en ruimte krijgen om hun eigen visie te ontwikkelen over het euthanasieverzoek. De besluitvorming rondom euthanasie is een proces, geen momentopname.

Er bestaan verschillende redenen waarom een arts geen medewerking zou kunnen verlenen aan een verzoek om euthanasie. De arts kan bijvoorbeeld euthanasie op principiële gronden afwijzen of hij kan in een concreet geval van mening zijn dat er nog niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Wanneer een arts op principiële gronden euthanasie afwijst, moet hij dit tijdig aan de patiënt laten weten. Hoewel er strikt genomen geen sprake is van een verwijsplicht mag er in dat geval van de arts wel worden verwacht dat hij de patiënt informatie geeft over andere artsen of instellingen waar de patiënt alsnog terecht kan met zijn verzoek.

De arts moet bij een verzoek om euthanasie een eigen taxatie maken van de situatie van de patiënt in het licht van de zorgvuldigheidseisen als genoemd in de WTL. Als een arts van oordeel is dat de situatie van de patiënt niet of nog niet voldoet aan die vereisten, dan moet hij op dat moment het verzoek afwijzen.

De zorgvuldigheidseisen, zoals in de WTL beschreven, maken duidelijk dat euthanasie een laatste middel is voor situaties waarin de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt en waarin er geen reële alternatieven meer zijn om dat lijden te verlichten. Zo wordt het morele dilemma erkend waarmee een arts te maken krijgt als hij zijn plicht om het leven te behouden niet meer in overeenstemming kan brengen met de plicht al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt te verlichten. In zulke situaties mag de arts de laatste plicht zwaarder laten wegen en besluiten om over te gaan tot het uitvoeren van euthanasie.

De arts die een verzoek tot euthanasie inwilligt, heeft een professionele plicht om op zorgvuldige en zo volledig mogelijke wijze verslag te doen van zijn overwegingen en de besluitvorming.

Het verzoek om euthanasie moet van de patiënt zelf afkomstig zijn en het moet een uitdrukkelijk verzoek betreffen. De veronderstelde toestemming van patiënt kan geen basis zijn voor de uitvoering van een verzoek om euthanasie, evenmin als een verzoek dat namens de patiënt door een vertegenwoordiger wordt gedaan.

Soms oefent een patiënt of bijvoorbeeld zijn directe familie zware druk uit op een arts om euthanasie te verrichten. De arts moet als professional kunnen omgaan met die druk. Ook in zulke belastende omstandigheden moet een arts zijn eigen gedragslijn bepalen op grond van een professionele afweging.

¹ Omwille van de leesbaarheid wordt er in het vervolg van deze brochure alleen nog gesproken over levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) en niet meer over hulp bij zelfdoding. Overal waar levensbeëindiging op verzoek staat kan ook gelezen worden hulp bij zelfdoding.

3) Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is de algehele zorg voor patiënten voor wie geen curatieve behandeling meer mogelijk is. Het behandelen van pijn en van andere symptomen, het voorkomen en/of oplossen van psychologische en sociale problemen en aandacht voor zingevingsaspecten staan in die zorg centraal. Het doel van palliatieve zorg is dan ook het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn naasten.

Palliatieve zorg kan thuis en in een instelling worden gegeven. Bij palliatieve zorg thuis zijn hulpverleners betrokken zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgende. Daarnaast kunnen vrijwilligers van de terminale zorg worden ingeschakeld voor extra ondersteuning. Diverse ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen hebben speciale units voor palliatieve zorg. Bovendien zijn er hospices en bijna-thuis-huizen.

Een arts zal altijd met de patiënt bespreken welke mogelijkheden er zijn om het lijden van de patiënt te verlichten en de kwaliteit van het leven zo lang mogelijk draaglijk te maken. Het uiteindelijk inwilligen van een verzoek om euthanasie is immers altijd een ultimatum remedium. Een arts moet dan ook alle mogelijkheden voor palliatieve zorg onderzoeken en aanbieden. Dat wil overigens niet zeggen dat een patiënt elke mogelijkheid moet benutten of proberen. Een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, kan bijvoorbeeld het ophogen van de dosis morfine afwijzen omdat hij helder en bij bewustzijn wil blijven.

Palliatieve zorg sluit euthanasie niet uit, aangezien palliatieve zorg niet altijd een reëel alternatief biedt. Ook de beste palliatieve zorg kan namelijk de ondraaglijkheid van het lijden niet altijd opheffen. Wanneer een patiënt kiest voor euthanasie heeft hij recht op goede palliatieve zorg tot het moment van de euthanasie daar is. Euthanasie kan dan het waardig einde zijn van een ziekteproces waarin palliatieve zorg een belangrijke plaats heeft ingenomen.

3.1 Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie is een behandeling binnen de palliatieve zorg. Palliatieve sedatie, in de zin van continue en diepe sedatie, kan toegepast worden bij een geschatte levensverwachting van maximaal twee weken bij symptomen die ernstig en niet meer te behandelen zijn. Door palliatieve sedatie wordt het bewustzijn verlaagd met als doel het lijden van een patiënt tegen te gaan. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen.

Palliatieve sedatie kan in sommige gevallen – bij een levensverwachting van maximaal twee weken en refractaire symptomen - voor patiënten een alternatief zijn voor euthanasie. Palliatieve sedatie is echter niet per definitie een redelijke andere oplossing in de zin van de wet. Het kan zijn dat een patiënt tot het einde helder en bij bewustzijn wil blijven en wil kunnen blijven communiceren met zijn of haar naasten. Voor meer informatie kunt u de richtlijn ‘Palliatieve sedatie’ van de KNMG raadplegen, onder meer te vinden via www.knmg.nl.

4) De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL); inhoud op hoofdlijnen

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in het algemeen is en blijft strafbaar (artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht). Sinds de invoering van de WTL wordt op de strafbaarheid één uitzondering gemaakt in het geval dat de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt toegepast door een arts die voldoet aan de in de WTL omschreven zorgvuldigheidseisen en die de levensbeëindiging meldt aan de gemeentelijk lijkschouwer. Het handelen van de arts is in dat geval dus niet strafbaar. In de WTL zijn de zorgvuldigheidsvereisten en de toetsingsprocedure verankerd.

In de WTL wordt aan de regionale toetsingscommissies euthanasie de taak toebedeeld om de meldingen van artsen van euthanasie en hulp bij zelfdoding te toetsen. De commissies beoordelen of de arts die de levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of de hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen als opgenomen in artikel 2 van de WTL. De samenstelling en werkwijze van de toetsingscommissies worden behandeld in hoofdstuk 5.

4.1 De zorgvuldigheidseisen

In de wet zijn zes zorgvuldigheidseisen geformuleerd waaraan de arts dient te voldoen:

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

4.1.1 Vrijwillig, weloverwogen verzoek

Het is noodzakelijk dat de arts tot de overtuiging komt dat het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Daarbij dient een aantal aspecten de speciale aandacht.

Het verzoek tot levensbeëindiging moet door de patiënt zelf zijn gedaan. Het verzoek moet vrijwillig zijn geuit en weloverwogen zijn gedaan. De arts moet er zeker van zijn dat het verzoek van de patiënt niet wordt ingegeven door druk van anderen of onder druk van de omstandigheden. Ook moet de arts nagaan of het verzoek niet in een opwelling is gedaan of bijvoorbeeld onder invloed van een (tijdelijke) depressie. Een goede exploratie van het verzoek is dus geboden.

Om tot een weloverwogen verzoek te komen moet de patiënt bovendien een goed beeld hebben van zijn ziekte, zijn medische situatie, de prognose en de eventuele alternatieve mogelijkheden tot verbetering van de situatie.

Het doen van een vrijwillig en weloverwogen verzoek veronderstelt de wilsbekwaamheid van een patiënt. In geval van twijfel aan de wilsbekwaamheid kan het verstandig zijn om speciaal op dat punt het oordeel van een andere arts, bijvoorbeeld een psychiater of geriater, in te

winnen, naast dat van de als consulent benaderde onafhankelijke arts die zijn oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen.

Een arts doet er goed aan het verzoek om levensbeëindiging van een patiënt meerdere malen expliciet in gesprekken aan de orde te stellen, zodat arts en patiënt een goed beeld hebben van elkaars visie en positie.

Een verzoek om euthanasie wordt vrijwel altijd mondeling gedaan in een gesprek tussen arts en patiënt. Er dient ten allen tijde duidelijkheid te bestaan over de inhoud van het verzoek van de patiënt. Een schriftelijke wilsverklaring kan bijdragen aan die duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen, maar is geen vereiste. Ook de arts zelf kan bijdragen aan die duidelijkheid door in het patiëntenjournaal melding te maken van de verschillende fases van het besluitvormingsproces rondom het verzoek om levensbeëindiging en de gesprekken hierover met de patiënt en zijn familie.

4.1.2 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De arts zal beide aspecten van het lijden tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Maar met name bij de taxatie van de ondraaglijkheid van het lijden is een zekere mate van subjectiviteit onvermijdelijk.

Er is sprake van uitzichtloos lijden als ieder reëel behandel- en zorgperspectief van de patiënt ontbreekt. De ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt is niet te genezen en er is ook geen reëel uitzicht op een verzachting van de symptomen. Van een 'reëel uitzicht' is sprake als er een redelijke verhouding bestaat tussen de verbetering die door een (palliatieve) behandeling bereikt kan worden en de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor patiënt met zich meebrengt. Dit is veelal naar heersend medisch inzicht objectief te beoordelen.

Bij de taxatie van ondraaglijk lijden legt de subjectieve ervaring van de patiënt vanzelfsprekend veel gewicht in de schaal.

Doordat de ondraaglijkheid van het lijden voor de arts ten minste invoelbaar moet zijn, is ook hierbij sprake van enig objectief oordeel. De arts neemt hierbij immers zijn kennis over de persoonlijkheid en voorgeschiedenis van de patiënt mee. Bij het beoordelen van het lijden van de patiënt steunt de arts dus enerzijds op de medische diagnose en prognose en anderzijds op de beleving van het (actuele) lijden door de patiënt zelf.

4.1.3 Voorlichting aan de patiënt

Voor een weloverwogen verzoek van de patiënt is noodzakelijk dat hij volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnose, behandel mogelijkheden en prognoses. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om erop toe te zien en actief te verifiëren dat de patiënt volledig is geïnformeerd.

4.1.4 Geen redelijke andere oplossing

In het criterium van de uitzichtloosheid van het lijden ligt al gedeeltelijk besloten dat er voor de patiënt geen reële behandelingsopties meer zijn.

Aan de andere kant is de patiënt niet verplicht om elke behandeling die curatief of palliatief mogelijk is te ondergaan. Het recht van de patiënt om een behandeling te weigeren blijft bestaan. Wel kan de weigering van een behandeloptie met een reëel perspectief tot gevolg hebben dat de arts het lijden van de patiënt niet als uitzichtloos en/of ondraaglijk kan aanmerken. Een behandelingsoptie met een reëel perspectief is een behandelingsoptie die naar huidig medisch inzicht uitzicht geeft op het verbeteren van de situatie van de patiënt,

binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen het resultaat en de belasting voor de patiënt.

Soms zullen ook bepaalde vormen van palliatieve zorg in een individuele casus niet altijd aan dit criterium kunnen voldoen. Een voorbeeld is dat een patiënt ophoging van de dosering van pijnbestrijding onacceptabel vindt omdat een hogere dosis morfine kan lijden tot versuffing dan wel verlies van bewustzijn. Ook kan het zijn dat de patiënt geen bloedtransfusies of ascitespuncties meer wil ondergaan omdat het effect van de behandeling voor de patiënt niet (meer) opweegt tegen de nadelen ervan.

4.1.5 Onafhankelijke consultatie

Van een consultatie in de zin van de WTL is sprake als de arts die het voornemen heeft de levensbeëindiging op verzoek toe te passen of de hulp bij zelfdoding te verlenen tenminste een andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De consulent gaat na of de arts naar zijn mening aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet. De consulterende arts heeft gerichte vragen en de consultatie heeft duidelijk een toetsend karakter. Een consultatie is dus iets anders dan een informeel overleg tussen een arts en een of meerdere collega's. De consulent maakt aan de hand van de zorgvuldigheidseisen een eigen beoordeling van het verzoek van patiënt om levensbeëindiging. Vervolgens gaat hij na of de behandelend arts in zijn ogen aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Ook kan de consulent de behandelend arts advies geven over enige praktische zaken die van belang zijn voor de zorgvuldige uitvoering van een verzoek om levensbeëindiging. Een deskundige en onafhankelijke consultatie is noodzakelijk voor het zorgvuldig verrichten van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

De onafhankelijkheid en deskundigheid van de tweede arts die als consulent wordt geraadpleegd dient zo veel mogelijk gewaarborgd zijn.

Een consulent moet onafhankelijk zijn zowel ten opzichte van de arts als ten opzichte van de patiënt. Hij moet dus een onafhankelijke collega zijn van de arts en geen praktijkgenoot, familielid, bevriend collega, lid van de maatschap, arts-assistent of een arts die in een andere ondergeschikte verhouding tot de consulterende arts staat.

De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt in dat er geen sprake mag zijn van een onderlinge familiebetrekking of vriendschap, dat de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en dat hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent. Om een goed beeld te krijgen van de aandoening, het ziektebeloop en de situatie waarin de patiënt zich bevindt zal de consulent patiënt zelf moeten zien. Na zijn bezoek aan patiënt dient de consulent een beredeneerd schriftelijk verslag te maken van zijn bevindingen. Hij dient gemotiveerd te beschrijven of en zo ja, waarom hij van mening is dat door de arts aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De behandelend arts is niet verplicht om de mening van de consulent te volgen. De behandelaar behoudt zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

Het is belangrijk dat de arts tijdig in contact treedt met de consulent. Een tijdig contact maakt het voor alle betrokken partijen mogelijk om in alle rust de nodige afspraken te maken. Het is belangrijk dat de behandelaar de patiënt nog niet (onvoorwaardelijk) heeft toegezegd de euthanasie te gaan uitvoeren. Ook is het van belang dat er nog geen datum en tijdstip is vastgesteld voor de uitvoering van de euthanasie.

De behandelend arts dient aan de patiënt uitleggen dat er een andere – tweede – arts komt en waarom deze arts is ingeschakeld.

Het schriftelijk verslag van de bevindingen van de consulent wordt aan de behandelend arts uitgebracht, niet aan de patiënt. De behandelend arts informeert vervolgens de patiënt

over de (uitkomst van) het verslag van de consulent.

Als uitgangspunt voor het verslag van de consulent geldt dat de consulent een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen. Als de consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een actueel verzoek, dan zal dit in het algemeen betekenen dat een tweede consultatie nodig is. Soms is dit niet nodig, bijvoorbeeld wanneer de consulent heeft aangegeven dat er waarschijnlijk op zeer korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden zal bestaan. In dat geval kan telefonisch overleg tussen arts en consulent voldoende zijn. Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede gesprek tussen de consulent en patiënt nodig zijn.

Een checklist voor het consultatieverslag kunt u vinden op

www.toetsingscommissieseuthanasie.nl, www.knmg.nl en www.minvws.nl.

De KNMG verzorgt een opleiding voor artsen tot consulent bij euthanasie, SCEN genaamd. SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. In de opleiding tot SCEN-arts worden alle medische, ethische en juridische aspecten van het besluitvormingproces tussen arts en patiënt bij een verzoek om levensbeëindiging uitgebreid belicht. Meer informatie over SCEN staat in hoofdstuk 10.

4.1.6 Medisch zorgvuldige uitvoering

De uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding dient medisch zorgvuldig te gebeuren. Zoals we al eerder hebben gezien spreken we van euthanasie wanneer de arts de euthanatica – meestal intraveneus- aan de patiënt toedient.

Van hulp bij zelfdoding is sprake wanneer de arts een drank met een barbituraat aan de patiënt overhandigt en de patiënt deze drank vervolgens zelf oraal inneemt. Uitgangspunt in beide gevallen is dat de arts bij de patiënt aanwezig blijft totdat de patiënt is overleden. In geval van hulp bij zelfdoding mag de arts de patiënt niet met de euthanatica alleen laten. Het is namelijk mogelijk dat de patiënt de drank weer uitbraakt en dat de hulp bij zelfdoding om die reden mislukt. In dat geval kan de arts dan alsnog euthanasie toepassen. Ook kan het zonder medisch toezicht achterlaten van de middelen gevaar opleveren voor anderen dan de patiënt. Bij wijze van uitzondering en alleen op goede gronden kunnen vooraf afwijkende afspraken worden gemaakt over de aanwezigheid van de arts. De arts dient altijd beschikbaar te zijn om snel in te grijpen als de middelen niet of onvoldoende het beoogde effect hebben. De intraveneuze toediening van de euthanatica dient altijd door de arts zelf te worden gedaan. Bij de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt voor de methode, de middelen en de dosering in beginsel de Standaard Euthanasie Toepassing en bereiding van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) in opdracht van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gevolgd.

Het advies gaat uit van toediening van een coma-inducerend middel, gevolgd door toediening van een middel dat spieractiviteit beëindigt. In dit advies worden door de KNMP zogenaamde eerste keusmiddelen geadviseerd, waarmee de meeste ervaring is opgedaan. Daarnaast worden tweede keusmiddelen als noodoplossing (alternatieve middelen) aangeraden. Ook zijn in de Standaard Euthanasie middelen opgenomen die voor inductie van coma expliciet worden afgeraden.

Artsen kunnen de Standaard opvragen bij het WINAp; het adres van de WINAp staat achter in deze brochure. Met vragen waarop het antwoord niet in het rapport terug te vinden is, kan een arts terecht bij de apotheker van de patiënt of bij de SCEN-arts. De apotheker kan vervolgens eventueel de vragen voorleggen aan de helpdesk van het WINAp geneesmiddelinformatie. Artsen kunnen deze helpdesk niet zelf raadplegen.

4.1.6.1 Overleg met de apotheker

Om de euthanatica te verkrijgen, moet een arts van tevoren rechtstreeks met de apotheker overleggen. De apotheker kan om hem moverende redenen afzien van het afleveren van euthanatica.

Een apotheker moet de middelen rechtstreeks aan de arts afleveren en eventueel niet-gebruikte middelen moet de arts weer naar de apotheker terugbrengen. Het is raadzaam eerder te veel dan te weinig van het benodigde euthanaticum te hebben, om te voorkomen dat tijdens de uitvoering alsnog een beroep op de apotheker moet worden gedaan. Het komt bijvoorbeeld voor dat ter plekke toch gekozen moet worden voor intraveneuze toediening in plaats van de geplande orale toediening. Het is verstandig een dag van tevoren een naaldje met plastic canule en bijspuitventiel in te brengen en de spuit al op de praktijk te vullen. Ook doet een arts er goed aan reservesets bij zich te hebben.

Een arts moet de patiënt vlak voor de levensbeëindigende handeling altijd vragen hoe hij zich voelt en of hij dit echt wil. Het is van belang voor een goede rouwverwerking van de aanwezigen dat zij de laatste woorden van de patiënt goed hebben verstaan.

4.2 Nazorg en rouwverwerking

Hoewel de nazorg en de rouwverwerking in principe niet anders zijn dan bij een natuurlijk overlijden is het raadzaam om bij de rouwvisites extra aandacht te besteden aan de specifieke vragen over de uitgevoerde euthanasie. De nabestaanden vragen zich bijvoorbeeld vaak af of de overledene er echt niets van gemerkt heeft. Een goed recapituleren van het gebeuren samen met de nabestaanden is dan ook erg belangrijk.

4.3 De meldingsprocedure

Wanneer de arts euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft toegepast dient hij dit te melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. Dat melden heeft een formele reden. Alleen als de arts bij de gemeentelijk lijkschouwer meldt dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood kan hij met succes een beroep doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond als opgenomen in het Wetboek van Strafrecht.

Daarnaast dient het melden ook een maatschappelijk belang: door de gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding te melden leggen de artsen verantwoording af over deze verstreckende vormen van niet normaal medisch handelen. Het besluitvormingproces van de arts wordt daardoor meer toetsbaar en transparant.

Nadat de arts de gemeentelijk lijkschouwer op de hoogte heeft gesteld van het feit dat er sprake is van een niet-natuurlijk doodsoorzaak in de vorm van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding komt de gemeentelijk lijkschouwer de schouw uitvoeren. Hij onderzoekt het lichaam van de patiënt uitwendig en gaat na hoe en met welke middelen de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding is uitgevoerd. Verder controleert hij of de benodigde stukken aanwezig zijn en neemt hij ze met de arts door.

Vervolgens neemt de gemeentelijk lijkschouwer contact op met de Officier van Justitie met het verzoek een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding af te geven. Tenzij er zich onregelmatigheden hebben voorgedaan, zal deze verklaring worden afgegeven. Tenslotte stuurt de gemeentelijke lijkschouwer de relevante stukken door naar de toetsingscommissie euthanasie binnen wier regio de patiënt is overleden. Tot de relevante stukken behoren in ieder geval het verslag van de arts, het verslag van de consulent en, indien aanwezig, de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt en mogelijk stukken uit het patiëntenjournaal en/of specialistenbrieven.

Omdat euthanasie erg ingrijpend is en onomkeerbaar dient de verslaglegging door de arts zeer zorgvuldig te gebeuren. De arts zal dienen aan te geven op welke momenten, welke besluiten zijn genomen en waarom. De verslaglegging kan voor de arts ook een belangrijke rol spelen bij het verwerken van de euthanasie. Ten slotte levert een melding rust en duidelijkheid op. Binnen uiterlijk zes weken na de ontvangst van de stukken zal de toetsingscommissie de arts schriftelijk op de hoogte stellen van haar gemotiveerde oordeel.

5) De regionale toetsingscommissies euthanasie

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden van de patiënt bepaalt welke commissie bevoegd is de melding te behandelen.

De adressen van de secretariaten van de commissies staan achter in deze brochure.

Een commissie bestaat uit drie leden: een jurist (tevens voorzitter), een arts en een deskundige op het gebied van ethische of zingevingvraagstukken. Alle leden van de commissie hebben een plaatsvervanger. Door de multidisciplinaire samenstelling kan de commissie bij de toetsing alle juridische, medische en ethische aspecten van het handelen van de arts evenwichtig in onderlinge samenhang in ogenschouw nemen en afwegen. De commissie stelt haar oordeel vast bij meerderheid van stemmen. Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris die tevens jurist is. De secretaris heeft tijdens de vergadering een raadgevende stem. De leden van de commissies worden door de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport benoemd voor de tijd van vier jaar. Er kan eenmaal een herbenoeming plaatsvinden voor de tijd van 4 jaar.

5.1 De werkwijze van de toetsingscommissie

De werkwijze van de toetsingscommissie euthanasie is als volgt. De gemeentelijk lijkschouwer stuurt alle relevante stukken betreffende de melding naar het secretariaat van de commissie voor wie de melding bestemd is. Tot de relevante stukken behoren in ieder geval:

- het modelverslag van de arts;
- het verslag van de consultatie;
- (indien aanwezig) de wilsverklaring;
- de formulieren ex. art. 7 en 10 van de Wet op de lijkbezorging;
- eventueel andere relevante stukken zoals (stukken uit) het patiëntenjournaal en specialistenbrieven.

De secretaris van de commissie stuurt de lijkschouwer en de meldend arts binnen enkele dagen na de ontvangst van de stukken een ontvangstbevestiging.

De secretaris van de commissie voert alle gegevens in een speciaal voor de commissies ontwikkelde database in. Vervolgens stelt de secretaris een conceptoordeel op. De commissies vergaderen een keer per maand. Een week voor de commissievergadering stuurt de secretaris kopieën van alle stukken die behoren bij de meldingen toe aan de commissieleden. De commissieleden bestuderen deze stukken voorafgaand aan de vergadering. Tijdens de commissievergadering bespreekt de commissie iedere melding afzonderlijk. De commissie beoordeelt het handelen van de arts. Getoetst wordt of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Wanneer er tijdens een commissievergadering vragen rijzen bij een melding kan de commissie de arts en/of de consulent schriftelijk om een nadere schriftelijke toelichting vragen. Volstaat de door de arts verstrekte schriftelijke toelichting niet dan kan de arts worden uitgenodigd om een mondelinge toelichting op zijn melding te komen geven. De arts wordt op die manier door de commissie in de gelegenheid gesteld om nader toe te lichten wat zich in de gemelde casus heeft afgespeeld.

De commissies toetsen of de arts die levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding heeft toegepast zich heeft gehouden aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel in principe binnen zes weken na de ontvangst van de melding schriftelijk ter kennis van de arts. Deze termijn kan éénmaal met ten hoogste zes weken worden verlengd. De oordelen van de commissies worden

geanonimiseerd gepubliceerd op de website van de commissies
www.toetsingscommissieseuthanasie.nl.

De commissie kent slechts twee mogelijke eindoordelen. De commissie kan tot het eindoordeel komen dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld of dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Als de commissie tot het oordeel komt dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt dit oordeel toegestuurd aan de arts en is de zaak daarmee afgedaan.

Wanneer de commissie tot het eindoordeel komt dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld is de commissie volgens de WTL verplicht het oordeel niet alleen aan de arts te sturen maar ook aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze beide instanties dienen vervolgens- ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid- te bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts.

6) De wilsverklaring

Een patiënt doet er goed aan zijn mondelinge verzoek om levensbeëindiging schriftelijk vast te leggen. Een schriftelijk vastgelegd verzoek kan door de arts bij zijn melding aan de gemeentelijk lijkschouwer worden gevoegd. Als een schriftelijke verklaring ontbreekt, zal de arts het verzoek van de patiënt zelf moeten omschrijven en inzichtelijk te maken voor de toetsingscommissie. Bij wilsonbekwame patiënten kan de schriftelijke wilsverklaring ook een andere functie hebben. Het kan namelijk een vervanging zijn van het mondelinge, actuele verzoek, waartoe de patiënt dan niet meer in staat is. Zo'n vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring is geldig als de patiënt niet meer wilsbekwaam is, mits de wilsverklaring is opgesteld in de periode dat de patiënt nog wilsbekwaam was. In de WTL is vastgelegd dat de arts zo'n vooraf opgestelde, schriftelijke wilsverklaring van de patiënt mag beschouwen als een geldig verzoek en dus als richtsnoer en aanknopingspunt voor het verdere handelen. Wil hij het verzoek van patiënt om levensbeëindiging honoreren dient de arts wel na te gaan of de wilsverklaring betrekking heeft op de huidige situatie van de patiënt en of de situatie van de patiënt ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldoet.

Het zal duidelijk zijn dat aan het honoreren van een schriftelijke wilsverklaring in de praktijk tal van problemen kleven. Hoe concreter de verklaring is, des te meer aanknopingspunten zal ze bieden voor de besluitvorming van de arts. Toch kunnen er al snel talloze vragen rijzen over wat de patiënt nu precies voor ogen had, of de patiënt wel een reëel beeld had van de situatie en de nog openstaande behandelmogelijkheden, of de patiënt vooraf de aard en intensiteit van het lijden wel genoeg kon overzien et cetera. Daarom is het van belang dat patiënt en arts tijdig overleg voeren over de inhoud en strekking van de wilsverklaring. Maar zelfs als aan die voorwaarde is voldaan, is de arts niet verplicht om gevolg te geven aan het schriftelijke verzoek van de patiënt.

7) Euthanasie en dementie

Soms krijgt een arts te maken een verzoek om levensbeëindiging van een patiënt die lijdt aan dementie. De patiënt bevindt zich dan aan het begin van een proces van dementering en heeft nog inzicht in zijn ziekte en de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Als deze patiënt de gevolgen van zijn verzoek om levensbeëindiging nog goed kan overzien kan hij onder omstandigheden als wilsbekwaam beschouwd worden ten aanzien van zijn verzoek om levensbeëindiging. De ondraaglijkheid van het lijden bestaat uit de beleving van de patiënt van de zich reeds voltrekkende aftakeling van zijn persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in een besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. De toetsingscommissies hanteren als uitgangspunt dat bij patiënten die zich in een dergelijk proces bevinden in het algemeen met grote terughoudendheid moet worden gereageerd op een verzoek om euthanasie. Het beoordelingsproces van de arts zal in dergelijke situaties met extra zorgvuldigheid moeten worden omgeven. Het is raadzaam dat de arts een of meer deskundigen, bijvoorbeeld een geriater of een andere deskundige op het gebied van dementie, raadpleegt naast de collega-arts die als consulent wordt ingeschakeld. Naast het aspect van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek vergt ook het aspect van de uitzichtloosheid, en met name de ondraaglijkheid van het lijden, een uiterst zorgvuldige afweging in dergelijke gevallen. Wanneer een patiënt zich bewust is van zijn ziekte en de vooruitzichten daarvan, kan een grote actuele lijdensdruk ontstaan. “Angst voor toekomstig lijden” kan daarbij een reële inschatting zijn van het te verwachten verloop van de ziekte. Ook hier geldt dat de specifieke omstandigheden van de situatie bepalen of voor de arts invoelbaar is dat patiënt ondraaglijk lijdt.

8) Euthanasie bij chronisch psychiatrische patiënten

In veel gevallen zal het uiten van een doodswens door een chronisch psychiatrisch patiënt een feitelijk hulpvraag verhullen. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Dit betekent echter niet dat hulp bij zelfdoding door een arts aan een chronisch psychiatrische patiënt in alle gevallen is uitgesloten. In sommige gevallen kan een duurzame doodswens door ondraaglijk en uitzichtloos lijden als gevolg van een psychiatrische aandoening ten grondslag liggen aan een vrijwillig en weloverwogen verzoek om hulp bij zelfdoding. In die gevallen én als aan alle andere zorgvuldigheidseisen is voldaan is hulp bij zelfdoding op basis van de WTL toegestaan. Ongeveer twee derde van de Nederlands psychiaters vindt dat hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt in bepaalde situaties aanvaardbaar kan zijn, hoewel niet al deze psychiaters deze hulp ook daadwerkelijk zouden willen geven.

9) Euthanasie bij minderjarigen

Een euthanasieverzoek kan alleen door de wilsbekwame patiënt zelf worden gedaan. Een plaatsvervangend verzoek van ouders of wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt is dus niet toegestaan. De WTL maakt het mogelijk dat de arts ook een verzoek om levensbeëindiging van jongeren van 12 tot en met 17 jaar oud kan honoreren. De minderjarige die om levensbeëindiging verzoekt moet dan wel in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen.

Voor jongeren van 12 tot 16 jaar is bovendien vereist dat de ouders of voogd met het verzoek kunnen instemmen. Bij jongeren van 16 en 17 jaar oud is de instemming van de ouders niet meer vereist. De ouders moeten wel bij de besluitvorming worden betrokken.

In de praktijk bereiken de betrokken arts, de minderjarige en zijn ouders of voogd vrijwel altijd consensus voordat er tot uitvoering van de levensbeëindiging wordt overgegaan.

Levensbeëindigend handelen bij minderjarigen onder de leeftijd van 12 jaar wordt gezien als levensbeëindiging zonder verzoek. Dit handelen valt dus buiten het bereik van de WTL.

De gemeentelijk lijkschouwer zal dergelijke meldingen van levensbeëindiging bij een minderjarige onder de leeftijd van 12 jaar rechtstreeks doorsturen naar het Openbaar Ministerie.

Een uitzondering hierop vormt levensbeëindiging bij zeer ernstig lijdende pasgeborenen, waarvan meldingen worden getoetst door de centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Verdere informatie hierover kunt u vinden op de website www.minvws.nl en www.lza-lp.nl.

10) SCEN: Onafhankelijke en deskundige consultatie

Eén van de zorgvuldigheidseisen betreft de onafhankelijk consultatie. Via Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) van de KNMG kan een behandelend arts in contact komen met een arts, die een deskundig oordeel kan geven over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

10.1 Wat biedt SCEN?

SCEN biedt collegiale steun en consultatie voorafgaande aan de daadwerkelijke uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. SCEN-artsen zijn speciaal getraind in vraagstukken omtrent euthanasie en werken volgens richtlijnen. De SCEN-consultaties zijn een waarborg voor kwaliteit.

De KNMG beoogt het volgende met SCEN:

- het bieden van deskundige adviezen; inclusief (de toegang tot) palliatieve zorg;
- het bieden van onafhankelijke en deskundige consultaties in het kader van de WTL;
- het verbeteren van de kwaliteit van de adviezen en de consultaties;
- het verbeteren van de kwaliteit van het handelen van artsen die een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding krijgen.

10.2 Hoe kan een SCEN-arts worden ingeschakeld?

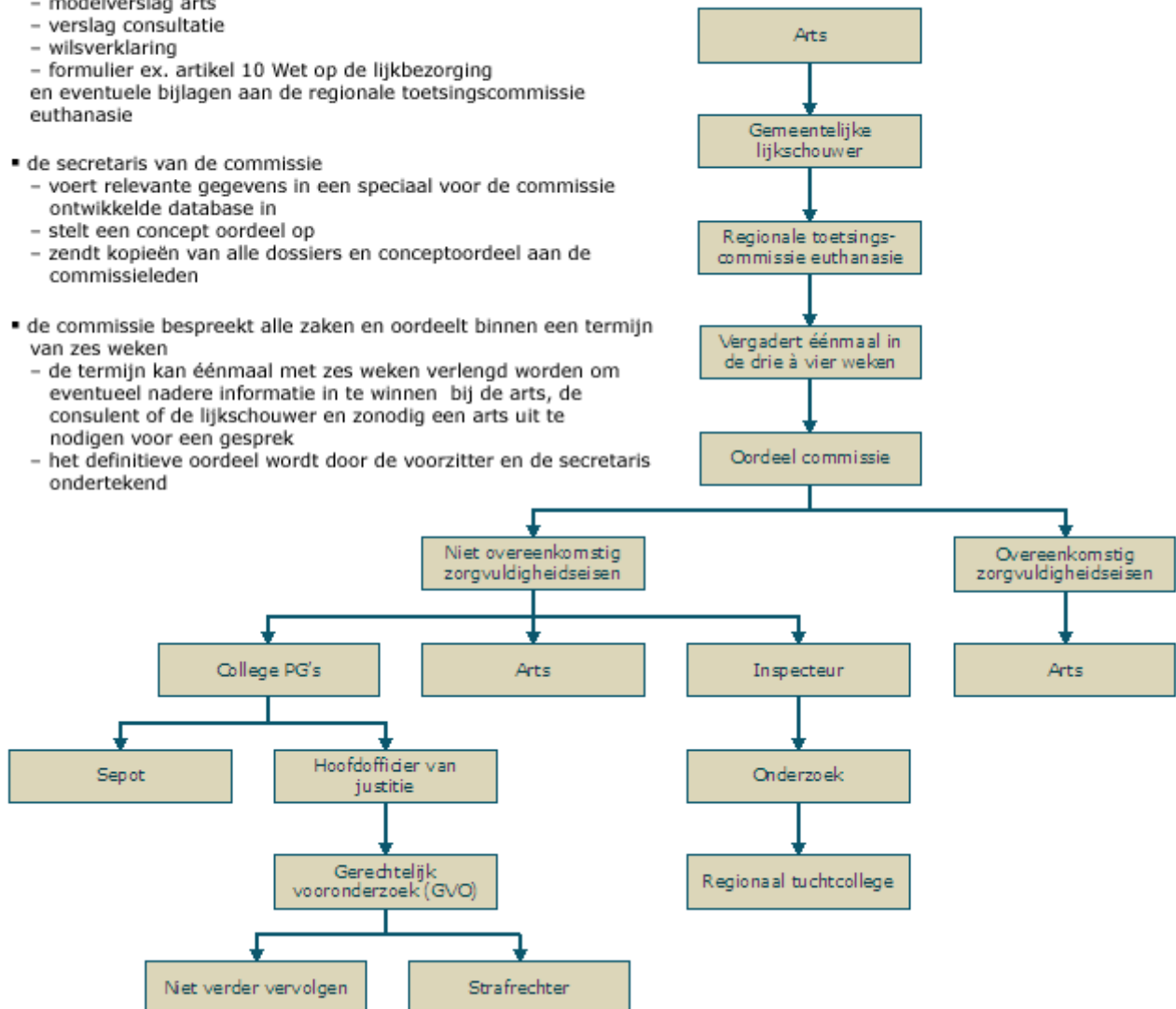
Per huisartsendistrict kan een arts via een telefoonnummer in contact komen met een speciaal opgeleide collega, de SCEN-arts. Het telefoonnummer is niet bedoeld voor patiënten of familieleden van patiënten. De telefoonnummers kunt u onder meer vinden op www.knmg.nl. Weet u niet onder welk SCEN-district u valt, neem dan contact op met de KNMG artseninfolijn (030) 28 23 322 of artseninfolijn@fed.knmg.nl.

Een arts kan contact leggen met een SCEN-arts voor de uitvoering van het verplichte consult door een onafhankelijke en deskundige collega. Het is belangrijk om bijtijds in contact te treden met de SCEN-consulent. Dit maakt het voor alle betrokken partijen mogelijk de dagen erna in alle rust zo nodig afspraken te maken. Het is niet mogelijk via het telefoonnummer een SCEN-arts in te schakelen die het verrichten van euthanasie overneemt.

Daarnaast kan de arts met alle soorten vragen bij een SCEN-arts terecht: juridisch getinte vragen over de te volgen procedure, medisch-technische kwesties, ethische vragen en communicatieve problemen.

11) De meldingsprocedure: schematisch weergegeven

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



12) Relevante adressen

De modelverslagen voor een melding van euthanasie of hulp bij zelfdoding kunt u bij uw GGD opvragen of downloaden via www.minvws.nl, www.toetsingscommissieseuthanasie.nl of www.knmg.nl.

Met vragen over de meldingsprocedure kunt u terecht bij de secretaris van de toetsingscommissie in uw regio:

Toetsingscommissie euthanasie voor het district Groningen, Friesland en Drenthe

Postbus 571 / 9700 AN Groningen

Telefoon: (050) 599 2639 / Fax: (050) 311 5301

Secretaris: mw. mr. F.K. Heiting

Toetsingscommissie euthanasie voor het district Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland

Postbus 9013 / 6800 DR Arnhem

Telefoon: (026) 352 8330 / Fax: (026) 352 8334

Secretaris: mw. mr. N.E.C. Visée

Toetsingscommissie euthanasie voor het district Noord-Holland

Postbus 16256 / 2500 BG Den Haag

Telefoon: (070) 340 5853 / Fax: (070) 340 7913

Secretaris: mw. mr. E. Stoop-Bod, mw. mr. B.E. Liauw

Toetsingscommissie euthanasie voor het district Zuid-Holland en Zeeland

Postbus 16255 / 2500 BG Den Haag

Telefoon: (070) 340 5873 / Fax: (070) 340 7761

Secretaris: mw. mr. I.C.M. Spitters-vermeulen

Toetsingscommissie euthanasie voor het district Noord-Brabant en Limburg

Postbus 9013 / 6800 DR Arnhem

Telefoon: (026) 352 8330 / Fax: (026) 352 8334

Secretaris: mw. mr. F.H.C. Dantuma-Leeffers

Met vragen over levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding kunt u ook terecht bij:

KNMG

Postbus 20051
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 282 33 22
www.knmg.nl
artseninfolijn@fed.knmg.nl

SCEN

Telefoon (030) 282 32 11
Fax (030) 282 33 26
www.scen.nl
scen@fed.knmg.nl

WINAp Geneesmiddelinformatie

Postbus 30460
2500 GL Den Haag
Fax (070) 361 76 37
gic@winap.nl

NVVE

Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
(0900) 60 60 606
www.nvve.nl
euthanasie@nvve.nl

Voor vragen over het overheidsbeleid inzake euthanasie kunt u terecht bij:

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Voorlichting en Communicatie
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Telefoon (070) 340 78 90, maandag t/m vrijdag 10.00 - 16.00 uur
www.minvws.nl

Het Ministerie van Justitie

Directie Voorlichting, afdeling In- en Externe Communicatie
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
Telefoon (070) 370 68 50, maandag t/m vrijdag 9.00 - 17.00 uur
www.justitie.nl