

Vergaderjaar 2023–2024

31 036

Evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Nr. 12

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2024

Op 30 mei 2023 heeft mijn ambtsvoorganger u, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), het rapport doen toekomen van de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) (Kamerstuk 31 036, nr. 10). Daarbij heb ik aangegeven graag samen met de Minister van JenV namens het kabinet te willen reageren op de aanbevelingen die zijn opgenomen in het rapport en daarover met relevante partijen in gesprek te willen gaan. Het streven was aanvankelijk om in het vierde kwartaal van 2023 met een reactie te komen. Het opstellen van een zorgvuldige en afgewogen kabinetsreactie heeft echter meer tijd gevergd, evenals de beantwoording van de eerder door uw Kamer ingediende vragen naar aanleiding van het schriftelijke overleg over de vierde evaluatie van de Wtl waarvan de beantwoording op 15 januari 2024 aan uw Kamer is verzonden.¹

De Minister van JenV en ik hebben met waardering kennisgenomen van het rapport. De wetsevaluatie beslaat de periode 2017–2022 en is uitgevoerd door een multidisciplinair samenwerkingsverband van onderzoekers van het Erasmus MC, de Erasmus Universiteit Rotterdam, Amsterdam UMC en Universitair Medisch Centrum Utrecht. Ik wil de onderzoekers hartelijk danken voor de inzichten die deze vierde evaluatie heeft opgeleverd over het functioneren van de Wtl en de 14 aanbevelingen die zijn gedaan. Deze aanbevelingen zijn gericht aan de medische beroepsgroep, de overheid, de wetgever, belangenorganisaties van burgers en patiënten, het veld, de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en ZonMw (zie bijlage voor een overzicht van alle aanbevelingen).

In deze brief schets ik, mede namens de Minister van JenV, het kabinetsstandpunt ten aanzien van de conclusies en aanbevelingen uit het

¹ Kamerstukken II 2023/24, 31 036, nr. 11.

evaluatierapport waarbij wordt aangegeven welke acties hierop ondernomen zullen worden. Hiermee wordt tevens de toezegging in de beantwoording van de vragen naar aanleiding van het schriftelijke overleg over de vierde evaluatie van de Wtl afgedaan om vragen die een meer fundamenteel karakter hebben dan wel betrekking hebben op de 14 aanbevelingen die in het evaluatierapport zijn gedaan en een uitvoeriger antwoord vergen, in de kabinetsreactie mee te nemen.

Daarnaast doe ik in deze brief de toezegging af die tijdens het Commissiedebat Medische ethiek/Orgaandonatie op 28 juni 2023 (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 238) is gedaan aan het lid Agema om in de kabinetsreactie terug te komen op haar vraag over de toename van versterving (TZ202307-139) en op de toezegging gedaan tijdens het Tweeminuten-debat Medische ethiek/Orgaandonatie aan het lid Paulusma dat de Minister van VWS in gesprek gaat met de RTE en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) over de EuthanasieCode en daarover in het eerste kwartaal van 2024 zal rapporteren (TZ202312-021). Ook informeer ik uw Kamer in deze brief over de opvolging van de motie Paulusma over het verzoek om te onderzoeken hoe de consultatiefunctie door het Expertisecentrum structureel kan worden georganiseerd.²

Leeswijzer

Allereerst wordt in deze kabinetsreactie kort ingegaan op de achtergrond, systematiek en doelstellingen van de Wtl (paragraaf 1) en wordt de doelstelling en opzet van de evaluatie toegelicht (paragraaf 2). Vervolgens worden de belangrijkste conclusies uit de evaluatie samengevat, de bijbehorende aanbevelingen benoemd en vindt u het standpunt van het kabinet hierop. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen algemene conclusies (paragraaf 3); de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde (paragraaf 4 – aanbeveling 1, 2 en 3); de kennis en opvattingen van burgers (paragraaf 5 – aanbeveling 4, 5 en 10); het systeem van de Wtl (paragraaf 6 – aanbeveling 6, 7, 8, 9 en 11); de positie en het functioneren van de RTE (paragraaf 7 – aanbeveling 12 en 13); en de toekomstige regulering van levenseindevragen (paragraaf 8 – aanbeveling 14).

Op bovengenoemde toezeggingen wordt nader ingegaan in paragraaf 4 (TZ202307-139) en paragraaf 6 (TZ202312-021). Op de opvolging van de motie Paulusma wordt nader ingegaan in paragraaf 4.

1. Achtergrond, systematiek en doelstellingen van de Wtl

De Wtl is in 2002 in werking getreden. Met de Wtl is een bijzondere strafuitsluitingsgrond toegevoegd aan de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) op grond waarvan euthanasie en hulp bij zelfdoding niet strafbaar zijn indien uitgevoerd door een arts die heeft voldaan aan de in artikel 2, lid 1 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen én die na afloop van de levensbeëindiging daarvan melding heeft gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer. De gemeentelijke lijkschouwer stuurt de melding en de bijbehorende stukken vervolgens naar één van de vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie die de melding toetst en nagaat of aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts: a) de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt; b) de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt; c) de patiënt heeft

² Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 14.

voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten; d) met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is; e) ten minste één andere, onafhankelijke arts, heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor onder a) tot en met d) genoemde zorgvuldigheidseisen; f) de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd. Is de commissie van oordeel dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, dan eindigt daarmee de procedure. Komt de commissie echter tot het oordeel dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Deze instanties beoordelen welke stappen nodig zijn.

Doelstellingen van de wet zijn het bieden van rechtszekerheid aan artsen die op verzoek van een patiënt levensbeëindiging toepassen of hulp bij zelfdoding verlenen, het bevorderen van de zorgvuldigheid van dergelijk handelen door artsen, het voorzien in een kader waarbinnen artsen daar verantwoording over afleggen en het bevorderen van maatschappelijke transparantie.

2. Doelstelling en opzet van de evaluatie

De algemene doelstelling van deze vierde evaluatie was om te onderzoeken of bovengenoemde doelen van de Wtl worden bereikt. Daartoe is onderzocht hoe de bepalingen van de Wtl worden toegepast, hoe de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde zich ontwikkelt, en in hoeverre zich problemen of knelpunten voordoen in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en de toetsing daarvan. Aangezien volgens de onderzoekers bij deze vierde evaluatie niet een sterk gewijzigd beeld van het bevredigend functioneren van de wet op hoofdlijnen viel te verwachten, hebben de onderzoekers bij deze vierde evaluatie breder gekeken naar het functioneren van de wet, naar de onderstromen in de samenleving en naar de ontwikkelingen in het buitenland en hebben zij vervolgens geschetst welke mogelijke toekomstperspectieven te onderscheiden zijn.

De onderzoekers hebben de algemene vraag- en doelstelling van de evaluatie nader uitgewerkt in een aantal nauw met elkaar samenhangende deelonderzoeken: een juridisch onderzoek, een praktijkonderzoek, een onderzoek naar het functioneren van de RTE, een burgeronderzoek, en, op basis van voornoemde deelonderzoeken, een reflectie op de rol van barmhartigheid en autonomie bij levenseindevraagstukken. Dit laatste in het licht van het feit dat barmhartigheid en autonomie de dragende principes van de Wtl zijn.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit de evaluatie, worden de bijbehorende aanbevelingen benoemd en vindt u het standpunt van het kabinet hierop.

3. Algemene conclusies

Het evaluatierapport geeft een positief beeld van de werking van de wet. De onderzoekers komen tot de conclusie dat de algemene doelstellingen van de Wtl nog steeds (in voldoende mate) worden bereikt. Deze conclusie komt overeen met die van de drie eerder uitgevoerde evaluaties. Dat is een belangrijk gegeven, zeker in het licht van het feit dat de Wtl al ruim twintig jaar bestaat. Desalniettemin blijkt uit het evaluatieonderzoek dat de discussie over verschillende onderdelen van de wet de

afgelopen jaren bepaald niet is afgenomen. Het is dan ook goed dat de onderzoekers breder hebben gekeken naar het functioneren van de Wtl.

Rechtszekerheid

Uit de evaluatie blijkt dat 82% van de Nederlandse artsen bereid is om onder de huidige regulering euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen. Angst voor toetsing en de consequenties daarvan blijkt slechts zelden een reden om een verzoek om levensbeëindiging te weigeren: 4% van de artsen gaf dit als reden aan om een verzoek om euthanasie te weigeren. Volgens de onderzoekers lijken artsen daarmee over het algemeen voldoende rechtszekerheid te ervaren bij hun levensbeëindigend handelen op verzoek.

Zoals ik in de beantwoording van de vragen naar aanleiding van het schriftelijke overleg over de vierde evaluatie van de Wtl heb aangegeven, laten genoemde uitkomsten zien dat voor het overgrote deel van de bevroegde artsen de werking van het systeem voorspelbaar is. In zoverre kan de vraag of de doelstelling van rechtszekerheid wordt bereikt in het licht van het zeer hoge percentage van 82% inderdaad positief worden beantwoord. In de vierde evaluatie is aan de bevroegde artsen echter niet de expliciete vraag voorgelegd hoe de rechtszekerheid door hen wordt *ervaren*. Om hier beter zicht op te krijgen wordt bij het verstrekken van de opdracht voor het uitvoeren van de volgende evaluatie van de Wtl bekeken op welke wijze hier expliciet aandacht aan kan worden besteed.³

Het borgen van de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen

De onderzoekers geven aan dat de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen door artsen binnen de huidige wettelijke kaders vrijwel altijd op orde is, gezien het zeer beperkte aantal gevallen waarbij de RTE heeft geoordeeld dat de arts «niet conform de zorgvuldigheidseisen» heeft gehandeld: in de periode 2017–2022 ging het om 44 zaken op een totaal van 42.396 meldingen. Evenals in de vorige evaluatieonderzoeken gaat het dus om een heel klein deel van het totaal aantal meldingen dat door de RTE wordt ontvangen en beoordeeld/getoetst.⁴ Wat in dit evaluatieonderzoek wel een ander beeld oplevert dan de voorgaande onderzoeken is dat het aantal oordelen waarin de RTE tot het oordeel kwam dat niet overeenkomstig een van de *substantiële* zorgvuldigheidseisen is gehandeld, deze onderzoeksperiode relatief hoog is. Dat geldt met name voor de eis met betrekking tot het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (14 van de 44 oordelen), maar ook voor de eis met betrekking tot het vrijwillig en weloverwogen verzoek (10 van de 44 oordelen).⁵

Naar aanleiding van de geconstateerde kwaliteit en zorgvuldigheid van het handelen van artsen in de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek, doen de onderzoekers de aanbeveling om te onderzoeken of de structuur van de artikelen 293 en 294 lid 2 Sr zodanig kan worden gewijzigd dat een arts geacht wordt rechtmatig te hebben gehandeld, en pas de status van verdachte krijgt als nader onderzoek door het OM van

³ Kamerstukken II 2023/24, 31 036, nr. 11.

⁴ Zie in dit kader ook het voorwoord van de coördinerend voorzitter van de RTE in het jaarverslag 2022: «In deze twintig jaar zijn 91.565 meldingen van euthanasie door de RTE getoetst. Hiervan voldeden er 133 niet aan de wettelijke criteria. In één geval is tot strafrechtelijke vervolging overgegaan. Ik meen aan deze cijfers de voorzichtige conclusie te mogen verbinden dat de Wtl en in haar kielzog de RTE hebben gerealiseerd wat was beoogd: een zorgvuldige en transparante uitvoeringspraktijk van euthanasie in Nederland.»

⁵ De substantiële zorgvuldigheidseisen zijn blijkens de OM Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek de eis dat – naar de overtuiging van de arts – het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en de eis dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

de eerder door de RTE beoordeelde melding daar aanleiding toe geeft, wat gezien zou kunnen worden als erkenning en waardering van de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen door artsen. In paragraaf 6 zal nader op deze aanbeveling (aanbeveling 6) in worden gegaan.

Verantwoordingskader voor artsen

Dat de Wtl een adequaat kader biedt aan artsen om verantwoording af te leggen over hun levensbeëindigend handelen op verzoek blijkt volgens de onderzoekers onder meer uit het meldingspercentage dat in 2021 83% betrof.⁶ Dat is vergelijkbaar met meldingspercentages uit eerdere onderzoeksjaren. Niet-melden betreft vooral handelingen die door de arts zelf niet als levensbeëindiging worden gekwalificeerd en onderdeel uitmaken van het zogeheten «grijze gebied» tussen levensbeëindiging enerzijds en intensieve pijn- en/of symptoombestrijding anderzijds. In paragraaf 6 zal daarop in het kader van de aanbeveling die is gedaan ten aanzien van het systeem van de Wtl met als doel dit «grijze gebied» te verkleinen (aanbeveling 8), nader in worden gegaan.

De aanpassingen die de RTE na de derde wetsevaluatie heeft aangebracht in haar werkwijze, zoals het doorvoeren van een efficiëntere beoordelingsprocedure, aanpassingen in de uitgeschreven oordelen, en de instelling van een reflectiekamer, hebben volgens de onderzoekers bijgedragen aan een adequaat verantwoordingskader. De onderzoekers plaatsen wel de kanttekening of het huidige systeem van toetsing – waarbij de RTE *elke* melding van euthanasie beoordeelt terwijl het overgrote deel van de meldingen als «niet vragen oproepend» (NVO) wordt aangemerkt – in het licht van het stijgende aantal jaarlijkse meldingen nog steeds houdbaar en doelmatig is, mede gelet op de stabiliteit en de kwaliteit van de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek.

Bevorderen van maatschappelijke transparantie

De onderzoekers geven aan dat de RTE in haar jaarverslagen verslag doet van haar werkzaamheden, daarmee verantwoording aflegt aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud heeft gegeven aan haar wettelijke taak en invulling geeft aan het doel van maatschappelijke transparantie. Ook de (vernieuwde) website van de RTE waarop geanonimiseerde oordelen worden gepubliceerd en de achtereenvolgende versies van de EuthanasieCode⁷ dragen volgens de onderzoekers hieraan bij. Op de rol die de RTE heeft bij het toepassen en interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, de wijze waarop de RTE daar invulling aan geeft en de ontwikkelingen die zich voordoen met betrekking tot de interpretatie, wordt teruggekomen in paragraaf 6 in de kabinetsreactie op aanbeveling 9.

⁶ Op basis van het vijfjaarlijkse sterfgevallenonderzoek, dat onderdeel uitmaakt van de wetsevaluatie, kan het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding worden geschat. Dit aantal wordt afgezet tegen het aantal gevallen van levensbeëindigend handelen op verzoek dat door een arts bij de RTE wordt gemeld.

⁷ Zie: Euthanasiecode 2022 | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (euthanasiecommissie.nl)

4. De praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde

De stijgende frequentie van euthanasie

De onderzoekers geven aan dat het sterfgevallenonderzoek 2021 laat zien dat de (geschatte) frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie in de onderzoeksperiode is blijven stijgen.⁸ De frequentie van euthanasie als percentage van alle sterfgevallen is wederom gestegen sinds de vorige wetsevaluatie, van 4,5% in 2015 tot 5,3% in 2021, terwijl de frequentie van hulp bij zelfdoding hetzelfde is gebleven (0,1%). Het percentage *verzoeken* dat daadwerkelijk tot euthanasie leidde is gestegen, van 55% in 2015 tot 67% in 2021. De onderzoekers geven aan dat niet duidelijk is wat ten grondslag ligt aan deze stijging; wel is duidelijk dat er geen grote verschillen zijn tussen 2021 en 2015 in kenmerken van wel en niet ingewilligde verzoeken. De belangrijkste verklaring van de stijgende frequentie van euthanasie is volgens de onderzoekers waarschijnlijk gelegen in een toenemende vraag, ook van mensen die nog niet in de allerlaatste fase van hun leven zijn.

De onderzoekers geven verder aan dat het aantal *meldingen* van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de onderzoeksperiode van 2017 tot 2022 aanvankelijk afnam, maar na 2018 weer steeg. Uiteindelijk steeg het aantal meldingen van 6.585 in 2017 tot 8.720 in 2022, een stijging van 32,4% in een periode van vijf jaar. Uitgedrukt als percentage van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland is het beeld volgens de onderzoekers wat wisselend: de jaarlijkse stijging tot 2017 van het aantal euthanasie-meldingen als percentage van het totaal aantal sterfgevallen heeft zich in de huidige onderzoeksperiode aanvankelijk niet voortgezet, maar in de jaren 2021 (4,5%) en 2022 (5,1%) was wel weer sprake van een duidelijke stijging. De totale stijging in het relatieve aantal meldingen in de periode 2017–2022 was daarmee 17%.

Uit de recente jaarcijfers van de RTE blijkt dat er in 2023 wederom sprake was van een stijging van het aantal euthanasiemeldingen, namelijk van 4%, een minder sterke toename dan in 2022 (toen was sprake van een stijging van 13,75%). Ook het percentage euthanasiemeldingen op het totaal aantal sterfgevallen in 2023 laat een lichte toename zien en behelst 5,4% (in 2022 5,1%). Het kabinet zal uitvoering geven aan de motie Bikker c.s. die de regering verzoekt opdracht te geven voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen.⁹ Hiertoe zal via ZonMw een opdracht worden verstrekt tot het uitvoeren van een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen. Hierover heb ik u onlangs in een aparte Kamerbrief geïnformeerd.¹⁰ Met het onderzoek wordt beoogd de oorzaken voor de stijging van het aantal euthanasiegevallen breed te inventariseren en te duiden. Het kabinet kijkt met belangstelling uit naar de uitkomsten van dit wetenschappelijke onderzoek.

⁸ In het sterfgevallenonderzoek is de frequentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding bepaald op grond van informatie over het feitelijke handelen van de arts, de intentie die de arts daarbij had, en het door de arts veronderstelde effect van dat handelen.

⁹ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 71.

¹⁰ Kamerstukken II 2023/24, 32 647, nr. 105.

Ontwikkelingen palliatieve sedatie

Volgens de richtlijn van de KNMG/IKNL is palliatieve sedatie het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase, met als doel om het lijden te verlichten.¹¹ Het is daarbij niet de bedoeling om het levenseinde te bespoedigen. Voorwaarde voor de toepassing van palliatieve sedatie is dat de patiënt een maximale levensverwachting van twee weken heeft.

Op basis van het sterfgevallenonderzoek constateren de onderzoekers dat er in 2021 opnieuw sprake was van een sterke stijging van het percentage sterfgevallen waarbij palliatieve sedatie was toegepast: het betrof 23% van alle sterfgevallen (2015: 18%; 2010: 12%; 2005: 8%).

De stijgende frequentie van palliatieve sedatie was geen specifiek aandachtspunt binnen de vierde wetsevaluatie. In de periode 2018–2022 is daar in het kader van het ZonMw-programma *Palliantie. Meer dan Zorg* namelijk onderzoek naar uitgevoerd.¹² Hieruit is gebleken dat palliatieve sedatie tegenwoordig meer wordt gezien als normaal onderdeel van palliatieve zorg. Meer dan voorheen wegen psychosociale en existentiële symptomen mee in de beslissing om sedatie te starten. Bovendien beschouwen zorgprofessionals een combinatie van zowel lichamelijke als andere symptomen eerder als onbehandelbaar (refractair).

Kennis en ervaringen van artsen

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat de bereidheid van artsen om euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen aan patiënten met complexe aandoeningen zoals dementie, een psychische stoornis of een stapeling van ouderdomsaandoeningen minder groot is dan in het geval van patiënten met kanker of een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening. Overigens is het percentage artsen dat het denkbaar vond in de toekomst euthanasie uit te voeren bij patiënten met beginnende en gevorderde dementie vergeleken met eerdere jaren toegenomen. Ook bij patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen ligt het percentage artsen dat aangaf het denkbaar te vinden euthanasie uit te voeren in 2022 hoger (41%) dan in 2016 (23%). In het geval van complexe casuïstiek zijn de meeste artsen wel bereid om de patiënt desgewenst te verwijzen, bijvoorbeeld naar Expertisecentrum Euthanasie, of om de hulp van Expertisecentrum Euthanasie in te roepen bij de eigen beslissing. De onderzoekers doen de aanbeveling om meer mogelijkheden te organiseren voor artsen om van deskundige collega's advies en steun te krijgen bij besluitvorming over complexe verzoeken, ook al omdat doorverwijzing naar Expertisecentrum Euthanasie niet altijd een oplossing kan zijn (aanbeveling 1).

Verder concluderen de onderzoekers dat hulp bij zelfdoding nog steeds een variant van levensbeëindiging is waarmee de meeste artsen weinig of geen ervaring hebben. De onderzoekers bevelen dan ook aan om artsen te informeren over praktische aspecten van hulp bij zelfdoding, om te voorkomen dat zij deze mogelijkheid door gebrek aan kennis niet bespreken met patiënten voor wie het een optie zou kunnen zijn (aanbeveling 2).

Het kabinet ziet ook dat bij complexe casuïstiek artsen terughoudend zijn om euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen. Dit leidt er onder meer toe dat mensen met een psychische stoornis en een euthana-

¹¹ Zie: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie>.

¹² Zie: Palliatieve Sedatie: waarom is er toename? | ZonMw Projects.

sieverzoek die worden doorverwezen naar Expertisecentrum Euthanasie geconfronteerd worden met een lange wachtlijst. Uw Kamer heeft hier ook meerdere malen aandacht voor gevraagd. Het landelijk expertisenetwerk ThaNet (gefinancierd door het Ministerie van VWS) zet zich in voor het bevorderen van de beschikbaarheid van passende zorg aan mensen met psychisch lijden door de deskundigheid van psychiaters en andere artsen/ggz-behandelaren te vergroten en daarmee het doorverwijzen naar Expertisecentrum Euthanasie terug te dringen.

In haar reactie op de vierde wetsevaluatie wijst de KNMG er op dat het zorgvuldig beoordelen van een euthanasieverzoek voor artsen intensief, tijdrovend en emotioneel belastend is. Dit geldt te meer als het gaat om euthanasieverzoeken waar de meeste artsen weinig ervaring mee hebben, zoals bij patiënten met gevorderde dementie of een psychische stoornis. In deze situaties zijn met name het beoordelen van de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid van het lijden factoren die het proces van euthanasie extra ingewikkeld maken. Gelet daarop is het dan ook begrijpelijk dat artsen complexe euthanasieverzoeken soms verwijzen naar Expertisecentrum Euthanasie.

Voor artsen bestaan verschillende mogelijkheden om steun en advies te krijgen bij levenseindevraagstukken. Informatie over hoe om te gaan met complexe euthanasieverzoeken is onder meer beschikbaar in diverse richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder die van de KNMG. Daarnaast zijn via de KNMG SCEN-artsen¹³ beschikbaar om advies en steun te geven als artsen daar in het kader van een voor hen complex verzoek behoefte aan hebben. Daarvan wordt volgens de onderzoekers echter beperkt gebruik gemaakt. Daarnaast wijst de KNMG er op dat SCEN-artsen opgeleid zijn om generiek te kunnen consulteren en adviseren en dat een SCEN-arts vaak pas in beeld komt in de consultatiefase. De KNMG wijst er terecht op dat in geval van complexe problematiek vaak aanvullende specifieke expertise nodig is en ook eerder al, namelijk in de beoordelingsfase van het euthanasieverzoek. In de praktijk vervullen consulteren van Expertisecentrum Euthanasie een belangrijke rol in de ondersteuning van artsen, met name bij complexe verzoeken waarbij consulteren een consultvragend arts desgewenst bij het gehele euthanasietraject kunnen begeleiden.

Het kabinet onderschrijft het belang van de beschikbaarheid van adequate advisering en ondersteuning voor artsen bij complexe verzoeken. Het kabinet ziet daarbij allereerst een rol weggelegd voor de SCEN-artsen. De KNMG onderzoekt momenteel hoe de steunfunctie door SCEN-artsen, met name bij complexe problematiek, verder kan worden uitgebreid. Daarnaast is de motie Paulusma relevant.¹⁴ Deze motie verzoekt de regering om kennis en expertise te bevorderen bij zorgprofessionals door te onderzoeken hoe de consultatiefunctie door Expertisecentrum Euthanasie structureel kan worden georganiseerd. In het Commissiedebat Medische ethiek/Orgaandonatie van 28 juni 2023 heeft het lid Paulusma aangegeven zich zorgen te maken om de financiële kwetsbaarheid van deze functie, omdat deze volledig afhankelijk is van donaties.¹⁵ Het kabinet constateert dat Expertisecentrum Euthanasie met de consultatiefunctie in een duidelijke behoefte voorziet. De meest geëigende vorm van financiering van de consultatiefunctie van Expertisecentrum Euthanasie is via de Zorgverzekeringswet. Expertisecentrum Euthanasie heeft dan ook zelf de mogelijkheden hiertoe aangekaart bij Zorgverzekeraars Nederland

¹³ SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland.

¹⁴ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 14.

¹⁵ De consultant Euthanasie wordt (financieel) mogelijk gemaakt door de Vrienden van Expertisecentrum Euthanasie.

(ZN) en vier grote zorgverzekeraars. Gebleken is dat dit bij ZN niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Met de vier grote zorgverzekeraars is Expertisecentrum Euthanasie nog in gesprek. Er is dan ook onderzocht in hoeverre de consultatiefunctie bij Expertisecentrum Euthanasie binnen de staatsteunrechtelijke kaders door het Ministerie van VWS structureel kan worden ondersteund. Subsidie aan Expertisecentrum Euthanasie levert namelijk staatssteun op. Door middel van het vestigen van een zogenaamde Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB) zou subsidie op rechtmatige wijze aan Expertisecentrum Euthanasie kunnen worden verleend. Over de haalbaarheid van het vestigen van een DAEB zal overigens pas duidelijkheid kunnen worden verkregen op het moment dat de subsidieaanvraag is ingediend en zal afhangen van de dan bestaande situatie. Gezien de demissionaire status van het kabinet is het aan een volgend kabinet om te bepalen of het wenselijk is om de consultatiefunctie van Expertisecentrum Euthanasie door middel van subsidie structureel te organiseren.

Ten aanzien van aanbeveling 2 over de kennis bij artsen over de praktische aspecten van hulp bij zelfdoding geeft de KNMG in haar reactie op de vierde wetsevaluatie aan dat er geen aanwijzingen zijn dat artsen te weinig kennis zouden hebben van hulp bij zelfdoding als methode om levensbeëindiging uit te voeren. Ook de evaluatie zelf geeft geen aanwijzingen dat artsen deze mogelijkheid te weinig zouden bespreken. In de in 2021 herziene Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van de KNMG/KNMP en in andere KNMG-documenten wordt niet langer een voorkeur uitgesproken voor een bepaalde methode. Volgens de KNMG is het ook niet zo dat hulp bij zelfdoding meer recht zou doen aan de zelfbeschikking van de patiënt dan levensbeëindiging op verzoek via de intraveneuze methode. Bij beide methodes moet er immers sprake zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf. De KNMG acht het dan ook niet nodig of wenselijk om meer aandacht te vragen voor de methode van hulp bij zelfdoding, omdat daarmee een voorkeur voor een bepaalde methode zou worden uitgesproken.

Druk op artsen

Uit het vragenlijstonderzoek onder artsen blijkt dat een aanzienlijke minderheid zich wel eens onder druk gezet voelt bij de besluitvorming over een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het gaat dan om druk van de patiënt en/of naasten om tot de uitvoering van levensbeëindiging te besluiten, of om spoedig tot uitvoering over te gaan. Een derde van de artsen ervaart daarnaast ook maatschappelijke druk om euthanasie uit te voeren. De onderzoekers bevelen aan om te onderzoeken hoe artsen omgaan met druk van patiënten, familie en vanuit de maatschappij bij hun besluitvorming over verzoeken om hulp bij levensbeëindiging, bijvoorbeeld in toekomstige wetsevaluaties (aanbeveling 3).

Het kabinet acht het onwenselijk dat artsen regelmatig onder druk worden gezet. In de samenleving bestaat soms het misverstand dat euthanasie een recht is. Ook leeft bij sommigen het misverstand dat met het opstellen van een schriftelijk euthanasieverzoek de euthanasie «geregeld» is. Dit leidt regelmatig tot spanningen tussen artsen en patiënten en hun naasten, met name in een situatie van (ver)gevorderde dementie. Overigens ervaren zorgprofessionals over de jaren heen ook een toegenomen druk om te starten met palliatieve sedatie (onder andere vanwege onduidelijkheid over de medische voorwaarden die gelden voor palliatieve sedatie). Het kabinet vindt het daarom belangrijk dat met

publieksvoorlichting vanuit de overheid¹⁶ en met voorlichting door artsen¹⁷ de mogelijkheden en onmogelijkheden ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding, het belang van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring en de beperkingen van zo'n verklaring duidelijk worden gemaakt (zie ook de opvolging van aanbeveling 10). Hiermee kan worden bijgedragen aan realistische verwachtingen bij patiënten en hun naasten. Verder wil het kabinet in de volgende wetsevaluatie extra aandacht laten besteden aan dit vraagstuk, door te laten onderzoeken hoe artsen omgaan met druk.

Versterving

In het Commissiedebat Medische ethiek/Orgaandonatie van 28 juni 2023 heeft mijn ambtsvoorganger aan het lid Agema toegezegd terug te komen op de vraag of de toename van het aantal mensen dat kiest voor versterving wordt veroorzaakt door euthanasiewetgeving die tekort zou schieten. Uit onderzoek, waarnaar wordt verwezen in de KNMG-handreiking *Zorg voor mensen die stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*, komt naar voren dat naar schatting bij 0,5 tot 1,7% van alle sterfgevallen in Nederland mensen bewust stopten met eten en drinken.¹⁸ Het is niet bekend of er op dit moment een ontwikkeling is in het aantal mensen dat hierdoor overlijdt en of dit aantal toeneemt. Uit twee (andere) onderzoeken die in de genoemde KNMG-handreiking worden aangehaald, blijkt dat er in respectievelijk 19 en 45% van de gevallen waarin mensen bewust stoppen met eten en drinken sprake is van een afgewezen of niet uitgevoerd euthanasieverzoek. Het kan dus zo zijn dat iemands euthanasieverzoek wordt afgewezen omdat niet wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl en dat deze persoon er vervolgens voor kiest om bewust te stoppen met eten en drinken om zo het levenseinde te bespoedigen. Er is dan echter geen sprake van tekortschietende euthanasiewetgeving.

5. Kennis en opvattingen van burgers

De onderzoekers concluderen dat Nederlandse burgers in algemene zin redelijk goed op de hoogte zijn van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Wel bestaan er misverstanden over complexere situaties, zoals de mogelijkheden van levensbeëindiging op grond van een wilsverklaring en bij personen met een psychische stoornis. Daarnaast blijkt dat burgers hulp bij zelfdoding veelal associëren met een situatie waarin patiënten zelfstandig en zonder begeleiding illegaal verkregen middelen innemen. Dat de Wtl ook hulp bij zelfdoding als handeling van de patiënt met begeleiding van een arts reguleert, is voor veel burgers onbekend. Verder bleek uit het onderzoek dat veel mensen wel eens hebben nagedacht over medische beslissingen rond het levenseinde, maar dat veel minder mensen hun wensen en verwachtingen ook daadwerkelijk bespreken met een arts of vastleggen. De onderzoekers bevelen dan ook aan om te blijven inzetten op voorlichting aan burgers over de mogelijkheden en onmogelijkheden van euthanasie én hulp bij zelfdoding in Nederland en over het nut van «tijdig spreken over het levenseinde» met naasten en zorgverleners, en daarbij ook aandacht te hebben voor de verschillende achtergronden van burgers (aanbeveling 4 en 5).

¹⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie>.

¹⁷ Zie bijvoorbeeld de KNMG-handreiking *Tijdig praten over het levenseinde*.

¹⁸ <https://www.knmg.nl/download/handreiking-zorg-voor-mensen-die-stoppen-met-eten-en-drinken-om-het-levenseinde-te-bespoedigen-1>

Het kabinet vindt het belangrijk dat met publieksvoorlichting vanuit de overheid en met voorlichting door artsen de mogelijkheden en onmogelijkheden ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding en het nut van «tijdig spreken over het levenseinde» met naasten en zorgverleners duidelijk worden gemaakt. Het is van groot belang dat patiënten goed worden voorgelicht over het levenseinde, de verschillende mogelijkheden die er zijn en bijvoorbeeld het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Daarnaast is het wenselijk dat artsen en patiënten daar samen tijdig gesprekken over voeren. Het is daarbij belangrijk om te realiseren dat mensen verschillende opvattingen kunnen hebben over het levenseinde, die mede bepaald worden door hun culturele en religieuze achtergrond. Met een toenemende diversiteit van de samenleving wordt het daarom steeds belangrijker dat (publieks)voorlichting cultuursensitief is ingericht waarbij rekening wordt gehouden met de verschillen tussen mensen.

De KNMG heeft, samen met de Patiëntenfederatie Nederland, de afgelopen jaren al diverse handreikingen ontwikkeld, gericht op artsen en patiënten.¹⁹ De KNMG zal, samen met de Patiëntenfederatie, daar blijvend aandacht op vestigen. Ook vanuit de overheid is de voorlichting en informatievoorziening over het levenseinde en euthanasie in de afgelopen jaren geïntensiveerd. Zo is een centraal informatiepunt ingericht op rijksoverheid.nl met begrijpelijke en volledige informatie.²⁰ Het vorige kabinet heeft een maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase gefaciliteerd over «het waardig ouder worden, de reikwijdte en toepassing van de huidige euthanasiewetgeving en het onderwerp voltooid leven». Uit eerdere bijeenkomsten, onderzoeken, adviezen en gesprekken met veldpartijen is duidelijk geworden dat veel instrumenten om het tijdige gesprek over het levenseinde te stimuleren al beschikbaar zijn en dat bij patiënten en huisartsen weinig drempels worden ervaren om het gesprek te voeren. Het kabinet zal in samenspraak met beroeps- en belangenorganisaties kijken hoe deze voorlichting nog beter kan en meer rekening kan worden gehouden met de verschillende achtergronden van burgers.

Wat de voorlichting over de schriftelijke wilsverklaring betreft, wijzen de onderzoekers er op dat uit het burgeronderzoek is gebleken dat – ondanks allerlei inspanningen door de jaren heen, waaronder de publicatie in 2015 van een Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek – onder burgers nog steeds allerlei onduidelijkheden bestaan over de schriftelijke wilsverklaring als bedoeld in artikel 2, tweede lid Wtl. Die onduidelijkheid betreft zowel de specifieke betekenis van de wilsverklaring binnen het stelsel van de Wtl als de vraag waaraan een door een patiënt op te stellen wilsverklaring inhoudelijk moet voldoen. De onderzoekers doen dan ook de aanbeveling om in samenspraak met maatschappelijke organisaties te voorzien in voorlichting aan burgers over het belang van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring, over het belang van het regelmatig actualiseren en herbevestigen van deze verklaring en over de beperkingen van een dergelijke verklaring. Ook wordt aanbevolen te voorzien in mogelijkheden voor burgers om desgewenst ondersteuning te krijgen bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring (aanbeveling 10).

Het kabinet onderschrijft het belang van goede voorlichting over de schriftelijke wilsverklaring en zal dan ook met relevante patiënten- en belangenorganisaties, waaronder de Patiëntenfederatie en Alzheimer Nederland, in overleg treden hoe de bestaande voorlichting en onder-

¹⁹ Zie bijvoorbeeld de *KNMG-handreiking Tijdig praten over het levenseinde* (bedoeld voor artsen) en de publieksbrochure *Praat op tijd over je levenseinde* van Patiëntenfederatie Nederland.

²⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie>.

steuning met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring kan worden verbeterd. Ook zal bekeken worden hoe de voorlichting op rijkoverheid.nl verbeterd kan worden en op welke wijze de schriftelijke wilsverklaring in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II een nadrukkelijke(r) plek kan krijgen.

6. Het systeem van de Wtl

De grondslag van het onderzoek naar levensbeëindiging door de arts

De onderzoekers doen de aanbeveling om de mogelijkheid te onderzoeken om de structuur van de artikelen 293 en 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) zodanig te wijzigen dat een meldende arts vermoed wordt rechtmatig te hebben gehandeld, tenzij nader onderzoek door het OM aanleiding geeft hem als verdachte aan te merken (aanbeveling 6). Volgens de onderzoekers ligt hier onder meer een mogelijkheid om de dreiging van strafrecht en strafvervolgning (verder) te reduceren. Zij wijzen daarbij op het voorbeeld van de gewijzigde wettelijke regeling van geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar. Volgens de onderzoekers gaat het bij levensbeëindiging door de arts net als bij geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar om de beoordeling van de rechtmatigheid van optreden in het beroep, naar de regels die voor die beroepsuitoefening gelden.²¹

Het kabinet heeft, in lijn met aanbeveling 6, onderzocht of de noodzaak bestaat om de structuur van de artikelen 293 en 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) te wijzigen en wat de gevolgen zouden zijn indien een wijziging van de huidige structuur zou worden doorgevoerd. Dit wordt hieronder uiteengezet.

Noodzaak

Het is juist dat, zoals de onderzoekers opmerken, het wettelijk systeem nu niet uitgaat van de premisse van rechtmatig handelen. De wijze waarop het OM nu omgaat met de ontvangen oordelen «onzorgvuldig» sluit echter al aan op de wijze die de onderzoekers voor ogen hebben. Gelet op het vervolgingsmonopolie kan in euthanasiezaken alleen het OM mensen aanmerken als verdachte. Het OM doet dat in de regel pas als uit een vooronderzoek – het onderzoek waarin het oordeel van de RTE wordt bestudeerd – blijkt dat daartoe voldoende aanleiding bestaat. Het is dus niet zo dat een arts standaard aangemerkt wordt als verdachte op het moment dat een arts melding heeft gedaan bij de RTE van een levensbeëindiging op verzoek.

Dat een arts niet in alle gevallen waarin het OM een RTE-oordeel «onzorgvuldig» ontvangt als verdachte wordt aangemerkt, volgt uit de wijze waarop het OM de RTE-oordelen «onzorgvuldig» beoordeelt met het oog op de te nemen afdoeningsbeslissing. Die wijze is neergelegd in de *Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*. Deze Aanwijzing maakt onderscheid tussen schendingen van «substantiële en niet-substantiële» zorgvuldigheidseisen. Wanneer het OM, op basis van het vooronderzoek, van oordeel is dat een substantiële eis geschonden is, omdat bijvoorbeeld de arts niet overtuigd kon zijn van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het euthanasieverzoek, wordt doorgaans een vervolgonderzoek gestart. Pas in dat stadium wordt de arts aangemerkt als «verdachte». In de overige gevallen, waarin geen sprake is van een schending van een

²¹ ZonMw (2023), Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, p. 45–46.

substantiële eis, is dit zelden het geval. Een voorbeeld van de laatste categorie is de situatie dat de arts de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding niet volledig heeft nageleefd. Indien er geen redenen zijn om aan te nemen dat formele gebreken de beoordeling van het euthanasieverzoek door de arts raken, sponoreert het OM de zaak. In die zaken wordt geen vervolgonderzoek gedaan en wordt de arts door het OM ook niet aangemerkt als verdachte ter zake van artikel 293 of 294 lid 2 Sr.

Omdat de praktijk dus uitwijst dat een arts pas de status van verdachte krijgt als een strafrechtelijk vervolgonderzoek wordt gestart, ontbreekt om deze reden de noodzaak om artikelen 293 en 294 lid 2 Sr aan te passen.

Daarnaast ontbreekt de noodzaak voor een wijziging van het Wetboek van Strafrecht met als beoogd effect het (verder) reduceren van de dreiging van strafrecht en strafvervolgning aangezien de onderzoekers concluderen dat de angst voor toetsing en de consequenties daarvan slechts zelden een reden is om een verzoek om levensbeëindiging te weigeren: slechts 4% van de bevraagde artsen heeft aangegeven een euthanasieverzoek om die reden te hebben geweigerd. Artsen lijken daarmee over het algemeen voldoende rechtszekerheid te ervaren bij levensbeëindiging op verzoek.²² Daardoor ontbreekt ook de praktische noodzaak om de huidige structuur van de artikelen 293 en 294 lid 2 Sr te wijzigen.

Wat de vergelijking met de regeling van geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar betreft, is van belang dat er een relevant verschil is met levensbeëindiging door een arts. Een arts is namelijk niet verplicht om een verzoek tot levensbeëindiging in te willigen, terwijl een opsporingsambtenaar als handhaver van de rechtsorde soms geweld *moet* gebruiken wanneer de noodzaak hiertoe bestaat.²³ Levensbeëindiging door een arts is, anders dan geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar, niet inherent aan diens normale beroepsuitoefening, maar een bijzondere medische handeling. Geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar is daarmee een bijzondere categorie die een afzonderlijk strafrechtelijk regime rechtvaardigt.

Gevolgen

Het is allereerst van belang om er op te wijzen dat bij de totstandkoming van de Wtl uitvoerig is gedebatteerd over de verenigbaarheid van de Wtl met artikel 2 EVRM (het recht op leven). Op grond van dat verdragsartikel rust op de Staat de verplichting om het leven van diegenen die onder zijn rechtsmacht vallen te beschermen. Uit de rechtspraak van het EHRM kan worden afgeleid dat de Staat op grond van dit verdragsartikel de verplichting heeft om kwetsbare personen te beschermen, ook tegen zichzelf. Dat is alleen anders als iemand vrijwillig voor het eigen levens-einde kiest en zich bewust is van de gevolgen van zijn of haar besluit.²⁴ Bij de parlementaire behandeling van de Wtl hebben onze ambtsvoorgangers dan ook benadrukt dat het recht op leven tot de meest fundamentele mensenrechten behoort en dat de beschermwaardigheid van het

²² ZonMw (2023), Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, p. 287.

²³ De regeling van geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar heeft als achtergrond dat een opsporingsambtenaar niet slechts bevoegd is om geweld te gebruiken in de uitoefening van zijn maatschappelijke taak, maar dat van hem wordt verwacht dat hij dit als handhaver van de rechtsorde ook daadwerkelijk doet wanneer de noodzaak hiertoe bestaat. Waar een ander in gevaarlijke situaties kan terugtreden om te voorkomen dat hij geweld zal moeten gebruiken om zichzelf te verdedigen, is geweldgebruik juist inherent aan de functie van opsporingsambtenaar. Zie: Kamerstukken II 2016/17, 34 641, nr. 3, p. 5–6.

²⁴ Zie bijv. EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07, NJ 2012, 647 (m.nt. Legemaate) (Haas/Zwitserland).

menselijk leven mede ten grondslag ligt aan de Wtl. Daarom is indertijd gekozen voor de huidige redactie van de artikelen 293 en 294 lid 2 Sr, die inhouden dat levensbeëindiging op verzoek respectievelijk hulp bij zelfdoding strafbaar zijn in combinatie met een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor de arts die voldoet aan de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl.²⁵ Gelet op het fundamentele karakter van het recht op leven hecht het kabinet eraan om aan deze constructie vast te houden.

Daarnaast kan een wijziging van de structuur waarbij de rechtmatigheid van handelen door de arts het uitgangspunt is tot gevolg hebben dat euthanasie, nog meer dan nu het geval is, als «recht» wordt gezien en daarmee ook als «recht» worden geclaimd. Zoals in paragraaf 4 van deze brief is aangegeven, blijkt uit het vragenlijstonderzoek onder artsen dat een aanzienlijke minderheid zich wel eens onder druk gezet voelt bij de besluitvorming over een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het gaat dan niet alleen om druk van de patiënt en/of naasten, maar ook om maatschappelijke druk. Indien euthanasie als «recht» wordt gezien is de kans groot dat de druk op artsen alleen maar zal toenemen. Zoals de KNMG in haar reactie op de vierde wetsevaluatie aangeeft, is het dan ook van belang dat euthanasie bijzonder medisch handelen blijft waartoe de arts nooit verplicht is. Vergroting van de druk op artsen om euthanasie uit te voeren is onwenselijk.

Het schenden van de zorgvuldigheidseisen als apart misdrijf

De onderzoekers doen verder de aanbeveling om de relatie tussen het Wetboek van Strafrecht en de Wtl zo in te richten dat het schenden van de zorgvuldigheidseisen een apart misdrijf wordt (aanbeveling 7). Volgens de onderzoekers is het voordeel hiervan dat de afzonderlijke strafbaarstelling ziet op het verwijt van het niet in acht nemen van die vereisten en niet inhoudt het verwijt van een levensdelict, zoals thans in artikel 293 Sr het geval is. Zij geven daarbij in overweging om te differentiëren tussen zorgvuldigheidseisen die strafrechtelijk meer of minder relevant zijn.

Met de huidige strafbaarstelling wordt tot uitdrukking gebracht dat het fundamenteel mensenrechtelijk karakter van het recht op leven (art. 2 EVRM) ten grondslag ligt aan de Wtl. Het loslaten van de koppeling tussen schending van de zorgvuldigheidseisen en de strafbaarstelling van een levensdelict, zoals in de artikelen 293 en 294 lid 2 Sr, is met dit uitgangspunt minder goed verenigbaar en daarmee niet wenselijk.

Bovendien biedt het bestaande wettelijke kader voldoende flexibiliteit om rekening te houden met de aard en ernst van de geschonden zorgvuldigheidseis. In de huidige situatie is een arts die niet handelt conform de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl in beginsel strafbaar op grond van artikel 293 Sr, evenals ieder ander die het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt. Het is aan het OM om in een concreet geval te besluiten om al dan niet strafrechtelijke vervolging in te stellen. In de *Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)* heeft het OM – zoals hiervoor is aangegeven – het vervolgingsbeleid verder uitgewerkt. In de aanwijzing maakt het OM onderscheid tussen substantiële en niet-substantiële zorgvuldigheidseisen. Als het OM in navolging van de RTE oordeelt dat een substantiële zorgvuldigheidseis – de eis dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en de eis dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden – is geschonden, zal dat in beginsel tot strafrechtelijke vervolging leiden. Bij een schending van een niet-substantiële zorgvuldigheidseis ligt sneller een (voorwaardelijk) sepot

²⁵ Kamerstukken I 2000/01, 26 691, nr. 137b, p. 39.

voor de hand. De door de onderzoekers aanbevolen differentiatie is daarmee al vervuld ondanks dat de differentiatie niet in formele wetgeving is opgenomen.

In de praktijk is slechts één keer een arts daadwerkelijk strafrechtelijk vervolgd wegens schending van de zorgvuldigheidseisen. In alle andere gevallen waarin de RTE tot het oordeel onzorgvuldig is gekomen, is de zaak door het OM met een (voorwaardelijk) sepot afgedaan. Ten overvloede kan nog worden opgemerkt dat als in een specifiek geval vervolging wordt ingesteld het OM bij de strafeis en de rechter bij een eventuele strafoplegging rekening kan houden met de omstandigheden van het geval. Zo is in de enige euthanasiezaak waarin het OM tot nu toe vervolging heeft ingesteld schuldigverklaring zonder strafoplegging gevraagd.

Het bestaande wettelijk kader biedt daarmee voldoende flexibiliteit om rekening te houden met de aard en ernst van de geschonden zorgvuldigheidseis. Daarom acht het kabinet het niet noodzakelijk om schending van de zorgvuldigheidseisen in een aparte strafbaarstelling in het Wetboek van Strafrecht op te nemen.

Het onderscheid tussen handelingen die onder de Wtl vallen en andere medische beslissingen rond het levenseinde

De onderzoekers geven aan dat het nogal eens voorkomt dat onduidelijkheid bestaat over de vraag of wel of niet sprake is van handelen dat onder de Wtl valt, met name ook waar het gaat om het onderscheid tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Wettelijke verduidelijking van het onderscheid tussen handelingen die wel en niet onder de Wtl vallen zou volgens hen bij kunnen dragen aan meer helderheid in de Nederlandse situatie (aanbeveling 8).

Het kabinet is van oordeel, in lijn met de eerdere kabinetsreactie op de tweede wetsevaluatie, dat een bepaling over wat wel of wat niet tot normaal medisch handelen behoort, niet thuishoort in het systeem van het Wetboek van Strafrecht. De onderzoekers geven zelf ook aan dat onduidelijkheid in de afbakening zich al vele jaren voordoet en nooit helemaal te voorkomen zal zijn en dat wettelijke verduidelijking genoemde problemen niet zal oplossen. Bovendien constateren zij dat het zogenaamde «grijze gebied» in de onderzoeksperiode kleiner is geworden (van 18% in 2015 naar 12% in 2021) en dat zich in de toetsingspraktijk geen vragen of dilemma's ter zake voordoen.

De KNMG heeft voor de praktijk reeds een factsheet ontwikkeld waarin het onderscheid tussen palliatieve sedatie en euthanasie wordt uitgelegd.²⁶ Ook in de herziene Richtlijn palliatieve sedatie wordt uitgebreid stilgestaan bij het verschil tussen symptoombestrijding en euthanasie. Volgens de KNMG moet in de opleiding en nascholing voor artsen blijvend aandacht zijn voor de diverse beslissingen rond het levenseinde. Ook in de voorlichting aan burgers en aan patiënten moet volgens de KNMG gewezen blijven worden op het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie.²⁷ Wat dit laatste punt betreft, is de kabinetsreactie bij aanbevelingen 4 en 5 relevant.

²⁶ KNMG / Factsheet palliatieve sedatie & euthanasie / januari 2023.

²⁷ Zie: Reactie KNMG op evaluatie euthanasiewet | KNMG.

Volgens de onderzoekers hebben zich in de onderzoeksperiode geen formele wijzigingen voorgedaan ten aanzien van de invulling die de RTE in de opeenvolgende jaarverslagen en EuthanasieCodes aan de in de Wtl opgenomen zorgvuldigheidseisen hebben gegeven. Wel lijkt er volgens de onderzoekers sprake te zijn van veranderingen in de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen worden geïnterpreteerd waar het gaat om het belang dat wordt gehecht aan de inbreng van de patiënt. De onderzoekers concluderen dat ontwikkelingen in de praktijk laten zien dat artsen niet alleen ten aanzien van het vereiste van een redelijke andere oplossing, maar ook bij het interpreteren van de lijdenseis in toenemende mate waarde hechten aan de persoonlijke beleving van het lijden door de betreffende patiënt. Volgens hen komt een en ander er op neer dat er minder nadruk komt te liggen op de medisch-professionele aspecten van de wettelijke zorgvuldigheidseisen aangezien het accent van de eigen verantwoordelijkheid van de arts dan wordt verlegd van de beoordeling van (de invoelbaarheid van) het lijden naar de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Een mogelijke keerzijde van deze ontwikkeling is volgens de onderzoekers dat wezenlijke wettelijke eisen min of meer worden «uitgehouden». Bevindingen uit het evaluatieonderzoek wijzen er volgens hen op dat deze ontwikkeling vooral voortvloeit uit veranderingen in de samenleving en in de aanpak en houding van artsen en dat de RTE zich daarbij aansluiten. De onderzoekers achten het van belang nader onderzoek naar deze ontwikkeling te doen (aanbeveling 9).

Zoals mijn ambtsvoorganger bij de beantwoording van de door uw Kamer ingediende vragen naar aanleiding van het schriftelijke overleg over de vierde evaluatie van de Wtl heeft aangegeven, heeft de RTE een belangrijke verantwoordelijkheid bij het toepassen en interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De RTE is hierbij onder meer gehouden aan de kaders van de Wtl en relevante rechterlijke uitspraken. Vanwege het belang dat het kabinet hecht aan een zorgvuldige toepassing van de Wtl acht het kabinet het raadzaam om aan de hand van nader onderzoek in kaart te brengen of van de door de onderzoekers gesignaleerde ontwikkeling daadwerkelijk sprake is en zo ja, welke rol veranderingen in de samenleving, in de aanpak en houding van artsen en de toetsingspraktijk door de RTE hierin spelen en of er aanleiding is om te veronderstellen dat er van «uitholling» van wezenlijke wettelijke eisen sprake is. Dit onderzoek wordt meegenomen in het in paragraaf 4 toegezegde onderzoek naar de stijging van het aantal euthanasiegevallen.

Verder kan ik in het kader van de toezegging gedaan tijdens het Tweeminutendebat Medische Ethiek / Orgaandonatie aan het lid-Paulusma melden dat ik in gesprek ben geweest met de RTE en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) over het verschil tussen de EuthanasieCode en de NVvP *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (toezegging nummer TZ202312-021). De NVvP heeft inmiddels aangegeven twee parallelle acties te hebben opgestart als oplossingsrichtingen. Op de korte termijn wordt er gewerkt aan een addendum op de richtlijn, waarmee de SCEN-arts psychiater meer wordt ontlast. Hierbij wordt het veld betrokken middels een commentaar- en autorisatiefase. Daarnaast wordt het traject van richtlijnherziening opgestart, met als deelopdracht te onderzoeken of en hoe het verschil tussen de EuthanasieCode van de RTE en de NVvP richtlijn overbrugd kan worden. Een dergelijk verschil levert onduidelijkheid op en is dan ook onwenselijk. Deze standpuntbepaling vergt een zorgvuldig proces. Zodra hierover meer duidelijkheid is, gaan de NVvP en de RTE daar verder over in gesprek.

Op grond van artikel 2, tweede lid Wtl kan een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring die is opgesteld door een ter zake wilsbekwame patiënt in de plaats treden van een mondeling verzoek indien een patiënt niet meer wilsbekwaam is. De overige zorgvuldigheidseisen zijn dan «van overeenkomstige toepassing». Volgens de onderzoekers roept dit vragen op, ondanks de specifieke(re) invulling die de Hoge Raad in de koffie-euthanasiezaak per zorgvuldigheidseis heeft gegeven. De onderzoekers bevelen dan ook aan, ook met het oog op de rechtszekerheid, om de passage in de tekst van de Wtl inzake «van overeenkomstige toepassing» nader in te vullen, op geleide van de uitspraak van de Hoge Raad (aanbeveling 11).

Zoals de onderzoekers aangeven, heeft de RTE de EuthanasieCode op basis van relevante onderdelen uit de beslissingen van de Hoge Raad in de koffie-euthanasiezaak aangepast. Ook de KNMG heeft de nadere invulling die de Hoge Raad aan artikel 2, tweede lid Wtl heeft gegeven verder uitgewerkt in haar *Standpunt beslissingen rond het levenseinde*. Het kabinet is van mening dat hiermee voldoende uitwerking is gegeven aan het betreffende wetsartikel. Het wettelijk of bij algemene maatregel van bestuur vastleggen daarvan is dan ook niet wenselijk of noodzakelijk.

7. De positie en het functioneren van de RTE

In het licht van het stijgende aantal jaarlijkse euthanasiemeldingen en de verwachting dat deze stijging nog verder door zal zetten, is volgens de onderzoekers een uitbreiding van het aantal RTE-leden alsmede het ondersteunende apparaat noodzakelijk om overbelasting en verlies van kwaliteit te voorkomen (aanbeveling 12).

Zoals in de beantwoording van de vragen die gesteld zijn in het schriftelijk overleg inzake het RTE jaarverslag 2022 is aangegeven, heeft mijn ambtsvoorganger het verzoek van de RTE gehonoreerd om het aantal leden met tien uit te breiden om de stijging van het aantal euthanasiemeldingen het hoofd te kunnen bieden.²⁸ De RTE is inmiddels uitgebreid met negen leden. Het tiende extra lid volgt in de eerste helft van 2024.²⁹ Ook heeft de RTE aangegeven nieuwe secretarissen te gaan werven.

De onderzoekers wijzen er verder op dat het – in het kader van de transparantie van de werkwijze van de RTE – van belang is dat de RTE de checklist publiceert op basis waarvan door de RTE een onderscheid wordt gemaakt in zogenaamde niet vragen oproepende meldingen (NVO) en vragen oproepende meldingen (VO), zeker nu het aantal als NVO aangemerkte meldingen door de jaren heen verder is toegenomen van 80% in 2017 naar 95% in 2022 (aanbeveling 13).

De RTE draagt graag bij aan het verder vergroten van de transparantie van haar werkwijze en heeft inmiddels een toelichtende tekst op haar website geplaatst waarin uiteen wordt gezet wat de criteria zijn voor de selectie van meldingen als NVO of VO.³⁰

²⁸ Kamerstukken II 2022/23, 32 647, nr. 102.

²⁹ Jaarverslag RTE 2023, p.5.

³⁰ Zie: Werkwijze commissie | De commissie | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (euthanasiecommissie.nl).

8. De toekomstige regulering van levenseindevragen

De onderzoekers constateren dat, ondanks de grote mate van tevredenheid, er al langere tijd discussie is over de Wtl waarbij volgens de onderzoekers twee vragen centraal staan: 1) voldoet de huidige Wtl ook nog in de toekomst of is het beter deze wet aan te passen dan wel om de Wtl te vervangen door een nieuwe wet?; en 2) zouden er naast de zogenaamde «medische route» van de Wtl niet ook andere mogelijkheden moeten zijn om recht te doen aan wensen van burgers met betrekking tot het levenseinde?

De onderzoekers schetsen vijf mogelijke toekomstscenario's die volgens hen behulpzaam kunnen zijn bij het stimuleren van maatschappelijk debat over de toekomstige regulering van levenseindevraagstukken waarbij zij de overweging meegeven tot nader onderzoek en/of een integraal adviestraject ter zake (aanbeveling 14):

De vijf scenario's zien op:

- 1) De Wtl ongewijzigd laten
- 2) De Wtl op onderdelen aanpassen
- 3) De Wtl vervangen door een nieuwe wet
- 4) Naast de Wtl een «voltooid leven» wet voor ouderen tot stand brengen
- 5) Mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding, ook door niet-artsen verruimen

Het kabinet vindt het belangrijk dat het maatschappelijk debat over de toekomstige regulering van levenseindevraagstukken wordt gevoerd en stimuleert dit waar nodig. Het kabinet constateert hierbij dat er al geruime tijd maatschappelijk debat over dit vraagstuk plaatsvindt. Bijvoorbeeld over het Initiatiefwetsvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek dat bij uw Kamer is ingediend en over de verruiming van mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding, ook door niet-artsen. Naar aanleiding van verschillende rechtszaken zoals het Heringa-arrest van de Hoge Raad, de aansprakelijkstelling van de Staat door de Coöperatie Laatste Wil³¹ en recente strafzaken vindt er eveneens maatschappelijk debat plaats. Ook vindt er volop debat plaats over euthanasie in geval van complexe casuïstiek, bijvoorbeeld in geval van psychiatrie. In het licht van bovenstaande is het kabinet van oordeel dat hiermee voldaan is aan het eerste deel van de aanbeveling, namelijk het maatschappelijk debat gaande houden.

Ten aanzien van het tweede deel van de aanbeveling, namelijk het overwegen van nader onderzoek en/of een integraal adviestraject ter zake, merkt het kabinet op dat er in de samenleving en de politiek verschillend wordt gedacht over de wenselijkheid van een van de vijf geschetste scenario's. Bij de opdrachtverstrekking voor de volgende evaluatie van de Wtl zou nader onderzoek naar de toekomstige regulering van levenseindevragen eventueel kunnen worden meegenomen.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra

³¹ HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, Rb. Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394.