

(1) Volmacht

Naam volmachtgever:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Hierbij machtig ik in volgorde van voorkeur de hieronder genoemde personen om voor mij ten aanzien van medische en eventuele aanverwante aangelegenheden als zorgverstrekkingen, beslissingen te nemen wanneer ik zelf niet, of niet meer voldoende, in staat ben mij helder en consistent te uiten. Het is mijn wens dat zij zich daarbij laten leiden door de hierna volgende schriftelijke wilsverklaringen. Via ondertekening van de onderhavige volmacht verklaren de onderstaande personen dat zij deze volmacht aanvaarden en zullen bevorderen dat mijn wilsverklaringen omtrent medische behandelingen en/of beslissingen en/of eventuele aanverwante gelegenheden worden gerespecteerd.

Naam gevolmachtigde 1:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Getekend op:

Te:

Handtekening:

Naam gevolmachtigde 2 (bij niet-beschikbaarheid gevolmachtigde 1):

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Getekend op:

Te:

Handtekening:

Naam gevolmachtigde 3 (bij niet-beschikbaarheid gevolmachtigde 2):

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Getekend op:

Te:

Handtekening:

Bovengenoemde perso(o)n(en) verzoek ik mijn wilsverklaringen onder de aandacht van mijn behandelend arts te brengen en te bewerkstelligen dat in de geest van die verklaringen wordt gehandeld. Wanneer het in mijn wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zonder goede redenen niet wordt nageleefd, machtig ik hierbij mijn gevolmachtigde(n) om zo nodig met juridische middelen te bewerkstelligen dat binnen de grenzen van de wet dit behandelverbod wordt nageleefd.

Plaats:

Datum:

Handtekening volmachtgever:

(2) Euthanasieverzoek

Naam euthanasieverzoeker:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil en in het bezit van mijn volle verstand, verklaar ik het volgende:

1. Het onderhavige euthanasieverzoek is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan kenbaar maken.
2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand kom te verkeren waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd dan wel waarin ik geen waardigheid en kwaliteit van leven meer ervaar, verzoek ik mijn behandelend arts - dan wel een arts waarnaar ik mijn behandelend arts verzoek mij door te verwijzen indien hij zelf aan mijn euthanasieverzoek geen gevolg wil geven - uitdrukkelijk mij de middelen te verstrekken die nodig zijn om zelf mijn leven te beëindigen en als ik daartoe niet in staat ben, euthanasie op mij toe te passen.
3. Wanneer door mijn behandelend arts noch door de arts waarnaar hij doorverwijst aan mijn euthanasieverzoek gevolg wordt gegeven, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling¹, zoals o.a. toediening van vocht en voedsel, medicijnen waaronder antibiotica, chemotherapie, bestraling, operatie, nierdialyse, reanimatie en sondevoeding, behalve voor die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben. Ik onthoud eveneens uitdrukkelijk toestemming voor opname c.q. verblijf in een verpleeghuis of iets dergelijks ter verdere verzorging.

¹ Conform art. 450 van boek 7 Burgerlijk Wetboek

Voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist. In het geval waarin een patiënt van 16 jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van art 465 [opmerking: dat zijn de vertegenwoordigers van de patiënt] de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan alleen hiervan afwijken als hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

4. Bij wijze van voorbeeld volgt hieronder een niet limitatieve opsomming van situaties waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd c.q. waarin ik geen waardigheid of kwaliteit van leven meer ervaar en waarvan ik verschoond wil blijven:
- de situatie waarin bij mij hersenletsel als bijv. coma, verlaagd bewustzijn of afasie dan wel een niet te genezen hersenziekte als bijv. dementie is geconstateerd. Ik herhaal hierbij uitdrukkelijk dat ik een toestand van onomkeerbaar coma, onomkeerbaar verlaagd bewustzijn, afasie of gevorderde dementie als voor mij ontluisterend beschouw; dat wil ik niet meemaken. Ik beklemtoon hierbij tevens dat voor mij alleen al het vooruitzicht op dementie valt onder de situaties waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Ook beschouw ik het als uitzichtloos en ondraaglijk lijden wanneer ik vreedzaam dementerend door het leven ga. Om in demente toestand te voorkomen dat ik a. voor de dodelijke injectienaad terugdeins en/of b. het euthanasieverzoek dat ik bij mijn volle verstand heb gedaan, in een staat van wilsonbekwaamheid als niet meer actueel lijkt te beschouwen, verzoek ik hierbij uitdrukkelijk om mij tevoren een middel toe te dienen waardoor ik lijdzaam de dodelijke prik onderga respectievelijk om geen gewicht of betekenis toe te kennen aan inconsistente of tegenstrijdige uitingen die mogelijkerwijs zouden kunnen worden geïnterpreteerd als een wens om door te leven: het terugdeinzen voor een injectienaad moet worden opgevat als een willekeurige automatische reflex van iemand wiens doodswens nog wel actueel is maar waarvan de actualiteit door de dementerende niet meer wordt beseft en hetzelfde geldt t.a.v. inconsistente of tegenstrijdige uitingen c.q. tegenstribbelingen die er lijken op te wijzen dat ik ten aanzien van mijn uitzichtloos en ondraaglijk lijden mijn belangen zoals ik deze in mijn wilsverklaring omschreven heb niet meer zelf kan behartigen: ook inconsistente of tegenstrijdige uitingen/tegenstribbelingen beschouw ik als inherente ziekteverschijnselen van een demente geest die de werkelijkheid niet meer adequaat kan waarnemen. Verder wens ik in gevorderde demente toestand evenmin vreedzaam te vegeteren: Een griezelige afschaduwing van mijn voormalige zelf geworden te zijn - evenals het vooruitzicht daarop - levert voor mij uitzichtloos en ondraaglijk lijden op.
 - de situatie waarin ik lichamelijk verminkt ben
 - de situatie waarin ik zonder aan een medische aandoening te lijden, mijn leven als voltooid ervaar of m.a.w. 'aan het leven lijdt' en ik van die ervaring op enigerlei wijze blijf heb gegeven
 - de situatie waarin ik tot het rationeel en gevoelsmatig onderbouwd oordeel ben gekomen dat het leven voor mij niets meer in het vooruitzicht heeft dat ik waard vind om voor door te leven en ik dat oordeel op enigerlei wijze heb geuit

- de situatie waarin een of meerdere van mijn zintuigen zodanig dysfunctioneren dat merkbaar is dat ik niet meer van het leven kan genieten
- de situatie dat een of meerdere dysfunctionerende lichaamsdelen mij in mijn bewegingsvrijheid beperken
- de situatie dat mijn verstandelijke en gevoelsmatige vermogens dysfunctioneren
- de situatie dat ik als gevolg van een ongeneeslijke ziekte lichamelijke pijn lijd
- de situatie dat ik als gevolg van een ongeneeslijke ziekte psychisch lijd, angstig of verdrietig ben
- de situatie waarin ik als 'een kasplantje' veeteer
- de situatie dat ik niet meer in staat ben om zelfstandig in de door mij geprefereerde leefomgeving te wonen. Als 'geprefereerde leefomgeving' is voor mij de blijvende opname in een verpleeghuis of iets dergelijks uitgesloten: de gezondheidstoestand waarin continue opname c.q. verblijf in een verpleeghuis door lichamelijke en/of geestelijke aftakeling (waaronder incontinentie, nachtelijke onrust, agressiviteit) praktisch gesproken onvermijdelijk is, beschouw ik als voor mij ontluisterend; opname c.q. verblijf in een verpleeghuis ter verdere verzorging op meer dan kortstondige basis beschouw ik voor mij niet als een reëel behandelingsperspectief (een redelijke andere oplossing) in de zin van de euthanasiewet.²
- de situatie dat de hierna genoemde perso(o)n(en) mij ontval(t)(len):
- de situatie dat

Zodra ik in één van de onder 4 genoemde situaties ben komen te verkeren, wil ik geholpen worden om uit het leven te stappen en is het mijn expliciete wil dat de euthanasie zo

² Gevolgd wordt hierin de toelichting van de kant van de regering in de Nota naar aanleiding van het verslag, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6, p. 59-60, als bijlage bij die euthanasieverzoek opgenomen

spoedig mogelijk wordt toegepast; ik zie uitdrukkelijk af van uitstel van de euthanasie ten faveure van palliatieve zorg; in de onder 4 genoemde situaties mag palliatieve zorg uitsluitend worden verleend in afwachting van een zo spoedig mogelijk uit te voeren euthanasie.³

Ik wil dat overeenkomstig deze verklaringen wordt gehandeld en aanvaard het risico dat mijn opvattingen over euthanasie c.q. medische behandelingen en/of verzorging na het opstellen van deze verklaring, maar voordat ik deze heb kunnen herroepen of wijzigen, zijn veranderd.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Getekende kopieën van dit formulier zijn bij:

Gevolmachtigde 1:

Gevolmachtigde 2:

Gevolmachtigde 3:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

Deze verklaring heb ik op _____ te _____ besproken met huisarts _____. Deze heeft vastgesteld dat ik ten tijde van deze bespreking wilsbekwaam was ten aanzien van het in deze verklaring opgenomen euthanasieverzoek.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

Herbespreking en actualisering

Ik heb deze verklaring op datum _____ te _____ wederom besproken met huisarts _____. Ik heb bij deze gelegenheid mijn euthanasieverzoek bevestigd. De arts heeft vastgesteld dat ik ten tijde van deze herbespreking wilsbekwaam was ten aanzien van het in deze verklaring opgenomen euthanasieverzoek. Ik vul mijn verklaring als volgt aan c.q. Ik wijzig mijn verklaring als volgt:

³ Verwezen wordt in dit verband naar de Nota naar aanleiding van het verslag, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6, p. 67, waar de regering uiteenzet dat de patiënt van palliatieve zorg kan afzien, zonder dat die keuze aan euthanasie in de weg staat

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

BIJLAGE bij dit euthanasieverzoek die een aantal passages uit de wetsgeschiedenis over het begrip ‘reëel behandelingsperspectief’ bevat, zulks TEN BEHOEVE VAN DE ARTS om hem ervan te overtuigen dat volgens de wet (1) weigering van palliatieve zorg niet aan euthanasie in de weg staat en (2) opname in een verpleeghuis uitsluitend ter verdere verzorging niet aan te merken valt als een reëel behandelingsperspectief.

Toelichting door de regering over het begrip ‘**reëel behandelingsperspectief**’:

De zorgvuldigheidseis, opgenomen in onderdeel d, achten wij anderzijds van groot belang om te benadrukken dat tot toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding pas besloten mag worden als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is.

Euthanasie kan alleen verantwoord plaatsvinden in de context van goede palliatieve zorg. Voorop staan de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het beperken en zo mogelijk wegnemen van diens lijden, ook als blijkt dat er geen therapie meer mogelijk is of de patiënt geen therapie meer wenst. De patiënt moet ervan overtuigd kunnen zijn dat hij tot het laatst met alle mogelijke zorg zal worden omgeven, zo min mogelijk zal behoeven te lijden en niet in de steek gelaten zal worden. Alle ter beschikking staande mogelijkheden in het kader van palliatieve zorg moeten door de arts worden onderzocht en aangeboden. Zijn kennis en attitude met betrekking tot palliatieve zorg zijn dan ook belangrijk. Daarmee is nog niet gezegd dat de patiënt iedere mogelijkheid moet benutten of beproeven. Volgens de gekozen formulering van deze zorgvuldigheidseis moet het gaan om een redelijke andere oplossing. Naar Nederlands recht (art. 7:450 BW) staat het iedere patiënt vrij elke behandeling te weigeren. Indien een patiënt verdere behandeling of verzorging weigert, doch overigens verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dan staat de afwijzing in volle vrijheid door de patiënt van die behandeling of verzorging niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van die patiënt in de weg. Aldus vatten wij ook rechtsoverweging 6.3.3, één na laatste volzin, in het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994 (NJ 1994, 656) op. Essentie van de bedoelde rechtsoverweging van de Hoge Raad is naar onze mening, dat het moet gaan om een reëel alternatief om het lijden te verlichten. (Memorie van toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 26 691, nr. 3, 9-10)

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voor zover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medische ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen, zo blijkt uit de jurisprudentie. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht

van een afschrikwekkende dood (zie met name HR 27 november 1984, NJ 1985, 106, Rb. Den Haag 21 juni 1985, TvGr (1985), nr. 6, p. 355-9 en Hof Den Haag 11 september 1986, TvGr (1997) nr. 1, p. 45-6).

Voor de uitzichtloosheid van het lijden is – uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. Als de vraag of het lijden kan worden opgeheven, door de behandelend arts ontkennend wordt beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Of zodanig perspectief bestaat, kan volgens geobjectiveerde medische maatstaven worden nagegaan. Volgens de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG spelen de volgende drie elementen hier een rol. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. **Uitgaande van bovenstaande elementen is bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis uitsluitend ter verdere verzorging niet aan te merken als een reëel behandelingsperspectief.** Het is van belang om aan te geven wanneer er sprake is van een reëel behandelingsperspectief, omdat de Hoge Raad in zijn arrest van 21 juni 1994, NJ 1994, 656 (in rechtsoverweging 6.3.3.) heeft overwogen dat bij de beoordeling of sprake is van zó uitzichtloos en ondraaglijk lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, immers van belang is dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de patiënt in volle vrijheid is afgewezen. De ondraaglijkheid van het lijden dient voor de vraag of euthanasie mag worden toegepast evenzeer te worden vastgesteld, maar is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd. Daarnaast zal tijdsverloop bij de besluitvorming enige objectiverende werking kunnen hebben op de vaststelling dat sprake is van ondraaglijk lijden. De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden achteraf komt, zo beantwoorden wij de vraag daarover van de SP-fractie, neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.

(Nota naar aanleiding van het verslag, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6, 59-60)

Ook de leden van de SP-fractie vroegen om een nadere toelichting op het gegeven, dat het iedere patiënt naar Nederlands recht vrijstaat elke behandeling te weigeren, gezien in het licht van de overweging van de Hoge Raad in het Chabot-arrest, dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om het lijden te

2-7

verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Zoals wij hierboven al hebben aangegeven, is van uitzichtloosheid sprake indien naar verantwoord medisch inzicht vaststaat dat genezing van de patiënt niet mogelijk is. In dat geval ontbreekt een reëel behandelingsperspectief.

Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Verdere verzorging en behandeling van de patiënt zullen dan uitsluitend gericht kunnen zijn op het voorkomen en verlichten van lijden. Deze veelomvattende zorg, doorgaans aangeduid met de term palliatieve zorg, vormt op zichzelf naar ons oordeel niet een «reëel alternatief» waarnaar de Hoge Raad verwijst in het bovengemelde arrest-Chabot. Indien de patiënt zodanige zorg afwijst, terwijl hij verkeert in een situatie die naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloos en ondraaglijk is, staat deze afwijzing niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in de weg.

(Nota naar aanleiding van het verslag, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6, 67)

Minister Borst-Eilers:

Dan kom ik bij een aantal onderwerpen die op mijn terrein liggen en ik begin met de palliatieve zorg. De arts zal altijd de mogelijkheden van palliatieve zorg met de patiënt moeten bespreken. Dat vinden wij heel belangrijk. Als de patiënt persisteert bij het verzoek om euthanasie en meer palliatieve zorg afwijst, dan is dat zijn goed recht. Ik zeg tegen mevrouw Swildens en de heer Dittrich dat men niet verplicht kan worden om palliatieve zorg te ondergaan.

Dikwijls is door andere landen het verwijt geuit dat de Nederlandse regelingen op het gebied van euthanasie het gevolg zijn van het feit dat wij geen goede voorzieningen voor palliatieve zorg zouden kennen. Ik heb dat verwijt altijd verworpen en dat zal ik ook blijven doen. Als een patiënt die heel ernstig ziek is en die weet dat hij niet meer beter zal worden aan zijn arts vraagt om euthanasie omdat hij niet langer meer wil lijden, dan is het aan de arts om eerst met de patiënt te bespreken wat de werkelijke achtergrond van deze vraag is. Hij moet dan nagaan waar de angst van de patiënt op gebaseerd is. Heeft hij angst om pijn te lijden? Heeft hij angst om in de steek gelaten te worden of heeft hij angst voor een proces van ontluistering? De arts zal in dat gesprek de zorgmogelijkheden ter sprake brengen en met de patiënt overleggen of betere palliatieve zorg een alternatief zou kunnen zijn voor de vraag om euthanasie. Dat kan het geval zijn. Het kan zijn dat de patiënt daardoor de zekerheid krijgt dat hij geen pijn hoeft te lijden die hij niet verdragen kan, dat hij niet in de steek gelaten wordt en dat er altijd iemand is tot wie hij zich kan wenden. In dit verband wil ik graag de vrijwilligers in de terminale thuiszorg noemen die een heel belangrijke rol spelen door bij mensen in de eindfase aanwezig te zijn, te waken – ook 's nachts – en ervoor te zorgen dat de patiënt als hij daar behoefte aan heeft zijn verhaal kwijt kan. Soms is die zekerheid voor de patiënt een reden om zijn vraag om euthanasie niet te herhalen. Ik moet

2-8

echter zeggen dat in een aantal gevallen de patiënt van mening zal blijven dat zijn lijden zodanig ondraaglijk en uitzichtloos is dat hij toch niet verder meer wil leven. Dat is het goed recht van die patiënt en dan is de beslissing ten laatste aan de arts of hij van mening is dat hij aan dat verzoek van de patiënt kan voldoen.

(Wetgevingsoverleg van 30 oktober 2000, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 26 691, nr. 22, 68-69)

Minister Borst-Eilers:

Een arts moet met de patiënt de mogelijkheden bespreken die er in de situatie van de patiënt nog zijn. Daarbij zal vaak het onderwerp palliatieve zorg aan de orde komen. Het kabinet is wel van mening dat deze mogelijkheden niet met name moeten worden genoemd. De begrippen "weloverwogen" en "uitzichtloos" zijn er wel. Met name onder het "weloverwogen" – zo staat het ook in de toelichting – wordt begrepen dat alle alternatieven, waaronder de palliatieve zorg, met de patiënt besproken zijn. Die alternatieven kunnen van patiënt tot patiënt verschillen. Als je dat nu gaat benoemen, als het ware limiteren, krijg je een soort hiërarchie van mogelijkheden en dat willen wij niet. Wij hebben bewust voor de open formulering gekozen.

(Handelingen TK 2000-2001, 22 november 2000, TK 26-2129)

Mevrouw Kant (SP):

SCEN-artsen zijn een goed initiatief, maar niet voldoende. Op het terrein van palliatieve zorg is er een specifieke, verdergaande deskundigheid dan bij de SCEN-artsen. Die deskundigheid moet maximaal worden ingezet.

De palliatieve zorg als voorwaarde blijf ik heel moeilijk vinden. Je kunt niemand dwingen tot het aanvaarden van welke behandeling of zorg dan ook. Dat blijft een dilemma. Wanneer iemand geen palliatieve zorg wil, maar wel een verzoek doet tot euthanasie, blijf ik mij afvragen hoe vrij iemand is die lijdt. Hoe vrij is de keuze van iemand die dat lijden ondervindt? De pijn en het lijden van dat moment beïnvloeden de keuze en het verzoek om euthanasie. Graag hoor ik hierop een nadere toelichting. Gezien de reactie van de minister van Volksgezondheid op mijn vraag over de situatie die de ethicus Den Hartog beschreef in Medisch Contact van 3 november weet ik niet zeker of zij mijn vraag goed heeft begrepen. Ik kom er nog even op terug. De Hoge Raad heeft gezegd dat van uitzichtloos lijden geen sprake is, als de patiënt een reëel behandelingsperspectief afwijst. Volgens de interpretatie van de bewindslieden is palliatieve zorg niet het reële behandelingsperspectief waar de Hoge Raad op wijst. Het afwijzen van palliatieve zorg staat dan ook een vraag om euthanasie niet in de weg. Ik betwijfel of dat juist is en die twijfel spreekt ook uit het artikel van de heer Den Hartog. Indien de ondraaglijkheid van het lijden kan worden opgeheven, kan euthanasie naar zijn idee niet gerechtvaardigd worden. Ik hoor graag een reactie hierop.

(Handelingen TK 2000-2001, 23 november 2000, TK 27-2216)

Minister Borst-Eilers:

Ook op stuk nr. 32 heeft mevrouw Ross een amendement ingediend. Zij wil aan artikel 2, eerste lid, onder c, toevoegen: waarbij hij palliatieve zorg heeft aangeboden. Ik heb net al

2-9|

gezegd, dat duidelijk is dat de arts alle alternatieven met de patiënt moet hebben besproken en die ook moet hebben aangeboden en dat hij een poging moet hebben gedaan om op een andere manier het lijden minder te maken dan via levensbeëindiging. Daar hoort dus ook een gesprek over palliatieve zorg bij. Wij dachten dat al duidelijk is dat dit gewoon tot de goede gebruiken behoort. En, nogmaals, de commissies vragen er ook naar. Om die reden ontraden wij ook dit amendement.

(Handelingen TK 2000-2001, 23 november 2000, TK 27-2259)

In het algemeen geldt voor de gezondheidszorg dat van de overheid mag worden verwacht dat zij randvoorwaarden creëert, waarbinnen de zorgverleners op basis van professionele autonomie hun werk kunnen doen. Hieronder wordt ook verstaan het verlenen van goede palliatieve zorg. Dit laat echter onverlet dat het een keuze van de patiënt is in hoeverre hij kiest voor palliatieve zorg, hoe lang hij daarvan gebruik wil maken en wanneer voor hem de grens is bereikt. De keuze van de patiënt geeft uiteraard geen afdwingbaar recht op levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Het is aan de arts om met de patiënt de mogelijkheden te bespreken en om vervolgens, wanneer de patiënt bij zijn verzoek blijft in alle zorgvuldigheid zijn afweging te maken of hij het verzoek ook zal kunnen en willen inwilligen.

(Memorie van antwoord, Eerste Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 26 691, nr. 137b, 21-22)

De leden van de fractie van GroenLinks verifieerden of het juist is dat het weigeren van een bepaalde behandeling door de patiënt een verschillend gevolg kan hebben voor de beoordeling van het criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden al naar gelang het genezend handelen een redelijk perspectief betreft, dan wel pijn- en symptoombestrijding. Iedere patiënt heeft het recht een behandeling te weigeren. Uit het Chabot-arrest kan worden opgemaakt dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om het lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Zoals wij hierboven hebben aangegeven, is van uitzichtloosheid sprake indien naar verantwoord medisch inzicht vaststaat dat genezing van de patiënt niet mogelijk is. In dat geval ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Verdere verzorging en behandeling van de patiënt zullen dan uitsluitend gericht kunnen zijn op het voorkómen en verlichten van lijden. Deze veelomvattende zorg, doorgaans aangeduid met de term palliatieve zorg, vormt op zichzelf naar ons oordeel niet een «reëel alternatief» waarnaar de Hoge Raad verwijst in het bovengemelde arrest-Chabot. Indien de patiënt zodanige zorg afwijst, terwijl hij verkeert in een situatie die naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloos en ondraaglijk is, staat deze afwijzing niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in de weg.

(Memorie van antwoord, Eerste Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 26 691, nr. 137b, 34-35)

2-10

De leden van het CDA vroegen of een arts indien hij verlichting van pijn nog als behandelalternatief ziet, wanneer een patiënt deze palliatieve zorg weigert, toch over mag gaan tot de uitvoering van levensbeëindiging, aangezien een behandelingsalternatief zou ontbreken.

Een patiënt heeft te allen tijde het recht om een behandeling te weigeren. De arts is evenmin verplicht om over te gaan tot de uitvoering van euthanasie. Bij een weigering van verdere palliatieve zorg door de patiënt zal een arts de situatie uitvoerig met deze moeten bespreken en er van overtuigd moeten zijn dat de patiënt volledig is geïnformeerd over zijn situatie. Ook kan de arts een consulent om advies vragen, evenzeer als een patiënt het advies van een andere arts kan vragen.

De vraag of de weigering van een patiënt om nog gebruik te maken van de mogelijkheden van palliatieve zorg, de levensbeëindiging in de weg staat, kan slechts in het algemeen worden beantwoord. De vraag moet in iedere situatie op eigen merites worden beoordeeld. Wanneer een patiënt in een situatie verkeert, die naar medisch vakkundig inzicht uitzichtloos is en voor de patiënt ondraaglijk is, zal de arts wanneer de patiënt in de wetenschap dat hij zal sterven geen verdere zorg meer wenst, in alle zorgvuldigheid moeten afwegen of en op welk moment hij het verzoek van de patiënt kan honoreren.

(Memorie van antwoord, Eerste Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 26 691, nr. 137b, 47)

De leden van de CDA-fractie hadden zich verbaasd over de opmerking in de memorie van antwoord waarin wordt gesteld dat palliatieve zorg geen reëel behandelingsperspectief kan zijn.

Zoals wij in alle schriftelijke stukken hebben aangegeven is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden geen sprake indien een reëel behandelingsperspectief ontbreekt. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Verdere verzorging en behandeling van de patiënt zullen dan uitsluitend gericht kunnen zijn op het voorkómen en verlichten van lijden.

Samengevat houdt dit in dat aangezien naar medisch inzicht pijn- en symptoombestrijding geen zicht op verbetering biedt, een dergelijke handeling niet ertoe bijdraagt dat er niet langer sprake is van uitzichtloos lijden. Wel kan pijn- of symptoombestrijding bijdragen aan het verminderen van de ondraaglijkheid van de pijn. Een patiënt heeft echter het recht om een dergelijke behandeling te weigeren. Zoals de leden van de CDA-fractie terecht aangaven, speelt een goede palliatieve zorg een rol bij het vereiste dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Het gaat er om dat tot toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding mag worden besloten als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is. In dat kader moet dus ook de palliatieve zorg worden besproken. Voorop staat immers de zorg voor en de behandeling van de patiënt en het bespreken en zo mogelijk wegnemen van diens lijden ook als blijkt dat er geen therapie meer mogelijk is of de patiënt geen therapie meer wenst. De patiënt moet ervan overtuigd kunnen zijn dat hij tot het laatst met alle mogelijke zorg zal

2-11

worden omgeven, zo min mogelijk zal behoeven te lijden en niet in de steek gelaten zal worden. Alle ter beschikking staande mogelijkheden in het kader van de palliatieve zorg moeten door de arts worden onderzocht en aangeboden. Daarmee is nog niet gezegd dat de patiënt iedere mogelijkheid zou moeten gebruiken of beproeven. Volgens de gekozen formulering van deze zorgvuldigheidseis moet het gaan om een redelijke andere oplossing. Echter, wij herhalen dat het de patiënt naar geldend recht vrij staat elke behandeling te weigeren. Met het bovenstaande hebben wij de vragen van de leden van de CDA fractie over de rol die de palliatieve zorg speelt beantwoord.

Ook kan uit het bovenstaande onze mening worden afgeleid met betrekking tot de door dezelfde leden aangehaalde situatie waarin palliatieve zorg het lijden naar het oordeel van de arts zodanig kan voorkomen en verlichten dat dit door de arts als niet ondraaglijk kan worden ingevoeld. De arts moet bij zijn aanbod van palliatieve zorg aangeven hetgeen daarvan redelijkerwijs de effecten zijn. Op deze manier kan hij wellicht de patiënt overtuigen van de aangeboden behandeling gebruik te maken. Wanneer echter de patiënt deze behandeling weigert kan sprake zijn van ondraaglijk lijden. Indien voorts aan alle andere vereisten is voldaan staat deze situatie euthanasie of hulp bij zelfdoding niet in de weg. Het is dus niet zo dat, zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen, in de hier geschetste situatie palliatieve zorg met zich brengt dat geen sprake meer kan zijn van ondraaglijkheid. Wel zijn wij het met deze leden eens dat het lijden niet alleen uitzichtloos maar ook ondraaglijk moet zijn.

(Nadere memorie van antwoord, Eerste Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 26 691,137e, p. 8)

(3) Behandelverbod annex niet reanimeren verklaring

Naam weigeraar behandeling:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil, in het bezit van mijn volle verstand en terdege over de consequenties van een behandelverbod geïnformeerd, verklaar ik het volgende:

1. De onderhavige verklaring is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan aangeven.

2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand van wilsonbekwaamheid kom te verkeren, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling, zoals o.a. toediening van vocht en voedsel, medicijnen waaronder antibiotica, chemotherapie, bestraling, operatie, nierdialyse, reanimatie en sondevoeding, behalve voor die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben. Ik onthoud eveneens uitdrukkelijk toestemming voor opname c.q. verblijf in een verpleeghuis of iets dergelijks ter verdere verzorging.

3. Bij wijze van voorbeeld volgt hieronder een niet limitatieve opsomming van situaties waarin ik, in een toestand van wilsonbekwaamheid waarbij ik zelf mijn wil niet meer kan vormen of uitdrukken, van elke levensverlengende medische handeling wil worden verschoond:

- de situatie waarin bij mij hersenletsel als bijv. coma, verlaagd bewustzijn of afasie dan wel een niet te genezen hersenziekte als bijv. dementie is geconstateerd. Ik herhaal hierbij uitdrukkelijk dat ik een toestand van onomkeerbaar coma, onomkeerbaar verlaagd bewustzijn, afasie of gevorderde dementie als voor mij ontluisterend beschouw; dat wil ik niet door medische behandelingen en/of verblijf in een verpleeginstelling of iets dergelijks laten oprekken. Voor een goed begrip van wat ik als ontluisterend beschouw, merk ik nog op dat daaronder ook uitdrukkelijk een vreedzaam vegeteren valt omdat ik zulks als een griezelige afschaduwing van mijn voormalige zelf ervaar.
- de situatie waarin ik lichamelijk verminkt ben

- de situatie waarin ik zonder aan een medische aandoening te lijden, mijn leven als voltooid ervaar of m.a.w. 'aan het leven lijdt' en ik van die ervaring op enigerlei wijze blijf heb gegeven
- de situatie waarin ik tot het rationeel en gevoelsmatig onderbouwd oordeel ben gekomen dat het leven voor mij niets meer in het vooruitzicht heeft dat ik waard vind om voor door te leven en ik dat oordeel op enigerlei wijze heb geuit
- de situatie waarin een of meerdere van mijn zintuigen zodanig dysfunctioneren dat merkbaar is dat ik niet meer van het leven kan genieten
- de situatie dat een of meerdere dysfunctionerende lichaamsdelen mij in mijn bewegingsvrijheid beperken
- de situatie dat mijn verstandelijke en gevoelsmatige vermogens dysfunctioneren
- de situatie dat ik als gevolg van een ongeneeslijke ziekte lichamelijke pijn lijdt
- de situatie dat ik als gevolg van een ongeneeslijke ziekte psychisch lijdt, angstig of verdrietig ben
- de situatie waarin ik als 'een kasplantje' vegeteer
- de situatie dat ik niet meer in staat ben om zelfstandig in de door mij geprefereerde leefomgeving te wonen. Als 'geprefereerde leefomgeving' is voor mij de blijvende opname in een verpleeghuis o.i.d. uitgesloten: de gezondheidstoestand waarin continue opname c.q. verblijf in een verpleeghuis door lichamelijke en/of geestelijke aftakeling (waaronder incontinentie, nachtelijke onrust, agressiviteit) praktisch gesproken onvermijdelijk is, beschouw ik als voor mij ontluisterend; opname c.q. verblijf in een verpleeghuis ter verdere verzorging op meer dan kortstondige basis zijn voor mij geen reëel behandelingsperspectief
- de situatie dat de hierna genoemde perso(o)n(en) mij ontval(t)(len):
- de situatie dat

4. Ik verzoek mijn gevolmachtigde(n) het ertoe te leiden dat het onderhavig behandelverbod door de betrokken medici wordt nageleefd en ik geef mijn gevolmachtigde(n) hierbij volmacht en toestemming om zo nodig in rechte binnen de grenzen van de wet de naleving van dit behandelverbod af te dwingen.

5. Ik aanvaard het risico dat mijn opvattingen over niet-behandelen en niet-reanimeren na het opstellen van deze verklaring, maar voordat ik deze heb kunnen herroepen of wijzigen, zijn veranderd.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Getekende kopieën van dit formulier zijn bij:

Gevolmachtigde 1:

Gevolmachtigde 2:

Gevolmachtigde 3:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

Dit behandelverbod is gebaseerd op de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst.

Deze verklaring heb ik op datum _____ te _____ besproken met huisarts _____. Deze heeft vastgesteld dat ik ten tijde van deze bespreking wilsbekwaam was ten aanzien van het in deze verklaring opgenomen behandelverbod.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

Herbespreking en actualisering

Ik heb deze verklaring op datum _____ te _____ wederom
besproken met huisarts _____. Ik heb bij deze gelegenheid het

behandelverbod bevestigd. De arts heeft vastgesteld dat ik ten tijde van deze herbespreking wilsbekwaam was ten aanzien van het in deze verklaring opgenomen behandelverbod. Ik vul mijn verklaring als volgt aan c.q. Ik wijzig mijn verklaring als volgt:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Arts:

Huisartsenpraktijk:

(4) Vrijwaringverklaring in geval van levensbeëindiging onder eigen regie

Naam afgever vrijwaringsverklaring:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Het is mijn wil te voorkomen dat ook maar iemand in juridische problemen komt voor het geval zich de situatie voordoet dat ik uit het leven stap. Vandaar dat ik verklaar:

1. dat ik na grondige en zorgvuldige afweging, uit vrije wil en in het bezit van mijn volledige verstandelijke vermogens besloten heb om op eigen initiatief mijn leven te beëindigen
2. dat ik alle voorbereidende en uitvoerende handelingen om mijn zelfdoding te bewerkstelligen, zelf heb verricht
3. dat ik zelf de dodelijke middelen heb aangeschaft
4. dat ik zonder hulp van anderen de dodelijke middelen heb ingenomen
5. dat, voor zover de beëindiging van mijn leven zich niet in eenzaamheid heeft voltrokken, de bij mijn zelfdoding aanwezige perso(o)en op mijn verzoek aanwezig was/waren om mij mentaal en moreel tot steun te zijn
6. dat ik een euthanasieverzoek en een behandelverbod heb opgesteld dat inhoudt dat ik, indien ik bij leven gevonden wordt, geëuthanaseerd wil worden en dat, indien aan die euthanasiewens geen gevolg wordt gegeven, ik niet behandeld of gereanimeerd wil/mag worden tenzij het een behandeling van palliatieve aard betreft om pijn, ongemak en onrust weg te nemen dan wel op palliatieve sedatie betrekking heeft.
7. dat de medicijnmethode dan wel sterven met behulp van een dodelijk gas dan wel de substantie het middel is waarvoor ik gekozen heb om mijn leven te beëindigen
8. dat voorzover mijn keuze op de medicijnmethode is gevallen, ik gebruik heb gemaakt van de volgende middelen in de hieronder aangegeven hoeveelheid:
.....
.....
c.q. van het middel/de middelen waarvan ik de verpakking bij de onderhavige vrijwaringsverklaring heb gelegd
9. dat voorzover mijn keuze op het gebruik van een dodelijk gas gevallen is, mijn keuze op de substantie is gevallen
10. dat ik wat de gebruikte middelen betreft alsook wat betreft de adressen waaruit ik heb gekozen om deze middelen feitelijk te verkrijgen, een eigen keuze heb gemaakt

11. dat niemand anders dan ikzelf op mijn zelfdoding kan worden aangesproken

Plaats:

Datum:

Handtekening:

(5) Laatste wensen en praktische informatie

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Mijn laatste wensen van andere dan medische aard zijn als volgt: