

Bijlage nr. 1020-b3 bij Staatscourant 2022, nr. 1020.

Besluit van houdende vaststelling van het formulier als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten

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

Op de voordracht van Onze Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 november 1998, Directie Wetgeving, nr. 722381/98/6;

Gelet op artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging en artikel 4 van het Besluit van 19 november 1997 (Stb. 550);

De Raad van State gehoord (advies van 1998, nr. ...);

Gezien het nader rapport van Onze Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1998, nr. ...;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

Het model-formulier van het verslag van de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie, bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging, betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, te weten de toepassing door een arts van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten, luidt als volgt:

Aan de Officier van Justitie in het arrondissement

De ondergetekende,

lijkschouwer der gemeente

verklaart gedurende de laatste twee jaar geen handelingen op het gebied van de geneeskunst te hebben verricht ten aanzien van:

naam:

voornamen (volut)

geboren op _____ , te
gewoond hebbende te _____ , overleden op

verklaart dat de behandelend arts van de overledene hem heeft medegedeeld dat de dood is ingetreden ten gevolge van de toepassing van levensbeëindiging bij een patiënt die tot een in dit besluit bedoelde bijzondere categorie behoort;

verklaart te hebben geverifieerd hoe en met welke middelen het leven is beëindigd;

verklaart van de behandelend arts te hebben ontvangen een verslag van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, volgens het voor de betreffende patiëntencategorie bestemde model in de Bijlage, die een onderdeel vormt van dit besluit;

verklaart in verband met dit overlijden wel / geen * schriftelijke wilsverklaring van de overledene, opgesteld voordat de patiënt wilsonbekwaam werd, te hebben ontvangen;

verklaart in verband met dit overlijden wel / geen * verklaring van een geconsulteerde arts te hebben ontvangen;

verklaart het verslag van levensbeëindiging bij een patiënt behorende tot een bijzondere categorie en, indien ontvangen, de verklaring van de geconsulteerde arts en een schriftelijke wilsverklaring van de overledene, te zullen toezenden aan de daartoe door de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestelde centrale beoordelingscommissie voor gevallen van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd;

verklaart er niet van overtuigd te zijn, dat de dood ren gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden; in verband waarmee hij de in artikel 14 van de Wet op de lijkbezorging bedoelde ambtenaar van de burgerlijke stand heeft gewaarschuwd;

(datum)

(ondertekening)

Krachtens artikel 6, eerste lid, Wet op de lijkbezorging -voor zover hier van belang- is het de gemeentelijke lijkschouwer niet toegestaan als zodanig op te treden, indien hij gedurende de laatste twee jaar ten aanzien van de overledene handelingen op het gebied van de geneeskunst heeft verricht en indien tussen deze en hem een bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad, een huwelijk of een geregistreerd partnerschap bestond of bestaat.

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Artikel 2

Het besluit van 17 december 1993, Stb. 688, houdende vaststelling van het formulier, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Wet op de lijkbezorging, voor zover dat betrekking heeft op actieve levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, wordt ingetrokken.

Artikel 3

In het besluit van 19 november 1997, Stb. 550, houdende vaststelling van de formulieren, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, komt de verwijzing naar artikel 6 van de Wet op de lijkbezorging in het modelformulier, genoemd in artikel 1, alsmede in het modelformulier, genoemd in artikel 2, te luiden als volgt:

Krachtens artikel 6, eerste lid, Wet op de lijkbezorging -voor zover hier van belang- is het de gemeentelijke lijkschouwer niet toegestaan als zodanig op te treden, indien hij gedurende de laatste twee jaar ten aanzien van de overledene handelingen op het gebied van de geneeskunst heeft verricht en indien tussen deze en hem een bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad, een huwelijk of een geregistreerd partnerschap bestond of bestaat.

Artikel 4

Het besluit van 19 november 1997, Stb. 550, houdende vaststelling van de formulieren, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke verzoek, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, wordt als volgt gewijzigd:

In het intitulé en in artikel 4 worden de woorden "zonder uitdrukkelijk verzoek" telkens vervangen door: bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

Artikel 5

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister van-Justitie,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Besluit van 1998, houdende vaststelling van het formulier als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten

NOTA VAN TOELICHTING

1. Voorgeschiedenis

In het standpunt van het vorige kabinet naar aanleiding van de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie (kamerstukken II, 1996-1997, 23 877, nr. 13) hebben de ambtsvoorganger van de eerste ondergetekende en de tweede ondergetekende uiteengezet op welke wijze zij verbeteringen wilden aanbrengen in de praktijk inzake levensbeëindigend handelen door artsen en de daarvoor geldende meldingsprocedure. Zij hebben aangegeven daartoe in de eerste plaats de bestaande meldingsprocedure te zullen scheiden in een toetsingsprocedure voor gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding enerzijds en gevallen van

levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek anderzijds. Deze splitsing achtten zij noodzakelijk teneinde recht te doen aan het essentieel verschillende karakter van beide vormen van levensbeëindigend handelen door artsen.

In het Besluit van 19 november 1997 (Stb. 550) is de nieuwe meldingsprocedure voor de toetsing van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vervat. Deze toetsing zal plaatsvinden door vijf regionale toetsingscommissies, die inmiddels zijn ingesteld bij ministeriële regeling van de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 mei 1998 (Stut. 101). Blijkens een debat op 18 maart 1998 in de Tweede Kamer in het kader van de zogeheten voorhangprocedure bleek dat de Kamer zich met de nieuwe regeling kon verenigen (Hand. II 1997-1998, 62-4587-62-4655). Van de instemming van de Eerste Kamer met de regeling is gebleken in een debat op 21 april 1998 (Hand. I, 1997-1998, 28-1460-28-1483). De nieuwe regeling is op 1 november 1998 inmiddels in werking getreden.

Met dit besluit wordt aangesloten bij het hierboven bedoelde standpunt van het vorige kabinet, hetwelk door beide kamers is onderschreven. Bij nadere overweging hebben wij echter gemeend in de benaming van het besluit niet te spreken over "levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek", maar van "levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten". De titel van het besluit sluit aldus beter aan bij de inhoud.

De specifieke problematiek van beslissingen rond het levenseinde van zogeheten wilsonbekwame patiënten vergt een aparte, op die groepen toegesneden procedure. Wij achten de uitdrukkelijke wilsverklaring voor levensbeëindiging door artsen essentieel en menen dat levensbeëindiging zonder een uitdrukkelijke wilsverklaring in beginsel dan ook niet moet voorkomen. Voorts is van belang het feit dat jurisprudentie met betrekking tot levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek niet of nauwelijks voorhanden is.

In tegenstelling tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding kunnen in veel gevallen nog geen heldere criteria worden geformuleerd op grond waarvan vervolging terzake van levensbeëindiging op verzoek door een arts in het algemeen achterwege kan blijven. Dit laatste is slechts het geval met betrekking tot levensbeëindiging ten aanzien van pasgeborenen met ernstige aandoeningen en -onder strikte voorwaarden- ten aanzien van patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is.

Gelet op het hierboven aangeduide ontbreken van jurisprudentie op grond waarvan levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek onder voorwaarden als gerechtvaardigd kan worden beschouwd, blijft een vervolgingsbeslissing inzake gemelde gevallen door het Openbaar Ministerie aangewezen. Niettemin zijn wij met het vorige kabinet ervan overtuigd dat de vervolgingsbeslissing van het Openbaar Ministerie in deze gevallen zorgvuldiger en op meer afgewogen wijze tot stand kan komen, indien hieraan een advies van een daarop toegeruste, multidisciplinair samengestelde beoordelingscommissie ten grondslag ligt.

Door te voorzien in een bredere en meer op de medische professie toegesneden toetsing van levensbeëindigend handelen zal voorts, naar onze verwachting, het vertrouwen van artsen in de meldingsprocedure groeien en zal de bereidheid om medisch levensbeëindigend handelen te melden naar verwachting toenemen.

Het is bekend dat in het Regeerakkoord van het huidige kabinet (kamerstukken II, 1997-1998, 26 029, nr. 10, blz. 47) is vastgelegd dat het kabinet het bij de Tweede Kamer ingediende initiatiefvoorstel euthanasie (kamerstukken II, 1997-1998, 26 000) ongewijzigd overneemt en het terstond voor advies aan de Raad van State zal doen voorleggen. Dit laatste heeft inmiddels plaatsgevonden.

Wij wijzen er hier op dat het initiatiefwetsvoorstel vrijwel uitsluitend een regeling bevat betreffende levensbeëindiging op verzoek. Het onderhavige besluit bevat een regeling betreffende levensbeëindiging bij levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten, waarbij vrijwel steeds sprake is van levensbeëindiging niet op verzoek.

Dit besluit vormt de basis voor de meldingsprocedure voor gevallen van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Het bevat het modelformulier door middel waarvan de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie het overlijden door een niet-natuurlijke doodsoorzaak als gevolg van de hierboven aangeduide levensbeëindiging meldt. De bijlage, die een onderdeel vormt van het besluit, bevat drie modelverslagen, toegespitst op verschillende patiëntencategorieën, aan de hand waarvan de arts bij de melding, aan de gemeentelijke

lijkschouwer, van een overlijden ten gevolge van de toepassing van levensbeëindiging bij een patiënt, behorende tot een bijzondere categorie, verslag uitbrengt. Op de inhoud van de verschillende modelverslagen gaan wij nader in bij de artikelsgewijze toelichting.

Ingevolge artikel 10, tweede lid, van de Wet op de Lijkbezorging geldt voor het onderhavige besluit de zogenaamde voorhangprocedure. Deze houdt in dat het besluit niet eerder in werking treedt dan drie maanden na plaatsing in het Staatsblad. In de tussentijd hebben de beide kamers de gelegenheid zich uit te spreken over de inhoud van dit besluit. Overigens is in het besluit bepaald dat het eerst in werking treedt op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. Dit is mede van belang vanwege een zorgvuldige invoering van de procedure.

Met de inwerkingtreding van dit besluit vervalt de meldingsprocedure zoals vastgesteld bij besluit van 17 december 1993 (Stb. 688), voor zover deze betrekking heeft op actieve levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek.

Tegelijk met dit besluit is aan de Kamers overgelegd een concept-ministeriële regeling waarbij de hierboven genoemde centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van gevallen van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten wordt ingesteld. De commissie beoordeelt naar aanleiding van een melding aan de hand van het wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen in hoeverre de arts zorgvuldig heeft gehandeld. De commissie zendt haar oordeel aan het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en aan de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. De arts wordt van het oordeel van de commissie in kennis gesteld. Na bespreking van het voorgelegde geval beslist het college van procureurs-generaal of een strafvervolgning moet worden ingesteld. Wij gaan ervan uit dat een afgewogen en deugdelijk gemotiveerd oordeel van de beoordelingscommissie voor het Openbaar Ministerie bij het nemen van de vervolgingsbeslissing zwaar zal wegen.

Desgewenst zal de commissie het door haar gegeven oordeel achteraf, in een persoonlijk onderhoud met de arts, kunnen toelichten. De commissie kan zodoende inzicht bieden in het beoordelingsproces en aan de arts feedback geven over de door hem gevolgde werkwijze. Ook zal de commissie door het uitbrengen van jaarverslagen, waarin zij uiteen zal zetten welke concrete gevallen van levensbeëindiging zij heeft beoordeeld en welke afwegingen zij daarbij heeft gemaakt, inzicht kunnen bieden in haar werkzaamheden.

Zoals in het boven aangehaalde kabinetsstandpunt naar aanleiding van de meldingsprocedure euthanasie werd aangekondigd, zou bij de vormgeving van de in dit besluit opgenomen nieuwe procedure acht worden geslagen op de eindrapportage van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), alsmede op het advies van de Overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen. Hieronder gaan wij op beide in.

2. Rapport "Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten"

Met het rapport "Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten" (Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997) heeft de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG naar ons oordeel een gedegen werk afgeleverd. Het rapport is te beschouwen als een waardevol overzicht van de ontwikkelingen in medisch, ethisch en juridisch opzicht betreffende het levenseinde van wilsonbekwame patiënten, in het bijzonder van pasgeborenen met ernstige afwijkingen, patiënten in een vegetatieve toestand, patiënten met dementie en patiënten met een psychiatrische aandoening. Het rapport heeft als centraal uitgangspunt de legitimatie van (voortgezet) medisch handelen en geeft voor de aangeduide patiëntencategorieën naar ons oordeel genoegzaam antwoord op de vraag naar de toelaatbaarheid van het instellen, voortzetten dan wel staken van medisch handelen rond het levenseinde van de genoemde patiëntencategorieën. Deze vormen van normaal medisch handelen onderscheidt de commissie terecht van actieve levensbeëindiging, welk handelen niet tot normaal medisch handelen wordt gerekend en in beginsel strafbaar is. Met betrekking tot de vraag of actieve levensbeëindiging ten aanzien van de onderscheiden patiëntencategorieën op zeker moment toelaatbaar moet worden geacht, biedt het rapport weliswaar een richtsnoer voor de oordeelsvorming, maar geeft het in de meeste van de besproken situaties geen duidelijk antwoord op deze vraag. Zo blijft het rapport ten aanzien van patiënten in een vegetatieve toestand het antwoord schuldig op de vraag of actieve levensbeëindiging wel of niet toelaatbaar moet worden geacht. Met betrekking tot ernstig demente patiënten en patiënten met een psychiatrische aandoening geeft het rapport een tamelijk permissief, en naar ons oordeel niet in alle opzichten voldoende gemotiveerd antwoord. Het onbeantwoord blijven van de bedoelde vraag achten wij

geenszins verwonderlijk, omdat actief levensbeëindigend handelen bij deze patiënten naar ons oordeel in beginsel geen overweging verdient, en het ons voorkomt dat dit handelen slechts als gerechtvaardigd kan worden beschouwd in hoogst uitzonderlijke noodsituaties.

Van grote waarde achten wij het rapport voor wat betreft de beoordeling van wilsonbekwaamheid. De Commissie gaat uit van een functionele, graduele benadering van het begrip wilsonbekwaamheid, op te vatten als een afnemende mate van beslisvaardigheid in het licht van beslissingen die naar hun aard ernstige of minder ernstige gevolgen kunnen hebben. Het in principe zo groot mogelijke gebied van zelfbeschikking van de patiënt dat dient te worden gerespecteerd, wordt ingeperkt naarmate de gevolgen van een beslissing of van het gedrag van een patiënt ernstiger zijn en de patiënt wilsonbekwaam blijkt, waarbij voor de bepaling van de mate van wilsonbekwaamheid strengere criteria dienen te worden gehanteerd naarmate de gevolgen als ernstiger gewaardeerd worden. Wij achten de gekozen benadering van de Commissie bruikbaar en menen dat deze voldoende recht doet aan de eisen die aan de beoordeling van deze fundamentele kwetsbaarheid van patiënten moeten worden gesteld.

Wij tekenen bij het bovenstaande aan dat het rapport weliswaar niet alom onderschreven standpunten bevat, maar dat het een aanwijzing geeft van hetgeen als een neerslag van "het wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht", waarnaar doorgaans wordt verwezen in de jurisprudentie betreffende levensbeëindigend handelen door artsen, mag worden beschouwd. Hieraan doet niet af dat het rapport niet binnen de KNMG heeft geleid tot het innemen van enig officieel standpunt. Wij zijn van oordeel dat het rapport van grote waarde kan zijn voor de centrale beoordelingscommissie. De commissie beoordeelt in hoeverre de arts heeft gehandeld volgens het wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in overeenstemming met in de medische ethiek geldende normen. Zij zal daarbij, gebruikmakend van alle voor het onderwerp relevante literatuur, moeten nagaan welke medisch-ethische en juridische normen in ogenschouw moeten worden genomen en in het licht hiervan tot een afgewogen beoordeling van het voorgelegde levensbeëindigend handelen komen. Zoals gezegd vormt dit oordeel een zwaarwegend advies voor het Openbaar Ministerie bij zijn vervolgingsbeslissing.

3. Rapport "Toetsing als spiegel van de medische praktijk"

Het rapport: "Toetsing als spiegel van de medische praktijk" van de Overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen is uitgebracht op 29 oktober 1997. Het rapport biedt een helder inzicht in het verloop van medische beslissingen die kunnen leiden tot de situatie waarin opzettelijke levensbeëindiging bij pasgeborenen wordt overwogen. Voorts worden de juridische aspecten van dergelijk handelen op een rij gezet, mede aan de hand van de arresten die zijn geweest in twee zaken betreffende levensbeëindiging bij pasgeborenen (Gerechtshof Amsterdam d.d. 7 november 1995, NJ 1996, 113, en Gerechtshof Leeuwarden d.d. 4 april 1996, TvG 1996, 5; kamerstukken II 1995-1996, 23 877, nr. 8). Het rapport bevat zeer bruikbare voorstellen voor zorgvuldigheidseisen en voor een aangepaste meldingsprocedure ter toetsing van gevallen van opzettelijke levensbeëindiging bij pasgeborenen, alsmede enkele andere aanbevelingen. Hieronder gaan wij, zoals is toegezegd bij de aanbidding van het rapport van de Overleggroep aan de beide Kamers der Staten-Generaal (Brief van de Minister van VWS van 30 oktober 1997, nr. CSZ/ME-9717317), nader op de in het rapport vervatte voorstellen en aanbevelingen in.

Aan de aanbeveling om een meldingsprocedure te introduceren waarin een centrale rol voor een multidisciplinaire toetsingscommissie is weggelegd, geven wij gevolg in het onderhavige besluit en de bijbehorende concept-ministeriële regeling waarbij de centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van gevallen van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten wordt ingesteld. Hiermee wordt naar ons oordeel ook voldaan aan het advies van de Overleggroep, om het systeem van toetsing van het medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen zodanig in te richten, dat zowel maatschappelijke toetsing als adequate kwaliteitstoetsing kan plaatsvinden. Aan beide doeleinden kan tevens worden bijgedragen door de reeds genoemde feedback die de commissie aan individuele artsen kan geven alsmede door de uit te brengen jaarverslagen.

De Overleggroep beveelt voorts aan de procedure zo in te richten, dat de mogelijkheid bestaat om gemelde gevallen van opzettelijke levensbeëindiging die zich op het grensvlak van een natuurlijke en een niet-natuurlijke dood bevinden op een relatief eenvoudige manier te behandelen. Het komt ons voor dat het niet in de rede ligt om de besluitvorming over meldingen van de bedoelde gevallen volgens een andere procedure te laten verlopen dan overige gemelde gevallen van opzettelijke levensbeëindiging bij pasgeborenen. Zoals de Overleggroep zelf aangeeft, betreft het

in alle gevallen levensbeëindigend handelen dat niet tot normaal medisch handelen gerekend kan worden en derhalve gemeld en getoetst dient te worden. Met deze toetsing kan naar ons oordeel voorts het beste dezelfde centrale beoordelingscommissie worden belast, die met overig levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen is belast.

Bij de noodzakelijkerwijs nauwgezette beoordeling door de commissie van het gemelde levensbeëindigend handelen, komt uiteraard aan de hand van de in het modelverslag beantwoorde vragen aan de orde in welke medische situatie de pasgeborene precies verkeerde en welke opeenvolgende handelingen en beslissingen aan de levensbeëindiging vooraf gingen. Daar waar die situatie, voor zover dit achteraf kan worden vastgesteld, zich bevindt op het bedoelde grensvlak, zal dit bij de beoordeling door de commissie van het levensbeëindigend handelen in ogenschouw worden genomen. Wij stellen ons voor dat dit gegeven vervolgens ook tot uitdrukking komt in het gemotiveerde oordeel dat de commissie ter kennis brengt van het Openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg.

Met betrekking tot de aanbeveling om na te gaan in hoeverre het mogelijk is met betrekking tot levensbeëindigend handelen zonder verzoek door een arts in het Wetboek van Strafrecht een specifieke delictsomschrijving op te nemen, merken wij het volgende op.

Het ontbreken binnen titel XIX van het Wetboek van Strafrecht betreffende misdrijven tegen het leven gericht, van een specialis-bepaling waarin levensbeëindigend handelen door artsen bij zogenoemde wilsonbekwame patiënten strafbaar is gesteld, leidt ertoe, dat een strafvervolgning naar aanleiding van een melding van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek, waarvan per definitie sprake is bij pasgeborenen, in de regel plaats zal moeten vinden op basis van artikel 289, waarin de kwalificatie moord is opgenomen. Deze juridische kwalificatie doet naar ons oordeel geen recht aan de omstandigheden waaronder tot het desbetreffende levensbeëindigend handelen wordt besloten. Door artsen wordt een dergelijke tenlastelegging, naast het feit dat zij in voorkomende gevallen in een gerechtelijk vooronderzoek en verdere vervolging worden betrokken, als extra kwetsend en onrechtvaardig beschouwd. Wij hebben hiervoor begrip, maar vinden hierin onvoldoende aanleiding om een wijziging als voorgesteld op dit moment nader te onderzoeken. Zonder op de verschillende aspecten van een wetswijziging zoals door de Overleggroep voorgesteld, uitputtend in te gaan, noemen wij hier tenminste twee omstandigheden die ertoe leiden dat tot een dergelijke legislatieve ingreep niet licht moet worden overgegaan. In de eerste plaats is het de vraag in hoeverre de mensenrechtenverdragen waarbij Nederland is aangesloten, voor kwetsbare groepen van wilsonbekwame patiënten die hier aan de orde zijn, een andere redactie dan de bestaande strafbaarstellingen van misdrijven tegen het leven gericht, toelaten. Door de Overleggroep zelf wordt al gewezen op de plicht van de overheid, zoals neergelegd in artikel 2 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM), om het recht op leven van een ieder bij wet te beschermen. In de tweede plaats is, in tegenstelling tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, -met betrekking tot zogenoemde wilsonbekwame patiënten van vaste jurisprudentie op grond waarvan levensbeëindigend handelen onder omstandigheden gerechtvaardigd kan worden geacht, nog geenszins sprake. Uitzondering hierop vormen slechts de twee hierboven reeds aangehaalde arresten die zijn gewezen terzake van levensbeëindiging bij pasgeborenen.

Aan de aanbeveling, ten slotte, van de Overleggroep om binnen de beroepsgroep ontwikkelde initiatieven om te komen tot een vorm van reflectie en toetsing van beslissingen inzake niet-beginnen met of staken van een behandeling en/of palliatieve zorg waar mogelijk te ondersteunen, zullen wij graag op geëigende wijze gevolg geven. Wij onderschrijven het standpunt van de Overleggroep, dat deze beslissingen, indien zij niet leiden tot opzettelijke levensbeëindiging, moeten worden gerekend tot normaal medisch handelen dat niet aan enige wettelijke verplichting tot melding of toetsing is onderworpen. Met de Overleggroep zijn wij van oordeel dat de situaties waarin deze beslissingen aan de orde zijn, uit medisch-ethisch oogpunt problematisch kunnen zijn en artsen voor dilemma's plaatsen. Wij achten het dan ook van groot belang dat binnen de beroepsgroep aandacht wordt besteed aan de wijze waarop dergelijke situaties kunnen worden geëvalueerd.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Dit artikel behelst het modelformulier voor de gemeentelijke lijkschouwer voor de melding van het overlijden door een niet-natuurlijke oorzaak, zijnde levensbeëindiging door een arts bij een patiënt die behoort tot een bijzondere categorie.

Met betrekking tot de in de titel van het formulier vervatte aanhef "levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten" merken wij het volgende op. Dit modelformulier dient in elk geval te worden gebruikt voor de melding van levensbeëindiging bij patiënten die op het moment van levensbeëindiging, daartoe niet (meer) een verzoek konden doen, bijvoorbeeld patiënten die op dat moment in coma verkeerden of pasgeborenen. Voorts is melding volgens de in dit formulier vervatte procedure aangewezen in geval van levensbeëindiging bij patiënten die op het moment van levensbeëindiging daartoe weliswaar een uitdrukkelijk verzoek hadden geuit, doch wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest als gevolg van de aard van de aandoening waaraan de patiënt leed, bijvoorbeeld een depressie of zich ontwikkelende dementie. Verder dient het onderhavige formulier te worden gebruikt voor de melding van levensbeëindiging bij een minderjarige patiënt, welke hoedanigheid ertoe leidt dat een daartoe weliswaar uitdrukkelijk geuit verzoek naar zijn aard niet zonder meer kan worden beoordeeld overeenkomstig de zorgvuldigheidscriteria die uit de jurisprudentie terzake van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zijn af te leiden.

Vanwege deze, op zichzelf niet-limitatieve, opsomming van uiteenlopende gevallen van levensbeëindiging die volgens deze procedure dienen te worden gemeld menen wij, dat de aanhef van het onderhavige besluit en het daarbij vastgestelde modelformulier, het meest passend is. Nu wij hebben gekozen voor deze aanduiding ter uitdrukkelijke onderscheiding van het Besluit van 19 november 1997, Stb. 550, houdende vaststelling van de formulieren als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, is in artikel 4 van dit besluit voorzien in een voorstel tot wijziging van o.a. de intitulé van dat besluit. In laatstbedoeld besluit en de bijbehorende ministeriële regeling is de procedure voor de melding van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, vastgesteld. Deze onderscheiding berust op het naar onze mening cruciale gegeven, dat aan gerechtvaardigd levensbeëindigend handelen een uitdrukkelijk, vrijwillig en weloverwogen verzoek ten grondslag dient te liggen en dat levensbeëindiging zonder een uitdrukkelijk verzoek daartoe, op te vatten als een vrijwillig en weloverwogen verzoek, in beginsel niet zou dienen voor te komen.

Levensbeëindiging bij de hier bedoelde patiënten behoort ter wille van de te betrachten zorgvuldigheid, zo menen wij, te worden getoetst door de centrale beoordelingscommissie. Een toetsing volgens deze procedure behoeft evenwel op zichzelf nog niet te leiden tot het oordeel dat het levensbeëindigend handelen onzorgvuldig is geweest. De commissie kan op grond van de verstrekte informatie en eventueel nader ingewonnen inlichtingen tot het oordeel komen, dat de arts gevolg heeft gegeven aan een uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek en ook overigens overeenkomstig de voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in acht te nemen zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

Samenvattend komt ons standpunt hierop neer, dat de toetsing achteraf van levensbeëindigend handelen, zowel met betrekking tot patiënten die in het geheel geen verzoek tot levensbeëindiging hadden geuit, als met betrekking tot patiënten van wie betwijfeld kan worden of hun verzoek vrijwillig en weloverwogen was, naar ons oordeel in eerste instantie behoort te geschieden door de centrale beoordelingscommissie.

De tekst van het modelformulier is aangepast aan de wijziging van de Wet op de lijkbezorging die is voorzien in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en in werking is getreden op 1 december 1997. In het formulier verklaart de lijkschouwer niet langer dat hij gedurende de laatste twee jaar geen genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand heeft verleend, maar dat hij gedurende de laatste twee jaar geen handelingen op het gebied van de geneeskunst heeft verricht ten aanzien van de overledene. Daarnaast is de aanduiding "de heer Officier van Justitie" gewijzigd in "Officier van Justitie". Ingevolge de Aanpassingswet geregistreerd partnerschap (wet van 17 december 1997, Stb. 660; in werking getreden op 1 januari 1998) is in de verwijzing naar artikel 6 van de Wet op de lijkbezorging aan het slot van het formulier naast huwelijk, ook een geregistreerd partnerschap opgenomen.

In het modelformulier is het verloop van een melding volgens de nieuwe procedure vervat. Tevens is de redactie ervan aangepast teneinde de taak van de gemeentelijke lijkschouwer duidelijker aan te geven.

Uit het evaluatieonderzoek is duidelijk geworden dat gemeentelijke lijkschouwers in het kader van de meldingsprocedure hun taak op verschillende manieren invullen. Er bestaan op dit punt verschillende verwachtingspatronen bij de bij de melding betrokken actoren. In het algemeen gaan officieren van justitie ervan uit dat de gemeentelijke lijkschouwer toetst in hoeverre een arts aan de vereiste zorgvuldigheid heeft voldaan en dat hij niet volstaat met een schouw en met het verzamelen van relevante bescheiden. Lijkschouwers delen deze mening niet altijd.

Volgens de bij dit besluit vastgestelde, nieuwe meldingsprocedure spreekt de gemeentelijke lijkschouwer geen oordeel uit over de zorgvuldigheid van de levensbeëindiging door een arts bij een patiënt die behoort tot een van de in dit besluit bedoelde bijzondere categorieën, waarbij doorgaans sprake is van geen uitdrukkelijk verzoek. Dit oordeel wordt gevormd door de centrale beoordelingscommissie waaraan het geval wordt voorgelegd. De gemeentelijke lijkschouwer heeft in de eerste plaats tot taak het lijk te schouwen en zich te overtuigen van de doodsoorzaak en de daartoe gebruikte middelen. In de tweede plaats is het zijn taak de ambtenaar van de burgerlijke stand en de officier van justitie in te lichten met het oog op de verkrijging van een verlof tot begraven. In de derde plaats verzorgt de gemeentelijke lijkschouwer de melding van de levensbeëindiging bij de onderhavige bijzondere categorieën patiënten aan de centrale beoordelingscommissie. Dit houdt in dat hij de daartoe benodigde bescheiden verzamelt, deze op duidelijkheid en volledigheid controleert en inzendt aan de commissie.

Wij stellen ons voor dat, indien het overlijden het gevolg is van levensbeëindiging, de gang van zaken in het algemeen als volgt verloopt.

De arts maakt overeenkomstig het gestelde in de Wet op de lijkbezorging geen verklaring van overlijden op, maar verwittigt de gemeentelijke lijkschouwer, die op zijn beurt de burgerlijke stand waarschuwt. De gemeentelijke lijkschouwer verricht de uitwendige lijkschouw en verifieert hoe en met welke middelen het leven is beëindigd. Vervolgens neemt hij van de arts in ontvangst een verslag van levensbeëindiging, volgens het daarop toepasselijke model in de Bijlage, die een onderdeel vormt van dit besluit. Hij ziet erop toe dat dit verslag volledig en duidelijk is ingevuld en controleert of eventueel vermelde bijlagen aanwezig zijn. Voorts neemt hij van de arts in ontvangst de verklaring van de geconsulteerde arts(en), alsmede de eventuele schriftelijke wilsverklaring van de overledene, uiteraard slechts indien deze aanwezig is. De gemeentelijke lijkschouwer zendt de genoemde bescheiden alsmede een kopie van het door hemzelf ingevulde en ondertekende formulier als vastgesteld in dit artikel aan de door de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestelde centrale beoordelingscommissie.

De gemeentelijke lijkschouwer zendt het door hem ingevulde en ondertekende formulier betreffende het overlijden ten gevolge van de toepassing door een arts van levensbeëindiging bij een van de onderhavige bijzondere categorieën patiënten overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging aan de officier van justitie. Deze geeft aan de ambtenaar van de burgerlijke stand een verklaring van geen bezwaar af tegen begraving of verbranding van het lijk.

In de bijlage, die een onderdeel vormt van het besluit, zijn drie verschillende modelverslagen opgenomen aan de hand waarvan de arts bij de melding, aan de gemeentelijke lijkschouwer, van een overlijden ten gevolge van de toepassing van levensbeëindiging doorgaans zonder uitdrukkelijk verzoek verslag uitbrengt. De keuze voor drie verschillende modelverslagen is ingegeven door de noodzaak om de door de behandelend arts te beantwoorden vragen specifiek toe te spitsen op de categorieën van patiënten, waarover de beoordelingscommissie zich naar verwachting zal moeten buigen.

Voor de samenstelling van de lijst van vragen die in de verschillende modelverslagen moeten worden beantwoord, is in de eerste plaats uitgegaan van de situatie waarin de patiënt naar zijn aard verkeerde. Voor modelverslag A, betreffende pasgeborenen, is uitgegaan van de lijst die blijktens het rapport van de Overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen, door kinderartsen en neonatologen als aangewezen wordt beschouwd. In de tweede plaats is getracht overigens zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande lijst van aandachtspunten. Deze aansluiting betreft vooral de algemene rubricering en de opbouw van de vragen, ook van de drie modelverslagen onderling. Inhoudelijk was deze aansluiting slechts beperkt mogelijk, gelet op de hoedanigheid van de verschillende patiëntengroepen en de specifieke omstandigheden waarin zij verkeren. Tenslotte zijn de modelverslagen nog aan enkele, op de verschillende terreinen deskundige artsen voorgelegd voor commentaar.

De noodzaak om op specifieke omstandigheden van verschillende patiëntengroepen in te gaan, heeft ertoe geleid dat sommige rubrieken in de verschillende modelverslagen meer vragen

bevatten dan de desbetreffende rubriek in de tot dusver geldende lijst van aandachtspunten. Beantwoording van de thans in de modelverslagen vervatte vragen biedt de centrale beoordelingscommissie voldoende informatie voor een goede beoordeling van het handelen van de arts. Hieronder gaan wij op de inhoud van de onderscheiden modelverslagen nader in.

In de aanhef van elk modelverslag wordt de arts uitgenodigd om de antwoorden op de vragen te motiveren en om zo nodig nadere informatie te verschaffen in bijlagen. Wij merken op, dat de inhoud van de modelverslagen nimmer mag worden vereenzelvigd met de gelding van zorgvuldigheidseisen. Dit geldt niet alleen voor levensbeëindigend handelen waarover reeds enige jurisprudentie is gevormd of binnen de beroepsgroep zorgvuldigheidseisen of protocollen zijn geformuleerd, maar ook voor levensbeëindigend handelen waarbij dat wel het geval is, zoals met betrekking tot pasgeborenen of psychiatrische patiënten. Het gaat erom voldoende feitelijke informatie te verschaffen, zodat de beoordelingscommissie duidelijk inzicht krijgt in het betreffende ziektegeval en de wijze waarop de beslissing tot levensbeëindiging tot stand is gekomen en is uitgevoerd.

Na een rubriek waarin de arts gegevens betreffende zichzelf vermeldt en een rubriek waarin hij gegevens betreffende de overleden patiënt vermeldt, volgen vier rubrieken, die respectievelijk ingaan op de ziektegeschiedenis van de patiënt, de totstandkoming van het besluit tot levensbeëindiging, de consultatie en de uitvoering van de levensbeëindiging. In rubriek V tenslotte kan de arts desgewenst aanvullende opmerkingen maken.

De modelverslagen worden ter beschikking gesteld aan alle artsen en zullen overigens ruimschoots verkrijgbaar zijn. Voorts zullen deze worden uitgegeven in de vorm van een imprimé en daarnaast in een voor geautomatiseerde verwerking geschikte vorm.

Modelverslag A is bestemd voor de melding van levensbeëindiging bij pasgeborenen met zeer ernstige aandoeningen.

Voor wat betreft de inhoudelijke vragen betreffende ziektegeschiedenis, het besluit tot levensbeëindiging, consultatie, de uitvoering van de levensbeëindiging, hebben wij het voorstel van de Overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen in grote lijnen gevolgd. Deze keuze is ingegeven door de wetenschap dat in de Overleggroep medische, ethische en juridische deskundigen waren vertegenwoordigd, en wij de kans groot achten dat de betrokken beroepsgroepen met de voorgestelde vragenlijst geheel kunnen instemmen.

Van de voorgestelde tekst van de Overleggroep is slechts afgeweken bij die vragen, die naar ons oordeel zo nauw mogelijk dienen aan te sluiten bij vragen van dezelfde strekking in de andere modelverslagen. Twee vragen zoals voorgesteld door de Overleggroep, hebben wij niet overgenomen in het modelverslag, omdat deze naar ons oordeel niet relevant zijn voor de toetsing achteraf van het levensbeëindigend handelen door de centrale beoordelingscommissie en het Openbaar Ministerie. Deze vragen worden evenmin gesteld naar aanleiding van meldingen van andere vormen van levensbeëindigend handelen. Dit betrof de vraag of bijzondere omstandigheden in het gezin nog een rol hebben gespeeld bij de besluitvorming en de vraag of de levensbeëindiging werd gemeld aan de medisch-ethische commissie van het ziekenhuis.

De vraag tenslotte, wie de eerstverantwoordelijke arts was, achten wij niet nodig omdat dit genoegzaam blijkt uit de gegevens betreffende arts die de melding verricht en het antwoord op de vraag door wie de levensbeëindiging feitelijk werd toegepast. De meldingsprocedure gaat ervan uit dat laatstbedoelde arts tevens de melding verricht. Deze arts is tevens aan te merken als eerstverantwoordelijke arts.

De uitvoerige vraagstelling in rubriek I (ziektegeschiedenis) naar de prognose voor wat betreft lichamelijke toestand op korte termijn en, indien sterven verwacht werd, het stervensproces enerzijds, en naar de latere prognose voor wat betreft de lichamelijke toestand en de neuromotorische en cognitieve ontwikkeling anderzijds, is terug te voeren op het door de Overleggroep gemaakte onderscheid tussen levensbeëindiging bij pasgeborenen wier behandeling kansloos dan wel zinloos wordt geacht. Kansloos wordt de behandeling geacht indien er naar heersend medisch inzicht geen kans op overleven is en de pasgeborene zeker direct ofwel binnen enkele dagen tot enkele maanden zal overlijden. Van zinloze behandeling spreekt de Overleggroep indien er een -veelal beperkte- kans op overleven bestaat evenals een zeer slechte prognose voor wat betreft de latere gezondheid.

Een beslissing tot levensbeëindiging bij pasgeborenen wordt in vrijwel alle gevallen vooraf gegaan door één of meer medische beslissingen omtrent het al dan niet instellen van behandelingen, en het voortzetten dan wel staken van reeds ingezette behandelingen, waaronder palliatieve behandelingen. De vragen naar de behandelingen die hebben plaatsgevonden voordat werd besloten tot levensbeëindiging, welke resultaten, inclusief ongewenste bijwerkingen of complicaties deze behandelingen hadden, en of er sprake was van niet-beginnen of staken van behandelingen en van palliatieve behandelingen, strekken ertoe volledig inzicht te bieden in deze serie van beslissingen en behandelingen.

Zoals de Overleggroep in haar rapport heeft uiteengezet, leidt een beslissing om een behandeling niet te beginnen of te staken er veelal toe, dat het kind langs natuurlijke weg spoedig overlijdt. Wanneer dit niet gebeurt is vervolgens een beslissing aan de orde over te geven palliatieve zorg. Hiermee kan een kind ernstig lijden bespaard worden tot het moment dat het een natuurlijke dood sterft. Wanneer ondanks palliatieve zorg een ondraaglijk lijden of onwaardig sterven ontstaat, kan de arts tenslotte voor de beslissing komen te staan om over te gaan tot levensbeëindigend handelen. Levensbeëindiging kan ook aan de orde zijn zonder dat er een periode van palliatieve zorg aan voorafgaat. In dat geval kan het gaan om kinderen die op dat moment gewone zorg ontvangen, zoals warmte, vocht, verschoning, omdat enige vorm van medische zorg niet noodzakelijk (meer) is, of in het geheel niet mogelijk is. Zoals gezegd is het voor de centrale beoordelingscommissie en het Openbaar Ministerie, belast met de toetsing achteraf van het gemelde levensbeëindigend handelen, van groot belang om voldoende feitelijk inzicht te hebben in de precieze gang van zaken voorafgaand aan de levensbeëindiging. De antwoorden op de in rubriek I gestelde vragen zullen dat inzicht kunnen bieden.

Aan de levensbeëindiging bij pasgeborenen kan per definitie geen uitdrukkelijke wilsverklaring van de patiënt ten grondslag liggen. Teneinde inzicht te bieden in het besluitvormingsproces, dient de arts dan ook aan te geven door wie en op welk moment in het ziekteproces de mogelijkheid van levensbeëindiging ter sprake is gebracht. Voorts wordt gevraagd aan te geven op welke gronden is besloten tot levensbeëindiging. In feite komt deze vraag neer op een samenvattend oordeel over de situatie die uit de antwoorden op de in rubriek I beantwoorde vragen reeds dient te blijken.

De beslissing tot levensbeëindiging kan op zichzelf niet worden gegrond op een verzoek daartoe van de ouders. Naar algemene rechtsopvatting strekt het ouderlijk gezag zich niet uit tot beslissingen tot levensbeëindiging bij hun kind. Het recht beperkt de uitoefening van het ouderlijk gezag zodanig, dat een verzoek van de ouders tot levensbeëindiging van hun kind rechtens niet afdwingbaar is. Bij de beslissing tot levensbeëindiging heeft het verzoek van de ouders juridisch geen formele betekenis. Tegelijkertijd wordt ervan uitgegaan dat indien de ouders geen levensbeëindiging wensen, de arts daar in het algemeen niet toe over mag gaan. Dit blijkt zowel uit professionele opvattingen in dezen als uit de hierboven reeds aangehaalde jurisprudentie inzake levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen. Deze notie is ingegeven door de opvatting dat levensbeëindiging door een arts niet tot normaal medisch handelen wordt gerekend. De Overleggroep merkt in haar rapport terecht op, dat de beslissing tot levensbeëindigend handelen weliswaar is voorbehouden aan de arts, maar dat het proces van besluitvorming om hiertoe over te gaan niet tot zijn exclusieve domein behoort. De instemming van de ouders vormt hierbij één van de noodzakelijke voorwaarden. Hiertoe strekt de vraag in rubriek II, of beide ouders instemden met het voornemen tot levensbeëindiging.

Met betrekking tot de rubrieken III, consultatie, IV, de uitvoering van de levensbeëindiging, en V, overige opmerkingen, verwijzen wij naar de opmerkingen terzake, voor zover voor deze patiënten groep relevant, die hieronder worden gemaakt bij de andere modelverslagen.

Modelformulier B is, zoals in de titel is aangegeven, bestemd voor de melding van levensbeëindiging bij of hulp bij zelfdoding aan patiënten met een psychiatrische aandoening.

Van groot belang voor deze groep patiënten is het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994 in de zaak-Chabot, op welk arrest uitgebreid is ingegaan in de brief van 16 september 1994 (kamerstukken II 1993-1994, 23 877, nr. 1) van de ambtsvoorganger van de eerste ondergetekende en de tweede ondergetekende. Ten aanzien van patiënten wier lijden van psychische oorsprong is, ging van het arrest-Chabot een zeer terughoudende toon uit. Uit dit arrest volgt weliswaar dat in beginsel ook ten aanzien van die patiënten in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding een beroep op noodtoestand door de arts mogelijk is, maar tegelijkertijd overwoog de Hoge Raad dat indien het lijden van een patiënt een psychische oorzaak heeft, dat lijden en met name de ernst en de uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. In dat geval kan betwijfeld worden of de patiënt zich ten tijde van het verzoek

om levensbeëindiging ten volle bewust was van de strekking daarvan alsmede van zijn lichamelijke situatie. Daarom dient volgens de Hoge Raad het onderzoek door de rechter naar de aanwezigheid van een noodtoestand in dergelijke gevallen met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden. Dat standpunt werd onderschreven in de hierboven bedoelde brief van 16 september 1994.

Met de toetsing van dergelijke meldingen zal ook in de toekomst dus heel zorgvuldig moeten worden omgegaan.

In verband met hetzelfde arrest van de Hoge Raad verdienen aandacht de vragen, gesteld in rubriek I, betreffende de ziektegeschiedenis. De Hoge Raad heeft overwogen dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn als een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Wij benadrukken in dit verband dat sprake moet zijn van een reëel alternatief. Naar Nederlands recht (art. 7: 450 BW) staat het iedere patiënt vrij elke behandeling te weigeren. Indien een patiënt verdere behandeling weigert, maar wél verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dan staat de afwijzing in volle vrijheid door de patiënt van die behandeling niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in de weg. Er moet dus sprake zijn van een reëel alternatief, maar wij kunnen ons voorstellen dat de vaststelling hiervan problematischer is, indien het lijden van de patiënt primair van psychische oorsprong was.

Met betrekking tot de vraag op welke termijn naar schatting het overlijden van de patiënt werd verwacht indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan, merken wij het volgende op.

In het arrest in de zaak-Chabot heeft de Hoge Raad onder meer overwogen dat een beroep op noodtoestand niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat de patiënt niet in de stervensfase verkeert. Uit dit arrest is door het vorige kabinet de conclusie getrokken dat het uitgangspunt voor het vervolgingsbeleid niet langer -mede- kan zijn dat er sprake moet zijn geweest van een stervensfase. Aldus is ook de Tweede Kamer bericht in de bovenvermelde brief van 16 september 1994. De Kamer heeft deze opvatting onderschreven. Het bovenstaande betekent niet dat in het modelverslag de vraag naar de termijn waarop naar schatting werd verwacht dat de patiënt zou zijn overleden indien niet tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zou zijn overgegaan, irrelevant is. Het betreft een open vraag die er toe strekt dat de beoordelingscommissie een zo volledig mogelijk feitelijk inzicht krijgt in de situatie waarin de patiënt verkeerde. Indien de gevraagde termijn in redelijkheid niet in te schatten was, kan de arts deze vraag dienovereenkomstig beantwoorden.

Eveneens in het meermalen genoemde arrest in de zaak-Chabot heeft de Hoge Raad overwogen (rechtsoverweging 6.3.2) dat, indien een arts heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijk collega, dit niet behoeft uit te sluiten dat later de rechter niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand. Naar aanleiding van dit arrest is in de hierboven aangehaalde brief van 16 september 1994 aan de Tweede Kamer meegedeeld dat in ieder geval van levensbeëindigend handelen het oordeel van één (of meer) onafhankelijke deskundige(n) zou moeten worden ingewonnen. In dezelfde brief is aangegeven dat de zogenoemde lijst van aandachtspunten van de bestaande meldingsprocedure in dit opzicht verder gaat. In deze lijst is met betrekking tot de patiënt die leed aan een psychiatrische aandoening de vraag opgenomen, welke psychiater, naast de eerder genoemde arts, is geraadpleegd. Wij menen dat ook in de nieuwe meldingsprocedure een dergelijke "dubbele" consultatie aangewezen is, indien het lijden van patiënt primair van psychische oorsprong is. Modelverslag B is op dit punt dus veeleisender dan de overige modelverslagen, omdat wordt uitgegaan van consultatie van ten minste twee artsen, onder wie één psychiater.

In het genoemde arrest heeft de Hoge Raad omtrent consultatie voorts overwogen dat de geconsulteerde arts de patiënt in elk geval moet hebben gezien indien het verzoek afkomstig is van een patiënt wier lijden niet voortvloeit uit een somatische ziekte. Aldus is de in modelverslag B, betreffende patiënten met een psychiatrische aandoening, gestelde vraag, wanneer de geraadpleegde artsen de patiënt hebben gezien, op te vatten als een zorgvuldigheidseis. Zowel in het standpunt inzake euthanasie van het Hoofdbestuur van de KNMG in 1995 als in het lopende SCEA-project met betrekking tot consultatie in Amsterdam, waarover de Kamer is geïnformeerd in het kabinetsstandpunt van 21 januari 1997 (kamerstukken II, 23 877, nr. 13), wordt met betrekking tot consultatie in het algemeen ervan uitgegaan dat de consultant de patiënt zelf spreekt en zich op de hoogte stelt van de aandoening. Daartoe is dezelfde vraag opgenomen zowel in het modelverslag voor de melding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als in de bij

het onderhavige besluit behorende modelverslagen. Indien de geconsulteerde arts de patiënt niet heeft gezien, wordt de arts verzocht toe te lichten waarom dat niet is gebeurd.

Modelformulier C heeft als aanduiding "overig". Dit modelverslag dient te worden gebruikt voor de melding van levensbeëindiging in alle gevallen anders dan in de modelverslagen A (pasgeborenen) en B (patiënten met een psychiatrische aandoening) bedoeld.

In alle volgens dit modelverslag gemelde gevallen wordt bij de beoordeling van de melding uitgegaan van, althans rekening gehouden met wilsonbekwaamheid van de patiënt op het moment dat tot levensbeëindiging werd besloten. Niettemin kan bij de toetsing komen vast te staan dat aan de levensbeëindiging wél een verzoek van de patiënt ten grondslag heeft gelegen. Hierbij kan het gaan om een wilsverklaring voorafgaande aan het intreden van de wilsonbekwaamheid, zoals bij een comapatiënt. Het kan ook gaan om een patiënt die op het moment van levensbeëindiging wél in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe, maar waarbij de hoedanigheid van de patiënt of de omstandigheden waarin deze verkeerde, een toetsing door de centrale beoordelingscommissie noodzakelijk maken, zoals bij een minderjarige patiënt of een dementerende patiënt.

De aanhef van het modelverslag en de in te vullen gegevens betreffende arts en overledene sluiten aan bij de modelverslagen A en B.

In de eerste rubriek, betreffende de ziekte, wordt de arts verzocht aan te geven aan welke aandoening(en) de patiënt leed en welke therapieën zijn beproefd. Voorts wordt gevraagd welke alternatieven om het lijden te verlichten er nog waren, of deze met de patiënt zijn besproken, eventueel voorafgaand aan het intreden van diens wilsonbekwaamheid, en of deze zijn beproefd. Deze vragen zijn relevant in verband met de eerder aangehaalde overweging van de Hoge Raad in zijn arrest van 21 juni 1994 in de zaak-Chabot, dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn als een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Hier geldt naar ons oordeel evenzeer dat sprake moet zijn van een reëel alternatief.

Het spreekt overigens vanzelf dat de arts alles zal doen wat in zijn vermogen ligt om het lijden van de patiënt te beperken en zo mogelijk weg te nemen. Zijn kennis en attitude betreffende de middelen en mogelijkheden van pijnbestrijding en verdere palliatieve zorg zijn daarbij van groot belang.

Met betrekking tot de vraag op welke termijn naar schatting het overlijden van de patiënt werd verwacht indien niet tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding was overgegaan, verwijzen wij naar hetgeen wij hierover hebben opgemerkt bij modelverslag B.

Zoals wij hierboven al hebben aangegeven, wordt bij de beoordeling van de melding van levensbeëindiging bij de hier aan de orde zijnde patiënten uitgegaan van, respectievelijk rekening gehouden met wilsonbekwaamheid van de patiënt op het moment dat tot levensbeëindiging werd besloten. Niettemin kan aan de levensbeëindiging wel een verzoek van de patiënt ten grondslag hebben gelegen, al dan niet voorafgaand aan het intreden van de wilsonbekwaamheid. Met het oog op deze beoordeling is Rubriek II: "Het besluit tot levensbeëindiging", gescheiden in twee gedeeltes. Gedeelte A moet worden ingevuld indien de patiënt op het moment van levensbeëindiging niet meer in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe. Dit is het geval indien de patiënt ten tijde van het levensbeëindigend handelen comateus of subcomateus was. Gevraagd wordt aan te geven of er sprake was van een eerdere uitlating van de patiënt (mondeling dan wel schriftelijk) omtrent eventuele levensbeëindiging. Indien hiervan sprake was, wordt gevraagd wanneer en ten overstaan van wie die uitlating is gedaan en wordt de arts verzocht aan te geven of die eerdere uitlating als vrijwillig en weloverwogen kan worden beschouwd.

Gedeelte B moet worden ingevuld indien de patiënt op het moment van levensbeëindiging wel in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe. In dit geval was er dus wel sprake van een verzoek tot levensbeëindiging, maar moet ernstig rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat dit verzoek, vanwege de aard van de aandoening waaraan de patiënt leed, niet vrijwillig en weloverwogen is gedaan. In dit geval zal de toetsing achteraf moeten uitwijzen of de patiënt wilsbekwaam kon worden geacht tot het uiten van een verzoek om levensbeëindiging. Daartoe wordt gevraagd aan te geven wanneer en ten overstaan van wie het verzoek is geuit en op grond van welke onderzoeken en omstandigheden de arts tot de conclusie is gekomen dat de patiënt zich

ten tijde van het verzoek ten volle bewust was van de strekking van zijn of haar verzoek en van zijn of haar lichamelijke situatie.

Met het oog op de beoordeling door de centrale commissie wordt de arts in de aanhef van het modelverslag erop gewezen, dat het van groot belang is om de vragen in Rubriek II, onder A of B, omtrent de aanwezigheid van een eventuele wilsverklaring, zorgvuldig te beantwoorden.

Rubriek III betreft de consultatie. De vragen of de geconsulteerde arts medebehandelaar was en wat zijn verhouding is tot de arts die het verslag opstelt, strekken ertoe de mate van onafhankelijkheid van de geconsulteerde arts te kunnen toetsen. In het standpunt over euthanasie van. Het Hoofdbestuur van de KNMG, kenbaar gemaakt in 1995, wordt benadrukt dat het hierbij gaat om een onafhankelijke collega, niet zijnde een praktijkgenoot, een familielid, maatschapslid of arts-assistent dan wel een arts die in enige andere ondergeschikte verhouding tot de arts staat. Met de vermelding van een medebehandelend arts als geraadpleegde arts is nog niet voldaan aan het vereiste van consultatie van een onafhankelijke arts. Een dergelijke vermelding ligt niettemin in de rede indien de arts die feitelijk levensbeëindiging heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend en daarvan melding doet, tot zijn handelen is gekomen in nauw overleg met of in aanwezigheid van een medebehandelend arts.

In het hierboven vermelde KNMG-standpunt wordt er tevens van uitgegaan dat de consulent de patiënt zelf spreekt en zich op de hoogte stelt van de aandoening. Indien de geconsulteerde arts de patiënt niet heeft gezien, wordt de arts verzocht toe te lichten waarom dat niet is gebeurd. Zo is het denkbaar dat dit achterwege is gebleven op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. De consulent wordt geacht zich uit te spreken enerzijds over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, waarbij ook de vraag of er nog alternatieven zijn ter verlichting van het lijden in ogenschouw moet worden genomen. Anderzijds dient de consulent een oordeel te geven over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Hij dient het oordeel omtrent beide aspecten schriftelijk vast te leggen. Indien de consulent dit onder omstandigheden heeft nagelaten, dient de arts het gemis van deze schriftelijke verklaring toe te lichten en zelf het oordeel van de consulent in het modelverslag weer te geven.

De antwoorden op de vragen in rubriek IV dienen ertoe om feitelijk inzicht te bieden in de gang van zaken rond het overlijden van de patiënt. De vraag door wie de levensbeëindiging feitelijk werd toegepast is enerzijds van belang in verband met het feit dat de uitvoering daarvan is voorbehouden aan de arts en anderzijds in verband met het feit dat de arts die feitelijk levensbeëindiging toepaste, degene is die de melding moet verrichten en het verslag moet opstellen. Uit de vraag wie er, behalve de arts, bij de levensbeëindiging aanwezig waren, blijkt dat de arts ook in geval van hulp bij zelfdoding geacht wordt aanwezig te zijn bij de levensbeëindiging.

Rubriek V biedt de arts de gelegenheid om punten aan de orde te stellen, die hij onder de aandacht van de beoordelingscommissie wil brengen en die in de beantwoording van de vragen niet tot uitdrukking konden komen. Het staat de arts volkomen vrij deze rubriek al dan niet in te vullen. Deze strekt er uitsluitend toe ruimte te bieden voor het maken van opmerkingen in verband met het gemelde geval van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, die de arts elders niet kwijt kon. Deze rubriek achten wij nuttig omdat een modelverslag naar zijn aard niet geheel kan beantwoorden aan de verscheidenheid in feiten en omstandigheden die zich, zo is in de afgelopen jaren gebleken, bij de onderhavige casuïstiek voordoet. Tenslotte dient de arts het verslag te dateren en te ondertekenen.

Artikel 2

Met de inwerkingtreding van dit besluit vervalt de meldingsprocedure zoals vastgesteld bij besluit van 17 december 1993 (Stb. 688), voor zover deze betrekking heeft op actieve levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Vanaf dat moment zullen de bestaande modelformulieren voor de melding van actieve levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek niet langer gebruikt kunnen worden. Het besluit van 17 december 1993 (Stb. 688) is voor het overige reeds ingetrokken bij besluit van 19 november 1997 (Stb. 550), houdende vaststelling van de formulieren als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging betreffende het overlijden ten gevolge van een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Het laatstgenoemde besluit is in werking getreden op 1 november 1998 (Besluit van 11 mei 1998, Stb. 280).

Artikel 3

In de modelformulieren zoals vastgesteld bij het Besluit van 19 november 1997, Stb. 550, voor de melding van het overlijden door een niet-natuurlijke oorzaak, niet zijnde levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, was nog geen rekening gehouden met de wijziging van artikel 6 van de Wet op de lijkbezorging ten gevolge van de inwerkingtreding op 1 januari 1998 van de Aanpassingswet geregistreerd partnerschap (wet van 17 december 1997, Stb. 660). Het onderhavige artikel voorziet in opneming in die formulieren van een correcte verwijzing naar artikel 6 van de Wet op de lijkbezorging. Deze aanvulling was reeds toegezegd in antwoord op vragen van de Vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 januari 1998 (kamerstukken II, 1997-1998, 23 877, nr. 17).

Artikel 5

Dit besluit treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip, doch niet eerder dan drie maanden na plaatsing in het Staatsblad, teneinde de beide kamers der Staten-Generaal in de gelegenheid te stellen zich hierover uit te spreken. Op het moment van inwerkingtreding zal bovendien de door ons in te stellen centrale commissie voor de beoordeling van gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gereed moeten zijn voor de vervulling van haar taak.

Minister van Justitie,

A.H. Ko

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

MODELVERSLAG A
VOOR DE BEHANDELEND ARTS IN VERBAND MET EEN MELDING AAN DE GEMEENTELIJKE
LIJKSCHOUWER VAN HET OVERLIJDEN ALS GEVOLG VAN DE TOEPASSING VAN
LEVENSBEËINDIGING BIJ PASGEBORENEN

Bij melding aan de gemeentelijke lijkshouwer van een niet-natuurlijke dood als gevolg van levensbeëindiging bij pasgeborenen verstrekt de behandelend arts aan de gemeentelijke lijkshouwer een verslag dat is opgesteld volgens onderstaand model.

NOTA BENE: U wordt verzocht de antwoorden op de gestelde vragen te motiveren. Het staat vrij om bij de beantwoording van vragen nadere informatie te verschaffen in bijlagen. Ook indien de ruimte voor beantwoording van een vraag tekortschiet s.v.p. gebruik maken van een bijlage.
Vergeet niet op de bijlage duidelijk aan te geven op welke vraag of vragen deze betrekking heeft.

GEGEVENS BETREFFENDE DE ARTS

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Functie / Medisch specialisme:

Instellingsnaam (voor zover van toepassing):

Werkadres:

Postcode / Plaats:

GEGEVENS BETREFT "ENDE DE OVERLEDEN PASGEBORENE Achternaam:

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Datum overlijden:

geboortedatum:

Gemeente waarin overleden:

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Modelverslag A - Pasgeborenen

I DE ZIEKTEGESCHIEDENIS

1. Welke diagnose(n) werdén gesteld?
2. Hoe was de prognose op korte termijn voor wat betreft lichamelijke toestand, lijden en, indien sterven verwacht werd, het stervensproces?
3. Waaruit bestond het lijden van de pasgeborene?
4. Was genezing of vermindering van het lijden van de pasgeborene nog mogelijk?

5. Wat was de verwachte levensduur?
6. Hoe was de latere prognose voor wat betreft de lichamelijke toestand en de neuro-motorische en cognitieve ontwikkeling?
7. In welke mate bestond over de diagnose en de prognose consensus onder de betrokken artsen?
8. Welke behandeling(en) heeft/hebben plaatsgevonden voordat besloten werd tot levensbeëindiging?
9. Wat waren de resultaten van die behandeling(en)?
- 10a. In welke mate vormde(n) de behandeling(en) een belasting voor de pasgeborene ?
- 10b. Welke afweging werd gemaakt tussen die belasting en de gezondheidswinst?
11. Traden er ongewenste bijwerkingen of complicaties van de behandeling(en) op en zo ja, welke?
- 12a. Was er sprake van niet-beginnen of staken van behandelingen?
- 12b. Zo ja, welke behandelingen werden daarna gecontinueerd of ingesteld in het kader van te geven palliatieve zorg?

II HET BESLUIT TOT LEVENSBEËINDIGING

13. Door wie en op welk moment in het ziekteproces is de mogelijkheid van levensbeëindiging ter sprake gebracht?
14. Op welke gronden is besloten tot levensbeëindiging?
15. Op welke momenten en in welke mate is er overleg geweest met de ouders?
16. Stemden beide ouders in met het voornemen tot levensbeëindiging?

2

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
 Modelverslag A - Pasgeborenen

- 17a. Wordt over de levensbeëindiging overleg gevoerd met directe collega-artsen?
- 17b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 18a. Wordt over de levensbeëindiging overleg gevoerd met het verplegend personeel?
- 18b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 19a. Is er overleg geweest met de huisarts ?
- 19b. Zo ja, wat was zijn/haar opvatting?

III CONSULTATIE

20. Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd ?
21. Wat is zijn/hun hoedanigheid?
22. Was/waren deze medebehandelaar of vaste consulent uit het eigen ziekenhuis?
23. Wat is zijn/hun verhouding tot u?

- 24a. Wanneer heeft/hebben de geraadpleegde arts(en) de pasgeborene gezien?
- 24b. Indien de geraadpleegde arts(en) de pasgeborene niet heeft/hebben gezien: waarom is dat niet gebeurd?

NB: U wordt verzocht het schriftelijk verslag van de geconsulteerde arts(en) betreffende zijn/hun oordeel met betrekking tot de de gezondheidstoestand van de pasgeborene, de te verwachten ontwikkelingen daarin en de mogelijkheden van medische behandeling, bij dit verslag te voegen.

IV DE UITVOERING VAN DE LEVENSBEEINDIGING

25. Door wie, waar en op welk tijdstip werd de levensbeëindiging feitelijk toegepast?
26. Op welke wijze en met welke middelen werd het leven beëindigd?
27. Werde tevoren informatie ingewonnen over de te hanteren methode en zo ja, bij wie?

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Modelverslag A - Pasgeborenen

28. Wie waren, behalve uzelf, bij de levensbeëindiging aanwezig?

V OVERIGE OPMERKINGEN

29. Zijn er nog punten die u onder de aandacht van de centrale beoordelings-commissie-wilt brengen en die u bij de beantwoording van de vragen niet kwijt kon?

Datum:

Naam:

Handtekening:

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Modelverslag A - Pasgeborenen

**MODELVERSLAG B VOOR DE BEHANDELEND ARTS IN VERBAND MET EEN MELDING AAN
DE GEMEENTELIJKE LIJKSCHOUWER VAN HET OVERLIJDEN ALS GEVOLG VAN DE
TOEPASSING VAN LEVENSBEEINDIGING BIJ OF HULP BIJ ZELF- DODING AAN PATIENTEN
MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING**

Bij melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van een niet-natuurlijke dood als gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is, verstrekt de behandelend arts aan de gemeentelijke lijkschouwer een verslag dat is opgesteld volgens onderstaand model.

NOTA BENE: U wordt verzocht de antwoorden op de gestelde vragen te motiveren. Het staat vrij om bij de beantwoording van vragen nadere informatie te verschaffen in bijlagen. Ook indien de ruimte voor beantwoording van een vraag tekortschiet s.v.p. gebruik maken van een bijlage.
Vergeet niet op de bijlage duidelijk aan te geven op welke vraag of vragen deze betrekking heeft.

GEGEVENS BETREFFENDE DE ARTS

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Functie / Medisch specialisme:

Instellingsnaam (voor zover van toepassing):

Werkadres:

Postcode / Plaats:

GEGEVENS BETREFFENDE DE OVERLEDENE

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Datum overlijden:

leeftijd:

Gemeente waarin overleden:

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Model B - Psychiatrische aandoening

I DE ZIEKTEGESCHIEDENIS

1. Aan welke aandoening(en) leed de patiënt' en sinds wanneer?
2. Welke medische therapieën zijn beproefd?
3. Was genezing van de patiënt nog mogelijk?
4. Waarin bestond het lijden van de patiënt?
- 5a. Waren er nog mogelijkheden om het lijden van patiënt te verlichten?
- 5b. Zo ja, hoe stond de patiënt tegenover deze alternatieven?
- 5c. Zo ja, zijn deze alternatieven beproefd?
6. Op welke termijn werd naar schatting het overlijden verwacht indien niet tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding was overgegaan?

II VERZOEK TOT LEVENSBEEINDIGING OF HULP BIJ ZELFDO-DING

- 7a. Wanneer heeft de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding verzocht?
- 7b. Wanneer is dit verzoek herhaald?
- 7c. Ten overstaan van wie werd dit verzoek geuit?
- 8a. Is een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?
- 8b. Zo ja, van welke datum? (s.v.p. deze verklaring bij het verslag voegen)
- 8c. Zo nee, wat is hiervan de reden?
- 9a. Was de patiënt zich ten tijde van het verzoek ten volle bewust was van de strekking van zijn/haar verzoek en van zijn/haar gezondheidssituatie?
- 9b. Zo ja, kunt u aangeven op grond van welke onderzoeken en omstandigheden u tot deze conclusie bent gekomen?
10. Zijn er aanwijzingen dat het verzoek door de patiënt is geuit onder druk of invloed van anderen ?

De term "patiënt" in dit modelverslag kan betrekking hebben op een man zowel als een vrouw.

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Model B - Psychiatrische aandoening

- 11a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel?
- 11b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

- 11c. Zo nee, waarom niet?
- 12a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met naasten?
- 12b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 12c. Zo nee, waarom niet?

III CONSULTATIE

- 13. Welke artsen, onder wie in elk geval één psychiater, is/zijn geraadpleegd ?
- 14a. Wat is hun hoedanigheid precies?
(huisarts / specialist/ psychiater / anders, nl.
- 14b. Waren deze medebehandelaar?
- 14c. Wat is hun verhouding tot u?
- 15. Wanneer hebben de geraadpleegde arts(en) de patiënt gezien en onderzocht?
NB: U wordt verzocht het schriftelijk verslag van de geconsulteerde artsen betreffende hun oordeel met betrekking tot de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt en de uitdrukkelijkheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt bij dit verslag te voegen.
- 16. Indien de geconsulteerde artsen hun oordeel niet op schrift hebben gesteld: wat was het oordeel van de geconsulteerde artsen met betrekking tot de hierboven genoemde aspecten?

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Model B - Psychiatrisché aandoening

IV DE UITVOERING VAN DE LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK OF DE HULP BIJ ZELFDODING

- 17. Was sprake van: 0 levensbeëindiging op verzoek
of 0 hulp bij zelfdoding ?
- 18. Door wie werd de levensbeëindiging op verzoek feitelijk toegepast of de hulp bij zelfdoding feitelijk verleend?
- 19. Met welke middelen en op welke wijze werd het leven beëindigd?
- 20. Werde tevoren informatie ingewonnen over de te hanteren methode en zo ja, bij wie?
- 21. Wie waren, behalve uzelf, bij de levensbeëindiging aanwezig?

V OVERIGE OPMERKINGEN

22. Zijn er nog punten die u onder de aandacht van de centrale beoordelingscommissie wilt brengen en die u bij de beantwoording van de vragen niet kwijt kon?

Datum:

Naam:

Handtekening:

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wet op de Lijkbezorging
Model B - Psychiatrische aandoening

MODELVERSLAG C VOOR DE BEHANDELEND ARTS IN VERBAND MET EEN MELDING AAN DE GEMEENTELIJKE LIJKSCHOUWER VAN HET OVERLIJDEN ALS GEVOLG VAN DE TOEPASSING VAN LEVENSBEËINDIGING ZONDER UITDRUKKE- LIJK VERZOEK - OVERIG

Bij melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van een niet-natuurlijke dood als gevolg van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek verstrekt de behandelend arts aan de gemeentelijke lijkschouwer een verslag dat is opgesteld volgens onderstaand model. Dit model C-overig dient te worden gebruikt voor de melding van levensbeëindiging in alle gevallen anders dan in de modelverslagen A (pasgeborenen) en B (patiënten met een psychiatrische aandoening) bedoeld.

In alle gevallen wordt bij de beoordeling van de melding uitgegaan van, althans rekening gehouden met wilsonbekwaamheid van de patiënt op het moment dat tot levensbeëindiging werd besloten. Niettemin kan bij de toetsing komen vast te staan dat aan de levensbeëindiging wèl een verzoek van de patiënt ten grondslag heeft gelegen. Hierbij kan het gaan om een wilsverklaring voorafgaande aan het intreden van de wilsonbekwaamheid, zoals bij een comapatiënt. Op zulke patiënten zijn de vragen in Rubriek II, onder A, gericht. Het kan ook gaan om een patiënt die op het moment van levensbeëindiging wèl in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe, maar waarbij de hoedanigheid van de patiënt of de omstandigheden waarin deze verkeerde, een toetsing door de centrale beoordelingscommissie noodzakelijk maken, zoals bij een minderjarige patiënt of een dementerende patiënt. Op zulke patiënten zijn de vragen in Rubriek II, onder B, gericht.

Met het oog op de beoordeling door de centrale commissie is het van groot belang om de vragen in Rubriek II, onder A of B, omtrent de aanwezigheid van een eventuele wilsverklaring, zorgvuldig te beantwoorden.

NOTA BENE: U wordt verzocht de antwoorden op de gestelde vragen te motiveren. Het staat vrij om bij de beantwoording van vragen nadere informatie te verschaffen in bijlagen. Ook indien de ruimte voor beantwoording van een vraag tekortschiet s.v.p. gebruik maken van een bijlage. Vergeet niet op de bijlage duidelijk aan te geven op welke vraag of vragen deze betrekking heeft.

GEGEVENS BETREFFENDE DE ARTS Achternaam:

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Functie/Medisch specialisme:

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wbt op de Lijkbezorging Modelverslag C - Overig.

Instellingsnaam (voor zover van toepassing):

Werkadres:

Postcode / Plaats:

GEGEVENS BETREFFENDE DE OVERLEDENE

Achternaam:

Voorletters:

geslacht: M / V

Datum overlijden:

leeftijd:

Gemeente waarin overleden:

I DE ZIEKTEGESCHIEDENIS

1. Aan welke aandoening(en) leed de patiënt' en sinds wanneer?
2. Welke medische therapieën zijn beproefd?
3. Was genezing van de patiënt nog mogelijk?
4. Waarin bestond het lijden van de patiënt?
- 5a. Waren er nog mogelijkheden om het lijden van patiënt te verlichten?
- 5b. Zo ja, zijn deze alternatieven met de patiënt besproken en zo ja, hoe stond de patiënt hier tegenover?
- 5c. Zo ja, zijn deze alternatieven beproefd?

6. Op welke termijn werd naar schatting het overlijden verwacht indien niet tot levensbeëindiging was overgegaan?

II HET BESLUIT TOT LEVENSBEËINDIGING

- A. Indien de patiënt op het moment van levensbeëindiging niet meer in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe:
7. Was er een eerdere uitlating (mondeling dan wel schriftelijk) van de patiënt?

1De term "patiënt. in dit modelverslag kan betrekking hebben op een man zowel als een vrouw.

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 V/Zt op de Lijkbezorging Modelverslag C - Overig-

(Zo ja, beantwoord vraag 8a t/m 8f; zo nee, beantwoord vraag 9a t/m 9b)

- 8a. Zo ja, wanneer heeft de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij Zelfdoding ' verzocht?
- 8b. Wanneer is dit verzoek herhaald?
- 8c. Ten overstaan van wie werd dit verzoek geuit?
- 8d. Is een schriftelijke wilsverklaring aanwezig?
- 8e. Zo ja, van welke datum? (s.v.p. deze verklaring bij het verslag voegen)
- 8f. Was er enige aanleiding om te betwijfelen dat de patiënt ten tijde van dat verzoek zich ten volle bewust was van de strekking van zijn/haar verzoek en van zijn/haar lichamelijke situatie?
- 8g. Zijn er aanwijzingen dat het verzoek door de patiënt toen is geuit onder druk of invloed van anderen ? (Ga hierna door naar vraag 10a)
- 9a. Indien er geen eerdere uitlating van de patiënt was: door wie en op welk moment in het ziekteproces is de mogelijkheid van levensbeëindiging ter sprake gebracht?
- 9b. Op welke gronden en overwegingen is besloten tot levensbeëindiging ? (Ga hierna door naar vraag 10a)
- 10a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel?
- 10b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 10c. Zo nee, waarom niet?
- 11a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met naasten?
- 11b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 11c. Zo nee, waarom niet?

B. Indien de patiënt op het moment van levensbeëindiging wel in staat was tot het formuleren van een verzoek daartoe:

- 12a. Was de patiënt zich ten tijde van het verzoek ten volle bewust was van de strekking van zijn/haar verzoek en van zijn/haar lichamelijke situatie?

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Vat op de Lijkbezorging
Modelverslag C - Overig'

- 12b. Zo ja, kunt u aangeven op grond van welke onderzoeken en omstandigheden u tot deze conclusie bent gekomen?
- 13a. Wanneer heeft de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding verzocht?
- 13b. Wanneer is dit verzoek herhaald?
- 13c. Ten overstaan van wie werd dit verzoek geuit?
- 14. Zijn er aanwijzingen dat het verzoek door de patiënt toen is geuit onder druk of invloed van anderen ?
- 15a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel?
- 15b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 15c. Zo nee, waarom niet?
- 16a. Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met naasten?
- 16b. Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?
- 16c. Zo nee, waarom niet?

III CONSULTATIE

- 17a. Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd ?
- 17b. Wat is zijn/hun hoedanigheid?
(huisarts / specialist/ psychiater / anders, nl.
- 17c. Was/waren deze medebehandelaar?
- 17d. Wat is zijn/hun verhouding tot u?
- 18a. Wanneer heeft/hebben de geraadpleegde arts(en) de patiënt gezien?
- 18b. Indien de geraadpleegde arts(en) de patiënt niet heeft/hebben gezien: waarom is dat niet gebeurd?

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

Bijlage bij het Besluit van 1998 (Stb.) ex artikel 10 Wtt op de Lijkbezorging
Modelverslag C - Overig

en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt en de uitdrukkelijkheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt bij dit verslag te voegen.

19. Indien de geconsulteerde arts(en) zijn/hun oordeel niet op schrift heeft / hebben gesteld: wat was het oordeel van de geconsulteerde arts(en) met betrekking tot de hierboven genoemde aspecten?

IV DE UITVOERING VAN DE LEVENSBEEÏNDIGING

20. Door wie werd het leven feitelijk beëindigd?
21. Met welke middelen en op welke wijze werd het leven beëindigd?
22. Werd tevoren informatie ingewonnen over de te hanteren methode en zo ja, bij wie?
23. Wie waren, behalve uzelf, bij de levensbeëindiging aanwezig?

V OVERIGE OPMERKINGEN

24. Zijn er nog punten die u onder de aandacht van de centrale beoordelingscommissie wilt brengen en die u bij de beantwoording van de vragen niet kwijt kon?

Datum:

Naam:
Handtekening: