

Vergaderjaar 2023–2024

35 534

Voorstel van wet van het lid Podt houdende toetsing van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en enkele andere wetten (Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek)

Nr. 6

ADVIES VAN DE AFDELING ADVISERING VAN DE RAAD VAN STATE EN REACTIE VAN DE INITIATIEFNEMER

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State d.d. d.d. 9 december 2020 No.W13.20.0284/III en de reactie van de initiatiefnemer d.d. 7 november 2023, aangeboden aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij brief van de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 17 juli 2020 heeft de Tweede Kamer, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet van het lid Pia Dijkstra houdende toetsing van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en enkele andere wetten (Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek), met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel regelt dat ouderen die niet ernstig ziek zijn, hulp bij zelfdoding kunnen krijgen van een levenseindebegeleider. Hiertoe creëert het wetsvoorstel een nieuwe strafuitsluitingsgrond. Hulp bij zelfdoding blijft daarmee in beginsel strafbaar, tenzij voldaan wordt aan de in het wetsvoorstel opgesomde procedurele zorgvuldigheidseisen en degene die het verzoek doet ten minste 75 jaar oud is. Belangrijk uitgangspunt van het wetsvoorstel is de vrijheid van eenieder om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten. Dat omvat volgens de toelichting ook het recht om beslissingen te kunnen nemen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde.

In het licht van de plicht van de overheid om burgers te beschermen tegen onvrijwillige, overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen over het levenseinde (artikel 2 EVRM), is de Afdeling van oordeel dat voor levensbeëindiging op verzoek zodanige waarborgen in het leven moeten worden geroepen dat voorkomen wordt dat mensen uit het leven stappen, terwijl niet zeker is of zij dat werkelijk willen, niet zeker is of hun doodswens stabiel en coherent is, en niet vaststaat of die wens is

ingegeven of verband houdt met medische problemen dan wel oplosbare problematiek van geheel andere aard, zoals financiële problemen.

Tegen deze achtergrond is de Afdeling van oordeel dat de voorgestelde zorgvuldigheidseisen ontoereikend zijn om vast te stellen dat de stervenswens uit vrije wil voortkomt, stabiel en coherent is, en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Evenmin wordt voorkomen dat een wens tot beëindiging van het leven wordt ingewilligd die is ingegeven door medische problemen.

Daarnaast maakt de Afdeling opmerkingen over de doelgroep van het wetsvoorstel, de kwaliteiten van de levenseindebegeleider en de verstrekking van de middelen voor levensbeëindiging. Zij is van oordeel dat het initiatiefvoorstel niet op deze wijze in behandeling dient te worden genomen, maar nader dient te worden overwogen.

De initiatiefnemer dankt de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling) voor haar advies waarvan zij met belangstelling kennis heeft genomen. Gegeven het ingrijpende karakter van beslissingen aangaande het levenseinde is het van groot belang dat deze keuze vrijwillig en voldoende geïnformeerd genomen wordt en ouderen hiervoor de tijd nemen die gegeven hun situatie passend is. De initiatiefnemer deelt de mening dat, gegeven de plicht van overheden om (kwetsbare) burgers te beschermen voortvloeiend uit artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), levensbeëindiging van ouderen op verzoek omkleed moet zijn met waarborgen. Deze waarborgen dienen dusdanig vorm gegeven te worden dat zij enerzijds leiden tot de reeds genoemde plicht voortvloeiende uit artikel 2 EVRM, maar anderzijds tegemoetkomen aan de wens van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen om op een zorgvuldige manier uitdrukking te geven aangaande hun wens tot meer zelfbeschikking over hun levenseinde. Naar aanleiding van het advies heeft de initiatiefnemer het wetsvoorstel gewijzigd en is ook de memorie van toelichting aangepast waarbij gepoogd is recht te doen aan deze twee facetten van de waarborgen. In het navolgende gaat de initiatiefnemer nader in op het advies.

1. Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd. Allereerst gaat de Afdeling kort in op de inhoud van het voorstel (punt 2) en maakt de Afdeling een opmerking over de terminologie (punt 3). Vervolgens schetst de Afdeling de achtergrond en context van het wetsvoorstel (punt 4). In dat verband bespreekt zij het bestaande wettelijke kader ten aanzien van hulp bij zelfdoding en euthanasie zoals dat heeft vorm gekregen op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL of Euthanasiewet)(punt 4a). Dan zet de Afdeling de belangrijkste uitkomsten uiteen van het recente onderzoek naar de omvang en omstandigheden van de groep ouderen die een persisterende en actieve stervenswens heeft, maar niet ernstig ziek is (punt 4b). Daarna schetst de Afdeling de internationale context van het wetsvoorstel, waarbij zij ingaat op de relevante rechtspraak van het EHRM en op een recente uitspraak van het Duitse Bundesverfassungsgericht (punt 4c).

De Afdeling gaat vervolgens over tot een beoordeling van het wetsvoorstel. In dat verband beschouwt zij eerst de invulling en weging van enkele aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende beginselen, te weten autonomie en de beschermwaardigheid van het leven. In dit kader formuleert de Afdeling in het licht van artikel 2 EVRM uitgangspunten voor de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in het wetsvoorstel (punt 5). De Afdeling maakt daarna opmerkingen over de

voorgestelde zorgvuldigheidseisen (punt 6). Vervolgens komen aan de orde de doelgroep van het wetsvoorstel (punt 7), de levenseindebegeleider (punt 8) en de verstrekking van de middelen voor levensbeëindiging (punt 9).

2. Inhoud van het wetsvoorstel

Het wetsvoorstel introduceert een toetsing op levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en beoogt een aanvulling te vormen op de al bestaande WTL. Daartoe creëert het wetsvoorstel een nieuwe strafuitsluitingsgrond. Hulp bij zelfdoding blijft daarmee in beginsel strafbaar,¹ tenzij voldaan wordt aan de in het wetsvoorstel opgesomde procedurele zorgvuldigheidseisen en degene die het verzoek doet ten minste 75 jaar oud is.²

Het wetsvoorstel creëert de functie van levenseindebegeleider.³ Deze krijgt als taak te toetsen of een verzoek tot hulp bij zelfdoding voldoet aan de zorgvuldigheidseisen uit het voorgestelde artikel 2. Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de levenseindebegeleider:

- heeft vastgesteld dat de oudere Nederlander, of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland is;
- aan de oudere heeft gevraagd of hij zijn naasten heeft betrokken bij zijn verzoek om hulp bij zelfdoding dan wel in overweging heeft gegeven dit alsnog te doen;
- zo mogelijk en voor zover de oudere daarmee heeft ingestemd overleg heeft gevoerd met de huisarts van de oudere;
- de overtuiging heeft gekregen dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, waarbij ten minste twee maanden zijn verstreken tussen opeenvolgende gesprekken met de oudere;
- met de oudere de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is;
- heeft vastgesteld dat de oudere wilsbekwaam is en een actuele verklaring heeft ontvangen die een verzoek inhoudt om hem de middelen te verschaffen met het oog op zijn voorgenomen zelfdoding;
- de oudere heeft ingelicht over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding;
- ten minste één andere, onafhankelijke levenseindebegeleider heeft geraadpleegd die de oudere heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de naleving van de zorgvuldigheidseisen; en
- zorg draagt voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp bij zelfdoding.

De levenseindebegeleider stelt in samenspraak met de oudere het tijdstip van de voorgenomen zelfdoding vast, schrijft het middel tot zelfdoding voor en reikt op het vastgestelde tijdstip het middel uit aan de oudere.⁴ Het is de oudere zelf die het middel inneemt, in aanwezigheid van de levenseindebegeleider.⁵

Na het overlijden van de oudere doet de levenseindebegeleider mededeling van het overlijden aan de gemeentelijke lijkschouwer door middel van het voorgeschreven ingevulde formulier en het daarbij horende verslag.⁶ De lijkschouwer stelt de regionale toetsingscommissie

¹ Artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht.

² Zie voorgesteld artikel 2 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

³ Voorgesteld artikel 33g t/m 33j Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

⁴ Voorgesteld artikel 3 t/m 5 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

⁵ Voorgesteld artikel 6 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

⁶ Voorgesteld artikel 7a Wet op de lijkbezorging.

in kennis.⁷ Deze commissie zal beoordelen of de stervenshulp volgens de regels van de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek is uitgevoerd.⁸

Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat naast artsen ook verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen de functie van levenseindebegeleider kunnen vervullen, mits zij de opleiding tot levenseindebegeleider hebben gevolgd.⁹ De levenseindebegeleiders worden toegevoegd als erkende beroepsgroep aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG). Door opname in de Wet BIG vallen de levenseindebegeleiders onder het tuchtrecht van deze wet.¹⁰ De levenseindebegeleider krijgt bovendien wettelijk de bevoegdheid om de middelen voor levensbeëindiging voor te schrijven en in bezit te hebben. Dit laatste geldt ook voor de oudere aan wie de middelen door de levenseindebegeleider zijn verschaft, direct voorafgaande aan de uitvoering van het verzoek om hulp bij zelfdoding.¹¹

Het voorstel bevat tot slot een delegatiebepaling om bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen te stellen aan de toelating en de inhoud van de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instellingen die de opleiding gaan aanbieden.¹² In de wet is opgenomen dat de opleiding in ieder geval betrekking heeft op de naleving van de zorgvuldigheidseisen en op de andere wettelijke taken en verplichtingen van de levenseindebegeleider.¹³ Uit de toelichting blijkt voorts dat de inhoud van de opleiding verder zal worden ingevuld door de betrokken beroepsgroepen alsmede instanties die expertise hebben opgebouwd ter zake van vraagstukken aangaande voltooid leven.¹⁴

3. Terminologie

Uit de toelichting blijkt dat het wetsvoorstel zich richt op ouderen die hun leven als «voltooid» beschouwen en lijden aan een voor hen te lang geworden leven.¹⁵ Hoewel er volgens de initiatiefneemster geen eenduidige definitie van een «voltooid leven» te geven is, stelt de toelichting dat vaak sprake is

«van een complex samenspel van factoren die met de ouderdom gepaard kunnen gaan: het gevoel de persoonlijke waardigheid te verliezen, een verslechtering van de gezondheid, de toenemende afhankelijkheid van anderen, de zich herhalende beleving van leegte en neergang in het bestaan, het ontbreken van een toekomstperspectief en de angst voor wat nog komt. Ook kunnen mensen geconfronteerd worden met een soms alomvattende eenzaamheid, veroorzaakt door het definitief wegvallen van dierbaren of hun sociale netwerk. Deze factoren kunnen tot gevolg hebben dat elke nieuwe dag wordt ervaren als een kwelling of een ondraaglijke opgave. De fysieke, sociale of emotionele ontluistering die wordt gevoeld, kan dermate groot zijn dat mensen een «voltooid leven» ervaren en daardoor een stervenswens ontwikkelen».¹⁶

⁷ Voorgesteld artikel 10, tweede lid, Wet op de lijkbezorging.

⁸ Voorgesteld hoofdstuk 4 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

⁹ Voorgestelde artikelen 33i en 33j Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

¹⁰ Zie hiervoor de voorgestelde wijzigingen van artikel 3, eerste lid, en 47, tweede lid, Wet BIG.

¹¹ Voorgesteld artikel 5, tweede lid, Opiumwet.

¹² Voorgesteld artikel 33i Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

¹³ Voorgesteld artikel 33i, eerste lid, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

¹⁴ Artikelsgewijze toelichting voorgesteld artikel 33i Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

¹⁵ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

¹⁶ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

Dit beeld van de doelgroep wordt nader in kaart gebracht in het onderzoek dat is uitgevoerd onder leiding van Dr. E. van Wijngaarden. Zij deed in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek naar de omvang en omstandigheden van de groep ouderen die een persisterende en actieve stervenswens heeft, maar niet onder de huidige reikwijdte van de WTL lijkt te vallen, omdat het lijden geen of onvoldoende medische grondslag heeft (hierna: het Perspectief-onderzoek).¹⁷ Uit het onderzoek blijkt dat bij het overgrote deel van de ouderen die een doodswens heeft zonder dat zij ernstig ziek zijn, sprake is van veel fysieke en mentale klachten. Ook piekeren en financiële zorgen zijn volgens het onderzoek belangrijke factoren die de doodswens van deze groep ouderen versterken.¹⁸

In het licht van deze bevindingen is de Afdeling van oordeel dat de term «voltooid leven» een te positieve connotatie heeft¹⁹ en mogelijk verwarring wekt over de doelgroep waarop het wetsvoorstel ziet. De indruk kan ontstaan dat het gaat om een groep mensen die afgerond heeft wat men wilde doen in het leven en daarom «klaar met leven» is, terwijl het in wezen een groep mensen betreft die, vaak als gevolg van een complexe problematiek, lijdt aan het leven.²⁰ De Afdeling kiest er daarom voor in dit advies de term «lijden aan het leven» te gebruiken in plaats van «voltooid leven». Zij adviseert om deze terminologie – die in de toelichting bij het wetsvoorstel voorkomt – consistent daarin te gebruiken.

De initiatiefneemster deelt de mening van de Afdeling dat er bij de doelgroep van het onderhavige wetsvoorstel vaak sprake is van een complex samenspel van factoren waaruit een doodswens kan voortvloeien. De ervaring van een «voltooid leven» blijkt niet bij uitstek een ervaring waarvoor een positieve connotatie op z'n plaats zou zijn. Dit blijkt wel uit de hierboven geciteerde passage van de memorie van toelichting alsmede uit de definitie: «een kluwen van onvermogen en onwil nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld, anderen en jezelf) levert permanente innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen.»²¹ De aanname dat «voltooid leven» gepaard gaat met positieve associaties is wat de initiatiefnemer betreft niet geheel gefundeerd. Tegelijkertijd is een term die «lijden» impliceert niet passend, aangezien lijden op zichzelf niet noodzakelijk is om een doodswens te ontwikkelen. Zij deelt daarom ook niet de mening dat de terminologie «lijden aan het leven» een betere weergave zou geven van de problematiek waarmee de doelgroep van het onderhavige wetsvoorstel geconfronteerd wordt. Ook de hoofdonderzoeker van het aangehaalde Perspectief-onderzoek, Dr. E. Van Wijngaarden, stelde dat de terminologie «lijden aan het leven» geen goed alternatief is daar de doelgroep niet per se lijdt aan het leven.²² Tegelijkertijd wenst de initiatiefnemer te benadrukken dat niemand ooit over een ander kan zeggen dat een leven «voltooid» is. Ook zal het leven voor sommigen niet voelen als «voltooid», maar als iets waar geen voortzetting wenselijk in is. Indachtig het bovenstaande en gecombineerd met het feit dat «voltooid leven»

¹⁷ Zie E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020).

¹⁸ Idem, paragraaf 7.3.

¹⁹ Zie ook P. Schnabel e.a., *Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag januari 2016, paragraaf 2.2.

²⁰ Zie hierover nader punt 4b van dit advies.

²¹ Van Wijngaarden, E. (2016) *Voltooid leven; over leven en willen sterven*, proefschrift Universiteit voor Humanistiek, p. 12.

²² «Waarom Els van Wijngaarden, de vrouw die «voltooid leven» uitploos, die term helemaal verkeerd vindt» Marten van de Wier & Rianne Oosterom, 30 januari 2020, geraadpleegd op 8 februari via <https://www.trouw.nl/nieuws/waarom-els-van-wijngaarden-de-vrouw-die-voltooid-leven-uitploos-die-term-helemaal-verkeerd-vindt~b0fa0855/>

inmiddels ook in de maatschappelijke discussie een ingeburgerd begrip is, komt de initiatiefnemer tot de conclusie dat er geen goed alternatief is voor de term «voltooid leven» (voorzien van aanhalingstekens) en zij deze term zal handhaven in de memorie van toelichting indachtig het hier bovenstaande.

4. Achtergrond en context van het wetsvoorstel

a. Het bestaande wettelijk kader t.a.v. hulp bij zelfdoding en euthanasie

Zowel hulp bij zelfdoding als euthanasie is strafbaar.²³ In 2002 is met de komst van de WTL een wettelijke strafuitsluitingsgrond gecreëerd voor artsen die hun handelen hebben gemeld volgens de wettelijke toetsingsprocedure (formeel vereiste)²⁴ en voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de WTL stelt (materieel vereiste).²⁵ Die zorgvuldigheidseisen houden onder meer in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;*
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;*
- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;*
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.²⁶*

De eerste twee zorgvuldigheidseisen zijn de zogenaamde kerncriteria.²⁷ Deze criteria zijn in de praktijk nader ingevuld, onder meer door rechtspraak en de praktijk van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), die de wettelijke taak hebben te toetsen of de arts in concrete gevallen aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.²⁸ Hierna gaat de Afdeling in op de interpretatie van de kerncriteria en de twee daarmee samenhangende criteria voor zover dat noodzakelijk is voor een goed begrip van de context van het onderhavige wetsvoorstel.²⁹

i. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt is een conditio sine qua non voor het legaal uitvoeren van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zo blijkt ook uit de artikelen 293 en 294, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht. Uit de praktijk van de RTE blijkt dat het vereiste van vrijwilligheid een aspect van zowel externe als interne vrijwilligheid behelst: het verzoek moet zonder onaanvaardbare invloed van derden zijn gedaan (externe dimensie) en de patiënt dient wilsbekwaam te zijn (interne dimensie).³⁰

²³ Artikel 293, eerste lid, en artikel 294, eerste lid, Wetboek van Strafrecht.

²⁴ Artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging.

²⁵ Artikel 293, tweede lid, en artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht.

²⁶ Artikel 2, eerste lid, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

²⁷ P. Schnabel e.a., *Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag januari 2016, p. 55.

²⁸ Artikel 3, eerste lid, en artikel 8, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

²⁹ Voor een uitgebreidere analyse, zie P. Schnabel e.a., *Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag januari 2016, p. 55–65.

³⁰ Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 8–9; Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht*, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 20.

Uit het Chabot-arrest van de Hoge Raad blijkt dat ook aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. De beoordeling van een dergelijk verzoek vraagt echter wel om grote behoedzaamheid van de arts.³¹ Dat geldt ook voor een verzoek van personen met dementie. Naarmate het ziekteproces voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de dementerende af. Wanneer het proces van dementering zodanig is voortschgeden dat de patiënt volledig wilsonbekwaam is, is euthanasie toch mogelijk wanneer de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld. Dit volgt uit de onlangs herziene versie van de EuthanasieCode 2018 – voorheen bekend als de Code of Practice – waarin de RTE een overzicht geven van de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen uit de WTL worden getoetst.³² Met deze herziening is de EuthanasieCode in overeenstemming gebracht met arresten van de Hoge Raad van 21 april 2020, betreffende een melding van euthanasie bij een patiënt met voortschgeden dementie.³³

Het vereiste van een weloverwogen verzoek impliceert dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder inzicht in zijn ziekte, de gestelde diagnose, de prognoses en de behandelmogelijkheden.³⁴ Bovendien moet het verzoek, alle omstandigheden en uitingen van de patiënt in aanmerking nemend, consistent zijn. Dit kan onder meer blijken uit het herhalen van het verzoek door de patiënt.³⁵

Gerelateerd aan het vereiste van een weloverwogen verzoek is de – eveneens in de zorgvuldigheidseisen tot uitdrukking komende – opdracht van de arts om de patiënt volledig voor te lichten over de situatie van de patiënt.³⁶ Op basis daarvan moet de arts vervolgens samen met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de patiënt geen redelijk alternatief meer was om het lijden te verlichten.³⁷

ii. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt

Het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden is verder ingevuld door de Hoge Raad. In dat verband is met name het Brongersma-arrest uit 2002 van belang. Bij de 86-jarige oud-senator Brongersma was sprake van diverse aan ouderdom gerelateerde klachten, maar geen ernstige somatische klachten of een psychiatrische ziekte of stoornis. Hij leed echter zeer onder zijn lichamelijke aftakeling, de eenzaamheid van zijn bestaan en de afhankelijkheid van derden, en ervoer een groot gevoel van zinloosheid. Zijn stervenswens kwam vooral voort uit de angst dat dit bestaan met voortschrijdende aftakeling nog jaren zou kunnen voortduren en dat hij bij een te lang uitstel niet meer in staat zou zijn de door hem gewenste zelfdoding uit te voeren. Zijn huisarts verleende uiteindelijk de verzochte hulp bij zelfdoding.

³¹ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122 (Chabot), r.o. 5.2, 6.1 en 6.2.

³² Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht*, versie 2020, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 46–47.

³³ Zie HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 en HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713.

³⁴ Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 9; Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht*, versie 2020, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 21.

³⁵ Idem.

³⁶ Artikel 2, eerste lid, onder c, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

³⁷ Artikel 2, eerste lid, onder d, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De Hoge Raad bepaalde dat de deskundigheid van een arts zich niet uitstrekt tot lijden dat «niet of niet in overwegende mate zijn oorzaak vindt in een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening». Als medicus mag hij zich daarom geen oordeel vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en de onbehandelbaarheid van zulk lijden. Een arts die dat wel doet en in een dergelijk geval overgaat tot euthanasie of hulp bij zelfdoding verleent, kan zich dan ook niet met succes beroepen op noodtoestand, zo oordeelde de Hoge Raad.³⁸

Met deze uitspraak voegde de Hoge Raad het zogenaamde «classificatie-criterium» toe aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden: aan dat lijden moet in overwegende mate een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening ten grondslag liggen.³⁹ Hiermee sluit de Hoge Raad tevens aan bij de parlementaire geschiedenis van de WTL, waarin eveneens tot uitdrukking komt dat aan het lijden in de zin van de wet een medische dimensie moet zitten.⁴⁰

Overigens is niet vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL. Dit wordt erkend in het KNMG-standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Volgens de KNMG moet er daarbij wel altijd sprake zijn van ouderdomsaandoeningen met een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten of klachten kan worden aangemerkt. Dat is immers het deskundigheidsgebied van de arts.⁴¹

Onder verwijzing naar dit KNMG-standpunt bevestigt ook de EuthanasieCode dat een stapeling van ouderdomsklachten kan uitmonden in uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De EuthanasieCode vermeldt daarbij ook aan welke (degeneratieve) ouderdomsaandoeningen kan worden gedacht: visusstoornissen, gehoorstoornissen, osteoporose, artrose, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang. Daarbij wordt wel aangetekend dat het moet gaan om «de optelsom van een of meer van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten die een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door déze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren».⁴²

³⁸ HR 24 december 2002 (Brongersma), ECLI:NL:HR:2002:AE8772, r.o. 8.2.

³⁹ Ook maakte de Hoge Raad met deze uitspraak een einde aan eventuele misverstanden op basis van het Chabot-arrest uit 1994. Daarin oordeelde de Hoge Raad dat de oorsprong van het lijden niet afdoet aan de mate waarin dat lijden wordt ervaren. Zie HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122 (Chabot), r.o. 5.2. Hoewel de toen gekozen formulering vrij algemeen was, doelde de Hoge Raad slechts op uitzichtloos en ondraaglijk lijden als gevolg van een somatische ofwel een psychiatrische ziekte of stoornis, zo werd duidelijk in het Brongersma-arrest.

⁴⁰ Zie bijvoorbeeld Kamerstukken I 2000/01, 26691, nr. 137b, p. 32–34.

⁴¹ KNMG, *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, 2011, beschikbaar via «<https://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde>», p. 23.

⁴² Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht*, versie 2020, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 23–24. Illustratief is de casus van een 90-jarige vrouw, die al jaren leed aan osteoporose. Als gevolg daarvan was zij al diverse malen gevallen en had ze meerdere fracturen opgelopen. Na een operatie aan haar heup trad onvoldoende herstel op en was de prognose slecht. De patiënte kon door de pijn niet meer comfortabel zitten en verloor haar mobiliteit. Het gebrek aan uitzicht op verbetering, verlies van autonomie, complete afhankelijkheid en de angst haar helderheid van geest te verliezen, veroorzaakten samen het ondraaglijk lijden en vormden de medische grond voor de euthanasie. Zie E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), p. 56 (box 5.1).

Aldus wordt, naast het vereiste dat het lijden een overwegend medische grondslag moet hebben, ook waarde toegekend aan de subjectieve beleving van het lijden door de patiënt. Dat geldt niet slechts bij een stapeling van ouderdomsklachten, maar in algemene zin. Volgens de EuthanasieCode moet het voor de arts invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich daarvoor in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen.⁴³

Het lijden wordt daarnaast als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt.⁴⁴ Wanneer er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven, zo stelt de EuthanasieCode. Of er sprake is van redelijke andere oplossingen, dient te worden beoordeeld in het licht van de diagnose en bijbehorende prognose.⁴⁵ Deze beoordeling is echter niet aan de arts alleen: deze dient met de patiënt gezamenlijk tot de overtuiging te zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is dan euthanasie.⁴⁶

Sommige euthanasieverzoeken worden echter afgewezen, omdat die volgens de betrokken artsen niet onder de reikwijdte van de WTL vallen. Uit onderzoek naar de afgewezen verzoeken bij het Expertisecentrum Euthanasie⁴⁷ blijkt dat de meest voorkomende reden voor een afwijzing is dat er «geen of onvoldoende medische grondslag» is voor het lijden. In dergelijke gevallen is vaak wel sprake van fysiek of psychisch lijden, maar bestaat het lijden vooral uit een gevoel van onthechting of eenzaamheid. Een andere belangrijke reden voor afwijzing van het verzoek is het ontbreken van een actieve doodswens en het nog bestaan van opties voor behandeling en/of diagnostiek.⁴⁸

Het onderhavige wetsvoorstel kent op punten overeenkomsten met de huidige Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL) en in dat licht dankt de initiatiefnemer de Afdeling voor het verder uitwerken van deze overeenkomsten en de interpretatie van enkele zorgvuldigheidseisen. Gelijk aan de WTL zal na eventuele aanname van het onderhavige wetsvoorstel een strafuitsluitingsgrond voor hulp bij zelfdoding gecreëerd worden voor levenseindebegeleiders die voldoen aan zowel de formele als materiële vereisten voortvloeiend uit dit wetsvoorstel. Ook de toetsing achteraf door Regionale Toetsingscommissies komt overeen met de WTL en bij enkele zorgvuldigheidseisen zoals in de wet geformuleerd is gekeken naar de formulering en uitwerking hiervan in de WTL en de daar bijhorende EuthanasieCode. De initiatiefnemer wenst echter wel enkele belangrijke verschillen aan te wijzen tussen het onderhavige wetsvoorstel en de WTL wat van belang is bij het trekken van deze parallellen en de aandachtspunten die als gevolg daarvan worden meegegeven. Dit betreft ten eerste het feit dat reeds in aanloop naar en dus voor de inwerkingtreding van de WTL een praktijk van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek was ontstaan.

⁴³ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toelicht*, versie 2020, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 24–25.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem, p. 26.

⁴⁶ Idem, p. 27. Zie ook artikel 2, eerste lid, onder d, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

⁴⁷ Tot 4 september 2019 de Levenseindekliniek geheten.

⁴⁸ E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), p. 67 (tabel 5.7) en p. 68–69.

In de memorie van toelichting van de WTL wordt stilgestaan bij het feit dat de zorgvuldigheidseisen werden ontleend aan de jurisprudentie die in de afgelopen jaren aangaande van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding was gevormd.⁴⁹ Het samenspel van deze jurisprudentie en de medische praktijk heeft, zoals vermeld in de memorie van toelichting van het onderhavige wetsvoorstel, sinds de jaren '70 stukje bij beetje geleid tot de ontwikkeling van de (te codificeren) zorgvuldigheidseisen.⁵⁰ De WTL ziet, voortvloeiend uit het arrest-Brongersma⁵¹ en bevestigd in het arrest-Heringa⁵², enkel op hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek met een medische grondslag. De zorgvuldigheidseisen en de wijze waarop deze toegepast worden, dienen dan ook met deze medische grondslag in de achtergrond bekeken te worden. Bij het onderhavige wetsvoorstel is een medische grondslag voor het lijden niet noodzakelijk en is er bij de doelgroep van dit wetsvoorstel, zoals de Afdeling eerder terecht opmerkte, een complex samenspel van factoren waarbij de medische grondslag van een stervenswens slechts een onderdeel kán zijn. Dit essentiële verschil is ook bepalend bij de reactie op de door de Afdeling uitgelichte zorgvuldigheidseisen.

Ook voor het onderhavige wetsvoorstel geldt het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de oudere als een *conditio sine qua non* voor het legaal uitvoeren van hulp bij zelfdoding. Zowel de interne als externe dimensie van vrijwilligheid zijn hierbij van groot belang en het is de taak van de levenseindebegeleider om te toetsen of aan deze eis van vrijwilligheid is voldaan om in aanmerking van strafuitsluiting te komen. Ook aangaande het weloverwogen karakter van het verzoek wordt in grote mate aangesloten bij de terminologie en de praktische gevolgen hiervan uit de WTL. De implicaties, zoals door de Afdeling aangegeven, zullen een meer expliciete plek krijgen in de memorie van toelichting bijvoorbeeld aangaande de zorgvuldigheid en de consistentie waarbij ook aandacht zal zijn voor het samenspel tussen de weloverwogenheid van een verzoek en de overtuiging dat andere hulp niet gewenst is. De Afdeling stelt op basis van de WTL dat het weloverwogen verzoek een aantal eisen impliceert aangaande bijvoorbeeld de diagnose en prognose van de ziekte. Hieromtrent merkt de initiatiefnemer op dat het onderhavige wetsvoorstel juist de mogelijkheid biedt om op een zorgvuldige wijze hulp bij zelfdoding aan te bieden aan mensen bij wie een medische grondslag ontbreekt. Op basis van dit wetsvoorstel is het aan een levenseindebegeleider om, op basis van de gesprekken met de oudere, te achterhalen waaruit de stervenswens voortkomt en samen met de oudere inzichten en (behandel)mogelijkheden zorgvuldig af te wegen aangaande de stervenswens. Daarbij worden alle relevante alternatieven ter adressering van de stervenswens gezamenlijk overwogen, maar kán een oudere desondanks volharden in de stervenswens. Vanzelfsprekend kan de levenseindebegeleider ook constateren dat er in diens professionele afweging niet aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. In dat geval moet de het traject worden stopgezet.

In het onderhavige wetsvoorstel is geen zorgvuldigheidseis opgenomen aangaande de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Het kan uiteraard voorkomen dat een oudere die het leven «voltooid» vindt, lijdt aan somatische klachten. Maar dit is geen vereiste. Het lijden vormt dan ook niet het vertrekpunt van het onderhavige wetsvoorstel, maar eerder de zelfbeschikking van de oudere over het eigen levenseinde. In de

⁴⁹ Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 7.

⁵⁰ Ontleend aan C. Kelk in: Heleen Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (Amsterdam, 2004).

⁵¹ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772.

⁵² HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598.

memorie van toelichting wordt deze zelfbeschikking beschreven in relatie tot de plicht van de overheid om het leven te beschermen.

b. Het Perspectief-onderzoek

Zoals hiervoor opgemerkt, is in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek uitgevoerd naar de omvang en omstandigheden van de groep ouderen die hun leven als voltooid beschouwt en daarom een persisterende en actieve stervenswens heeft, maar niet onder de huidige reikwijdte van de WTL lijkt te vallen, omdat het lijden geen of niet voldoende medische grondslag heeft. Het betreft een representatief onderzoek naar de doodswens van ouderen vanaf 55 jaar, dat zowel kwantitatief als kwalitatief van aard is. In januari 2020 zijn de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek gepresenteerd.⁵³

Uit het onderzoek blijkt dat naar schatting 0,18% van de Nederlanders van 55 jaar en ouder (ongeveer 10.000 mensen) een actieve doodswens heeft die volgens hen het beste omschreven kan worden als een wens tot levensbeëindiging, zonder dat zij ernstig ziek zijn. Ruim een derde van deze groep zou graag hulp bij zelfdoding krijgen, terwijl twee-derde de voorkeur heeft om het leven zelf te beëindigen.⁵⁴ Binnen deze groep zijn ongeveer 1700 personen 75 jaar of ouder.

Het onderzoek laat zien dat er een kleine, maar substantiële groep ouderen is met een doodswens zonder dat zij ernstig ziek zijn. Bij het overgrote deel daarvan is sprake van veel fysieke en mentale klachten. De groep is zeer heterogeen. Opvallende kenmerken van deze groep zijn dat ruim de helft alleenstaand is, vaak woonachtig in een stedelijk gebied, er sprake is een oververtegenwoordiging van vrouwen en de helft is afkomstig uit een lagere sociale klasse.⁵⁵ Daarnaast laat dit onderzoek zien dat een doodswens ook onder jongere senioren voorkomt (driekwart onder de 75 jaar) en dus niet is voorbehouden aan mensen die «veelal op leeftijd» zijn. Een flink deel van de groep (28%) zegt bovendien dat hun doodswens al het hele leven bestaat; vanuit hun perspectief is de doodswens niet levensfase-gebonden.⁵⁶

De doodswens blijkt complex en veranderlijk. Belangrijke factoren die de doodswens versterken, zijn piekeren, financiële zorgen, ziekten, eenzaamheid, afhankelijkheid van anderen en het gevoel hebben anderen tot last te zijn. De doodswens blijkt ook situatie- en contextgebonden. Daarnaast toont dit onderzoek aan dat de doodswens niet altijd heel uitgesproken is en soms een hypothetisch karakter heeft. Ook blijkt uit het kwalitatieve onderzoek het grote belang van het ervaren van betekenisvolle verbinding met anderen. Uit de longitudinale analyse binnen het Perspectief-onderzoek blijkt bovendien dat een hernieuwde ervaring van verbinding cruciaal was in de levens van ouderen bij wie de doodswens

⁵³ E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020). De hoofdvraag van het onderzoek luidde: Hoe groot is de groep ouderen (van 55 jaar en ouder) die een persisterende (al dan niet actieve) doodswens hebben, die buiten de WTL lijkt te vallen omdat hun lijden geen of niet voldoende medische grondslag heeft? Wat is de aard van deze doodswens? Wat zijn kenmerken, omstandigheden en ervaringen die een rol spelen bij een dergelijke doodswens en wat is het verschil met andere groepen waar geen sprake is van een dergelijke doodswens? Zie paragraaf. 1.2.

⁵⁴ Idem, paragraaf 12.1.

⁵⁵ Deze term wordt gehanteerd in het Perspectief-onderzoek. In dit onderzoek is de «sociale klasse» gebaseerd op de hoogst voltooide opleiding en het beroep van de hoofdkostwinner. Zie o.a. noot 4 bij tabel 6.1.

⁵⁶ Idem, paragraaf 12.2.

dan verminderde of zelfs verdween.⁵⁷ Met betrekking tot de behoefte aan een zelfdodingspil, merkt het Perspectief-onderzoek op dat het belangrijk is om te benoemen dat het op basis van deze studie onduidelijk blijft of respondenten het middel ook daadwerkelijk zouden willen innemen, of dat het hen hoofdzakelijk gaat om het kunnen beschikken over het middel.⁵⁸

Volgens het onderzoek is er geen eenduidig antwoord te geven op de vraag of de in dit rapport beschreven groep ouderen met een doodswens die niet ernstig ziek zijn binnen of buiten de WTL valt. De achtergrond en de situatie van de aangetroffen groep is zeer divers. Het is aannemelijk dat bij beoordeling van individuele gevallen zal blijken dat bij een aantal mensen naar medisch inzicht sprake is van lijden dat wordt veroorzaakt door een medische aandoening. Daarnaast is de discussie over de precieze reikwijdte van de WTL niet afgerond en is de toepassing van de in de wet geformuleerde zorgvuldigheidscriteria onderwerp van interpretatie. Wat als ziekte wordt gezien en wat niet, blijkt in zekere zin een arbitraire grens.⁵⁹

Ook wordt opgemerkt dat het onderzoek duidelijk laat zien dat de term «voltooid leven» in de context van de doodswens bij ouderen (die niet ernstig ziek zijn) niet passend is. «Voltooid leven» wordt wel omschreven als het moment waarop «bepaalde levensfasen (van werken, opvoeden, zelfontplooiing en vernieuwing) voorbij zijn en de fase van afbouwen ver is gevorderd en dat van de toekomst geen wezenlijke waardevolle vernieuwingen worden verwacht».⁶⁰ Een dergelijke omschrijving blijkt lang niet altijd van toepassing op de onderzoeksgroep. Uit het grootschalige bevolkingsonderzoek zijn geen empirische aanwijzingen gevonden dat er een groep gezonde 70-plussers is met een persisterende, actieve doodswens in afwezigheid van lijden, aldus een van de conclusies. Ten slotte worden in het rapport ook een aantal aanbevelingen voor beleid gedaan, die logisch voortvloeien uit de conclusies.⁶¹

Het is belangrijk dat er onderzoek is verricht naar de achtergronden en perspectieven van mensen met een actieve stervenswens. Het Perspectief-onderzoek verschaft daarin meer achtergrond en draagt bij aan het in beeld brengen van de doelgroep voor onderhavige wetsvoorstel. De online vragenlijst, ingevuld door 21.294 respondenten in de leeftijdscategorie 55-plus, toont een beeld dat de doodswens ook bij mensen in de categorie 55–75 voorkomt maar toont ook een significante stijging van de doodswensen onder de oudere leeftijdsgroepen (75+). Uit een andere vragenlijst ingevuld door 1.054 huisartsen blijkt dat zij juist de ouderen (75+) meer vinden voldoen aan de omschrijving: «geen toekomstperspectief zien en verlangen naar de dood zonder ernstige ziekte(n) of aandoening(en) te hebben.» Ook werd geconcludeerd dat de stervenswens niet altijd even aanwezig en intens was. De meeste mensen met een stervenswens keken terug op een goed leven. Maar zij gaan, in vergelijking met de NEE-groep (mensen zonder een stervenswens), meer gebukt onder de last van het leven.

Uit het Perspectief-onderzoek blijkt onder andere dat er wel degelijk een groep ouderen is die «lijdt aan het leven» en die daardoor een stervenswens hebben ontwikkeld. Het karakter van die stervenswens verschilt: deze blijkt ook in sommige gevallen veranderlijk, bijvoorbeeld

⁵⁷ Idem, hoofdstuk 11.

⁵⁸ Idem, paragraaf 12.1.5.

⁵⁹ Idem, paragraaf 2.2.

⁶⁰ Idem, paragraaf 12.2.

⁶¹ Idem, paragraaf 12.3.

ook in de leeftijdsgroep van 55-plussers. Wat de initiatiefnemer betreft is dit één van de doelgroepen waar onderhavige wetsvoorstel betrekking op heeft.

Ook andere ouderen zullen vanuit andere afwegingen in meer of mindere mate interesse tonen in deze regeling. Te denken valt aan ouderen die hun leven voltooid achten en die weliswaar kampen met een stapeling aan ouderdomsklachten, maar onvoldoende om volgens de zorgvuldigheidseisen in de WTL te voldoen aan «ondraaglijk uitzichtloos leiden». Ondanks dat dit lijden niet invoelbaar kan worden gemaakt voor de betrokken arts, zoals gevraagd wordt in de WTL, kán het «lijden» (of in ieder geval de negatieve gevolgen ván de klachten) dusdanig verstrekkend zijn dat dit meespeelt in iemands afweging om het leven als voltooid te beschouwen. In dit kader wijst de initiatiefnemer ook op de rechterlijke uitspraak van de Rechtbank Den Haag in een zaak die is aangespannen door de Coöperatie Laatste Wil.⁶² In het oog springt, dat de rechtbank constateert dat niet voor iedereen die vrijwillig en weloverwogen het eigen leven wil beëindigen, binnen de kaders van de WTL, hulp bij zelfdoding beschikbaar is. De vraag of eenieder die vrijwillig en weloverwogen tot het besluit komt het eigen leven te beëindigen, ook zonder dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, hulp bij zelfdoding moet kunnen krijgen of die hulp moet kunnen geven – en zo ja onder welke voorwaarden dat dan zou moeten – moet, zo stelt de rechtbank door de wetgever worden beantwoord.

Daarnaast is er een te verwachten doelgroep waarbij «lijden» in algemene zin een ondergeschikte rol speelt. Bijvoorbeeld ouderen die vrezen voor (verdere) lichamelijke of psychische aftakeling. Ouderen die geen doorslaggevende medische klachten hebben noch kampen met duidelijke depressieve of eenzame gevoelens. En desondanks de wens hebben om het leven te beëindigen. Deze wens kan voortkomen uit een complex samenspel van factoren. Wat de indiener betreft is het aan de wetgever om iemand te faciliteren in het doorgronden van deze wens: welke factoren spelen een rol, hoe weloverwogen, vrijwillig en duurzaam is die wens? Als dat duidelijk is en iemand blijft bij zijn/haar wens om het leven te beëindigen is het, wat de initiatiefnemer betreft, barmhartig om daaraan te voldoen.

c. Internationale context

In de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) over hulp bij zelfdoding spelen twee grondrechten de hoofdrol: het recht op leven (artikel 2 EVRM)⁶³ en het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 EVRM).⁶⁴ Uit de rechtspraak kan worden afgeleid dat uit het recht op leven in artikel 2 EVRM geen positieve verplichting van de Staat kan worden afgeleid om hulp bij levensbeëindiging toe te staan. Daarmee wordt de verdragsstaten echter niet het recht ontzegd om hulp bij zelfdoding onder voorwaarden te legaliseren. Uit de rechtspraak van het EHRM volgt dat beperkingen om bewust een einde te maken aan het leven onder omstandigheden binnen de reikwijdte van het recht op eerbiediging van het privéleven kunnen vallen.⁶⁵ In dat verband wordt door het EHRM grote waarde toegekend aan de persoonlijke autonomie (zelfbeschikking).

⁶² Rechtbank Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394

⁶³ Blijkens artikel 15 EVRM is het recht op leven een zogenoemd non-derogatoir recht.

⁶⁴ Zie EHRM 14 mei 2013, *Gross t. Zwitserland*, nr. 67810/10; EHRM 20 januari 2011, *Haas t. Zwitserland*, nr. 31322/07; EHRM 29 april 2002, *Pretty t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/03.

⁶⁵ EHRM 29 april 2002, *Pretty t. het Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02, par. 67; EHRM 20 januari 2011, *Haas t. Zwitserland*, nr. 31322/07, par. 51; EHRM 14 mei 2013, *Gross t. Zwitserland*, 67810/10, paragraaf 59.

Het EHRM laat de nationale autoriteiten de keuze om hulp bij zelfdoding al dan niet te legaliseren. Regelgeving die hulp bij zelfdoding verbiedt of aan stringente voorwaarden onderwerpt, acht het Hof in beginsel gerechtvaardigd omdat deze een gewichtig en legitiem doel dienen, namelijk het beschermen van eenieder tegen overhaaste beslissingen en misbruik en in het bijzonder personen die hiertoe geen geïnformeerde keuze kunnen maken. Staten die hulp bij zelfdoding legaliseren dienen hierover zelf richtlijnen op te stellen, waarbij het Hof zich niet uitlaat over de inhoud van dergelijke richtlijnen. Wel blijkt uit de rechtspraak dat richtlijnen in het kader van hulp bij zelfdoding voldoende voorzienbaar en duidelijk toepasbaar moeten zijn.⁶⁶ Dit betekent mogelijk ook dat waarborgen bij voorkeur in door de overheid goedgekeurde richtlijnen moeten zijn vastgelegd en niet enkel in niet-bindende richtlijnen van medisch-ethische of beroepsorganisaties.⁶⁷

De bescherming van zwakke en kwetsbare personen tegen levensbeneming is daarbij tevens een belangrijk uitgangspunt.⁶⁸ Op grond van artikel 2 EVRM hebben staten immers ook de verplichting om procedures op te stellen die garanderen dat de beslissing een einde aan het leven te maken voortkomt uit de vrije wil van de persoon in kwestie.⁶⁹ De rechtspraak laat zien dat het Hof grote waarde hecht aan waarborgen in dit verband, zoals waarborgen om vast te stellen of een persoon daadwerkelijk in staat is een bewuste en geïnformeerde keuze te maken over de beëindiging van zijn leven en of de beslissing uit vrije wil en niet onder druk wordt genomen.⁷⁰

Op basis van de rechtspraak van het Hof kan worden geconcludeerd dat een wetsvoorstel als het onderhavige niet per definitie onverenigbaar is met de uit het EVRM voortvloeiende rechten en plichten.⁷¹ Volgens sommigen kan uit de rechtspraak worden afgeleid dat het Hof zich geleidelijk beweegt in de richting van acceptatie van een recht onder artikel 8 EVRM om het leven op een zelfbepaald moment en op eigen voorwaarden te beëindigen.⁷² Dat betekent echter niet dat uit artikel 8 EVRM een verplichting voor de overheid voortvloeit om een gekozen levensbeëindiging ook te faciliteren.⁷³ Wel vloeit uit het recht op leven zoals vervat in artikel 2 EVRM de verplichting voor de overheid voort om zwakke en kwetsbare personen te beschermen en misbruik van een regeling als voorgesteld te voorkomen. Dat vereist gedegen waarborgen.

⁶⁶ Zie in het bijzonder EHRM 14 mei 2013, *Gross t. Zwitserland*, nr. 67810/10.

⁶⁷ EHRM 14 mei 2013, *Gross t. Zwitserland*, nr. 67810/10, paragraaf 65.

⁶⁸ Zie in dat verband ook EHRM 28 maart 2017, *Fernandes de Oliveira t. Portugal*, nr. 78103/14, JGZ 2018/1, m.nt. J.J. de Jong. Hierin oordeelde het EHRM dat in het licht van het recht op leven in artikel 2 EVRM door de autoriteiten onvoldoende was gedaan om een suïcidepoging van een kwetsbaar persoon, in dit geval een psychiatrisch patiënt, te voorkomen. Zie ook de conclusie van PG Silvis in de zaak over euthanasietoepassing op een patiënte met vergevorderde dementie (HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712), 17 december 2019, ECLI:NL:PHR:2019:1338, paragraaf 4.13.

⁶⁹ EHRM 20 januari 2011, *Haas t. Zwitserland*, nr. 31322/07, paragraaf 54.

⁷⁰ Zie bijvoorbeeld het voorschrift dat het uitschrijven van een doktersrecept enkel plaatsvindt na een psychiatrische beoordeling: EHRM 20 januari 2011, *Haas t. Zwitserland*, nr. 31322/07.

⁷¹ Zie ook de noot van Gerards en Janssen bij EHRM 29 april 2002, *Pretty t. het Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02, EHRC 2002/47 en G.A. den Hartogh, «Het Europese Hof over hulp bij suïcide», *Ars Aequi*, 52 (2003), p. 96.

⁷² S. Brown, «Gross v. Switzerland and Right to Die Jurisprudence in the European Court of Human Rights», *Chi.-Kent J. Int'l & Comp. Law*, vol. 14, no. 2 (2014), p. 1.

⁷³ Zie in het bijzonder EHRM 20 januari 2011, *Haas t. Zwitserland*, nr. 31322/07. Andere internationale en Europese mensenrechteninstrumenten, zoals het EU-Handvest en het IVBPR, bevatten weliswaar normen die relevant zijn in de context van hulp bij zelfdoding (zie bijvoorbeeld artikel 2, artikel 3 en artikel 7 EU-Handvest, en artikel 6 IVBPR), maar lijken op dit vlak vooralsnog geen aanvullende inzichten te bieden. Zie ook het General Comment nr. 36 over het recht op leven van het toezichthoudend Mensenrechtencomité van het IVBPR, UN doc. CCPR/C/GC/36, 30 oktober 2018.

Dit wordt ook onderkend in een recente uitspraak van het Duitse Bundesverfassungsgericht (hierna: BVerfG),⁷⁴ waarin het BVerfG grote waarde toekent aan de persoonlijke autonomie en het daaruit voortvloeiende recht om zelf te bepalen hoe en wanneer men, eventueel met hulp van derden, een einde aan het leven wenst te maken.⁷⁵ De keuze hoe en wanneer het leven voortijdig te beëindigen is volgens het BVerfG een volledig autonome beslissing. De strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in het Duitse wetboek van strafrecht is daarmee niet verenigbaar, zo oordeelt het BVerfG. Dat neemt echter niet weg dat wel procedurele voorwaarden mogen worden gesteld aan hulp bij zelfdoding om zwakke en kwetsbare personen te beschermen, bijvoorbeeld in het kader van de vaststelling of de beslissing van het individu om zijn leven te willen beëindigen oprecht en definitief is. Ook betekent het recht op een zelfbepaald levenseinde niet dat de wetgever geen maatregelen mag nemen om zelfdoding te voorkomen, zoals het uitbreiden van palliatieve zorg en het bestrijden van gevaren voortkomend uit negatieve levensomstandigheden.

De initiatiefnemer deelt de conclusie van de Afdeling dat er op basis van het EVRM en uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) geen positieve verplichting van de Staat kan worden afgeleid om hulp bij zelfdoding toe te staan. Maar ondanks dat er het EVRM geen zogeheten «right to die» bevat, is artikel 8 van het EVRM wel van belang in deze casus, zoals de Afdeling ook aangeeft. Artikel 8 van het EVRM omvat het recht op eerbiediging van ieders privéleven, familieleven en gezinsleven. In de memorie van toelichting wordt nader ingegaan op de mensenrechtelijke aspecten en in het bijzonder twee uitspraken van het EHRM die na het advies van de Raad van State zijn gedaan.

5. Autonomie en de beschermwaardigheid van het leven

Het voorliggende wetsvoorstel is gebaseerd op een afweging van onder meer de beginselen van de beschermwaardigheid van het leven, barmhartigheid, zelfbeschikking en autonomie, zo stelt de toelichting.⁷⁶ Als principieel uitgangspunt van het wetsvoorstel wordt genoemd de vrijheid van eenieder om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten. Voor de initiatiefneemster omvat dat ook het recht om beslissingen te kunnen nemen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde.⁷⁷

Deze zelfbeschikking of autonomie is volgens de initiatiefneemster in het geding waar het ouderen betreft die te maken hebben met «voltooid leven»-problematiek, aangezien zij onder de huidige wetgeving niet op legale wijze middelen kunnen verkrijgen die leiden tot een zachte dood, en anderen niet kunnen vragen hen hierbij te helpen. De initiatiefneemster acht het onwenselijk dat ouderen de regie over het laatste hoofdstuk van hun leven verliezen en er soms toe worden gedwongen om de laatste

⁷⁴ Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715, in het bijzonder paragraaf 302–305.

⁷⁵ In deze uitspraak van het BVerfG speelde een algemeen persoonlijkheidsrecht een centrale rol. Dit algemeen persoonlijkheidsrecht werd door het BVerfG uit twee andere grondrechten afgeleid, namelijk het recht op onaantastbaarheid van de menselijke waardigheid (artikel 1, eerste lid, Grundgesetz) en het recht op vrije ontplooiing van de persoonlijkheid (artikel 2, eerste lid, Grundgesetz). Het algemeen persoonlijkheidsrecht geeft uitdrukking aan de persoonlijke autonomie en beschermt een breed scala aan aspecten van het persoonlijke leven. Zie ook R. Nehmelman, *Het algemeen persoonlijkheidsrecht. Een rechtsvergelijkende studie naar het algemeen persoonlijkheidsrecht in Duitsland en Nederland* (proefschrift UU), Deventer: Kluwer, 2002.

⁷⁶ Memorie van toelichting, hoofdstuk 3.

⁷⁷ Idem, paragraaf 3.3.

levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de opgebouwde eigen identiteit.⁷⁸ Daarom beoogt het wetsvoorstel de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding in het geval van «voltooid leven» te verruimen.

Zelfbeschikking en autonomie zijn volgens de initiatiefneemster echter geen absolute beginselen en hulp bij zelfdoding is evenmin een opeisbaar recht waaraan anderen verplicht zijn tegemoet te komen.⁷⁹ Omdat voor waardig sterven in de context van dit wetsvoorstel een beroep op anderen en de samenleving in brede zin wordt gedaan, ziet de initiatiefneemster autonomie als een sociaal of relationeel gegeven: «Niet alleen de ideeën en inzichten die iemand heeft over een goede kwaliteit van leven of een waardig levenseinde komen tot stand in dialoog met iemands sociale omgeving, ook de uitvoering vindt altijd plaats in verbondenheid met anderen. In nagenoeg ieders levensverhaal spelen familie, geliefden, collega's en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol».⁸⁰

Wat betreft het spanningsveld tussen zelfbeschikking en de bescherming van het leven merkt de initiatiefneemster op dat dit niet te sterk moet worden aangezet. Beide beginselen geven immers uitdrukking aan het alomvattende idee van menselijke waardigheid, zo stelt de toelichting.⁸¹ Met het toenmalige kabinet deelt initiatiefneemster de opvatting dat er situaties zijn waarin «de rationale van de beschermwaardigheid van het leven» onder druk komt te staan, namelijk wanneer mensen geen levensperspectief meer hebben en als gevolg daarvan een persistente, actieve stervenswens hebben ontwikkeld.⁸² Wanneer een dergelijke stervenswens uit vrije wilsvorming is ontstaan, duurzaam en weloverwogen is, zou volgens de initiatiefneemster de bescherming van het leven ook moeten kunnen wijken voor de wens om het leven waardig af te sluiten.⁸³

De Afdeling merkt op dat deze invulling en weging van beginselen uitgaat van de beschermwaardigheid van het individuele leven. Het gaat om de waarde die de betrokken oudere zelf daaraan toekent. De wetgever heeft evenwel een bredere afweging te maken. Vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid gaat het daarin vooral om de bescherming van het leven van zwakke en kwetsbare personen bij hulp bij zelfdoding. Zoals hiervoor uiteengezet, heeft de overheid op grond van artikel 2 EVRM de verplichting hen te beschermen tegen overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen over de beëindiging van het leven en tegen misbruik. Het EHRM hecht in dat verband grote waarde aan zodanige waarborgen dat de persoon in kwestie een bewuste en geïnformeerde keuze kan maken over de beëindiging van zijn leven en deze beslissing uit vrije wil voortkomt. Dergelijke waarborgen stellen noodzakelijke grenzen aan de autonomie van het individu.

In het licht van de plicht van de overheid om burgers te beschermen tegen onvrijwillige, overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen over het levenseinde, is de Afdeling van oordeel dat voor levensbeëindiging op verzoek zodanige waarborgen in het leven moeten worden geroepen dat voorkomen wordt dat mensen uit het leven stappen, terwijl niet zeker is of zij dat werkelijk willen, niet zeker is of hun doodswens stabiel en coherent is, en niet vaststaat of die wens is ingegeven of verband houdt met

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Idem.

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Idem.

⁸² Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 55.

⁸³ Memorie van toelichting, paragraaf 3.1.

medische problemen dan wel oplosbare problematiek van geheel andere aard, zoals financiële problemen. De vraag rijst of de voorgestelde zorgvuldigheidseisen mede gelet op de beschermingsplicht van de overheid op grond van artikel 2 EVRM, toereikend zijn.

Zoals uit de bovenstaande paragrafen blijkt, deelt de initiatiefnemer de mening dat hulp bij zelfdoding aan oudere gepaard dient te gaan met waarborgen ter bescherming van kwetsbare mensen. Waarborgen zoals vrijwilligheid en weloverwogenheid zijn niet enkel ter bescherming van kwetsbare mensen maar gelden ook als voorwaarde voor persoonlijke autonomie. De bescherming van kwetsbare mensen en persoonlijke autonomie zijn van belang bij het opstellen van zorgvuldigheidseisen. Deze zorgvuldigheidseisen dienen op een dusdanige wijze vastgesteld te worden dat zij het uitvoeren van de wens van ouderen die hun leven als «voltooid» beschouwen niet onmogelijk maken. Zo kunnen zij op een zorgvuldige manier uitdrukking geven aangaande hun wens tot meer zelfbeschikking over hun levenseinde.

In het licht van het bovenstaande deelt de initiatiefnemer in grote lijnen het oordeel van de Afdeling aangaande de waarborgen voor het toestaan van hulp bij zelfdoding aan ouderen. Vanzelfsprekend dient er alleen hulp bij zelfdoding gegeven te worden indien een oudere dat zelf wil en dient deze beslissing niet impulsief genomen te worden en vrij van elke vorm van dwang. Het is derhalve belangrijk dat de levenseindebegeleider in de gesprekken vast kan stellen dat de stervenswens weloverwogen, duurzaam en vrijwillig is. Derhalve is er gekozen voor een minimale periode van zes maanden waarin de oudere en de levenseindebegeleider drie gesprekken hebben gevoerd. De initiatiefnemer is het evenwel niet volledig eens met de Afdeling wanneer zij stelt dat vast dient te staan dat de stervenswens geen verband heeft met medische problematiek. Zoals uit de memorie van toelichting alsmede uit deze reactie blijkt is er bij «voltooid leven» sprake van een complex samenspel van factoren. Hierbij wordt expliciet stilgestaan bij de «verslechtering van de gezondheid».⁸⁴ Een stervenswens kan dus wel degelijk verband houden met medische problemen of de andere problematiek waaraan de Afdeling refereert. Echter, is er zoals gezegd sprake van een complex samenspel aan factoren die bijdragen aan de stervenswens en hecht de initiatiefnemer grote waarde aan de stelling van de Afdeling uit paragraaf 6 dat de stervenswens de overhand dient te hebben ten opzichte van mogelijk andere hulpvragen.

In het onderhavige en aangepaste wetsvoorstel informeert de arts de levenseinder over relevante medische zaken. Daarbij kan het ook voorkomen dat arts voordat de informatie wordt verstrekt spreekt met de oudere, om zo zelf tot een goed beeld te komen. Behandelperspectieven horen ook bij de inlichtingenplicht. De levenseindebegeleider beziet ook of de oudere mogelijk (ook) onder de WTL kan vallen.

Overigens blijft het bij een verzoek tot «voltooid leven» van groot belang dat de oudere en levenseindebegeleider samen bezien welke andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek om hulp bij zelfdoding, er is en of deze hulp gewenst is. Indien er sprake is van een verslechtering van de gezondheid, zal dit ter sprake komen bij de gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider en dient gekeken te worden naar welke hulpmogelijkheden er zijn met betrekking tot deze verslechtering. Maar de waarborg dat de stervenswens geen verband mag houden met medische problemen of het vooruitzicht daarop, acht de initiatiefnemer onredelijk, gegeven het complexe samenspel van factoren alsmede de (wettelijke)

⁸⁴ Memorie van toelichting, hoofdstuk 1.

ruimte die ondanks waarborgen dient te bestaan om uitvoering te geven aan de wens van oudere om niet de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de opgebouwde eigen identiteit.

6. Zorgvuldigheidseisen

Uit de toelichting blijkt dat de initiatiefneemster zoveel mogelijk heeft aangesloten bij de zorgvuldigheidseisen zoals deze zijn geformuleerd in de WTL en nader zijn ingevuld in de euthanasiepraktijk.⁸⁵ Deze wet en de daaruit voortvloeiende euthanasiepraktijk, waarin procedurele en materiële waarborgen een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding, gelden als zorgvuldig.

Wat betreft de doelgroep van dit wetsvoorstel, namelijk de groep ouderen die een actieve doodswens heeft zonder dat zij ernstig ziek zijn, blijkt uit het Perspectief-onderzoek dat de problematiek die hier speelt complex is. De actieve doodswens bij deze groep is bovendien veranderlijk en ambivalent.

De Afdeling merkt in het licht van het voorgaande en van de uitgangspunten, zoals door de Afdeling geformuleerd op grond van de plicht van de overheid om burgers te beschermen tegen onvrijwillige, overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen en tegen misbruik, het volgende op over de zorgvuldigheidseisen.

a. Vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek

Eén van de kerncriteria in het onderhavige wetsvoorstel behelst dat de levenseindebegeleider de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, waarbij ten minste twee maanden zijn verstreken tussen twee opeenvolgende gesprekken met de oudere. Volgens de toelichting impliceert dit dat het verzoek zonder druk van buitenaf⁸⁶ tot stand is gekomen, dat de stervenswens gedurende een zekere periode aanwezig is en deze tevens goed doordacht dient te zijn.⁸⁷ Het wetsvoorstel geeft hieraan meer concreet invulling door te eisen dat tussen twee opeenvolgende indringende gesprekken ten minste twee maanden verstreken moet zijn.⁸⁸

Uit het Perspectief-onderzoek blijkt dat de doodswens van ouderen die hun leven als «voltooid» beschouwen veranderlijk is en sterk situatie- en contextgebonden. De wens speelt niet continu en weegt niet altijd even zwaar. Uit het longitudinale onderzoek blijkt tevens dat een hernieuwde ervaring van verbinding cruciaal is in de levens van ouderen bij wie de doodswens verminderde, of zelfs verdween.⁸⁹

In het licht hiervan dient naar het oordeel van de Afdeling zekerheid te worden verkregen dat de stervenswens stabiel en coherent is, en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Als zeker is dat aan deze eisen voor de stervenswens is voldaan, dan mag als aannemelijk

⁸⁵ Idem, hoofdstuk 6.

⁸⁶ Het betreft hier dus louter *externe* vrijwilligheid. Het vereiste van *interne* vrijwilligheid komt tot uitdrukking in het voorgestelde artikel 2, onderdeel f, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek, waarin o.a. wordt vereist dat de oudere wilsbekwaam is.

⁸⁷ Memorie van toelichting, artikelsgewijze toelichting, artikel 2, onderdeel c.

⁸⁸ Voorgesteld artikel 2, eerste lid, onder d, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

⁸⁹ E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), hoofdstuk 11.

worden verondersteld dat, in vergelijking met de WTL, de oudere ook uitzichtloos en ondraaglijk lijdt aan het leven.

Met de Afdeling deelt de initiatiefnemer de mening dat het vrijwillige, duurzame en weloverwogen karakter van het verzoek een belangrijk criterium van het onderhavige wetsvoorstel is. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat bijvoorbeeld aangaande de weloverwogenheid van een verzoek, ook de zorgvuldigheidseis betreffende de wenselijkheid van andere hulp gericht op de achtergrond van het verzoek van groot belang is. In de memorie van toelichting wordt stilgestaan bij het door de Afdeling aangehaalde punt aangaande het Perspectief-onderzoek. Uit de diepte-interviews van dit onderzoek blijkt dat voor sommigen, door hen het gevoel te geven dat zij wel degelijk een maatschappelijke functie hebben, de stervenswens tijdelijk (of permanent) weggaat. Derhalve zijn de gesprekken die levenseindebegeleider met de oudere voert van belang om te kijken welke factoren bijdragen aan de stervenswens van de oudere en op welke wijze deze factoren mogelijk beïnvloed kunnen worden. De gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider hebben dan ook als doel om samen tot de overtuiging te komen dat er inderdaad sprake is van een stabiele en coherente stervenswens. Het is ook mogelijk dat een deel van de ouderen gedurende het traject afziet van de wens tot sterven. Wanneer in deze gesprekken gekeken wordt naar de factoren die bijdragen aan de stervenswens, is ook het tweede punt dat de Afdeling hier aandraagt van belang. Immers, er dient gekeken te worden in hoeverre de eventuele stervenswens de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Dit gegeven is in de ogen van de initiatiefnemer ook van belang voor individuele factoren welke deel uitmaken van het complexe samenspel dat ertoe leidt dat men een stervenswens heeft ontwikkeld. Uiteraard dient in de gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider stil gestaan te worden bij eventuele hulpmogelijkheden die bestaan voor deze factoren. Maar ook als er behandelmogelijkheden bestaan voor bepaalde factoren, hoeft dit niks af te doen aan de weloverwogenheid van het verzoek van de oudere. Het verlichten van een van de factoren, zoals een verslechterende gezondheid, kan nog steeds gepaard gaan met een stervenswens welke de overhand heeft. Er dient dus ook te worden naar de relatieve bijdrage van de diverse factoren. Daarbij moet ook gekeken worden naar de zogenoemde, «externe» niet-medische factoren, waar wél een oplossing voor geboden kan worden, zoals bijvoorbeeld financiële problemen.

Termijn van twee maanden

De termijn van twee maanden dient om het duurzame en weloverwogen karakter van de stervenswens te kunnen vaststellen.⁹⁰ Voor zover ervoor wordt gekozen om een termijn te stellen ten behoeve van het vaststellen van het duurzame en weloverwogen karakter van het verzoek, dient deze termijn naar het oordeel van de Afdeling, mede in het licht van de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek, een zodanige duur te hebben dat na afloop daarvan gesteld kan worden dat de wens tot sterven stabiel en coherent is, en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Daarover zou zekerheid moeten worden verkregen. In het licht hiervan is de Afdeling van oordeel dat een interval van twee maanden tussen twee opeenvolgende gesprekken in ieder geval niet voldoet.

De termijn tussen de gesprekken, zoals de Afdeling stelt, moet gezien worden als extra zorgvuldigheid in het licht van de eis dat het verzoek een duurzaam en tevens weloverwogen karakter dient te hebben. De initiatiefnemer deelt de overtuiging van de afdeling dat het oorspronkelijk

⁹⁰ Memorie van toelichting, artikelsgewijze toelichting, artikel 2, onderdeel d.

voorgestelde interval hier onvoldoende aan voldoet. Op dit punt past de initiatiefnemer het voorstel aan. In het wetsvoorstel staat opgenomen dat er tenminste zes maanden tussen het aanvragen en uitvoeren zijn verstreken met minstens drie opeenvolgende gesprekken. Het is goed te benadrukken dat ondanks dat termen als «eisen» en «toetsing» worden gebruikt, de initiatiefnemer eraan hecht dat een stervenswens geen examen mag zijn. De oudere en de levenseindebegeleider doorlopen gezamenlijk het proces, waarbij bovenstaande geldt als minimum ter zorgvuldigheidswaarborg. Indien de levenseindebegeleider en oudere in overleg besluiten dat een langere termijn of meer gesprekken behulpzaam zouden zijn, dan staat dat hen vrij. Immers, de termijn dient van een dusdanige lengte te zijn dat de oudere en de levenseindebegeleider samen tot de overtuiging komen dat de stervenswens stabiel is, coherent is en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Dit sluit ook aan bij een van de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek, waarbij duidelijk werd dat ouderen vaak de wens hebben met iemand te kunnen praten over hun stervenswens, maar dat dit in hun directe omgeving vaak lastig is. Juist het serieus nemen van de oudere in haar of zijn wens kan ondersteunend zijn.

De EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2022) geeft ook enige informatie aangaande stabiliteit en twijfel welke mogelijk kan spelen bij de oudere.⁹¹ Zo wordt gesteld dat aarzeling of twijfel «goed te begrijpen» met betrekking tot een zo aangrijpende aangelegenheid als euthanasie. Dit hoeft dan ook geen contra-indicatie te zijn, mits het verzoek, de specifieke kenmerken en uitingen van de patiënt meenemend, consistent is. Een dergelijke consistentie blijkt uit de herhaling van een verzoek of andere uitingen. Eenzelfde redenering gaat op voor hulp bij zelfdoding op basis van het onderhavige wetsvoorstel. Onder andere de uitingen van de oudere en de herhaling van een verzoek tot hulp bij zelfdoding zijn voor de levenseindebegeleider van belang om de overtuiging te krijgen dat sprake is van een duurzaam verzoek. De inhoud van de gesprekken met de oudere en de uitingen die een oudere hierin doet zijn wat dat betreft van groter belang dan de minimale termijn tussen twee gesprekken.

Bij het bepalen van een minimumtermijn tussen de minimaal drie gesprekken dient naast de overtuiging dat de stervenswens vrijwillig, weloverwogen en consistent is en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen, ook rekening gehouden te worden met de persoonlijke autonomie in een specifieke context. Zoals ook blijkt uit het longitudinale onderdeel van het Perspectief onderzoek beëindigen mensen het leven ook tussen de interviewmomenten in. Het doel van het onderhavige wetsvoorstel is om tegemoet te komen aan oudere die een stervenswens hebben en als gevolg daarvan hulp bij zelfdoding wensen. Op een zorgvuldige wijze en met professionele hulp. Een minimale termijn kan dus ook als te lang ervaren worden (te denken valt bijvoorbeeld aan gevallen van progressieve ziekten zoals dementie), hetgeen tot gevolg kan hebben dat mensen geen gebruik willen maken van de in het onderhavige initiatiefwetsvoorstel voorgestelde zorgvuldige procedure. Alles afwegend, heeft de initiatiefnemer begrip voor de opmerkingen aangaande de duur van de minimale termijn door de Afdeling en heeft zij zoals reeds vermeld het wetsvoorstel op dit punt aangepast.

⁹¹ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht aangepast naar aanleiding van de arresten van de Hoge Raad van 21 april 2020*, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018/uitspraken/brochures/brochures/euthanasiecode/2018/euthanasiecode-2018-herziene-versie-2020>», p. 21.

De Afdeling merkt op dat ten aanzien van het vereiste weloverwogen karakter van het verzoek in het kader van de WTL wordt gesteld dat de patiënt volledig inzicht moet hebben in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, de prognose en de behandelmogelijkheden.⁹² Bij «lijden aan het leven» is in het algemeen sprake van complexe problematiek die niet primair van medische aard is, maar waarbij klachten met een medische grondslag evenmin uitgesloten zijn.⁹³ Naar analogie van de WTL zou de oudere voor een weloverwogen verzoek dan ook volledig inzicht dienen te hebben in de oorzaken van het lijden en de (on)mogelijkheid van het verminderen of wegnemen daarvan. Voor zover het lijden tevens voortvloeit uit medische klachten, zou de oudere daarnaast op de hoogte moeten zijn van de beschikbare (medische) behandelmogelijkheden.

Uit de toelichting bij het voorliggende wetsvoorstel blijkt niet of de initiatiefneemster op dit punt een uitleg analoog aan de WTL heeft beoogd. De Afdeling adviseert alsnog te voorzien in een uitleg zoals hiervoor aangeduid.

Aangaande de weloverwogenheid van een verzoek, merkt de initiatiefnemer op dat dit een punt is uit de WTL waar de praktijk handvatten geeft voor hoe dit begrip gezien dient te worden. Daar het onderhavige wetsvoorstel in de praktijk een mogelijkheid dient te bieden voor oudere met een stervenswens, wordt dan ook zo veel mogelijk gekeken naar de praktijk binnen de WTL. Derhalve acht de initiatiefnemer het van belang te kijken naar hoe de WTL in de praktijk de weloverwogenheid van een verzoek behandelt en op welke manier de RTE dit begrip toetsen, waarvoor gekeken dient te worden naar de EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2022).⁹⁴ Hierin staat vermeld dat een weloverwogen verzoek betekent «dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht». Voor het onderhavige wetsvoorstel wordt aangaande het weloverwogen verzoek zo veel als mogelijk aangesloten bij deze lezing. Dat betekent dat een oudere voldoende informatie dient te hebben gekregen over haar of zijn specifieke situatie en dat inzicht in de stervenswens, zowel voor de oudere als de levenseindebegeleider van groot belang is. Hiertoe dienen de uitvoerige gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider. De stervenswens en het complexe samenspel aan factoren dat maakt dat deze stervenswens bestaat dienen in kaart gebracht te worden. Een helder inzicht in welke factoren bijdragen aan en welke mogelijkheden er zijn om dezer factoren te adresseren, dat wil zeggen verminderen, zijn hierbij van belang. De initiatiefnemer merkt op dat deze uitleg licht afwijkt van de door de Afdeling aangedragen uitleg, in dat volledig inzicht een garantie lijkt te impliceren welke in de praktijk onuitvoerbaar lijkt. In die zin refereert de initiatiefnemer graag aan de eerder door de Afdeling gemaakte opmerking dat de stervenswens de overhand dient te hebben ten opzichte van mogelijk andere hulpvragen. Een weloverwogen verzoek betekent dus dat op basis van voldoende informatie en zicht over het complexe samenspel aan factoren welke bijdragen aan de stervenswens

⁹² Zie de memorie van toelichting bij de WTL, Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 9. Zie ook Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht*, beschikbaar via «<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>», p. 21.

⁹³ Zie E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), paragraaf 12.2.

⁹⁴ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht aangepast naar aanleiding van de arresten van de Hoge Raad van 21 april 2020*, beschikbaar via «Euthanasiecode 2022 | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (euthanasiecommissie.nl)».

of deze doen verminderen, een oudere toch bepaalt dat bepaalde factoren ertoe leiden dat deze de overhand hebben ten opzichte van hulpvragen en derhalve leiden tot een stervenswens.

b. Wenselijkheid andere hulp gericht op achtergrond van het verzoek

Mede in het licht van het voorgaande wijst de Afdeling tevens op de samenhang met de zorgvuldigheidseis dat de levenseindebegeleider met de oudere tot de overtuiging moet zijn gekomen dat andere hulp gericht op de achtergrond van het verzoek niet gewenst is.⁹⁵ Uit de toelichting blijkt dat de levenseindebegeleider, in overleg met de oudere, dient te onderzoeken of mogelijk nog een nieuw perspectief kan worden geboden. Het is immers mogelijk dat de oudere het leven zoals hij of zij dat nu leeft als ondraaglijk ervaart, maar het leven weer de moeite waard vindt als bepaalde hulp of zingeving wordt geboden, zo stelt de toelichting. De levenseindebegeleider zal daarom onderzoeken welke factoren bijdragen aan de stervenswens, en nagaan in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden.⁹⁶

Er zou weer «uitzicht» op het leven kunnen zijn. Als er nog reële andere hulp mogelijk is, rijst de vraag of de doodswens weloverwogen, stabiel en coherent is, en tevens de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. In dit licht adviseert de Afdeling in de toelichting nader op de samenhang tussen deze en de hierboven besproken zorgvuldigheidseisen in te gaan.

Gelet op het voorgaande, acht de Afdeling de voorgestelde formulering van de zorgvuldigheidseis uit het voorgestelde artikel 2, eerste lid, onder e, te vrijblijvend in het licht van de plicht die op de overheid rust om het leven van zwakke en kwetsbare personen te beschermen en tegen de achtergrond van de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek. De Afdeling adviseert in het wetsvoorstel zelf op te nemen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, in kaart is gebracht door de levenseindebegeleider en de levenseindebegeleider en de oudere hebben geconcludeerd dat geen redelijke andere oplossing voorhanden is.

De initiatiefnemer deelt de mening dat er een grote mate van samenhang is tussen de zorgvuldigheidseis over de wenselijkheid van andere hulp gericht op de achtergrond van het verzoek enerzijds en de zorgvuldigheidseis aangaande een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek anderzijds. Immers, mocht er hulp gericht op de achtergrond van het verzoek gewenst zijn, heeft zeker gevolgen voor het weloverwogen karakter van het verzoek. Zoals reeds gesteld, betekent het weloverwogen karakter dat de oudere voldoende informatie en inzicht dient te hebben over het complexe samenspel van factoren dat bijdraagt aan de stervenswens. Hierbij is ook van belang om bij de diverse factoren stil te staan op mogelijke hulpvormen welke hiervoor beschikbaar zijn en in welke mate deze door de oudere gewenst zijn. Het hierboven geschetste samenspel zal naar aanleiding van deze opmerking door de Afdeling uitvoeriger beschreven worden in de memorie van toelichting.

De Afdeling staat in deze paragraaf ook stil bij het eventuele «uitzicht» dat er wederom op leven kan komen en plaatst dit in het licht van de weloverwogenheid. Hierbij merkt de initiatiefnemer op dat de uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals opgenomen in de zorgvuldigheidseisen van de WTL, geen zorgvuldigheidseis is van het onderhavige wetsvoorstel. Wel is

⁹⁵ Zie voorgesteld artikel 2, eerste lid, onder e, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

⁹⁶ Memorie van toelichting, paragraaf 4.4.

er in het bovenstaande ingegaan op de wenselijkheid van andere hulp. Dit is, wat de initiatiefnemer betreft, een onderdeel van de weloverwogenheid van een stervenswens. Derhalve is het ook goed mogelijk dat er voor een van de factoren, die onderdeel uitmaakt van het complex aan factoren welke de bijdragen aan de stervenswens, reële hulpmogelijkheden bestaan maar de oudere in overleg met de levenseindebegeleider en na voldoende informatie en inzicht te hebben ontvangen hierover, besluit dat dergelijke hulp niet gewenst is. Ook niet-medische factoren, zoals financiële problemen, dienen ter sprake te komen en zijn relevant voor de levenseindebegeleider om te bezien of er een duurzame, vrijwillige en weloverwogen wens is en of andere hulp nog mogelijk en gewenst is.

De Afdeling geeft de initiatiefnemer mee om, indachtig de plicht van de overheid om kwetsbare personen te beschermen, de zorgvuldigheidseisen aan te passen. Zo dient expliciet opgenomen te worden dat andere hulp in kaart is gebracht en dat is geconcludeerd dat er geen redelijke andere oplossing voorhanden is. Initiatiefnemer heeft besloten dit niet te expliciteren in de wettekst, omdat zij van mening is dat het in kaart brengen van alternatieve hulp al voortkomt uit artikel 2, onderdeel e. Immers moet worden vastgesteld dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is. Daaruit volgt dat die hulp in kaart moet worden gebracht. Uit de eis dat het verzoek vrijwillig, duurzaam en weloverwogen moet zijn, volgt wat initiatiefnemer betreft ook dat de alternatieven niet als gewenst worden gezien op basis van die criteria. Deze zorgvuldigheidseisen moeten in samenhang worden bezien. Het enkel voorhanden zijn van andere hulp is zo bezien dus geen contra-indicatie van een weloverwogen verzoek maar kan daar juist aan bijdragen.

c. Rol van de arts

Het Perspectief-onderzoek laat zien dat een breed spectrum aan oorzaken ten grondslag kan liggen aan de stervenswens. Zoals eerder opgemerkt, kunnen daarbij ook medische factoren een (versterkende) rol spelen.⁹⁷ De Afdeling is van oordeel dat dit gegeven pleit voor de verplichte betrokkenheid van een arts in het proces.⁹⁸ Zij acht deze betrokkenheid op een drietal punten van toegevoegde waarde.

De keuze om in het oorspronkelijke wetsvoorstel artsen geen verplichte rol te geven is een bewuste geweest. Die is gemaakt door de toenmalige initiatiefnemer op basis van de overwegingen uit zowel de reactie van de KNMG op het wetsvoorstel en de «Kabinetsreactie en visie Volttooid Leven» als die van individuele artsen betrokken.⁹⁹ Echter, zowel het advies van de Afdeling als gesprekken die de initiatiefnemer heeft gevoerd met medisch ethici, juristen en artsen zelf hebben geleid tot een nieuw inzicht. Op basis van deze gesprekken hebben artsen in het huidige onderhavige voorstel wel degelijk een noodzakelijke rol, voor een groot deel tegemoetkomend aan de punten die de Afdeling heeft aangedragen. De initiatiefnemer hecht er wel aan te onderstrepen dat de rol van de arts (niet zijnde een arts die ook de rol van levenseindebegeleider heeft) zich beperkt tot

⁹⁷ Zie E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), paragraaf 7.3.

⁹⁸ De Afdeling heeft met respect kennis genomen van de terughoudendheid van de KNMG in dit verband (zie hierover ook de memorie van toelichting, paragraaf 2.5). Niettemin acht zij de verplichte betrokkenheid van een arts, mede gelet op de mogelijk medische aard van de problematiek die bij deze ouderen speelt en de beschermingsplicht van de overheid, wenselijk.

⁹⁹ Zie «Vragen bij Wet Toetsing Levenseindebegeleiding van Ouderen op Verzoek», KNMG, 30 januari 2017 en Overwegingen artsenfederatie KNMG bij «Kabinetsreactie en visie Volttooid Leven», KNMG, 29 maart 2017.

wat we kunnen noemen het «voortraject» van het «voltooid leven»-traject. Het voorstel is nu zo gewijzigd dat de arts inlichtingen verschaft aan de levenseindebegeleider (en de oudere) die relevant zijn voor de beoordeling van het verzoek. Hierbij ligt de focus op aspecten met een medische component, zoals de beoordeling van de overlap met de WTL en het in kaart brengen van de medische situatie van de oudere. Dit lijkt een passende rol, waarbij betrokkenheid van de arts slechts gevraagd wordt in het voorstadium van de procedure en het slechts gaat om het verschaffen van inlichtingen. Het is aan de levenseindebegeleider om, in samenspraak met de oudere, keuzes te maken en daarin zullen te allen tijde de zorgvuldigheidseisen leidend zijn. De thans voorgestelde rol van de arts lijkt in overeenstemming met een belangrijke opmerking van de KNMG: «*Het onderscheid tussen «gezond» en «ziek» kan ook alleen gemaakt worden op basis van een exploratie naar de aard van de klachten, die naar de mening van de KNMG alleen door een arts uitgevoerd kan worden.*»

In de memorie van toelichting wordt deze keuze verder toegelicht en wordt ingegaan op juridische aspecten die hierbij van belang zijn.

i. Identificeren van mogelijke medische achtergrond van het verzoek

De opleiding tot levenseindebegeleider is niet alleen toegankelijk voor artsen, maar ook voor verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten.

De vraag rijst of de levenseindebegeleider, niet zijnde een arts, in staat zal zijn om te identificeren welke factoren bijdragen aan de stervenswens van de oudere en in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden, voor zover dat medische factoren betreft. De Afdeling acht de verplichte betrokkenheid van een arts in dit opzicht nodig, zodat alle medische behandelopties goed in kaart kunnen worden gebracht en de wenselijkheid daarvan met de oudere kan worden besproken.

De initiatiefnemer deelt de overtuiging met de Afdeling dat voor het in kaart brengen van eventuele medische factoren binnen een stervenswens én het bespreken van behandelopties daarvan een taak is die beter belegd is bij een arts dan bij een levenseindebegeleider. Daarom heeft de arts in het gewijzigde voorstel een grotere rol. De arts krijgt de plicht om inlichtingen te verschaffen aan de levenseindebegeleider. Hieronder valt ook het in kaart brengen van mogelijke medische trajecten. De arts heeft echter geen toetsende rol, maar verschaft slechts informatie. Het is aan de levenseindebegeleider om die informatie te betrekken bij het verzoek en te bezien of in een concreet geval voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen. In de memorie van toelichting wordt deze keuze verder toegelicht.

ii. Waarborgen voor zorgvuldige uitvoering

Daarnaast acht de Afdeling de betrokkenheid van een arts wenselijk met het oog op een zorgvuldige uitvoering van de zelfdoding. Hoewel de oudere de levensbeëindigende middelen zelf zal innemen, valt niet uit te sluiten dat onder omstandigheden het innemen van deze middelen dan wel het stervensproces niet verloopt zoals beoogd en er (medische) complicaties optreden. De Afdeling acht het van groot belang dat de oudere in dat geval de juiste medische hulp kan ontvangen en acht om die reden een rol voor de arts ook bij de uitvoering aangewezen.

Op dit punt deelt de initiatiefnemer het standpunt van de Afdeling niet volledig. Het staat buiten kijf dat er moet worden toegezien op een zorgvuldige uitvoering van de zelfdoding. Om dit proces zorgvuldig te

laten verlopen, wordt een opleiding gevolgd tot levenseindebegeleider. Daarin wordt stilgestaan bij het volgen van de juiste procedures aangaande onder andere het ophalen van het gebruikte middel bij de apotheek, het verstrekken van het middel aan de oudere en constateren van het overlijden en contacteren van de lijkschouwer.

De Afdeling schrijft verder nog dat een arts betrokken moet zijn bij de uitvoering in het geval er complicaties optreden waardoor het stervensproces niet verloopt zoals beoogd. De lang staande praktijk van hulp bij zelfdoding in Zwitserland via orale toediening, laat zien dat er eigenlijk geen complicaties optreden bij adequate dosering en juiste instructies. In zeldzame gevallen laat de dood langer op zich wachten dan verwacht. In de memorie van toelichting wordt deze keuze nader toegelicht.

iii. Samenloop met WTL voorkomen

Tot slot acht de Afdeling de betrokkenheid van een arts nodig om het verzoek tot hulp bij zelfdoding in voorkomende gevallen alsnog in het licht van de WTL te beoordelen. In dit verband wijst zij ook meer in algemene zin op de overlap tussen de WTL en het voorliggende wetsvoorstel.

Voor een inwilligbaar verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van de WTL is vereist dat sprake is van «uitzichtloos en ondraaglijk lijden», waaraan in overwegende mate een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening ten grondslag ligt. Het voorliggende wetsvoorstel maakt het mogelijk dat ook andere oorzaken dan ondraaglijk en uitzichtloos medisch lijden kunnen leiden tot een inwilligbaar verzoek tot hulp bij zelfdoding.

De toelichting onderkent dat er samenloop tussen de twee wetten en de procedures op grond daarvan zal zijn, maar volgens de initiatiefneemster ligt het voor de hand dat wanneer sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een overwegend medische grondslag, gebruik gemaakt zal worden van de WTL.¹⁰⁰ De groep van 75 jaar en ouder kan echter ook een beroep doen op het voorliggende wetsvoorstel. De inhoudelijke en procedurele drempel voor hulp bij zelfdoding in dit wetsvoorstel is minder hoog, aangezien de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en de overwegend medische grondslag daarvan niet beoordeeld hoeven te worden.¹⁰¹ Het voorliggende wetsvoorstel bevat bovendien geen (procedurele) waarborgen om dit te garanderen en bovengenoemde samenloop te voorkomen.

De Afdeling acht het behoud van de zorgvuldige en transparante praktijk die op grond van de WTL is ontstaan van wezenlijk belang¹⁰² en adviseert daarom alsnog in de nodige waarborgen te voorzien door de arts een verplichte rol te geven in het onderhavige wetsvoorstel.

Terecht wijst de Afdeling op het bestaan van twee wettelijke mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding indien het onderhavige wetsvoorstel wordt aangenomen. Een deel van de ouderen vanaf 75 jaar zou inderdaad een beroep kunnen doen op de WTL én op dit wetsvoorstel. In tegenstelling

¹⁰⁰ Memorie van toelichting, hoofdstuk 6.

¹⁰¹ Zie in dit verband ook de commissie-Schabel, die het bestaan van twee verschillende routes niet wenselijk acht en stelt dat een dergelijk scenario aanleiding kan geven tot de vraag of de WTL dan niet in zijn geheel zou moeten worden herzien of afgeschaft: P. Schnabel e.a., *Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag januari 2016, p. 167.

¹⁰² Een dergelijke lichtere toetsing wordt ook opgemerkt door artsenfederatie KNMG, die als gevolg daarvan uitholling van de huidige euthanasiepraktijk vreest. Zie R.A.C.L. Héman e.a., *Overwegingen artsenfederatie KNMG bij «Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven»*, 29 maart 2017, p. 19–22.

tot de Afdeling, acht de initiatiefnemer dit niet ongewenst en deelt zij de mening niet dat de procedurele drempel voor dit wetsvoorstel minder hoog is dan bij de WTL. Het staat vast dat de inhoudelijke en procedurele drempel in dit wetsvoorstel anders zijn – ondraaglijk lijden hoeft immers niet invoelbaar gemaakt te worden – maar, zoals reeds betoogd in de memorie van toelichting, is geen sprake van een lichtere procedure. Er is sprake van een ander type traject (want niet medisch van aard) en de zorgvuldigheidseisen houden daarmee sterk verband. Zeker bezien er met de wijziging drie gesprekken dienen plaats te vinden over een periode van minstens zes maanden, kan zelfs worden gezegd dat het voorgestelde traject procedureel zwaarder is. Wanneer een oudere aan beide wetten voldoet, is het aan die oudere zelf om te kiezen waar de voorkeur ligt. In de memorie van toelichting wordt de gemaakte keuze nader toegelicht.

7. Doelgroep van het wetsvoorstel

Het wetsvoorstel hanteert een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder.¹⁰³ Volgens de initiatiefneemster is de kans groot dat ouderen die deze leeftijd hebben bereikt, gedurende hun leven voor lastige beslissingen, onverwachte mogelijkheden en drastische wendingen hebben gestaan. De initiatiefneemster acht dit anders bij pubers, adolescenten, dertigers, «mid-lifers» en zelfs bij de jongere pensionado's. Zij hebben nog een relatief lang levensperspectief, waarin problematische omstandigheden nog een wending ten goede kunnen nemen. De kans daarop wordt met het klimmen der jaren echter kleiner. De initiatiefneemster verwacht dat ouderen die deze leeftijd hebben bereikt in het algemeen, door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter in staat zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is. Bovendien gaat de initiatiefneemster ervan uit dat de factoren die beïnvloeden dat mensen hun leven als «voltooid» kunnen gaan zien, vanaf 75 jaar een grotere rol gaan spelen.¹⁰⁴

Het Perspectief-onderzoek laat zien dat een persisterende en actieve wens tot levensbeëindiging zich niet alleen voordoet bij ouderen vanaf 75 jaar, maar juist in grote meerderheid in de leeftijdscategorie van 55 tot 75 jaar. Twee-derde van die groep 55 tot 75-jarigen wil bovendien zonder hulp van een ander, op een zelfgekozen moment een einde aan het leven maken. Zij willen daartoe zelf beschikken over passende middelen. De KNMG merkt op dat er vanuit medisch en psychologisch oogpunt geen redenen zijn om de stervenswens van 75-plussers anders te behandelen dan die van jongeren.¹⁰⁵

In het kwantitatieve Perspectief-onderzoek had slechts een beperkt deel van de groep ouderen van 75 jaar en ouder (naar schatting circa 1700 personen) een persisterende en actieve wens tot levensbeëindiging.¹⁰⁶ Niet valt uit te sluiten dat een deel van deze groep (tevens) een beroep zou kunnen doen op de WTL, bijvoorbeeld vanwege een stapeling van ouderdomsklachten.¹⁰⁷ Dit is echter niet nader kwalitatief onderzocht in het Perspectief-onderzoek. Daarnaast moet worden opgemerkt dat de discussie over de precieze reikwijdte van de WTL nog gaande is en de toepassing van de in de wet geformuleerde zorgvuldigheidscriteria onderwerp is van interpretatie. Wat als ziekte wordt gezien en wat niet,

¹⁰³ Zie voorgesteld artikel 1, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

¹⁰⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 4.2.

¹⁰⁵ Zie R.A.C.L. Héman e.a., *Overwegingen artsenfederatie KNMG bij «Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven»*, 29 maart 2017, p. 20–21.

¹⁰⁶ E. van Wijngaarden e.a., *Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers* (Den Haag: ZonMw 2020), p. 6.

¹⁰⁷ Idem, paragraaf 2.2.

blijkt bovendien in zekere zin een arbitraire grens, zo wordt ook in het Perspectief-onderzoek geconcludeerd.¹⁰⁸

De Afdeling begrijpt dat een aan ouderdom gerelateerde leeftijdsgrens wordt gesteld aan de mogelijkheid om een beroep te doen op levenseindebegeleiding. In zekere zin fungeert de leeftijdsgrens als zorgvuldigheidseis. De Afdeling merkt het bovenstaande dan ook niet op in het licht van een pleidooi voor een andere leeftijdsgrens, maar adviseert wel om een nadere empirische motivering te geven voor de gekozen leeftijdsgrens.

Tegen deze achtergrond adviseert de Afdeling in de toelichting nader in te gaan op de doelgroep van het wetsvoorstel.

Terecht wordt opgemerkt dat de «aan ouderdom gerelateerde leeftijds-grens» fungeert als een soort van zorgvuldigheidseis. In het voorstel van wet welke op 18 december 2016 in consultatie ging werd in het gehele wetsvoorstel gesproken over «de verzoeker» en bevatte de eerste zorgvuldigheidseis de toets of de verzoeker «de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt». In het onderhavige wetsvoorstel is ervoor gekozen om overal te spreken over «de oudere» waarbij de leeftijd van 75 jaar of ouder is opgenomen als definitie aangezien deze term ook beter past bij het karakter van het wetsvoorstel.

8. De levenseindebegeleider

a. Opleiding tot levenseindebegeleider

De levenseindebegeleider dient een opleiding daartoe te hebben afgerond alvorens deze wordt ingeschreven in het register voor levenseindebegeleiders. Tot de opleiding voor levenseindebegeleider worden alleen artsen, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten toegelaten.¹⁰⁹

Volgens de initiatiefneemster zal de opleiding tot levenseindebegeleider betrekking hebben op de naleving van de zorgvuldigheidseisen en op andere wettelijke taken en verplichtingen van de levenseindebegeleider. Bij algemene maatregel van bestuur zullen nadere eisen worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling die deze opleiding aanbiedt.¹¹⁰ De precieze inhoud van de opleiding (het curriculum) zal vastgesteld worden door de relevante beroepsgroepen. Bij de opzet van het curriculum kan er rekening mee worden gehouden dat de deelnemers reeds vanuit hun initiële opleiding en beroepservaring bekend kunnen zijn met verschillende onderdelen van het curriculum.¹¹¹

De Afdeling merkt op dat daarmee thans echter nog onduidelijkheid bestaat over de totstandkoming, inrichting en vormgeving van de opleiding, en daarmee over de kwaliteit van de levenseindebegeleiders. De toelichting onderkent wel dat het curriculum er voor de verschillende beroepsgroepen die kunnen worden toegelaten tot de opleiding verschillend uit kan komen te zien.¹¹² Dit zal echter verschillende gevolgen hebben voor de duur en inrichting, alsmede voor de bekostiging van de opleiding van de deelnemers. De toelichting geeft bovendien nog geen uitsluitsel over de partijen die betrokken zullen moeten worden bij de

¹⁰⁸ Idem.

¹⁰⁹ Voorgesteld artikel 33i, tweede lid, Wet BIG.

¹¹⁰ Voorgesteld artikel 33i, eerste lid, Wet BIG.

¹¹¹ Memorie van toelichting, paragraaf 4.3.

¹¹² Idem.

totstandkoming van de inhoud van de opleiding. Weliswaar doet initiatiefneemster een aantal suggesties, zoals de diverse beroepsgroepen, het Expertisecentrum Euthanasie en de Universiteit voor Humanistiek, maar uit de toelichting blijkt niet of deze partijen daartoe bereid zijn en dat uitvoerbaar achten. Dat is van belang, omdat bijvoorbeeld de KNMG zich terughoudend opstelt waar het gaat om de betrokkenheid van artsen bij levenseindebegeleiding.¹¹³

Daarbij komt dat uit de toelichting niet blijkt wanneer de opleiding ingericht zou kunnen zijn en de eerste levenseindebegeleiders kunnen zijn afgestudeerd. Van inwerkingtreding van het wetsvoorstel kan echter pas sprake zijn als de eerste lichte levenseindebegeleiders is afgestudeerd.

Mede in het licht van de complexiteit van de problematiek die speelt bij personen die «lijden aan het leven» en de plicht die op de overheid rust op grond van artikel 2 EVRM om het leven van zwakke en kwetsbare personen te beschermen, hecht de Afdeling veel waarde aan de kwaliteit van de levenseindebegeleiders. De Afdeling adviseert daarom in de toelichting duidelijkheid te bieden over de eisen die worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider.

Voor de zorgvuldige uitvoering van hulp bij zelfdoding op basis van het onderhavige wetsvoorstel vervult de levenseindebegeleider een belangrijke rol. De gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider dienen ertoe om het complexe samenspel van factoren welke maken dat een oudere haar of zijn leven als «voltooid» ziet en het daaruit voorkomende verzoek tot hulp bij zelfdoding te onderzoeken en bespreken. Aangaande de levenseindebegeleider en de opleiding daartoe worden een aantal opmerkingen gemaakt door de Afdeling. In de memorie van toelichting wordt nader op de opleiding ingegaan.

b. Reikwijdte van de Wet BIG

De initiatiefneemster heeft ervoor gekozen om voor de uitvoering van het wetsvoorstel in belangrijke mate aan te sluiten bij de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Voorgesteld wordt dat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar wordt in de zin van de Wet BIG.¹¹⁴ De levenseindebegeleider wordt ingeschreven in een beroepsregister, dient een aangewezen opleiding te hebben gevolgd en komt onder het medisch tuchtrecht te vallen.¹¹⁵

De Afdeling wijst erop dat de Wet BIG thans van toepassing is als er sprake is van individuele gezondheidszorg. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, waaronder geneeskunst.¹¹⁶ Daarnaast is een aantal handelingen ten aanzien van de overledene onder de Wet BIG gebracht.¹¹⁷ Levensendebegeleiding valt niet zonder meer binnen deze reikwijdte van de Wet BIG. De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan en zo nodig het voorstel aan te passen.

¹¹³ Idem, paragraaf 2.5.

¹¹⁴ Voorgesteld artikel 15 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

¹¹⁵ Voorgesteld artikel 3, eerste lid, artikel 33g, onderdeel a, en artikel 47, tweede lid, Wet BIG.

¹¹⁶ Artikel 1, vijfde opsommingstekens, Wet BIG. Zie voor de definitie van geneeskunst: artikel 1, vierde opsommingstekens, Wet BIG.

¹¹⁷ Artikel 4, vierde opsommingstekens, onderdeel f, Wet BIG.

Terecht constateert de Afdeling dat de levenseindebegeleider geen individuele gezondheidszorg levert, conform de huidige definitie van de Wet BIG. De keuze om het beroeps van levenseindebegeleider, de opleiding daartoe en de deskundigheid op te nemen in de Wet BIG is er een die bewust is gemaakt. Dit hangt samen met de rechten en plichten welke voortkomen uit de Wet BIG maar ook het doel van de Wet BIG. Zoals in het recentelijk uitgebrachte advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving staat, kent de Wet BIG een tweetal doelen en een daarvan afgeleid doel, te weten het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van beroepsbeoefening, het beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaars en het afgeleide doel van inzichtelijkheid voor derden.¹¹⁸ Alle drie deze doelen zijn ook van groot belang bij de uitvoering van levenseindebegeleiding conform het onderhavige wetsvoorstel en hetgeen belangrijk is voor de keuze voor de Wet BIG. Gegeven de ingrijpende aard van de werkzaamheden van de levenseindebegeleider wordt grote waarde gehecht aan de registratie en daarmee samenhangende kenbaarheid van de begeleider. Onder kenbaarheid verstaat de initiatiefnemer het belang van een centrale, eenvoudig te raadplegen en betrouwbare registratie van de beroepsgroep. Ouderen en hun naasten moeten namelijk makkelijk kunnen zien of iemand die zegt levenseindebegeleider te zijn dit ook daadwerkelijk is, gelijk aan het kunnen bekijken van de BIG-registratie van bijvoorbeeld een fysiotherapeut. Echter wordt opname in de Wet BIG van de levenseindebegeleider niet enkel nagestreefd met het oog op het (afgeleide) doel van inzichtelijkheid, maar met name vanuit de doelen van de bewaking van professionele hulpverlening door de levenseindebegeleider en de bescherming tegen onzorgvuldig handelen van de levenseindebegeleider. Met de opname in de Wet BIG worden immers aan de opleiding tot levenseindebegeleider eisen gesteld (zie punt 8.a), zodat de hulpverlening van het juiste niveau is. Mocht dit niet van het juiste niveau zijn, wordt met de opname in de Wet BIG ook geregeld dat tuchtrechtelijke maatregelen getroffen kunnen worden. Zodoende wordt de oudere beschermd tegen onzorgvuldig handelen.

Daar de initiatiefnemer grote waarde hecht aan de kenbaarheid, zorgvuldigheid en deskundigheid van de levenseindebegeleider en deze drie punten goed bewaakt zijn met een opname in de Wet BIG, is hiervoor gekozen. Te meer nu alle vier de beroepen welke toegang krijgen tot de opleiding tot levenseindebegeleider, reeds beroepen zijn die onder de Wet BIG vallen en derhalve al grotendeels bekend zijn met de rechten, plichten en doelen van deze wet. In die zin is de opname van de levenseindebegeleider in de Wet BIG een logisch voortvloeisel kijkend naar de rechten, plichten en doelen. Het ingrijpend alternatief is om voor de levenseindebegeleider een geheel nieuwe wet op te richten welke doelen dan geheel overeen zouden komen met de Wet BIG. De keuze voor opname in de Wet BIG is dus niet alleen een logische maar in zekere zin ook deels een pragmatische. Tot slot merkt de initiatiefnemer op dat bepaalde artikelen in de Wet BIG thans beperkt zijn tot het gebied van individuele gezondheidszorg waar levenseindebegeleiding, conform het onderhavige wetsvoorstel, niet onder valt. Dit geldt bijvoorbeeld voor artikel 88 aangaande het beroepsgeheim. Daar dergelijke bepalingen ook van toepassing dienen te zijn op de levenseindebegeleider zal het voorstel van wet en de memorie van toelichting aangepast worden, zodat dit ook het geval is.

¹¹⁸ Bijlage nr. 905574 bij Kamerstukken II 2019/20, 29 282, nr. 382.

c. Toetsing handelen levenseindebegeleider

De procedure voor toetsing van het handelen van de levenseindebegeleider is eveneens vormgegeven naar analogie van de toetsing van het handelen van de arts in geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van de WTL. Dit betekent dat een regionale toetsingscommissie zal beoordelen of de stervenshulp volgens de regels van de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek is uitgevoerd.¹¹⁹ Als deze tot het oordeel komt dat er sprake is van onzorgvuldig handelen wordt daarvan, naar analogie van de WTL, melding gedaan aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Vervolgens kan het OM tot strafvervolgning overgaan, of de IGJ kan een tuchtklacht indienen bij het medisch tuchtcollege.¹²⁰

De Afdeling wijst in dit verband op een recente uitspraak van de Hoge Raad, waarin de Hoge Raad ingaat op het onderscheid tussen situaties waarin toetsing aan het tuchtrecht, dan wel strafvervolgning de meest aangewezen reactie is op een mogelijk geval van onzorgvuldig medisch handelen in het kader van de WTL.¹²¹ Daarbij overwoog de Hoge Raad dat «de omstandigheid dat ieder medisch handelen van een arts, dus ook zijn handelingen in het kader van levensbeëindiging op verzoek, aan het medisch tuchtrecht is onderworpen, meebrengt dat strafvervolgning niet steeds de meest aangewezen reactie is op een mogelijk geval van onzorgvuldig medisch handelen in het kader van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts».¹²²

Nu initiatiefneemster zoveel mogelijk heeft willen aansluiten bij de toetsing in de WTL, roept het arrest van de Hoge Raad de vraag op wat dit betekent voor de toetsing van het handelen van de levenseindebegeleider, en meer in het bijzonder wanneer volgens initiatiefneemster strafrechtelijke vervolging dan wel tuchtrechtelijke vervolging het meest aangewezen is.

De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan.

De regeling aangaande de toetsing van het handelen van levenseindebegeleiders komt inderdaad in belangrijke mate overeen met die van de toetsingscommissies welke zijn opgericht als gevolg van de WTL. In de eerste plaats is het dan ook aan de toetsingscommissies om het handelen van de levenseindebegeleider te beoordelen, waarbij samenstelling voor deze toetsing wel anders is dan voor de toetsing van het handelen van een art op grond van de WTL. Enkel in het geval dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, maakt deze toetsingscommissie hiervan melding in een gemotiveerd oordeel. Wanneer dit het geval is, zal dit oordeel ter kennis worden gebracht aan de inspecteur voor de van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd en het College voor procureurs-generaal van het openbaar ministerie. De memorie van toelichting is op dit punt aangevuld.

¹¹⁹ Voorgesteld hoofdstuk 4 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

¹²⁰ Voorgesteld artikel 9, derde lid, onder a, jo artikel 65, eerste lid, onder d, Wet BIG.

¹²¹ HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712.

¹²² Idem, r.o. 4.11.3.

9. Verstrekking van de middelen voor levensbeëindiging

Het wetsvoorstel regelt dat de levenseindebegeleider de middelen voor levensbeëindiging niet eerder aan de oudere verstrekt dan op het vastgestelde tijdstip.¹²³ Het voorstel regelt evenwel niet op welk moment de apotheker de middelen verstrekt aan de levenseindebegeleider. Dit maakt het mogelijk dat de levenseindebegeleider de middelen al enige tijd in bezit heeft voordat deze op het vastgestelde tijdstip aan de oudere worden verstrekt, waarmee de risico's op onjuist gebruik of misbruik worden vergroot.

De Afdeling adviseert daarom om tevens een wettelijke termijn te stellen voor de periode dat de levenseindebegeleider deze middelen in bezit mag hebben.

De initiatiefnemer dankt de Afdeling voor haar terechte punt aangaande het bezit van de middelen voor levensbeëindiging. Net als de Afdeling is zij van mening dat de risico's op misbruik zo klein mogelijk gehouden dienen te worden. De levenseindebegeleider schrijft een recept voor de benodigde middelen uit en verkrijgt deze bij een apotheek. Op het afgesproken tijdstip overhandigt de levenseindebegeleider deze middelen aan de oudere. De levenseindebegeleider heeft de middelen zo kort mogelijk in het bezit. De duur daarvan zal worden vastgelegd in veldnormen, maar het uitgangspunt blijft dat de middelen niet langer dan nodig in het bezit zijn van de levenseindebegeleider. Dat volgt ook artikel 5, lid 1, onderdeel b van het wetsvoorstel. Het expliciet maken van bijvoorbeeld een maximumtermijn van een zeker aantal uren dat de middelen in bezit van de levenseindebegeleider mogen zijn achten de initiatiefnemers niet verstandig. Ook in de WTL is een dergelijke bepaling niet te vinden en ook daar wordt dit in de praktijk ook aan het veld overgelaten. Wel benadrukken initiatiefnemers dat het van belang is dat hiervoor normen worden vastgelegd. Dat geldt zowel voor hoe lang voorafgaand aan het tijdstip van zelfdoding de middelen worden opgehaald als voor het terugbrengen van eventuele restanten.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal bezwaren bij het initiatiefvoorstel en adviseert het voorstel niet in behandeling te nemen, tenzij het is aangepast.

De initiatiefnemer dankt de Raad van State voor haar opmerkingen en voorstellen tot verbetering van het onderhavige wetsvoorstel. Velen hiervan heeft de initiatiefnemer verwerkt in een aangepaste memorie van toelichting of in het aangepaste voorstel van wet. Een enkele voorgestelde wijziging is niet door de initiatiefnemer overgenomen waarbij in de ogen van de initiatiefnemer dragend is gemotiveerd waarom een dergelijke wijziging geen verbetering zou zijn van het wetsvoorstel. Immers, de waarborgen van het onderhavige wetsvoorstel dienen dusdanig gekozen te worden dat zij enerzijds de kwetsbare oudere beschermt, anderzijds voldoende ruimte laat voor het individu om na een zorgvuldig doorlopen proces dit «voltooide leven» te verlaten.

*De Vice-President van de Raad van State,
Th.C. de Graaf*

De initiatiefnemer,
Podt

¹²³ Voorgesteld artikel 5, eerste lid, onder a, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.