

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. 8	MEMORIE VAN TOELICHTING ZOALS GEWIJZIGD NAAR AANLEIDING VAN HET ADVIES VAN DE AFDELING ADVISERING VAN DE RAAD VAN STATE
	Inhoudsopgave
	I. ALGEMEEN 2
	1. Inleiding 2
	2. Maatschappelijke ontwikkelingen 4
	2.1 Van de Middeleeuwen tot de moderne tijd 4
	2.2 «De pil van Drion» 5
	2.3 De euthanasiewet (WTL) 6
	2.4 De zaak-Brongersma 7
	2.5 Standpunt artsenfederatie KNMG 8
	2.6 De zaak-Heringa 9
	2.7 Het burgerinitiatief «voltooid leven» 11
	2.8 Adviescommissie Voltooid Leven en kabinetsreacties 12
	2.9 PERSPECTIEF-onderzoek 13
	2.10 De «Coöperatie Laatste Wil» 13
	2.11 Vierde Evaluatie WTL 14
	2.12 Internationaal perspectief 15
	3. Overwegingen en uitgangspunten 17
	3.1 Bescherming van het leven, kwaliteit van leven en een waardig levenseinde 19
	3.2 Solidariteit, barmhartigheid en tolerantie 21
	3.3 Autonomie en zelfbeschikking 22
	4. Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel 24
	4.1 «Voltooid leven» 24
	4.2 Doelgroep 25
	4.3 Zorgvuldigheidscriteria 29
	4.4 Levenseindebegeleiding 30
	4.5 Wettelijke verankering levenseindebegeleider 32
	5. Procedure 34
	5.1 Rol van de levenseindebegeleider 34

5.2 De levenseindebegeleider en de (huis)arts	35
5.3 Gesprekken met de levenseindebegeleider	37
5.4 Na de gesprekken	38
5.5 Uitvoering	38
5.6 Toezicht achteraf	39
6. Constitutionele aspecten	40
6.1 Grondwet	40
6.2 EVRM	41
7. Bescherming persoonsgegevens	45
7.1 EVRM	46
7.2 EU-Handvest	47
7.3 Grondwet	73
7.4 AVG	48
7.5 Medisch beroepsgeheim	50
8. Uitvoering en financiële aspecten	52
9. Consultatie	53
II. ARTIKELSGEWIJS	60

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

Er is een groeiende maatschappelijke steun voor meer zelfbeschikking over eigen leven en dood binnen de Nederlandse samenleving. Mensen op hoge leeftijd die hun leven als «voltooid» beschouwen ervaren dat ze «klaar zijn met leven», en hebben niet de wil om nog door te leven. Alles wat gedaan moest worden, is gedaan. Alles van waarde ligt achter hen. Dikwijls is sprake van een complex samenspel van factoren die met ouderdom gepaard kunnen gaan: een geleidelijke neerwaartse verslechtering van de gezondheid (of de angst daarvoor), een toenemende afhankelijkheid van anderen, eenzaamheid, het verlies van naasten en familie, en/of van de eigen identiteit.

«Het was alsof ik door een omgekeerde verrekijker keek: ik voelde meer afstand tot de wereld om me heen. Noem het verwijdering. Je voelt je niet meer thuis, Je kunt niet meer volgen wat er gebeurt. Je hoort er niet meer bij. Je voelt dat je losraakt van de werkelijkheid om je heen en het contact met de wereld om je heen verliest. Je bespeurt de neiging om je meer en meer terug te trekken. Het voelt als het einde van de curve. Het luchtledige.»

(Uit: Voltooid Leven – Els van Wijngaarden)

Deze factoren kunnen tot gevolg hebben dat er geen sprake is van ondraaglijk lijden, zoals bij mensen die een beroep doen op euthanasie, maar dat het voortzetten van het leven wel wordt ervaren als een kwelling of een onmogelijke opgave. Ondanks dat deze mensen niet per definitie elke dag een diep gevoel van ongeluk ervaren, sluit dat niet uit dat mensen hun leven als «voltooid» ervaren en daardoor een stervenswens hebben.¹

¹ Deze omschrijving is gebaseerd op de memorie van toelichting van E. Sutorius, J. Peters en S. Daniels behorende bij de Proeve van Wet die is voortgekomen uit het burgerinitiatief «Voltooid leven».

Een eenduidige omschrijving van «voltooid leven» is moeilijk te geven, omdat het vooral om een uiterst persoonlijke ervaring gaat, die voor iedereen anders wordt ervaren. Els van Wijngaarden, die in 2016 promoveerde op «de ervaringswereld van het voltooid leven» omschreef in haar boek het fenomeen «voltooid leven» als *«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.»*²

De groep ouderen die hun leven op een bepaald moment mogelijk «voltooid» kunnen achten, neemt toe dankzij toegenomen welvaart en een verbeterde gezondheidszorg. Deze ouderen zijn tijdens hun leven veelal gewend geweest om eigen keuzes te maken en om hun leven naar eigen wens, autonomie en inzicht in te richten. Bij een deel van deze mensen bestaat de wens om niet alleen op het eigen leven, maar ook op het eigen sterven invloed uit te oefenen. Zij zien de mogelijkheid om hun leven in eigen regie, en op een zelfgekozen moment, te beëindigen als een voorzetting van hoe zij hun leven tot dusver hebben geleefd: onafhankelijk en door eigen keuzes te maken.

Het onderhavige wetsvoorstel beantwoordt de vraag op welke manier aan deze ouderen met deze groeiende wens tot meer autonomie bij het levenseinde, tegemoet kan worden gekomen, als zij hun leven als «voltooid» beschouwen. Zij wensen dan hun leven op waardige wijze en op een zelfgekozen moment te kunnen beëindigen. Door een uitzondering te maken op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding door een levenseindebegeleider bewerkstelligt dit wetsvoorstel de mogelijkheid om, volgens in het voorstel opgenomen zorgvuldigheidscriteria, in samenspraak met een levenseindebegeleider, op een zelfgekozen moment het leven waardig te kunnen beëindigen voor de hierboven beschreven groep mensen. Deze ouderen krijgen zo de regie over een zelfgekozen levenseinde.

Het wetsvoorstel vormt een aanvulling op de huidige uitzondering op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, waarbij een arts, mits aan de zorgvuldigheidseisen zoals geformuleerd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna te noemen: WTL) is voldaan, hulp bij zelfdoding mag bieden aan een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt met een overwegend medische grondslag.³ Want ondanks dat de WTL zelf niet specificeert welke oorzaak er ten grondslag moet liggen aan het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, is tijdens de parlementaire behandeling van deze wet wel aan de orde gekomen dat het «klaar zijn met leven» hier niet onder valt. Voor mensen het leven beschouwen als voltooid zonder medische grondslag biedt de huidige WTL dus geen ruimte. Dit blijkt ook uit het rapport «Voltooid leven» van de Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten (hierna: Commissie van wijzen), dat op 4 februari 2016 is aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.⁴ Mensen die hun leven als «voltooid» beschouwen en het om die reden willen beëindigen, kunnen hierdoor dus geen beroep doen op de WTL.

² Van Wijngaarden, E. (2016) *Voltooid leven; over leven en willen sterven*, proefschrift Universiteit voor Humanistiek, p.12.

³ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772 r.o. 8.2.

⁴ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 51.

Dat neemt niet weg dat ook iemand die niet in medisch opzicht lijdt, het leven niet langer wil voortzetten. Daar kán lijden aan ten grondslag liggen. Ook mensen die niet in medische zin ondraaglijk lijden kunnen existentieel lijden aan het leven. Het komt voor dat er geen duidelijk aantoonbaar «lijden» ten grondslag ligt aan iemands stervenswens, maar dat iemand vanuit een wens tot zelfbeschikking en autonomie de eigen regie wil hebben over het sterven. Om die reden wil de initiatiefneemster een nieuwe wet initiëren, waarbij een medische grondslag niet noodzakelijk is om een uitdrukkelijk verzoek tot stervenshulp op zorgvuldige wijze in te willigen. Daarbij is er een essentieel verschil tussen het onderhavige wetsvoorstel en de WTL. Ondraaglijk lijden (wat invoelbaar aan een arts moet worden gemaakt) is geen voorwaarde in dit voorstel. Dit voorstel stelt autonomie en zelfbeschikking rondom het sterven als kernprincipe centraal. Tegelijkertijd voorziet dit voorstel in de vereiste om tezamen met de levenseindebegeleider de stervenswens in kaart te brengen, zodat deze voldoet aan zorgvuldigheidscriteria. Het beoogt mensen die hun leven als «voltooid» achten, én die ervoor kiezen om op een voor hen waardige manier te sterven door hulp te vragen bij zelfdoding, zorgvuldige en professionele hulp te bieden.

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

In het onderstaande hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de samenleving en in het Nederlands recht geschetst die hebben geleid tot het onderhavige wetsvoorstel. Ook zal de relevante actualiteit op dit gebied worden behandeld en zal de discussie in een bredere, internationale context worden geplaatst.

2.1. Van de Middeleeuwen tot de moderne tijd

Zoals veel bepalingen in ons Wetboek van Strafrecht, hebben ook die met betrekking tot zelfdoding hun oorsprong in de christelijke godsdienst. Al sinds het begin van haar bestaan beschouwde de kerk zelfdoding en euthanasie als een zware zonde. Daaraan lag het idee ten grondslag dat een zelfdoder zich schuldig maakte aan «desperatio», de zonde die blijk geeft van twijfel aan de goddelijke barmhartigheid. Deze moraal sijpelde ook door in het strafrecht. In de achttiende eeuw werd zelfdoding steeds meer als een ziekte gezien. Deze gedachte werd in de negentiende eeuw verder uitgewerkt. Men raakte ervan overtuigd dat zelfmoord enkel psychische oorzaken had. Later brak het inzicht door dat zelfmoord ook sociale oorzaken kon hebben (bv. familie- en financiële problemen en erekwesties). De kerk bleef zich wel verzetten tegen zelfmoord.⁵

Toen in 1886 de artikelen 293 en 294 in het Wetboek van Strafrecht werden opgenomen – waarmee zowel het beëindigen van iemands leven op diens verzoek als hulp bij zelfdoding werd verboden – was de heersende opvatting dat het leven van intrinsieke, bovenpersoonlijke waarde was. Voor de toenmalige regering had het leven waarde op zich, ongeacht wat het leven voor iemand zelf betekende. De regering sprak van «den eerbied voor het menselijk leven, ook tegenover hem, die voor zichzelf daaraan te kort wil doen». En zag het daardoor als haar plicht om ook het leven van burgers te beschermen die daar zelf geen waarde meer aan hechtten. Om praktische redenen werd zelfdoding zelf niet strafbaar gesteld, omdat strafvervolgning na de dood niet mogelijk is, maar dat nam niet weg dat het destijds als een «onzedelijke» daad werd beschouwd, tegenover God,

⁵ Ontleend aan de website Historiek <https://historiek.net/zelfmoord-in-de-middeleeuwen-een-grote-schande/18034/>.

het leven in het algemeen, de samenleving en zelfs tegen de eigen persoon, ongeacht zijn/haar wensen.⁶

Het opnemen van het zelfstandig strafbaar feit van hulp bij zelfdoding in het Wetboek van Strafrecht was ook een gevolg van de zaak-Dettemeijer uit 1859. Daarin ging het om een man die samen met zijn aanstaande vrouw zelfmoord wilde plegen, maar daarbij – anders dan zijn vrouw – de poging overleefde. Hij werd in hoger beroep vrijgesproken, omdat «*noch de zelfmoord, noch de medeplichtigheid aan zelfmoord bij de Nederlandse wetgeving strafbaar is gesteld*».⁷

In de eerste helft van de twintigste eeuw deden zich een aantal rechtszaken voor, waarin personen een naaste op diens uitdrukkelijke verzoek uit zijn of haar lijden hadden verlost, zonder dat sprake was van bespoediging van een op handen zijnde dood. Later kwamen er meer zaken, waarin het meestal artsen waren die een (hoog)bejaard familielid of bevriend persoon behulpzaam waren geweest. Aanvankelijk werd een beroep op overmacht ontoereikend geacht, maar vanaf de jaren zeventig werden stukje bij beetje zorgvuldigheidseisen ontwikkeld.⁸ Dat begon met de zaak-Postma, die in 1973 diende voor de rechtbank Leeuwarden.⁹ In de zaak-Schoonheim sprak de Hoge Raad in 1984 uit dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden geoorloofd is met een beroep op noodtoestand.¹⁰ In beide zaken ging het overigens om euthanasie door een arts en de rechterlijke vervolging van de huisarts; in de zaak-Postma was de huisarts tevens de dochter van de patiënte. Een geval van hulp bij zelfdoding was de zaak-Chabot, waarin een vrouw haar leven beëindigde met behulp van medicijnen, die haar verschaft waren door een psychiater.¹¹

2.2 De «pil van Drion»

Emeritus-hoogleraar Huib Drion pleitte in 1991 voor de vrije verstrekking van zelfdodingsmiddelen aan ouderen in zijn essay «Het zelfgewilde einde van oude mensen», dat werd gepubliceerd in NRC Handelsblad van 19 oktober. «*Het lijkt me aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op een aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hun dat – gezien wat hen daarvan nog te wachten staat – passend voorkomt*», schreef hij in de openingsalinea. Hij pleitte voor het beschikbaar stellen van een middel waarmee oude mensen op een humane wijze op een moment dat hen passend voorkomt, een einde aan hun leven zouden kunnen maken. Dat middel wordt sindsdien in het spraakgebruik aangeduid als de «pil van Drion». Mr. Drion betoogde dat het voor veel oude mensen een grote zorg is dat er een moment zal komen waarop zij ook in de meest elementaire dingen van het leven door lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Het wegnemen van die bedreiging zag hij als een essentiële verplichting voor de samenleving waarin het aantal oudere mensen toeneemt. Het enkel voorzien in de verzorging en verpleging van oude mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, zag hij niet als afdoende. Het aanbod van zorg was immers geen oplossing antwoord voor «*degenen die gespaard wensen te blijven voor een leven dat nog slechts met zulke zorg van anderen gecontinueerd kan worden*.» Ook in de

⁶ Voor een uitgebreidere beschrijving van de achtergronden en overwegingen destijds, zie: Vink, T. «Juridisch moralisme: art. 294 Sr of de overheid als zedenmeester.», in: *Filosofie & Praktijk*, jaargang 30 – 6, p.24–38.

⁷ *Weekblad van het Regt* 1859, nr. 2067.

⁸ Ontleend aan C. Kelk in: Heleen Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (Amsterdam, 2004).

⁹ Rechtbank Leeuwarden 21 februari 1973, ECLI:NL:RBL:1973:AB5464.

¹⁰ HR 27 november 1984, ECLI:NL:HR:1984:AC8615.

¹¹ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122.

angst te zullen lijden als gevolg van afhankelijkheid van zorg, zag Drion dus een reden om (via een arts) een middel te kunnen verkrijgen waarmee oude mensen een einde aan hun leven kunnen maken, op een manier die voor henzelf en hun omgeving aanvaardbaar is.

2.3 De euthanasiewet (WTL)

De problematiek van het lijden aan een «voltooid leven» kwam toentertijd ook aan de orde tijdens de parlementaire behandeling van de WTL. De verantwoordelijke Ministers van Justitie, de heer A. H. Korthals, en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers, omschreven de problematiek «klaar zijn met leven» in de nota naar aanleiding van het verslag als volgt: *«Hiermee wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Op dit punt is inderdaad, zoals deze leden suggereerden, een vergelijking mogelijk met het voorstel zoals destijds door mr. Drion gedaan. Zijn voorstel strekte ertoe om mensen in de hierboven beschreven situatie de mogelijkheid te bieden tot het verkrijgen van een euthanaticum of een recept daartoe teneinde op een zelfgekozen moment hun leven te beëindigen.»*¹² Hier werd door de bewindspersonen aan toegevoegd dat het wetsvoorstel deze situatie niet beoogde te regelen.

Tijdens het wetgevingsoverleg dat in oktober 2000 plaatsvond zei Minister Korthals: *«Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met het leven. (...) Wij gaan niet zo ver dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de gereguleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te doen beëindigen.»*¹³ Kort na dit wetgevingsoverleg stuurde Minister Korthals een brief naar de Kamer naar aanleiding van het hoger beroep dat was ingesteld in de zaak-Brongersma, bij welke zaak in de volgende paragraaf wordt stilgestaan. In die zaak was, aldus Korthals, de vraag aan de orde of er sprake was van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Hij schreef erover: *«Naar het zich laat aanzien betrof het iemand op hoge leeftijd, die niet zozeer in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, maar die ondraaglijk leed omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven. Zodanig lijden wordt tot dusver niet begrepen onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals dat in de huidige meldingsprocedure en ook in het aanhangige wetsvoorstel is vastgelegd.»*¹⁴

Beide Ministers vroegen echter wel aandacht voor deze problematiek. Minister Korthals zocht de oplossing in hulp en aandacht: *«Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht besteed wordt aan dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp schuil kan gaan. Dat is dus de eerste benadering die wij kiezen.»*¹⁵ Minister Borst meende dat niet voor deze problematiek moest worden weggelopen, maar dat de discussie hierover in de samenleving nog onvoldoende was gevoerd: *«Je kunt je*

¹² Kamerstukken II 1999/00, 26 691 nr. 6, p. 30.

¹³ Kamerstukken II 2001/02, 26 691, nr. 22, p. 59.

¹⁴ Kamerstukken II 2001/02, 26 691, nr. 26.

¹⁵ Kamerstukken II 2001/02, 26 691, nr. 22, p. 59–60.

afvragen of iemand die lichamelijk gezond is en die voor zover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden, werkelijk wel gezond is. Echter, dit is niet gemakkelijk te bepalen. Je hebt namelijk heel hoog bejaarde mensen die een dergelijk probleem hebben. Persoonlijk heb ik er twee gekend die ver in de negentig waren en die iedere dag een lijdensweg vonden. Zij vonden helemaal niets meer aan het leven. Zij zeiden: «iedereen waarmee ik ooit leuk kon praten is dood en ik zit hier maar. Het enige wat ik doe is iedere avond hopen dat ik de volgende dag niet meer wakker word». Ik vind dat zo iemand niet echt ziek is, maar een reëel punt heeft. Daarvoor wil ik niet zomaar wegglopen en zeggen: nooit helpen. Het is echter nog een niet uitgediscussieerd element in onze samenleving.»¹⁶

Tijdens de behandeling van de WTL werd ook diverse malen gevraagd of mensen die klaar zijn met leven voor hulp in aanmerking zouden mogen komen, waarop een eenduidig antwoord kwam van Minister Korthals: *«Verschillende sprekers (...) hebben naar aanleiding van de zaak-Brongersma gevraagd om een bevestiging van ons standpunt over de vraag of mensen die, zoals dat wordt genoemd, «levensmoe» zijn of «klaar met het leven», op grond van dit wetsvoorstel voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking komen. Het antwoord daarop luidt – ik herhaal het nogmaals – ondubbelzinnig ontkennend. Met instemming heb ik geconstateerd dat deze opvatting ook breed wordt gedragen.»*¹⁷

2.4 De zaak-Brongersma

Oud-senator E. Brongersma wilde niet langer doorleven; zijn vrienden en familie waren overleden, hij ervoer naar eigen zeggen dag na dag de zinloosheid van zijn lege bestaan, en het enige dat hem restte was de dood. Zijn behandelend arts was hem behulpzaam bij de zelfdoding. De rechterlijke colleges konden weliswaar aannemen dat de 86-jarige Brongersma leed aan het leven, maar de vraag die voorlag was of er ook er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden: er was geen sprake van een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening en daarmee of de arts mocht helpen en zich op de noodtoestand mocht beroepen. Een van de opgeroepen deskundigen voor de rechtbank, hoogleraar medische ethiek I. De Beaufort, gaf aan dat ondraaglijk lijden ook kan bestaan in «het ontbreken van elk perspectief op verbetering». Daarbij speelt het (autonome) karakter van de persoon in kwestie een belangrijke rol. De rechtbank nam deze visie over, en oordeelde dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarmee het beroep op de noodtoestand gegrond verklaard kon worden.¹⁸

In hoger beroep toetste het hof deze visie aan de hand van twee nieuwe getuigen, hoogleraar gezondheidsrecht J. Legemaate en hoogleraar integratie geneeskundige zorg voor chronisch zieken C. Spreeuwenberg. Hun werd gevraagd naar de mogelijkheden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in gevallen waarbij het ondraaglijk lijden geen medische oorzaak kent. Zij verklaarden dat zaken als leegte en gebrek aan perspectief zeker wel een rol mogen spelen bij de beoordeling van het lijden, maar dat, op basis van de huidige opvattingen (die wellicht zullen veranderen in de toekomst, zo voegde Legemaate toe), een arts niet gelegitimeerd is over te gaan tot euthanasie als dit lijden «kennelijk niet een overwegend somatisch en/of psychiatrisch classificeerbare oorzaak heeft.» Spreeuwenberg gaf aan dat dit te maken had met de noodzaak voor artsen om te handelen binnen het medisch-professionele domein.

¹⁶ Kamerstukken II 2001/02, 26 691, nr. 22, p. 76.

¹⁷ Handelingen II 2001/02, nr. 27, p. 2253.

¹⁸ Rechtbank Haarlem 30 oktober 2000, ECLI:NL:RBHAA:2000:AA7926.

Het hof concludeerde op basis van deze verklaringen dat de huisarts een rol heeft het lijden te verlichten, ook wanneer er sprake is van existentieel lijden in de zin van ontbrekend levensperspectief, maar dat hij zich daarmee wel op een terrein begeeft dat buiten zijn (medisch) professionele competentie ligt. De rol van de huisarts moest daarom beperkt blijven tot ondersteuning bij het functioneren en/of het inschakelen van anderen die behulpzaam konden zijn bij het zoeken naar een zingevende invulling van het dagelijks bestaan. Het hof concludeerde: *«In ieder geval kan niet als juist worden aanvaard de opvatting dat een huisarts zich zelfstandig – als medicus – een oordeel mag vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening, en wel omdat hierover geen wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht bestaat.»* Wel meende het hof dat de betreffende huisarts gewetensvol en consciëntieus handelde en zich steeds volledig toetsbaar had opgesteld. Het hof oordeelde dat het optreden van de arts strafbaar was, maar legde geen straf of andere maatregel op.¹⁹

Deze uitspraak werd in cassatie bevestigd. De Hoge Raad verwees in zijn arrest²⁰ naar de parlementaire geschiedenis van de WTL,²¹ die deels ook in de vorige paragraaf uiteen is gezet, en oordeelde dat de huisarts die de hulp bij de gevraagde zelfdoding had geboden buiten de competentie van zijn professie handelde. Zulke hulp is namelijk alleen toelaatbaar indien dit lijden van de patiënt zijn oorzaak vond in een «medisch classificeerbare» somatische of psychische ziekte of aandoening.²² Het standpunt dat de Raad hiermee innam sloot nauw aan bij de parlementaire discussie tijdens de totstandkoming van de WTL, waar de vraag of ook het existentiële lijden aan het leven onder de reikwijdte van de nieuwe wet behoorde te vallen, met «ondubbelzinnig ontkennend» werd beantwoord.

2.5 Standpunt artsenfederatie KNMG

Naar aanleiding van de uitspraak van de Rechtbank Haarlem in de zaak-Brongersma is door het Federatiebestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2001 een commissie ingesteld om te adviseren over de rol van artsen bij levensbeëindiging van patiënten die «klaar met leven» zijn. Deze commissie had een multidisciplinaire samenstelling en stond onder leiding van prof. J. H. Dijkhuis, emeritus-hoogleraar klinische psychologie en psychotherapie. Na de aanstelling van de commissie volgden de uitspraken van het hof en de Hoge Raad, waarmee een antwoord op de vraag wat de rol van arts mocht zijn in feite al werd gegeven, omdat, volgens de jurisprudentie, hulp bij zelfdoding alleen mag worden geboden indien het verzoek een «medisch classificeerbare» oorzaak heeft.

De commissie onderscheidt meerdere benaderingswijzen ten aanzien van de vraag hoe een arts om kan gaan met het verzoek van een patiënt tot levensbeëindiging wegens «lijden aan het leven». Zo kan de arts de strakke begrenzing van het medisch-professioneel domein aanhouden en het verzoek afwijzen omdat er geen sprake is van een medisch classificeerbare oorzaak. Dit is in lijn met de visie die door de Hoge Raad in de zaak-Brongersma werd geuit, en ook door de regering, die eveneens meende dat «lijden aan het leven» niet binnen de grenzen van de wet paste.

¹⁹ Gerechtshof Amsterdam 6 december 2001, ECLI:NL:GHAMS:2001:AD6753.

²⁰ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772.

²¹ Ibidem, rechtsoverweging 4.4.

²² Ibidem, rechtsoverweging 4.5.

In 2004 komt de commissie in haar rapport tot een andere conclusie dan op basis van de jurisprudentie te verwachten viel. Zij is van mening dat de lijdensdruk en wanhoop van mensen die hun leven «voltooid» vinden onvoldoende tot uiting komt in de door de regering gegeven – hiervoor in paragraaf 2.2 vermelde – definitie. De commissie kiest voor een bewust ruim omschreven begripsbepaling van deze dit fenomeen: «*Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, zonder dat de hoofdoorzaak kan worden gevonden in een somatische of psychische aandoening.*»²³ De commissie geeft daarmee de voorkeur aan een ruimer, maar niet onbegrensd, medisch-professioneel domein voor de arts. Volgens de commissie is de bron van het lijden niet bepalend voor de mate waarin de patiënt lijdt. De jurisprudentie erkent hoe moeilijk het is lijden te beoordelen, al zijn sommige artsen daarin overigens zeer deskundig. De ene arts heeft meer ervaring en affiniteit met hulpvragen als gevolg van lijden aan het leven dan de andere arts. De commissie merkt op dat kennis op dit gebied verder kan worden uitgebouwd en adviseert hiertoe.²⁴

De KNMG heeft op basis van de commissie-Dijkhuis met ingang van 23 juni 2011²⁵ het standpunt ingenomen dat er bij levensbeëindiging op verzoek sprake moet zijn van een medische oorzaak om het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding als arts te kunnen uitvoeren. Ook kwetsbaarheid, waaronder functieverlies, eenzaamheid en verlies aan autonomie mogen worden meegewogen in de beoordeling van de arts bij een verzoek om euthanasie, aldus de KNMG. Ook een optelsom van medische en niet-medische problemen, die op zichzelf niet levensbedreigend of fataal zijn, kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals bedoeld in de WTL. Het wettelijk kader en de invulling van het begrip lijden is breder dan veel artsen denken en toepassen. De arts heeft altijd de taak de lijdensdruk bij de patiënt te onderzoeken, ongeacht de oorsprong van het lijden, ook wanneer de stervenswens voortkomt uit het gevoel dat het leven «voltooid» is. Wel meent de KNMG dat wanneer andere (niet medische) oorzaken van lijden op de voorgrond staan, andere deskundigen een rol moeten spelen. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het terrein van de geneeskunde en daarmee buiten het deskundigheidsgebied van de arts en ook buiten de WTL.

2.6 De zaak-Heringa

Albert Heringa heeft in 2008 zijn 99-jarige (stief)moeder mevrouw M. Heringa, die naar eigen zeggen klaar was met het leven, geholpen bij haar zelfdoding. Mevrouw Heringa leed aan hartfalen, kon niet goed meer bewegen, was nagenoeg blind en vaak erg vermoeid. Ze had ook veel moeite met haar afhankelijkheid en wist de dag niet goed door te komen. Ze gaf aan absoluut geen 100 meer te willen worden. Omdat de huisarts niet bereid was om euthanasie te verlenen²⁶, zocht meneer Heringa namens zijn moeder contact met de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE), die adviseerde om te stoppen met eten en drinken («versterving»). Daar voelde mevrouw Heringa echter niets voor en ze besloot pillen te verzamelen. Meneer Heringa vreesde dat zij, gezien de aard van de pillen, niet in haar doel zou slagen en voelde zich

²³ KNMG-publicatie «Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven», december 2004, p. 15.

²⁴ Ibidem, p. 26.

²⁵ Standpunt KNMG, «De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde», juni 2011.

²⁶ In het licht van de ontwikkelingen binnen de WTL is het mogelijk dat eenzelfde aanvraag tot euthanasie nu wél ingewilligd zou worden. Inmiddels kan een stapeling van ouderdoms-klachten in specifieke gevallen worden gezien als ondraaglijk lijden.

genooddaakt om haar te helpen. Hij won informatie in, verzamelde de juiste soorten en hoeveelheden pillen en op een gezamenlijke geplande datum (7 juni) nam zijn moeder de door hem aangereikte pillen in. Het hele proces, inclusief een gesprek waarin mevrouw Heringa opnieuw aangaf klaar te zijn met het leven, is door meneer Heringa op video opgenomen. Dit beeldmateriaal werd op 8 februari 2010 getoond in het televisieprogramma Netwerk.²⁷

Pas drie jaar later werd meneer Heringa door het Openbaar Ministerie vervolgd en uiteindelijk door de rechtbank Gelderland veroordeeld voor hulp bij zelfdoding (art. 294, tweede lid, Sr). De rechtbank stelde dat er geen sprake was van overmacht, zoals meneer Heringa aanvoerde, aangezien er misschien wel een arts bereid zou zijn geweest om alsnog een euthanasieverzoek te honoreren. Meneer Heringa's handelen als niet-arts zou bovendien mogelijk tot complicaties hebben kunnen leiden. Hoewel schuldig verklaard, kreeg Heringa geen straf opgelegd, omdat hij uit liefde handelde en de rechtsvervolgning lang op zich had laten wachten.²⁸ Zowel meneer Heringa als het OM is vervolgens tegen deze uitspraak in beroep gegaan bij het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. Dat stelde meneer Heringa op 13 mei 2015 alsnog in het gelijk. Volgens het hof was er wel degelijk sprake van een noodtoestand, gezien de terughoudende euthanasiepraktijk van 2008 en een nieuwe verklaring van mevrouw Heringa's huisarts, waaruit duidelijk werd dat moeder en zoon ervan uit konden gaan dat geen enkele arts euthanasie zou willen verlenen. Het hof stelde tevens dat meneer Heringa zorgvuldig heeft gehandeld en grotendeels heeft voldaan aan de voorwaarden die gelden binnen de WTL: er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van zijn moeder, ze leed uitzichtloos en ondraaglijk, ze was op de hoogte van wat er ging gebeuren en er waren geen redelijke andere oplossingen voorhanden. Vervolgens is de hulp bij zelfdoding ook zorgvuldig en transparant uitgevoerd.²⁹

Het OM besloot om tegen deze uitspraak in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. De advocaat-generaal T. Spronken adviseerde de Hoge Raad op 8 november 2016 dat het oordeel van het hof Arnhem-Leeuwarden in stand moest blijven.³⁰ Op 14 maart 2017 vernietigde de Hoge Raad echter het oordeel van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden dat de door Heringa geboden hulp niet strafbaar was. De zaak werd verwezen naar het gerechtshof 's-Hertogenbosch. Het Hof legde meneer Heringa een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden op. Tegen deze veroordeling stelde meneer Heringa beroep in cassatie in. In cassatie is onder meer geklaagd over de verwerping door het gerechtshof van het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand. Bij de beoordeling van het beroep op overmacht heeft het gerechtshof tot uitgangspunt genomen dat de Nederlandse wet bepaalt dat euthanasie alleen door een arts mag worden uitgevoerd en dan alleen nog onder bijzondere omstandigheden en wanneer bepaalde zorgvuldigheidseisen worden gevolgd. Het Hof heeft vervolgens onderzocht of zich in dit geval uitzonderlijke omstandigheden hebben voorgedaan die maken dat de handelingen van Heringa toch gerechtvaardigd zijn. Het Hof oordeelde dat dit niet het geval was. De Hoge Raad liet dit oordeel op 19 april 2019 in stand.³¹

²⁷ Uitzending Netwerk, «*De laatste wens van Moek. Een zelf geregisseerde dood.*» (8 februari 2010).

²⁸ Rechtbank Gelderland, 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

²⁹ Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

³⁰ Conclusie A-G bij de Hoge Raad, 8 november 2016, ECLI:NL:PHR:2016:1086.

³¹ HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598.

Kortom, nu de Nederlandse wetgever de hulp bij zelfdoding door niet-artsen strafbaar heeft gesteld en – naar de woorden van de Hoge Raad – «*de betreffende wettelijke regeling in weerwil van de maatschappelijke discussie (vooralsnog) niet gewijzigd heeft*» is hulp bij zelfdoding strafbaar, tenzij wordt voldaan aan de voorwaarden uit de WTL. Daar kan alleen verandering in komen als de maatschappelijke discussie leidt tot nieuwe wetgeving.

2.7 Het burgerinitiatief «voltooid leven»

Op 9 februari 2010 lanceerde de Initiatiefgroep «Uit Vrije Wil», bestaande uit 15 prominente Nederlanders,³² een manifest dat beoogt hulp bij zelfdoding aan ouderen die hun leven «voltooid» achten, mogelijk te maken.

Het manifest bestond uit de volgende punten:

1. Zelfbeschikking staat centraal, ook als niet voldaan is aan de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op medische grondslag uit de WTL. Volgens «Uit Vrije Wil» moet het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig, weloverwogen en duurzaam zijn. Ook hier zijn zorgvuldigheids- en toetsbaarheidseisen van toepassing.
2. Voltooid leven is een subjectief begrip. Een definitie valt derhalve niet te geven; voltooid leven krijgt zijn eigen betekenis in ieder individueel geval.
3. Bewust wordt gesproken van hulp bij zelfdoding. De dodelijke medicijnen worden door de stervenshulpverlener aangereikt, maar de oudere is zelf verantwoordelijk voor de inname.
4. Het gaat om ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven voltooid vinden; die lijden aan het leven. De leeftijdsgrens van 70 jaar en ouder is arbitrair, maar deze keuze beoogt ouderen de geruststelling te geven dat indien zij hun leven voltooid achten zij vanaf hun 70ste stervenshulp kunnen krijgen.
5. Omdat sprake is van existentiële nood die niet beperkt hoeft te zijn tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden op een medische grondslag kiest «Uit Vrije Wil» voor een bredere groep gecertificeerde stervenshulpverleners. Geestelijk verzorgers, verpleegkundigen, psychologen en anderen kunnen naast artsen in dit kader ook stervenshulpverleners worden.

Het manifest ging vergezeld met een proeve van wetgeving. Elementen daaruit zijn gebruikt voor het onderhavige wetsvoorstel.

In korte tijd gaven bijna 117.000 mensen hun steun aan het manifest. Vergezeld van deze steunbetuigingen is op 18 mei 2010 het burgerinitiatief bij de Tweede Kamer ingediend. Op 8 maart 2012 vond de plenaire behandeling in de Tweede Kamer plaats, waarbij D66 en GroenLinks zich vóór het achterliggende principe van het burgerinitiatief uitspraken. Tevens werd de motie-Klijnsma aangenomen, die vroeg het burgerinitiatief te betrekken bij de kabinetsreactie op de tweede evaluatie van de WTL.³³ In het voorjaar van 2013, in de brief over de tweede evaluatie van de WTL, lieten de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie echter weten de bestaande wetgeving op dit punt niet te willen aanpassen.³⁴

³² Te weten: Hedy d’Ancona, Yvonne van Baarle, Wouter Beekman, Frits Bolkestein, Mies Bouwman, Marie-José Grotenhuis, Eylard van Hall, Jit Peters, Milly van Stiphout-Croonenberg, Theo Strengers, Eugène Sutorius, Dick Swaab, Katuscha Tellegen, Jan Terlouw, Paul van Vliet.

³³ Kamerstukken II 2011/12, 33 026, nr. 5.

³⁴ Kamerstukken II 2012/13, 31 036, nr.7.

In het regeerakkoord voor het kabinet-Rutte II van oktober 2012, «Bruggen slaan», werd overeengekomen dat de maatschappelijke discussie over het vrijwillige levenseinde moest worden voortgezet en dat dit zou kunnen leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving. Daarop werd in 2013 door het kabinet een «Commissie van Wijzen» aangekondigd, die advies moest geven over «de maatschappelijke dilemma's en juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten». Deze commissie kwam in januari 2016 met haar advies. De commissie omschreef «voltooid leven» als een heel persoonlijke conclusie van mensen *«die veelal op leeftijd zijn en naar hun eigen oordeel geen positief levensperspectief meer hebben. Als gevolg daarvan hebben ze een persisterende en actieve stervenswens ontwikkeld.»*. Aan het niet meer ervaren van een positief levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen, waarbij er veelal sprake blijkt van *«verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel.»*³⁵.

De belangrijkste conclusie uit het advies is dat de huidige WTL goed functioneert en dat er bij de meeste mensen die hun leven als «voltooid» beschouwen sprake zal zijn van een opeenstapeling aan ouderdomsklachten, die maakt dat zij zouden kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen zoals vastgesteld in de WTL. Op grond van het standpunt van de KNMG en de jaarverslagen van de Regionale toetsingscommissies, waaruit blijkt dat een opeenstapeling van ouderdomsklachten ook door artsen als oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden aangemerkt kan worden, concludeert de commissie dat de huidige euthanasiepraktijk ook de «grensgevallen», waarin niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een medische grondslag, kan ondervangen. Daarmee biedt de huidige WTL voldoende ruimte voor *«het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als «voltooid»»*.

Die ruimte is er echter niet voor de situaties van «voltooid leven» waarbij het lijden aan het leven geen medisch classificeerbare oorzaak heeft of de situatie waarin er geen sprake is van lijden. De adviescommissie heeft echter niet de indruk gekregen dat de vraag om hulp bij zelfdoding in deze situaties regelmatig aan de orde is. Omdat het gaat om *«een vraagstuk van leven en dood (...)»* acht ze het *«onwenselijk om ten aanzien van hulp bij zelfdoding meer vrijheid te laten ontstaan dan op grond van het huidige juridische kader is toegestaan.»* In de volgende hoofdstukken zullen nog meer specifieke bevindingen uit dit rapport aan de orde worden gesteld.

In oktober 2016 reageerde het kabinet-Rutte II op het rapport. Het sloot zich aan bij de conclusie van de commissie dat de huidige WTL goed functioneert, maar was ook van mening dat een antwoord gevonden moet worden op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de groeiende wens onder Nederlanders om meer autonomie te hebben inzake het eigen levenseinde. Dit is van belang voor mensen die hun leven als «voltooid» beschouwen en een stervenswens hebben ontwikkeld, maar wie niet tegemoet kunnen worden gekomen binnen de huidige kaders van de WTL. Het verzoek om een leven dat voor die persoon ondraaglijk is geworden op een waardige wijze en op een zelfgekozen moment af te sluiten, ziet het kabinet als «een legitiem verzoek». Het kabinet kwam tot de conclusie dat het wenselijk is om een extra uitzondering te maken op

³⁵ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 51.

de strafbaarheid voor hulp bij zelfdoding, waarbij autonomie het uitgangspunt is.³⁶

2.9 PERSPECTIEF-onderzoek

Op 30 januari 2020 werd het rapport van het PERSPECTIEF-onderzoek, genaamd «Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mens en de cijfers», gepresenteerd³⁷. Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de omvang en omstandigheden van de groep mensen die hun leven «voltooid» acht en om die reden een actieve stervenswens heeft. Dit aantal was volgens de Commissie van Wijzen «*waarschijnlijk klein*». Bronnenonderzoeken, kwantitatieve onderzoeken en kwalitatieve onderzoeken vormden de basis en de (deel)conclusies worden hieronder besproken.

Op basis van de twee deelonderzoeken van het bronnenonderzoek werd geconcludeerd dat de omvang van de groep niet te bepalen is op basis van literatuuronderzoek, dat er bij «voltooid leven» sprake is van een complex samenspel van factoren die met de ouderdom gepaard kunnen gaan, en dat de huidige WTL geen mogelijkheden biedt voor mensen die lijden aan het leven zonder medische grondslag, in lijn met het onderzoek en de conclusies van de Commissie van Wijzen³⁸.

Uit de beide kwalitatieve deelonderzoeken bleek dat onder de geïnterviewde ouderen de zelfgekozen dood veelal in verband werd gebracht met zelfbeschikking. Uit deze onderzoeken kwam ook naar voren dat een stervenswens niet altijd in gelijke mate aanwezig was. Daarnaast bleek dat ouderen, afhankelijk van hun situatie, anders naar de stervenswens aankeken. Ouderen met deze wens voelden zich vaak teruggeworpen op zichzelf, bijvoorbeeld omdat ze niemand met hun stervenswens wilden lastigvallen of juist omdat anderen hun stervenswens niet begrepen. Als gevolg hiervan spraken zij nauwelijks over deze wens, terwijl zij wel die behoefte hadden.

Als aandachtspunten voor beleid rondom «voltooid leven» bleek uit het onderzoek dat er gekeken dient te worden naar het individu met de stervenswens. De stervenswens kan immers per individu andere oorzaken hebben en ook qua intensiteit toe- en afnemen. Ondanks dat het belangrijk is om op zoek te gaan naar manieren om de leefsituatie van ouderen te verbeteren, dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat stervenswensen niet altijd oplosbaar zijn.

2.10 De «Coöperatie Laatste Wil»

In 2013 werd de Coöperatie Laatste Wil (CLW) opgericht. Het idee kwam van een werkgroep binnen de NVVE. Het initiatief van de CLW werd gesteund vanuit de NVVE, maar is inmiddels een losstaande organisatie geworden. De NVVE houdt zich bezig met het brede palet van het levenseinde, waaronder euthanasie. De CLW koos ervoor om zich uitsluitend te richten op de zogenaamde autonome route. Zij pleiten ervoor dat mensen moeten kunnen beschikken over een humaan laatste-wil-middel dat legaal kan worden verkregen, waarmee zij hun zelfgekozen levenseinde in eigen regie kunnen uitvoeren.

³⁶ Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 55. p. 8.

³⁷ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34 990, nr. 5.

³⁸ Bijlage nr. 677474 bij Kamerstukken II 2015/16, 32 647, nr. 51.

In 2017 kondigde de CLW aan zo'n laatste-wil-middel te hebben gevonden en inkoopgroepen te gaan opzetten om het middel bij de leden te kunnen krijgen. Op 21 maart 2018 verzocht het Openbaar Ministerie de CLW echter om haar activiteiten te staken en kondigde aan een strafrechtelijk onderzoek te starten. Ook was het OM bezig te bezien of het mogelijk was in een civielrechtelijk kort geding de CLW haar activiteiten te laten verbieden. Vier maanden later – op 20 juli 2018 – maakte het Openbaar Ministerie echter bekend dat het strafrechtelijk onderzoek was gesloten. Uit onderzoek bleek dat de CLW geen strafbare feiten had gepleegd.³⁹

In april 2021 heeft de CLW de Staat gedaagd om humane zelfdoding mogelijk te maken. De toenmalig voorzitter noemde als belangrijkste reden voor de rechtszaak dat het grondrecht niet wordt nageleefd: namelijk om over de inrichting van je eigen leven te kunnen beslissen, en dus ook over het einde van je leven. Dit is volgens de CLW, en 29 mede-eisers, in strijd met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, meer precies artikel 8. In december 2022 deed de rechtbank uitspraak, waarin zij de conclusie trok dat de Staat niet onrechtmatig handelde door het verbod op hulp bij zelfdoding strafrechtelijk te handhaven. Hiertoe overwoog de rechtbank dat de Staat verplicht is het leven van burgers te beschermen. Dit betekent volgens de rechtbank ook dat de staat zoveel mogelijk moet voorkomen dat kwetsbare personen in een opwelling hun leven beëindigen. Dankzij de bestaande euthanasiewetgeving is er volgens de rechtbank een goede afweging van de belangen gemaakt: enerzijds het beschermen van kwetsbare personen tegen henzelf en anderzijds de mogelijkheid om op een waardige manier uit het leven te stappen.

Wel erkent de rechtbank, verwijzend naar de «schrijnende verhalen» van de 29 mede-eisers, dat het in de huidige regeling niet voor iedereen mogelijk is om vrijwillig en weloverwogen het eigen leven te beëindigen en dat een groep dus «tussen wal en schip» valt. Maar, aldus de rechtbank, «*de discussie over het recht op zelfbeschikking over het eigen levenseinde is aan de politiek.*»⁴⁰

2.11 Vierde Evaluatie Wet Toetsing op Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

De WTL is sinds 2002 in werking. Er zijn reeds drie evaluaties uitgevoerd onder regie van ZonMw. ZonMw kwam tot de conclusie, dat het doel⁴¹ van de wet in de praktijk wordt bereikt. Na vijf jaar was een nieuwe periodieke evaluatie aan de orde. Omdat daarbij niet een sterk gewijzigd beeld van het bevredigend functioneren van de wet op hoofdlijnen viel te verwachten, is dit keer dieper gekeken naar de onderliggende ontwikkelingen bij artsen, bij de regionale toetsingscommissies en bij de bevolking. Specifiek is er gekeken naar het functioneren van de wet, naar de onderstromen in de samenleving, naar de ontwikkelingen in het buitenland. Dit alles is geïntegreerd in een blik op de toekomst.

Over de juridische ontwikkelingen binnen de WTL schrijft de evaluatiecommissie dat er een grotere nadruk is ontstaan op de subjectieve ervaring van de patiënt bij de beoordeling of een arts heeft voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Omdat de wetgever 20 jaar geleden

³⁹ Aan een *preventief* optreden zoals dat door het Openbaar Ministerie in gang was gezet kleefden dan ook belangrijke juridische haken en ogen: Zie A.J. Machiels in Noyon e.a. *Wetboek van Strafrecht*, aantekening 7 bij artikel 294.

⁴⁰ Rechtbank Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394.

⁴¹ Het bieden van rechtszekerheid aan artsen die op verzoek van een patiënt levensbeëindiging toepassen, het borgen van de zorgvuldigheid van dat handelen, het voorzien in een verantwoordingskader voor artsen en het bevorderen van maatschappelijke transparantie

open criteria heeft vastgesteld, is er ruimte gelaten voor verder ontwikkelende opvattingen. In de laatste interpretatie van de criteria, vastgelegd in de EuthanasieCode2022, ligt een grotere nadruk op de eigen ervaring van de patiënt ten opzichte van het lijden. Dit is een bredere trend: ook in vergelijking met andere landen waar soortgelijke regelingen zijn doorgevoerd, heeft het patiëntenperspectief veelal een nadrukkelijker positie gekregen dan in de WTL. Ook schrijft de commissie dat de aandacht voor de rechtspraak van enkele constitutionele gerechtshoven en van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over het recht op zelfbeschikking van een burger met betrekking tot het levenseinde sterk is toegenomen. Deze ontwikkelingen duiden erop dat de discussie over de inrichting van wetgeving omtrent mogelijkheden voor burgers om, al dan niet met behulp van een arts, autonoom hun leven te beëindigen voorlopig niet zal verstommen.

Tenslotte, ook uit onderzoek onder burgers blijkt opnieuw dat er veel steun is voor het idee dat iedereen «recht» moet hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Burgers hechten daarbij wel veel waarde aan de uitvoerende rol van de arts. Alternatieve uitvoeringsmodaliteiten, zoals hulp bij zelfdoding door een ander dan een arts of zelfdoding door een «zelfdodingspil», kregen significant minder steun. Ook werd de grotere behoefte op meer nadruk op individuele beleving van het lijden gevonden.

2.12 Internationaal perspectief

Niet alle landen hebben wetgeving omtrent hulp bij zelfdoding of euthanasie. Waar die wetgeving wel bestaat, zijn er grote verschillen. Ieder land maakt in de vormgeving van wetgeving of de uitvoering hiervan andere keuzes.⁴² Soms is euthanasie niet toegestaan, maar hulp bij zelfdoding wel. Zwitserland en de Amerikaanse staat Oregon vormen voorbeelden van gebieden waar dit laatste het geval is.

In Oregon is gekozen voor het toestaan van hulp bij zelfdoding zonder een zorgvuldigheidseis in de trant van het veelgebruikte criterium «uitzichtloos en ondraaglijk lijden», maar wordt vereist dat sprake is van een ongeneeslijke ziekte die volgens een behoorlijke medische beoordeling binnen zes maanden leidt tot de dood. Daarnaast dient er sprake te zijn van een expliciet en weloverwogen verzoek van een wilsbekwaam persoon. De arts is niet wettelijk verplicht om bij het sterven aanwezig te zijn.⁴³

Zwitserland biedt een interessante casus, omdat hier geen algemeen geldend verbod van hulp bij zelfdoding geldt.⁴⁴ In het Zwitserse recht wordt zelfdoding gezien als een mogelijk rationele actie. Als uitzondering daarop geldt een specifiek verbod voor het «vanuit egoïstische motieven» een ander aanzetten tot of assisteren bij zelfdoding of een poging daartoe.⁴⁵ Zelfdoding wordt wel gezien als een «onnatuurlijke dood». Er wordt altijd een politieonderzoek gestart om te bezien of wellicht sprake is van de hiervoor genoemde «egoïstische motieven». In Zwitserland zijn particuliere initiatieven ontstaan – zogeheten hulp bij zelfdoding-

⁴² Quill, Timothy E. «Legal regulation of physician-assisted death—the latest report cards.» in: *New England Journal of Medicine* 356.19 (2007): 1911–1913.

⁴³ Blanke, Charles, et al. «Characterizing 18 years of the Death with Dignity Act in Oregon.» in: *JAMA oncology* 3.10 (2017): 1403–1406.

⁴⁴ Hurst, Samia A., and Alex Mauron. «Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians.» in: *Bmj* 326.7383 (2003): 271–273.

⁴⁵ Artikel 115 Zwitserse Wetboek van Strafrecht (Code pénal suisse, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Codice penale svizzero of Cudesch penal svizzer).

organisaties – waarvan Exit en Dignitas de bekendste zijn.⁴⁶ Deze organisaties bieden zorgvuldige procedures aan voor het verkrijgen van hulp bij zelfdoding. Deze organisaties hebben betrekking op het informeren van patiënten over het doen van verzoeken en over eventuele alternatieven, een medische controle, het voorzien in de middelen voor hulp bij zelfdoding nadat een arts ze voorgeschreven heeft, en het assisteren bij de zelfdoding. Gedurende deze procedure kan de arts aangeven dat hij in beginsel bereid is de middelen voor zelfdoding voor te schrijven. Opvallend is dat ruim zeventig procent van de verzoekers die dit te horen krijgt, hierna nooit meer contact opneemt met Dignitas.⁴⁷ Bij de uiteindelijke hulp bij zelfdoding is geen arts aanwezig. Ook in Oregon blijkt dat niet iedereen voor wie het recept voor middelen voor zelfdoding bij de apotheek ligt, gebruik maakt van deze middelen. Gemiddeld zesendertig procent van de mensen voor wie het middel voorgeschreven is, sterft niet door het gebruik van het middel.

Op 26 februari 2020 deed het Duitse constitutionele hof een uitspraak aangaande het zelfgekozen levenseinde en hulp bij zelfdoding⁴⁸. Artikel 217 van het Duitse Wetboek van Strafrecht, wat sinds 2015 van kracht is, verbiedt het assisteren van hulp bij zelfdoding op professionele basis. Het hof oordeelde dat dit artikel in strijd is met het grondwettelijk verankerde recht op eerbiediging van de menselijke waardigheid en het recht op vrije ontplooiing van de eigen persoonlijkheid, zoals neergelegd in de artikelen 1(1) en 2(1) van de Duitse Grondwet. Persoonlijke autonomie, ook over de zelfgekozen dood, is het centrale criterium. Dit recht omvat niet alleen de vrijheid om jezelf van het leven te beroven op basis van een geïnformeerde en weloverwogen beslissing, maar beschermt ook de vrijheid om hiervoor hulp te zoeken en, indien aangeboden, te gebruiken.

De Duitse staat betoogde dat artikel 217 juist beoogt bescherming te bieden aan het leven en persoonlijke autonomie. Maar volgens het hof overschrijdt het Strafrecht de grenzen van wat een legitiem middel is voor het beschermen van persoonlijke autonomie bij de beslissing om het leven te beëindigen. Zeker wanneer het niet langer de vrije beslissingen van het individu beschermt, maar dergelijke beslissingen onmogelijk maakt. De vrijstelling van strafrechtelijke aansprakelijkheid voor zelfdoding en de in dit verband verleende hulp hierbij, weerspiegelt de grondwettelijk verankerde erkenning van het recht op zelfbeschikking. Daarom staat een strafbepaling niet ter vrije beschikking van de wetgever. Derhalve achtte het constitutionele hof het verbod neergelegd in artikel 217 nietig. Sinds deze uitspraak opereren organisaties die assisteren bij zelfdoding zonder daarvoor vervolgd te worden. Vaak gaat het om mensen die lijden aan een ernstige ziekte, maar dat is niet noodzakelijk. Zo gaf de zelfdodingsorganisatie *Verein Sterbehilfe* aan dat zij in 2022 drie mensen assisteerden die géén ziekte hadden.

In juli 2023 lanceerde de Bondsdag een nieuwe poging tot regulering.⁴⁹ Twee wetsontwerpen zijn ingediend voor parlementaire behandeling. In één van de ontwerpen wordt voorgesteld om hulp bij zelfdoding fundamenteel strafbaar te stellen, maar worden mogelijke uitzonderingen

⁴⁶ Dignitas is een ledenvereniging en wordt niet gesubsidieerd door de Zwitserse overheid. Derhalve zijn zij voor hun diensten afhankelijk van het lidmaatschapsgeld dat betaald wordt door hun leden. Gauthier, Saskia, et al. «Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon.» in: *Journal of medical ethics* 41.8 (2015): 611–617.

⁴⁷ «Analyse von 387 Gesuchen um Vorbereitung einer Freitodbegleitung bei DIGNITAS», raadpleegbaar via <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/studie-mr-weisse-dossier-prozentsatz-ftb.pdf>

⁴⁸ Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715

⁴⁹ Te raadplegen via: <https://www.dww.com/en/bundestag-germanys-lower-house-of-parliament/t-19153330>

toegestaan. Deze omvatten dat de persoon die wil sterven een volwassene is, minstens twee keer is onderzocht door een specialist in de psychiatrie en enkele weken voordat hij/zij een beslissing neemt, een counselinggesprek voert.

In het andere ontwerp wordt voorgesteld om het recht op zelfbepaalde dood in de wet te verankeren. Volgens dit plan zou er geen strafrechtelijke regeling zijn voor hulp bij zelfdoding. Mensen die willen sterven, moeten toegang krijgen tot dodelijke medicijnen als ze eerder counseling hebben gezocht. In extreme gevallen, wanneer er een existentiële staat van lijden is met aanhoudende symptomen, moet een arts de medicatie kunnen voorschrijven, zelfs zonder voorafgaande counseling. Er is nog geen overeenstemming bereikt over beide wetsvoorstellen.⁵⁰

In Oostenrijk werd op 11 december 2020 een vergelijkbare uitspraak gedaan als in Duitsland, door het Verfassungsgerichtshof. In Oostenrijk gold, in tegenstelling tot in Duitsland, een totaalverbod op hulp bij zelfdoding. Niet alleen de nationale Grondwet staat centraal in de Oostenrijkse rechtspraak, maar ook het EHRM. Het Oostenrijkse hof stelt, in lijn met de EHRM-jurisprudentie die in hoofdstuk 6 wordt besproken, dat artikel 8 het recht omvat zelf een besluit te nemen over wanneer en hoe het leven zal eindigen, indien de persoon in kwestie in staat is zijn vrije wil te bepalen en daarnaar te handelen. Het recht op zelfbeschikking ziet volgens het hof ook op de mogelijkheid om hulp in te schakelen van een andere partij. Het verbod op hulp bij zelfdoding was dan ook in strijd met de Oostenrijkse Grondwet.⁵¹ Inmiddels is er in Oostenrijk nieuwe wetgeving in werking getreden die hulp bij zelfdoding toestaat.

Net als in Zwitserland, blijft juist euthanasie in Duitsland en Oostenrijk verboden.

3. Overwegingen en uitgangspunten

In onderstaande hoofdstuk zal de initiatiefnemer toelichten uit welke kernwaardes en met welke overwegingen het wetsvoorstel is vormgegeven. De beschermwaardigheid van leven, kwaliteit van leven en waardigheid van het levenseinde spelen een belangrijke rol. Het onderliggende voorstel is geschreven vanuit solidariteit en barmhartigheid met mensen met een actieve stervenswens. Bovenal is er behoefte aan meer zelfbeschikking en autonomie bij het levenseinde.

In de aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende overwegingen speelt het aantal mensen dat hun leven «voltooid» acht of er rekening mee houdt dat daarvan op enig moment sprake zou kunnen zijn, slechts in beperkte mate een rol. Voldoende is, dat het gaat om een serieus probleem voor een substantieel aantal mensen. Het aantal leden van organisaties als de NVVE – ongeveer 174.000 leden – en de CLW – ongeveer 22.000 leden – geeft daarvoor een indicatie. Ook het PERSPECTIEF-onderzoek spreekt van een «substantiële groep ouderen».⁵² Het is daarbij belangrijk aan te merken dat in de ledenbestanden van genoemde organisaties niet uitsluitend ouderen vertegenwoordigd zijn die op dit moment een actieve wens tot levensbeëindiging hebben. Het

⁵⁰ <https://apnews.com/article/germany-assisted-suicide-91a37a38887b285811a5d7d0ec3ef536>

⁵¹ VfGH 11 december 2020, G 139/2019–71

⁵² Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34 990, nr. 5, p. 11: Het deelonderzoek onder de algemene bevolking laat zien dat er een kleine, maar substantiële groep ouderen (55+) is die een doodswens heeft zonder dat zij ernstig ziek zijn. Een klein deel van deze groep heeft daarnaast ook een wens tot levensbeëindiging.

PERSPECTIEF-onderzoek richt zich in haar uiteindelijke conclusies wel (voornamelijk) op de groep met een actieve stervenswens. Hoewel dit gezien de achtergrond van het onderzoek begrijpelijk is, is dit wel een punt van kritiek ten aanzien van de onderzoeksofzet. Door te kiezen voor een onderzoekspopulatie van 55-plussers zou het kunnen dat de negatieve overwegingen, zowel rationeel als irrationeel, vaker zijn genoemd dan als het onderzoek zich beperkt had tot bijvoorbeeld 75-plussers. Sommige respondenten beschouwden hun stervenswens als rationeel en volledig autonoom, maar anderen noemden ook het gevoel gedreven te worden door impulsen, zoals angst of paniek, vanwege het idee nog lang verder te moeten leven. Deze stervenswens op basis van irrationele overwegingen kan mogelijk vaker voorkomen bij 55-plussers, omdat 75-plussers beter het eigen leven kunnen overzien, zie ook paragraaf 4.2, en daardoor een minder impulsief gedreven stervenswens hebben.^{53 54} Dit wetsvoorstel richt zich óók op allen die op dit moment die stervenswens níet koesteren, maar wel geholpen zijn omdat er in de toekomst een wettelijke route is, die te bewandelen is mocht deze wens wel ontstaan.

Belangrijker is dat een grote groep Nederlanders van mening is dat het tijd wordt voor meer autonomie bij het levenseinde. De opvattingen van mensen die deel uitmaken deze groep kunnen los staan van hun eigen behoeften, en veeleer gevormd zijn door overwegingen van barmhartigheid voor anderen of een principiële stellingname over het zelfbeschikkingsrecht. De solidariteit met mensen die hun leven «voltooid» achten en het gewicht dat in dat verband moet worden toegekend aan het zelfbeschikkingsrecht, is in de samenleving duidelijk aanwezig. Het in korte tijd vergaarde aantal steunbetuigingen voor het in 2010 ingediende burgerinitiatief van «Uit Vrije Wil» – bijna 117.000 – is veelzeggend. Daarna werden vele enquêtes gehouden waarin de vraagstelling vaak iets anders was, maar waaruit bleek dat een (ruime) meerderheid van de Nederlandse bevolking van mening is dat hulp bij een vrijwillig gekozen levenseinde in bepaalde gevallen ook uitvoerbaar moet zijn voor gezonde mensen die levensmoe zijn.⁵⁵ Uit een recente panel (2023) door bureau Panel Inzicht

⁵³ Wittebrood, Diesfeldt, Houwaart (2020). *Onderzoek naar «voltooid leven» is een gemiste kans*. Sociale Vraagstukken. Te raadplegen via: Onderzoek naar «voltooid leven» is een gemiste kans – Sociale Vraagstukken

⁵⁴ <https://uitvrijewil.nu/het-perspectief-onderzoek-uitegelegd/>

⁵⁵ Zo bleek reeds in 2010 uit een enquête van I&O research dat 61 procent van de mensen het toen eens was met de stelling «Ouderen die vinden dat hun leven voltooid is, mogen met professionele hulp een einde aan hun leven maken.» Zes jaar later onderschreef bij I&O research 7 op de 10 mensen dezelfde stelling. Voorts bleek uit het EenVandaag Opiniepanel van 2013 dat een ruime meerderheid van de Nederlanders (62 procent) vindt dat hulp bij zelfdoding mag worden verleend als iemand levensmoe is (http://opiniepanel.eenvandaag.nl/uitslagen/46605/meerderheid_voor_euthanasie_bij_levensmoe). In 2016 vindt 65 procent dat hulp bij zelfdoding om die reden mag, een kwart (24 procent) vindt van niet. Aan dat onderzoek deden 33.318 leden van het Opiniepanel mee (http://binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/69761/kabinet_stervenshulp_voltooid_leven_mogelijk_maken). Zie verder ook: Onderzoek NRC Handelsblad: 63% van de respondenten is van mening dat een oudere (75+) in Nederland moet kunnen beschikken over een middel waarmee deze persoon zelf het leven kan beëindigen wanneer hij of zij de tijd daarvoor rijp acht; Telegraaf, 15 oktober 2016: 77% is het eens met de stelling van de Dag: «Euthanasie bij voltooid leven is humaan» (http://www.telegraaf.nl/watuzegt/26816809/_Euthanasie_bij_voltooid_leven_is_humaan_.html) (7-12-2016); Maurice de Hond, peil.nl (september 2016): 64% is voor het beschikbaar stellen van een pil voor ouderen, die ze kunnen nemen als ze vinden dat hun leven voltooid is (<https://home.noties.nl/peil/40jaar/G1.pdf>) (7-12-2016); 19 november 2019 kwam het Centraal Bureau van de Statistiek met het bericht dat 55 procent van de Nederlanders vindt dat euthanasie voor gezonde mensen onder bepaalde omstandigheden moet kunnen (<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/47/ruime-meerderheid-wijst-euthanasie-niet-principieel-af>); Maurice de Hond, peil.nl (1 februari 2019): 51% is voor het toestaan van euthanasie bij voltooid leven; Telegraaf, 1 februari 2020: 62% is voor een Wet «voltooid leven» Uitslag stelling van de Dag: «Autonomie over einde leven» (<https://www.telegraaf.nl/watuzegt/841669707/uitslag-stelling-autonomie-over-einde-leven>).

blijkt dat 6 op de 10 Nederlanders een voorstander is voor stervenshulp bij mensen die hun leven «voltooid» achten⁵⁶.

In de vorige paragrafen zijn de maatschappelijke ontwikkelingen beschreven die voor het wetsvoorstel van belang zijn. Die ontwikkelingen hebben niet alleen hun weerslag gehad in jurisprudentie en wetgeving, maar ook in de opvattingen van de Nederlandse bevolking. Tegenwoordig wordt steeds vaker het standpunt ingenomen dat de waarde van het leven niet los te zien is van het individu dat het leven draagt en er waarde aan toekent. Aanvullend is het levenseinde steeds meer onderwerp geworden waar vrijelijk over kan worden gesproken. Bij beslissingen rondom het levenseinde spelen ook de context waarin en de wijze waarop het leven geleefd wordt een rol: waar mensen steeds meer autonomie ervaren tijdens hun leven, zal de behoefte aan diezelfde autonomie over het levenseinde ook groter zijn.

Dit maatschappelijke draagvlak voor de aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende overwegingen neemt niet weg, dat er óók fundamentele verschillen in opvatting zijn. Hier kan al gauw sprake zijn van een botsing van grondrechten. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen de verschillende overwegingen en uitgangspunten aan de orde komen. In paragraaf 5 zal worden ingegaan op de constitutionele aspecten, in het bijzonder de toetsing van het wetsvoorstel aan nationale en internationale grondrechten.

3.1 Bescherming van het leven, kwaliteit van leven en een waardig levenseinde

De bescherming van het leven door de wetgever is wettelijk verankerd, hier wordt later verder op ingegaan. Dit principe komt voort uit de benadering dat het leven op zichzelf als van onschatbare waarde wordt beschouwd, en het daarom beschermd dient te worden. Een alternatieve, veel gebruikte benadering is die waarin het leven wordt gezien als een bezit. Deze, meer vanuit een utilitair standpunt vormgegeven zienswijze, beschouwt het leven als een middel om doelen (zoals geluk of zingeving) na te streven. Vanuit deze zienswijze kan men beargumenteren dat het leven iets is toebehoort aan het individu. Het individu heeft volgens deze benadering meer autonomie en zelfbeschikking over het eigen leven.⁵⁷ Voor dit vraagstuk is geen universeel «juiste» benadering. In dit wetsvoorstel worden beide principes gewogen en in specifieke gevallen kan een van de principes prevaleren.

De bescherming van het leven is een breed begrip dat op verschillende manieren kan worden uitgelegd. In deze context is vooral het medisch-ethische aspect van belang. De bescherming van het leven betekent dat medisch-professionals (maar ook de wetgever als facilitator) de plicht hebben om het leven van patiënten te behouden, te verbeteren en te respecteren. De beschermwaardigheid van het leven is bij uitstek de fundamentele waarde omdat het leven het fundament en de voorwaarde is voor alle andere waarden. Ook al hebben mensen zelf geen onvoorwaardelijke plicht om te leven, de zorgverleners hebben wel de plicht om hun leven te beschermen.⁵⁸ Hoe dit leven beschermd moet worden, is

⁵⁶ Panel door Bureau Panel Inzicht (Moeten we het juridisch mogelijk maken iemand die zijn of haar leven «voltooid» acht te helpen? (trouw.nl))

⁵⁷ Edmundson, W. (2004). The Nature of Rights: «Choice» Theory and «Interest» Theory. In *An Introduction to Rights (Cambridge Introductions to Philosophy and Law*, pp. 119–132). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511610936.008

⁵⁸ Liegeois, A., & Eneman, M. (2009). Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. *tijdschrift voor psychiatrie*, 51(5), 315–324.

onderhavig aan verschillende opvattingen en argumenten. In de meeste gevallen is het onnodig lijden en het bevorderen van het welzijn van patiënten een onderdeel van de beschermwaardigheid. Sommigen hebben een radicalere opvatting en rechtvaardigen daardoor alle nodige vrijheid beperkende maatregelen om mensen te beschermen. Anderen wegen de beschermwaardigheid van het leven af tegenover andere waarden, zoals bijvoorbeeld autonomie en zelfbeschikking.

Het principe «autonomie», waarover later meer in deze context, heeft betrekking op het vermogen van individuen en groepen om zelfstandig beslissingen te nemen, om hun eigen keuzes te maken en om hun leven en activiteiten in overeenstemming met hun individuele waarden, voorkeuren en doelen vorm te geven. Het is een principe dat de vrijheid en zelfbeschikking van mensen benadrukt, waarbij ze in staat zijn om onafhankelijk van externe invloeden of dwang te handelen en alle aspecten van hun eigen leven te beheersen.

De initiatiefneemster neemt het standpunt in dat een stervenswens een constante weging is van het bovenstaande. Een stervenswens moet niet zomaar worden verworpen op basis van de hierboven bestaande begrippen en concepten. Er moet binnen een stervenswens voldaan worden aan de beschermwaardigheid van leven: het leven is in zichzelf iets wat beschermd dient te worden. Tegelijkertijd deelt de initiatiefneemster óók de opvatting dat het leven iemands eigen is. Er is geen plicht tot leven en ook geen verbod om te stoppen met leven. Iedereen heeft het recht om beschermd te worden tegen alles wat een rationele stervenswens ondermijnt, zoals overhaaste beslissingen, externe invloeden of dwang.

De ouderen waar de voorliggende wet zich op richt, hebben op individuele basis, om uiteenlopende redenen, voor besloten dat de waarde, kwaliteit en het perspectief van hun leven zodanig is afgenomen dat ze de dood verkiezen boven het leven. Wanneer een dergelijke stervenswens uit vrije wilsvorming is ontstaan, duurzaam en weloverwogen is, zou volgens de initiatiefneemster de plicht ter bescherming van het leven ook moeten kunnen wijken voor de wens om het leven autonoom en waardig te mogen afsluiten. Terecht schrijft het kabinet in zijn brief over «Voltooid leven» dat de overheid weliswaar de plicht heeft om de (intrinsieke) waarde van het leven te beschermen, zeker als het gaat om de kwetsbare leden van de samenleving, maar 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.⁵⁹ Uit deze brief blijkt dat de bescherming van de kwaliteit van leven, inclusief een waardig levenseinde, in toenemende mate van belang wordt geacht.

Dit belang is reeds op verschillende plaatsen in de wetgeving en in de medische ethiek erkend. Artsen hebben nog steeds de plicht om het leven van een patiënt te beschermen, maar mogen de «barmhartigheidsplicht» voor laten gaan om het lijden weg te nemen. Dat blijkt uit de WTL, die actieve beëindiging van het leven op verzoek mogelijk maakt in het geval van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarnaast moet medisch handelen altijd zinvol en in het belang van de patiënt zijn. Ook als de arts nog wel ruimte ziet voor een zinvolle voortzetting van de behandeling, maar het de wens van de patiënt is dat deze behandeling wordt gestaakt, is die wens

⁵⁹ Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 55.

van de patiënt leidend.⁶⁰ Mensen kunnen op voorhand – door het dragen van een penning – kenbaar maken niet gereanimeerd te willen worden. Daarmee accepteren zij de mogelijkheid dat levensreddend handelen achterwege zal blijven in de toekomst, maar sluiten zij de mogelijkheid van een verminderde levenskwaliteit als neveneffect van dat handelen uit. Kortom, wanneer iemand zelf geen behandeling meer wenst, of wanneer de kwaliteit van leven ernstig in het geding is en er geen uitzicht meer is op verbetering, is de bescherming van het leven niet meer het enige leidende morele beginsel. Ook barmhartigheid en zelfbeschikking spelen een rol.

3.2 Solidariteit, barmhartigheid en tolerantie

De eerder aangehaalde onderzoeken en peilingen laten zien dat naast het geloof in een goddelijke barmhartigheid, waarvan sprake was in paragraaf 2.1, in een democratische samenleving ook menselijke barmhartigheid, solidariteit en tolerantie een rol kunnen spelen. Ook wie niet zelf een verzoek om hulp bij levensbeëindiging of zelfdoding zal doen, kan begrip hebben voor en mild staan tegenover mensen die hun leven «voltooid» achten en hiernaar willen acteren. Het bieden van ruimte voor het beëindigen van dat leven is dan een kwestie van solidariteit en barmhartigheid in de samenleving. Het is de taak van de overheid om dit juridisch mogelijk te maken.

In eerste instantie richt de solidariteit met ouderen zich uiteraard op het voorkomen of verhelpen van alle oorzaken die tot de overtuiging leidt van een oudere dat hij of zij zijn of haar leven niet meer voort kan of wil zetten. De samenleving moet eenzaamheid en onthechting tegengaan, goede lichamelijke en geestelijke zorg bieden en ouderen zo veel mogelijk de regie in handen geven, om hun bestaanszekerheid te garanderen. Ook moet de acceptatie van en waardering voor ouderdom worden bevorderd. De initiatiefneemster ziet op dit gebied een grote verantwoordelijkheid voor de samenleving. Het respecteren van en openstaan voor de wensen van ouderen met betrekking tot hun levensheide is wat de initiatiefneemster ook onderdeel van deze solidariteit. Het bieden van mogelijkheden om het leven te beëindigen in de laatste levensfase behoren, wat de initiatiefneemster betreft, dus ook tot het domein van zorg.

Mensen denken heel verschillend over wat een «goede» wijze van sterven is. De initiatiefneemster bepleit dan ook dat deze diverse visies naast elkaar kunnen én moeten blijven bestaan. Sommige mensen zullen het ingrijpen in het sterven afwijzen, en streven naar een zo «natuurlijk» mogelijk stervensproces. Anderen zullen in de laatste fase voor palliatieve sedatie kiezen, waarmee het lijden wordt verzacht en de laatste fase niet meer bewust wordt meegemaakt. Voor mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, bestaat de mogelijkheid tot euthanasie. Er zijn mensen die er bewust voor kiezen om te stoppen met eten en drinken («versterven»). Deze methode vraagt echter veel van mensen en hun naasten, en is niet voor iedereen haalbaar of wenselijk⁶¹. Er zijn ook ouderen die hun leven «voltooid» achten en toekomstige aftakeling en lijden niet willen afwachten, maar tegelijkertijd niet in staat zijn om hun eigen dood in waardigheid en veiligheid te organiseren. Uiteindelijk komt de Nederlandse gezondheidszorg (en de wetgever) tegemoet aan bepaalde stervensvormen. Mensen kunnen in de laatste levensfase adequate zorg krijgen die hun lijden verlicht, zoals pijnbestrijding en

⁶⁰ Conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Titel 7, Afdeling 5, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek).

⁶¹ de Lange, F. Stoppen met eten en drinken. *Pallium* **13**, 16 (2011). <https://doi.org/10.1007/s12479-011-0045-1>

palliatieve sedatie. Wie uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, kan, als hij dat wil, in aanmerking komen voor euthanasie. Ouderen die kiezen voor het stoppen met eten en drinken, worden bijgestaan door een arts.

Hulp bij zelfdoding bij mensen die hun leven «voltooid» achten, hoe zorgvuldig ook uitgevoerd, is echter tot op heden niet toegestaan. De initiatiefneemster wil met dit voorstel ook deze optie bewerkstelligen, en hoopt dat degenen die hiervan zelf nooit gebruik zullen willen maken, desondanks anderen deze mogelijkheid niet zullen ontszeggen. Het gaat bij «voltooid leven» om de gewenste autonomie over een zelfgekozen levenseinde, waarbij lijden in welke vorm dan ook een onderdeel kan zijn van die wens. De wens om het leven te beëindigen zou gehonoreerd moeten kunnen worden, ook al is het voor derden wellicht onvoorstelbaar dat iemand geen waarde meer aan het leven hecht.

Barmhartigheid houdt ook in, dat wanneer iemand een intrinsieke, duurzame wens heeft, deze persoon niet wordt belemmerd in het uitvoeren van deze wens. In zekere zin gebeurt dit al op kleinere schaal. Huisartsen ondersteunen nu in specifieke gevallen ouderen die besluiten om te stoppen met eten en drinken. Een huisarts kan middels sedatie of het bevochtigen van iemands lippen assisteren bij dit stervensproces. Tegelijkertijd zal deze optie niet voor iedereen de gewenste, of haalbare, route zijn.

De initiatiefneemster sluit zich aan bij de zienswijze van het toenmalige kabinet (Rutte III) in de reactie op het genoemde PERSPECTIEF-onderzoek: het is niet alleen een taak van de arts om barmhartig te handelen, maar ook van de overheid om barmhartigheid te tonen. Het geven van ruimte voor de eigen keuze van mensen die hun leven «voltooid» acht, of die uitzichtloos lijden aan het leven zelf, en die dat leven weloverwogen en duurzaam willen beëindigen. Criminalisering staat daar haaks op.⁶² Uiteraard moet daarbij een balans worden gevonden tussen de zelfbeschikking van de oudere die zijn leven «voltooid» acht en de maatschappelijke plicht van de overheid om zorg te dragen voor zorgvuldigheid. Daartoe zijn in dit voorstel diverse waarborgen opgenomen, waaronder het nagaan of de wens vrijwillig is en het onderzoek naar de niet-natuurlijke oorzaken van overlijden.⁶³

3.3 Autonomie en zelfbeschikking

Het principiële uitgangspunt van dit wetsvoorstel is, dat eenieder in beginsel de vrijheid moet hebben om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten.⁶⁴ Daarbij gaat het niet alleen om het vorm en invulling te geven aan je eigen leven, maar onder andere ook om het kunnen en mogen beslissen over het eigen lichaam. In het verlengde daarvan gaat dit ook over het eigen leven, dat immers onlosmakelijk met het lichaam verbonden is. Dit recht omvat ook het kunnen nemen van beslissingen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde. Op niemand rust een plicht tot (voort)leven. Deze zelfbeschikking wordt, zo blijkt uit de diepte-interviews uit het PERSPECTIEF-onderzoek, ook door ouderen zelf met het zelfgekozen levenseinde geassocieerd.⁶⁵

⁶² Zie T. Vink, «Criminalisering van het sterfbed door justitie en politie», *NJB* 2012/289.

⁶³ Commissie van wijzen, «Voltooid leven», p. 87,88.

⁶⁴ De definitie van autonomie van de filosoof Joseph Raz is – in zijn *The Morality of Freedom* (Oxford University Press, 1986) – «auteur zijn van je leven».

⁶⁵ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34 990, nr. 5 p. 140.

Het kabinet-Rutte II (2012–2017) stelde dat de autonomie van ouderen die lijden aan «voltooid leven» een «leeg begrip» dreigt te worden als de omstandigheden niet gecreëerd worden waarin zij ook hun eigen sterven vorm kunnen geven.⁶⁶ Ook voor de initiatiefneemster is in het geval van de «voltooid leven» problematiek de autonomie van ouderen in het geding, omdat zij het recht op zelfbeschikking, meer specifiek het recht op zelfdoding, tot op de dag van vandaag niet op een waardige manier kunnen uitoefenen. Momenteel kunnen mensen niet op legale wijze middelen verkrijgen die leiden tot een zachte dood, en kunnen bovendien niet vragen anderen hen hierbij te helpen. Dit kan ertoe leiden dat ouderen de regie op het laatste hoofdstuk van hun leven verliezen, ondanks dat er geen – op het eerste oog – duidelijke somatische noch psychische klachten spelen. Zij worden gedwongen om de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de opgebouwde eigen identiteit.

Hoewel dit wetsvoorstel bedoeld is om de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding in het geval van «voltooid leven» te verruimen, wil de initiatiefneemster ook benadrukken dat het recht op zelfbeschikking en autonomie niet een corresponderende plicht voor de overheid en hulpverleners betekent om te assisteren bij zelfdoding; zoals evenmin van een recht op euthanasie sprake is. De inspanning van de overheid zou slechts moeten bestaan uit het wegnemen van juridische barrières en het – onder strikte voorwaarden – niet langer versperren van de toegang tot de voor een humane dood benodigde middelen. Omdat voor waardig sterven hoe dan ook een beroep op anderen wordt gedaan, en in brede zin op de samenleving, zijn zelfbeschikking en autonomie geen absolute beginselen die enkel het individuele belang van ouderen aangaan.

Helaas wordt in de discussie omtrent «voltooid leven» geregeld een absolute, individualistische voorstelling van zelfbeschikking en autonomie gegeven, om vervolgens ruimere juridische mogelijkheden op basis van die voorstelling af te wijzen. De Commissie van Wijzen bespreekt de consequenties van een individualistische (of «pure» benadering) van autonomie. Volgens deze benadering zou hulp bij zelfdoding een opeisbaar recht zijn, waardoor er spanning ontstaat tussen enerzijds de absolute zelfbeschikking van de autonome burger en anderzijds de verantwoordelijkheid van de autonome medeburger, bijvoorbeeld een arts, die uiteraard niet enkel als ondergeschikt instrument wil fungeren (zie hiervoor ook paragraaf 2.8).⁶⁷ Om deze spanning te vermijden zou een oudere zijn stervenswens zelf kunnen uitvoeren – de eerder aangehaalde «autonome route».⁶⁸ Het is een veelgehoorde redenering: als een zelfgekozen dood zo belangrijk voor iemand is, dan zou hij of zij daartoe ook zelf de volledige verantwoordelijkheid moeten nemen, zonder anderen daarbij te betrekken. Nog los van het gegeven dat het zeer lastig is om op een waardige manier het leven te beëindigen zonder de wet te overtreden, wordt autonomie op deze manier op één lijn gesteld met ultieme zelfredzaamheid en zelfstandigheid, die dan ook ten volle door het individu moet worden aanvaard.

Echter, de initiatiefneemster en het burgerinitiatief «Uit Vrije Wil» zien autonomie als een sociaal – of zoals de Commissie van Wijzen het noemt: «relationeel» – gegeven. Niet alleen de ideeën en inzichten die iemand

⁶⁶ Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 55.

⁶⁷ De Commissie van wijzen schrijft op p.138 van *Voltooid leven*: «In geval een arts gevraagd wordt om hulp bij zelfdoding in geval van «voltooid leven» te geven wordt in de meer individualistische benadering van autonomie de eigen verantwoordelijkheid van de arts in feite ondergeschikt gemaakt aan de autonomie van de patiënt die hulp bij zelfdoding.»

⁶⁸ Commissie van wijzen, *Voltooid leven*, p. 137.

heeft over een goede kwaliteit van leven of een waardig levenseinde komen tot stand in dialoog met iemands sociale omgeving, ook de uitvoering vindt plaats in verbondenheid met anderen. In nagenoeg ieders levensverhaal spelen familie, geliefden, collega's en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol.⁶⁹ Autonomie is dan ook niet zozeer een opeisbaar recht waaraan anderen tegemoet dienen te komen noch is het een verbanning tot zelfstandigheid, maar eerder het vermogen om, ook samen met anderen, een eigen leven te kunnen leiden.⁷⁰

De initiatiefneemster meent ook dat de spanning tussen zelfbeschikking en de bescherming van het leven tegen elkaar moet worden weggezet. Beide beginselen geven uitdrukking aan het alomvattende idee van menselijke waardigheid. Voor veel ouderen geldt dat zelfbeschikking ten aanzien van het eigen levenseinde datgene is wat het einde van hun leven voor hen waardig maakt. Bovendien getuigt het waardig mogen afsluiten van het leven ook van eerbied voor het geleefde leven. Huib Drion merkte in zijn essay al op dat de «heiligheid» van het leven ook niet gediend is met zelfdoding op onwaardige wijze.⁷¹ Immers, de beginselen waarmee de argumentatie voor het ontbreken van een legitieme manier om aan een stervenswens te voldoen is opgebouwd (bijvoorbeeld menswaardigheid) komen juist in het geding dóór het ontbreken van die legitieme manier. Als aan de voorwaarde van de WTL niet kan worden voldaan, blijft alleen «versterven» over als legitiem alternatief. Echter, de optie om te stoppen met eten en drinken is niet voor iedereen een redelijk alternatief. Het kan ontzettend veeleisend zijn voor de oudere en in goede gezondheid kan het lang duren voordat iemand komt te overlijden.⁷² Met alleen deze optie als legitieme mogelijkheid om zelf invloed te hebben op het eigen levenseinde, zijn de mogelijkheden dus beperkt. Het is aannemelijk dat ouderen hierdoor recentelijk vaker hun toevlucht nemen tot niet-legale, minder humane alternatieven.⁷³

4. Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel

In onderstaande hoofdstuk wordt het wetsvoorstel geconcretiseerd. Er wordt nader ingegaan op het doel van de wet en een verdieping gemaakt ten aanzien van de doelgroep en andere belanghebbenden, zoals de levenseindebegeleider. Een keuze om het leven te beëindigen is de meest definitieve die een mens kan maken. Daarom zijn heldere en complete zorgvuldigheidscriteria noodzakelijk. Deze worden in dit hoofdstuk beschreven.

4.1 «Voltooid leven»

Er is in deze memorie voor gekozen om de term «voltooid leven» te gebruiken. Het is inmiddels een ingeburgerd begrip, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de titel van het rapport van de Commissie van Wijzen en de

⁶⁹ Een biografie wordt nooit helemaal zelf geschreven, maar autonomie houdt wel in dat iemand uiteindelijk zelf bepaalt of dit (nog) zijn of haar levensverhaal is. De filosoof Rutger Claassen reageert op de eerder genoemde definitie van autonomie van Joseph Raz als volgt: je kunt voor het verhaal dat je wil leven best een ghostwriter in dienst nemen, zolang je maar zelf de opdrachtgever bent en de controle houdt over de tekst die uiteindelijk wordt gepubliceerd. Zie R. Claassen, *Het huis van de vrijheid* (2011).

⁷⁰ Dat autonomie niet alleen een recht is, stelt ook filosoof Joel Feinberg in een inmiddels klassiek artikel (zie Christman, J. (ed.), *The Inner Citadel*, 1989, pp.27–53. De visie dat autonomie ook kan betekenen dat iemand zich weloverwogen en bewust laat leiden of beperken door anderen, valt te lezen in Gerald Dworkins *The Theory and Practice of Autonomy* uit 1988.

⁷¹ H. Drion, «Het zelfgewilde einde van oude mensen», *NRC Handelsblad*, 19-10-1991.

⁷² de Lange, F. Stoppen met eten en drinken. *Pallium* **13**, 16 (2011). <https://doi.org/10.1007/s12479-011-0045-1>

⁷³ Zie bijvoorbeeld: Veel meer mensen verstrekten «Middel X», OM doet onderzoek (nos.nl)

eerdergenoemde opiniepeilingen. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een «voltooid leven» een persoonlijke ervaring betreft, hetgeen ook naar voren komt in onderzoeken, en dat er geen eenduidige omschrijving van het begrip «voltooid leven» te geven is.⁷⁴ Zoals ook in de inleiding is beschreven, kunnen diverse persoonlijke factoren tot gevolg hebben dat een persoon het eigen leven als «voltooid» beschouwt. Niemand zal ooit voor een ander kunnen bepalen dat diens leven «voltooid» is. De betrokkene zal dat alleen zelf kunnen bepalen. Alleen de oudere zelf ervaart de impact van deze factoren. Als een oudere voor zichzelf concludeert: *«mijn leven is «voltooid», en ik zou het graag willen afsluiten»*, dan is het accepteren van die wens en die persoon tot het laatste moment bijstaan, ook een vorm van goede zorg. Hieruit blijkt ook dat de terminologie aansluit bij de aspecten van autonomie en zelfbeschikking, welke een belangrijk gegeven zijn binnen dit wetsvoorstel.

De Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling) schreef in haar eerdere advies over het voorliggende wetsvoorstel dat de term «voltooid leven» een te positieve connotatie heeft en mogelijk verwarring wekt over de doelgroep van dit wetsvoorstel. Volgens de afdeling kan de indruk 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. De Afdeling geeft daarom in haar advies de voorkeur aan het gebruik van de term «lijden aan het leven» in plaats van «voltooid leven». Volgens de initiatiefneemster dekt ook die term niet de lading van dit wetsvoorstel. Bij gebruik van de term «lijden aan het leven» wordt gesuggereerd dat «lijden» een noodzakelijk vereiste is. Hoewel «lijden» in enigerlei vorm in dit wetsvoorstel niet wordt uitgesloten, is dit niet een vereiste. Daarmee blijft «voltooid leven» een beter passende term dan «lijden aan het leven». Dat niet iedereen zich zal herkennen in de term is evident. Om deze reden is in dit voorstel ervoor gekozen deze term tussen aanhalingstekens te zetten. Dit voorstel draait niet om een leven dat voor iedereen naar voldoening is afgerond, maar om het begrip «voltooid leven», met daarbinnen al die aspecten die in de inleiding van deze memorie zijn genoemd en die ook in de volgende paragraaf zullen terugkomen, zoals een gebrek aan verbinding met het leven en existentiële eenzaamheid.

4.2 Doelgroep

Dé specifieke doelgroep die aanspraak zal maken op de voorgestelde regeling is vooraf niet af te kaderen. Er is onderzoek (PERSPECTIEF) gedaan naar een segment van de potentiële doelgroep. Aan de hand van de twee kwantitatieve deelonderzoeken, komt een gemengd beeld naar voren ten aanzien van de kenmerken van de groep ouderen met een (actieve) stervenswens.

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. Dit onderzoek toont tegelijkertijd een significante stijging van de stervenswensen 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 wordt geconcludeerd dat de stervenswens niet altijd even aanwezig en intens was. De meeste mensen met een stervenswens keken terug op een goed leven,

⁷⁴ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34 990, nr. 5 en Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 51

maar zij gaan in vergelijking met de NEE-groep (mensen zonder een stervenswens) meer gebukt onder de last van het leven.

Belangrijke factoren die de stervenswens versterken zijn piekeren, aftakeling en het gevoel weinig invloed meer te hebben op het eigen leven. Belangrijke factoren die de wens om te leven versterken zijn woonplezier, onafhankelijkheid en het gevoel van vrijheid. Gevraagd naar zaken die de huisarts in verband brengt met de «voltooid leven»-ervaring van deze persoon, waren de twee meest voorkomende antwoorden dat iemand te maken had met bestaansmoeheid en existentiële eenzaamheid. Tot slot bleek uit aanvullende opmerkingen van huisartsen bij het onderzoek dat onder een deel van de huisartsen een bereidheid bestaat om mee te werken aan hulp bij zelfdoding bij «voltooid leven». Wat de initiatiefneemster betreft toont dit onderzoek aan dat er wel degelijk een groep is die «lijdt aan het leven». Tegelijkertijd toont het onderzoek aan dat de begeleiding tot uitvoering van de stervenswens zorgvuldig en overdacht moet zijn, zodat de coherentie en duurzaamheid van de stervenswens met «redelijke» zekerheid kan worden vastgesteld.

In bovenstaande wordt, wat de initiatiefneemster betreft, één van de doelgroepen beschreven. Binnen deze groep speelt lijden dus wel degelijk een rol, maar komt een stervenswens in de kern voort uit een verlangen naar autonomie en zelfbeschikking over het eigen levenseinde. 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 niet voldoen aan «ondraaglijk uitzichtloos lijden», volgens de zorgvuldigheidseisen in de WTL. Ondanks dat dit lijden niet invoelbaar kan worden gemaakt voor de betrokken arts, zoals gevraagd wordt in de WTL, kan het «lijden» (of in ieder geval de negatieve gevolgen van de klachten) dusdanig verstrekkend zijn dat dit meespeelt in iemands afweging om het leven als voltooid te achten. Een afweging in de intensiteit van het lijden is noodzakelijk binnen de WTL, maar dat met afwijzing daarmee ook iemands laatste wens wordt genegeerd ziet de initiatiefneemster als onrechtvaardig en onbarmhartig.

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 initiatiefneemster betreft is het aan de wetgever om iemand te faciliteren in het doorgronden van deze wens: welke factoren spelen een rol, hoe coherent en duurzaam is die wens? Als deze wens duidelijk in beeld is en iemand blijft bij zijn/haar wens om het leven te beëindigen, is het barmhartig om daaraan te voldoen. Derhalve wordt een grote waarde toegekend aan de gesprekken tussen oudere en levenseindebegeleider, waarbinnen het complexe samenspel van factoren in beeld dient te worden gebracht. De levenseindebegeleider moet wél overtuigd raken van de coherentie en duurzaamheid van de stervenswens, waarbij ook andere beschikbare hulp is besproken. Derhalve komt de stervenswens voort uit een grondbeginsel van zelfbeschikking, maar bestaat er toch, vanwege de rol van de wetgever in het traject, een mate van afhankelijkheid. De initiatiefneemster acht dit nodig om de zorgvuldige weging van de beschermwaardigheid van het leven en autonomie te kunnen maken en daarmee gegrond.

In haar boek «Voltooid Leven» beschrijft Els van Wijngaarden indringend de specifieke vormen van verlies, die voor mensen ook kunnen leiden tot de wens het leven te beëindigen. Het gaat dan om verlieservaringen van geliefden – denk aan partners met wie mensen het leven lang samen zijn geweest, maar ook over het verlies van «zelf», het gevoel dat mensen hebben dat datgene waarmee je jezelf onderscheidde, je ontglipt. Of als je je niet meer kunt uiten op een manier die kenmerkend voor je is. Tegen het einde van het leven spreken mensen ook veel over existentiële eenzaamheid – een begrip dat fundamenteel anders is dan eenzaamheid die kan worden bestreden met activiteiten of maatjes: het gaat om het gevoel er alleen voor te staan, ook als er nog best andere mensen zijn. Het verlangen naar diepgaand contact, terwijl men dat tegelijk niet meer kan en/of wil aangaan. Het is de omgekeerde verrekijker uit de inleiding. Al deze factoren kunnen ertoe leiden dat mensen hun leven als «voltooid» beschouwen en een stervenswens hebben.

Leeftijdsgrens

Het wetsvoorstel hanteert een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder. Leeftijd is, zo stelt de Afdeling in een onlangs verschenen voorlichting⁷⁵, «een functioneel, relevant en bruikbaar of tenminste aanvaardbaar criterium voor onder andere het bepalen van aanspraken.» De initiatiefneemster gaat ervan uit dat de invloedrijke factoren op dat mensen hun leven als «voltooid» kunnen gaan zien, vanaf 75 jaar een grotere rol gaan spelen. In wetgeving is, zoals ook de Afdeling stelt, een leeftijdsgrens niet ongebruikelijk als middel om een groep mensen aan te duiden; waaraan dan vervolgens bepaalde rechtsgevolgen worden verbonden. Zo is er een leerplicht tot 16 jaar, mogen jongeren onder de 18 jaar geen alcohol en tabak kopen, krijgen jongeren vanaf 18 jaar stemrecht en worden IVF-behandelingen vanaf 42 jaar niet meer vanuit de basisverzekering vergoed. In al deze gevallen is onomstreden dat een leeftijdsgrens, gelet op het onderwerp dat de betrokken wet beoogt te regelen, legitiem is. Ook al geldt dat in deze gevallen de grens tussen boven en onder de betreffende leeftijd niet altijd scherp te trekken is. Dat is naar de mening van de initiatiefneemster ook het geval bij de problematiek van de stervenswens die zich kan ontwikkelen bij de ouder wordende mens.

De precieze afbakening van 75 jaar (en bijvoorbeeld niet voor de grens van 70 van het burgerinitiatief «Uit Vrije Wil») komt voort uit de empirie. Zo onderscheidt de invloedrijke ontwikkelingspsycholoog Erik H. Erikson⁷⁶ in zijn boek *«The life cycle completed»* acht fases in de ontwikkeling van een persoon. De laatste fase, de zogeheten «oude leeftijd» fase, vangt rond de leeftijdsgrens van 75 aan, ondanks dat hier volgens Erikson geen exacte grens qua leeftijd te trekken is. De kracht van mensen in deze leeftijdsfase is volgens Erikson hun wijsheid, en kenmerkend voor is hun *«[door kennis en ervaring van een lang leven] geïnformeerde en van een afstand beschouwende betrokkenheid met het leven terwijl het levens-einde meer op de voorgrond geraakt.»*⁷⁷ Dit maakt dat ouderen rond deze laatste fase de balans aan het opmaken zijn over hun leven. Is gedaan wat volgens die persoon gedaan diende te worden en welke waarde kent die persoon toe aan al hetgeen wat plaatsgevonden heeft? Niet alleen wordt de balans opgemaakt over het leven dat reeds geleden is, maar er wordt ook naar vooruit gekeken naar die laatste die nog voorligt.

⁷⁵ Kamerstukken II 2019/20, 32 411, nr. 14

⁷⁶ Memorie van toelichting, paragraaf 4.2.

⁷⁷ Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version): WW Norton & Company.

Ook in de sociaal-gerontologische wetenschap wordt onderscheid gemaakt tussen een viertal «ages» die een mens door kan maken in zijn leven.⁷⁸ Relevant voor de leeftijdsgrens is de overgang van de zogeheten «third age» naar de «fourth age». In feite wordt het gezien als de overgang tussen de «jonge ouderen» en «oudere ouderen». Uit onderzoek blijkt dat vanuit de «third age» mensen soms met negatievere gevoelens kijken naar de «fourth age». Als redenen worden de toenemende afhankelijkheid en het verlies van autonomie genoemd.⁷⁹ De overgang naar deze laatste fase vindt net zoals in het boek van E. Erikson rond het 75^e levensjaar plaats, alhoewel er geenszins sprake is van twee compleet afgebakende fases maar de overgang meer geleidelijk plaats vindt.⁸⁰ Daarbij blijft ook een conceptualisatie van de «vierde leeftijd» een sociaal construct en is een exacte leeftijdsbepaling altijd grofmazig. Ditzelfde geldt in principe voor elke leeftijdsafbakening in wetgeving. Dat neemt niet weg dat de empirie hiermee voldoende ondersteuning geeft voor het duidelijke verschil in de beleving van het eigen leven gedurende de laatste fase, én dat dit grofweg rond het 75^e levensjaar wordt geplaatst.

De kans is groot dat de groep mensen die zich in deze laatste levensfase bevinden, gedurende eerdere fases gestaan hebben voor lastige beslissingen, onverwachte mogelijkheden, gezondheidswalen en drastische wendingen. Dit is 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, bijvoorbeeld door medische behandelingen. Maar de kans daarop wordt met het klimmen der jaren doorgaans wel kleiner en is daarmee in deze laatste fase het kleinst. Er is in deze laatste fase een toename van omstandigheden van verschillende aard, die tezamen resulteren in een complex samenspel van factoren, die kenmerkend zijn voor (hoge) ouderdom. Ouderen zullen in het algemeen, door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter dan mensen in andere fases in staat zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is, temeer omdat zij in deze levensfase vaker de balans opmaken van hun leven.⁸¹

Het stellen van een «aan ouderdom gerelateerde leeftijdsgrens» fungeert als een soortement van de zorgvuldigheidseis, stelt de Afdeling terecht. Het ijkpunt van deze leeftijdsgrens, 75 jaar en ouder, is zoals hierboven reeds is beschreven, gebaseerd op empirisch onderzoek naar verschillende levensfasen. Daarbij valt volgens de initiatiefneemster te stellen dat rond het 75^e levensjaar ouderen over het algemeen een balans gaan opmaken en vooruitkijken naar wat nog komen gaat. Mede door de ervaring en kennis van een lang leven, zijn zij in staat om te beoordelen wat er achter hen ligt en kijken zij, in het licht van de door hen opgebouwde identiteit, naar wat er nog komen gaat. Juist deze twee zaken, een met een retrospectief element en een met een prospectief element, maken dat de initiatiefneemster gekozen heeft voor een leeftijdsgrens van 75 jaar. Dat neemt niet weg dat elke leeftijdsgrens mensen uitsluit en dat dit voor sommigen als onrechtvaardig kan voelen. Tegelijkertijd deelt de initiatiefneemster de opvatting van de Afdeling dat een leeftijdsgrens als zorgvuldigheidseis kan fungeren en die stelt zij, ingegeven vanuit de empirie, op 75 jaar.

⁷⁸ Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Harvard University Press.

⁷⁹ Higgs, P., & Gilleard, C. (2017). *Rethinking old age: Theorising the fourth age*. Bloomsbury Publishing.

⁸⁰ Gilleard, C., & Higgs, P. (2011). Ageing abjection and embodiment in the fourth age. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 135–142.

⁸¹ Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version): WW Norton & Company.

4.3 Zorgvuldigheidscriteria

Artikel 2 van het wetsvoorstel bevat de zorgvuldigheidscriteria. De kern van de zorgvuldigheidscriteria wordt gevormd uit de overtuiging dat de stervenswens een weloverwogen, vrijwillig en duurzaam karakter heeft (onderdeel d). Aangaande de weloverwogenheid van een verzoek, merkt de initiatiefneemster op dat dit een punt is uit de WTL waar de praktijk handvatten biedt voor hoe dit begrip gezien dient te worden. Daar het onderhavige wetsvoorstel in de praktijk een mogelijkheid dient te bieden voor een oudere met een stervenswens, wordt waar mogelijk aangesloten bij de praktijk binnen de WTL. Derhalve acht de initiatiefneemster het van belang te kijken naar hoe binnen de WTL de weloverwogenheid van een verzoek wordt gezien en op welke manier de toetsingscommissie, zoals de RTE, dit begrip toetsen, waarvoor gekeken dient te worden naar de EuthanasieCode 2018 (herziene versie 2022).⁸² 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 van de RTE. 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 voor de levenseindebegeleider van groot belang is. Hiertoe dienen de uitvoerige gesprekken tussen de oudere en de levenseindebegeleider, waarin de levenseindebegeleider ook informatie verkrijgt uit andere bronnen, zoals van de arts en eventueel de psychiater of psycholoog (zie ook hoofdstuk 5). 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 deze stervenswens en welke mogelijkheden er zijn om deze factoren te adresseren, dat wil zeggen verminderen, zijn hierbij van belang. Dat betekent dat er ook expliciet moet worden gemaakt door de oudere dat eventueel beschikbare andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is (onderdeel e).

Niemand zal ooit over een ander kunnen zeggen dat haar of zijn leven «voltooid» is. Het is zo'n persoonlijke ervaring en beslissing dat iemand dat uiteindelijk alleen zelf zal kunnen bepalen. Het zou vergeleken kunnen worden met de «pijngrens» die iemand heeft. Waar de ene persoon bij het verbranden door heet water hevige pijn ervaart, zal een andere persoon de pijn wellicht nog draaglijk vinden. Hoewel de prikkel hetzelfde is, kan de ene persoon meer pijn ervaren en voelen dan de andere persoon. Zo kan het gelden voor de ervaring dat het leven «voltooid» is. Waar de ene persoon tot op zeer hoge leeftijd plezier haalt uit het leven, al dan niet met veel contact met familie en vrienden, kan de ander existentiële eenzaamheid en afstand tot het leven en de mensen om zich heen ervaren. Het is dan ook aan de oudere zelf om te beslissen of dit samenspel van factoren leidt tot een stervenswens én het niet accepteren van eventuele andere hulp. De levenseindebegeleider maakt de inschatting of het verzoek, overeenkomstig met de Euthanasiecode 2022, door de oudere zelf is gedaan, of er geen sprake is van «externe» vrijwilligheid (geen onaanvaardbare invloed van anderen) én of de oudere acteert uit «interne» vrijwilligheid (wilsbekwaamheid en inzicht en begrip

⁸² 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 | Brochure | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (euthanasiecommissie.nl) 2018/uitspraken/brochures/brochures/euthanasiecode/2018/euthanasiecode-2018-herziene-versie-2020». De RTE's toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie. Daarbij wordt ook rekening gehouden met eerdere uitspraken van de commissies, met de (medisch) professionele standaard en met beslissingen van het OM betreffende euthanasie. Zie p. 13, tweede alinea.

van de situatie).⁸³). Tenslotte moet de wens coherent en duurzaam zijn, wat betekent dat de oudere goed is voorgelicht en dat de wensondubbelzinnig is en niet voortkomt uit een opwelling.

4.4 Levens einde begeleiding

Waar binnen de WTL de hulp die tot de dood leidt alleen door een arts mag worden verleend, gaat het voorliggende wetsvoorstel ervan uit dat de problematiek die ten grondslag ligt aan het ervaren van een «voltooid leven» niet uitsluitend tot de expertise van de arts behoort. Eerder heeft de commissie-Dijkhuis zich gebogen over de rol van artsen inzake hulp bij zelfdoding wegens het «lijden aan het leven». De commissie-Dijkhuis gaf, zoals aan de orde is gekomen in paragraaf 2.5, de voorkeur aan de opvatting dat existentieel lijden in principe onder het medisch-professioneel domein van de arts kan vallen, maar dat dit domein niet onbegrensd is. Een arts zal, naar het oordeel van de commissie, niet in alle gevallen voldoende toegerust zijn om hulp te bieden aan iemand die «lijdt aan het leven». De commissie pleit er dan ook voor om de kennis van artsen op dit terrein uit te bouwen.

Een andere opvatting van de commissie, waarin ze wel «onmiskenbaar voordelen zag», maar uiteindelijk toch niet de voorkeur aan gaf, was dat de deskundigheid inzake «lijden aan het leven» niet noodzakelijkerwijs beperkt moest worden tot de deskundigheid die bij artsen aanwezig is. Deze opvatting benadrukt dat de problematiek van «lijden aan het leven» dusdanig specifiek is, dat hiervoor ook specifieke deskundigheid nodig is, die niet exclusief op het terrein van artsen ligt.⁸⁴

De initiatiefneemster sluit zich aan bij deze laatste opvatting. Zij stelt voor dat naast artsen ook verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen geraadpleegd kunnen worden door mensen met een «voltooid leven», mits ook zij de kopstudie tot «levens einde begeleiding» hebben afgerond. Voor deze specifieke beroepsgroepen is gekozen omdat het aannemelijk is dat mensen binnen deze beroepsgroepen over specifieke expertise en competenties beschikken die relevant en nodig zijn voor het in kaart brengen van een wens tot levensbeëindiging. Die reikt dus gezegd verder dan uitsluitend het domein van de arts en verpleegkundige. Voor gesprekken over het levens einde die voortkomen uit psychische of existentiële klachten kunnen juist de competenties van gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten relevant en nodig zijn. Derhalve is een zorgvuldige afweging gemaakt van de specifieke beroepsgroepen gezien zij de kopstudie kunnen volgen.

Het wetsvoorstel bevat een delegatiegrondslag waarmee bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen worden gesteld aan de toelating, de inhoud van de opleiding en aan de instelling die de opleiding zal aanbieden. De precieze inhoud van de opleiding (het curriculum) zal binnen het wettelijk kader vastgesteld worden door de relevante beroepsgroepen, maar tijdens deze kopstudie zullen in ieder geval alle aspecten aan de orde moeten komen die waarborgen dat de levens einde begeleiding zijn taken en verplichtingen die voortvloeien uit het onderhavige voorstel goed zal kunnen verrichten. Hierbij kan gedacht worden aan het kunnen vaststellen van wilsbekwaamheid, het in beeld hebben van de beschikbare mogelijkheden voor «andere hulp» er in de samenleving beschikbaar is én de werking van de middelen voor hulp bij zelfdoding.

⁸³ Voor het begrip «vrijwilligheid» wordt aangesloten bij «het vrijwillig verzoek» wordt toegelicht in de Euthanasiecode 2022, (p. 22).

⁸⁴ J.H. Dijkhuis, «Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven» (december 2004), p 40.

De keuze om deze nadere opleidingseisen bij algemene maatregel van bestuur vorm te geven, is ingegeven door de huidige systematiek van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG). De onderbouwing waarom de levenseindebegeleiding onder de Wet BIG dient te vallen volgt na deze paragraaf. Ook voor de huidige beroepsgroepen worden opleidingseisen op grond van de Wet BIG via een vergelijkbare procedure (bij algemene maatregel van bestuur) vastgesteld (zie hoofdstuk III van voornoemde wet, en bijvoorbeeld de artikelen 18 en artikel 32 de daarop gebaseerde besluiten (Besluit opleidingseisen arts respectievelijk het Besluit opleidingseisen verpleegkundige 2011)). Zoals deze opleidingseisen voor een arts respectievelijk verpleegkundige verder zijn uitwerkt, ziet de initiatiefneemster ook graag dat het in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde artikel 33i van de Wet BIG verder wordt uitgewerkt in een Besluit opleidingseisen levenseindebegeleiders.

Derhalve zal de precieze invulling van de opleiding gezamenlijk met het werkveld worden vastgesteld. De Afdeling vraagt in haar advies over het voorliggende wetsvoorstel naar de uitvoerbaarheid en de betrokkenheid van bestaande partners bij het oprichten van de opleiding. In het bijzonder wordt stil gestaan bij het Expertisecentrum Euthanasie en de Universiteit voor Humanistiek. Op basis van de expertise van deze organisaties over de thematiek die speelt rondom levenseindevraagstukken stelt de initiatiefneemster voor om een formeel verzoek te doen aan beide organisaties om hieraan bij te dragen.

Ondanks dat de precieze invulling van de opleiding dus in een later stadium zal worden vastgesteld, kan de initiatiefneemster wel alvast een (beperkt) inzicht geven in de vaardigheden en competenties die noodzakelijk lijken voor de uitoefening van levenseindebegeleider. Omdat het een kopstudie betreft, waartoe verschillende beroepsgroepen met verschillende achtergronden en specialisaties toegang krijgen, zullen de deelnemers reeds hun initiële opleiding en beroepservaring bekend zijn met verschillende onderdelen van het curriculum en zal de invulling van het curriculum mogelijk verschillen per beroepsgroep, op basis van de kennis waarover deze persoon aantoonbaar beschikt.

Ten eerste zal er in de opleiding veel tijd en aandacht worden besteed aan de benodigde praktische kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor de uitvoering. Hierbij valt te denken aan hoe om te gaan met de toediening, de dosering en het vaststellen van het overlijden. Daarnaast is kennis noodzakelijk over de wet- en regelgeving en de eisen die aan een zorgvuldige uitvoering van de taken van een levenseindebegeleider worden gesteld.

Naast deze praktijkkennis en -vaardigheid, zijn er ook een aantal competenties noodzakelijk waarover de levenseindebegeleider moet beschikken wanneer zij deze kopstudie succesvol heeft afgerond. De competenties die onderdeel zullen zijn van de kopstudie, bouwen voort op reeds verworven competenties op basis van de eerdere opleiding tot arts, verpleegkundige, gz-psycholoog of psychotherapeut. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de belangrijke rollen van «communicator», «samenwerker» en «beroepsbeoefenaar», welke een levenseindebegeleider dient te kunnen vervullen. Zonder dat de hierop volgende lijst uitputtend is of enige rangschikking impliceert in te verwerven competenties volgen hier enkele voorbeelden waarbij in feite een onderscheid gemaakt kan worden tussen inhoudsgerichte, procesmatige en persoonlijke competenties.

Bij inhoudsgerichte competenties kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het feit dat de levenseindebegeleider in staat dient te zijn om informatie aangaande het complexe samenspel van factoren bij de oudere, diens

(huis)arts, en met diens toestemming bij naasten te verzamelen, te verhelderen en deze informatie op een juiste manier te gebruiken om zo samen met de oudere het verzoek te exploreren. Ten aanzien van procesmatige competenties dient bijvoorbeeld gedacht te worden aan het op de hoogte te zijn van de Nederlandse maatschappelijke systemen en, indien relevant, de gezondheidssystemen, en de toepassing van deze kennis in het exploreren van de stervenswens van de oudere. Het documenteren en analyseren van de gesprekken met een oudere dient hier ook onder geschaard te worden. Aangaande persoonlijke competenties kan gedacht worden aan het goed kunnen reflecteren op het eigen handelen, zowel persoonlijk als professioneel, bij een verzoek en het goed kunnen reflecteren op de invloed van de eigen attitude, normen en waarden. Ook dialogische vaardigheden, de emotionele intelligentie, alsmede de mogelijkheid om de diverse competenties en rollen samen te kunnen vervullen en in deze rollen gedurende het proces te kunnen wisselen dienen tot deze persoonlijke competenties gerekend te worden.

Al deze (verder te ontwikkelen) competenties dienen vanzelfsprekend niet in een vacuüm toegepast te worden maar in een bepaalde context samenhangend met het complex aan factoren. Hierbij onderscheidt de initiatiefneemster een aantal contexten welke van belang kunnen zijn bij de beoordeling van een verzoek. Het lijkt zinvol om in beginsel zoveel mogelijk aan te sluiten bij de verschillende contexten die worden gebruikt in het model voor «positieve gezondheid».⁸⁵ Hierbij dient onder andere gedacht te worden aan de sociale context, bijvoorbeeld de rol van naasten in het leven van de oudere, de waarde die toegekend wordt aan relaties met anderen en de waarde die een oudere uit deze rol en deze waarde haalt. Ook de existentiële context is van belang, doelend op zingevingsvraagstukken die leven bij de oudere, de eigen identiteit van de oudere en de gevolgen van het ouder worden, bijvoorbeeld toenemende afhankelijkheid en verslechtering van de gezondheid, op zijn/haar identiteit.

De reeds bestaande opleidingseisen voor de vier beroepsgroepen vormen een goede basis voor het opstellen van de opleidingseisen van de levenseindebegeleider. Hierin dienen ook de sociale en met name ook de existentiële context goed verankerd te worden, waarbij bijvoorbeeld ook de Vereniging van Geestelijk Verzorgeren een rol kan spelen in de juiste inbedding hiervan in de opleiding(eisen). Deze vereniging is, blijkens eerdere contacten, bereid mee te denken hierover.

Tenslotte is ook een doorlopende professionele ontwikkeling onderdeel van de opleiding. Dit zal worden bewerkstelligd door middel van intervisie met andere levenseindebegeleiders en door een terugkerende toetsing van benodigde vaardigheden en kennis. Deze «benodigde vaardigheden en kennis» zullen door de tijd heen ook worden bijgesteld om te voldoen aan de meest-recente en relevante kennis en ervaring.

4.5 Wettelijke verankering levenseindebegeleider

De initiatiefneemster acht het, gezien de verantwoordelijkheid die de levenseindebegeleider krijgt, wenselijk dat deze beroepsgroep onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) komt te vallen, en daarmee dus ook onder het tuchtrecht. Zoals in het hoofdstuk hierna wordt beschreven zal het proces ter vrijwillige beëindiging van het leven, verschillende facetten doorlopen. Ondanks dat niet elke stap een strikt medisch karakter heeft (een zogeheten «voorbehouden

⁸⁵ «Positieve gezondheid» is een bredere kijk op gezondheid uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Zie meer informatie op: Wat is het? – Institute for Positive Health (iph.nl)

handeling») stelt het onderhavige voorstel toch voor dat het werk van de levenseindebegeleider onder de Wet BIG valt. Deze keuze is bewust gemaakt. Enerzijds komt dit voort vanuit de overtuiging dat nu het gesprek over het levenseinde óók al onder het zorgdomein valt. Immers, huisartsen, verpleegkundigen en psychologen voeren nu logischerwijs óók gesprekken met ouderen over de allerlaatste fase. De initiatiefneemster is overtuigd dat ook de wensen en behoeften die daaruit voortvloeien (zijnde het een traject binnen de WTL óf een traject binnen het voorliggende wetsvoorstel) gezien kunnen worden als zorg in de laatste levensfase.

Anderzijds hangt de argumentatie samen met de waarborging die de BIG biedt, maar ook het doel van de Wet BIG. Zoals in het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving⁸⁶ staat, kent de Wet BIG een tweetal doelen en één 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.⁸⁷ 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 het werk onder de Wet BIG te laten vallen.

Gegeven de ingrijpende aard van de werkzaamheden van de levenseindebegeleider, wordt grote waarde gehecht aan de registratie en daarmee samenhangende kenbaarheid van de levenseindebegeleider. Onder kenbaarheid verstaat de initiatiefneemster 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. In deze zin is dit gelijk aan het kunnen bekijken van de BIG-registratie van bijvoorbeeld een fysiotherapeut. Dat geldt ook voor de apotheker die de middelen tot zelfdoding aan de levenseindebegeleider verstrekt. De opname van de levenseindebegeleider in de Wet BIG wordt 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. Via deze weg en wet wordt de oudere beschermd tegen onzorgvuldig handelen.

Dit betekent dat de levenseindebegeleider, indien er sprake is van bijvoorbeeld enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten, voor een regionaal tuchtcollege (en eventueel in beroep voor het centrale tuchtcollege) zou kunnen verschijnen. Deze colleges kunnen, indien een klacht gegrond is, diverse maatregelen opleggen, zoals een waarschuwing, een berisping of zelfs een doorhaling van de inschrijving in het register.⁸⁸ De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor dit openbaar register van levenseindebegeleiders. Dit maakt dat het voor iedereen inzichtelijk of dat een levenseindebegeleider ook daadwerkelijk bevoegd is om als erkend levenseindebegeleider op te treden.

⁸⁶ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019), *De B van Bekwaam: Naar een toekomst-bestendige Wet BIG*

⁸⁷ Bijlage nr. 905574 bij Kamerstukken II 2019/20, 29 282, nr. 382.

⁸⁸ Artikelen 48, eerste lid, en 79 e.v. van de Wet BIG.

5. Procedure

In onderstaande hoofdstuk zal de initiatiefnemer schetsen hoe de procedure verloopt volgens het onderhavige wetsvoorstel, vanaf het moment dat een oudere de stervenswens kenbaar maakt tot het moment dat deze wordt vervuld. Daarbij wordt specifiek ingegaan op de verschillende taken, rollen en verantwoordelijkheden.

5.1 Rol van de levenseindebegeleider

Een stervenswens kan direct kenbaar worden gemaakt bij een levenseindebegeleider of indirect bij de (huis)arts van de oudere. Met (huis)arts wordt in deze memorie in beginsel bedoeld: de huisarts van de oudere, aangezien de huisarts in Nederland het eerste aanspreekpunt is voor patiënten met vragen of problemen rondom gezondheid en ziekte. Huisartsenpraktijken vormen hiermee de spil in de eerstelijnszorg en vervullen een poortwachtersrol in het zorgsysteem. Indien een oudere zijn/haar stervenswens nog niet met zijn/haar huisarts heeft besproken, zal de levenseindebegeleider hem/haar vragen dat alsnog te doen. Het kan voorkomen dat een oudere die zich bij een levenseindebegeleider meldt, op verwijzing van de huisarts, ook in behandeling is bij een andere geneeskundig specialist, bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of een psychiater. Die geneeskundig specialisten vallen dan mede onder het begrip «(huis)arts». Voor de uitvoering van dit wetsvoorstel is dit onder meer van belang voor het betrekken van de nodige inlichtingen over de medische situatie van de oudere (zie daarover paragraaf 5.2). Ook kan dit van belang zijn bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Na het in kaart brengen van de medische geschiedenis door de (huis)arts (waarover later meer), doorloopt de oudere het volledige traject in gezamenlijkheid met dezelfde levenseindebegeleider. De levenseindebegeleider zal gezamenlijk met de oudere de stervenswens volledig in kaart brengen. Daarbij zal er, zoals eerder vermeld, door de levenseindebegeleider gekeken worden naar de gestelde zorgvuldigheidscriteria. Dat betekent dat de levenseindebegeleider:

- heeft vastgesteld dat de oudere Nederlander, of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland, is;
- door de (huis)arts van de oudere is ingelicht over zijn/haar medische situatie en die inlichtingen heeft betrokken bij de behandeling van het verzoek om hulp bij zelfdoding;
- aan de oudere heeft gevraagd of hij/zij diens naasten heeft betrokken bij het verzoek om hulp bij zelfdoding dan wel in overweging heeft gegeven dit alsnog te doen;
- de overtuiging heeft gekregen dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek;
- ten minste drie gesprekken heeft gehad met de oudere waarbij ten minste zes maanden zijn verstreken tussen het eerste en laatste gesprek;
- 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 (waar hierna nadrukkelijker bij wordt stilgestaan).

In de Euthanasiecode 2022 staat aan welke criteria de RTE meldingen worden getoetst als bedoeld in de WTL. Zo weten artsen vooraf waar zij aan toe zijn. Bovendien krijgen ouderen, familie en andere geïnteresseerden een beter inzicht in de werking van de procedures «euthanasie» of «hulp bij zelfdoding» als bedoeld in de WTL. Vergelijkbaar met de Euthanasiecode 2022 zal er een Levenseindebegeleidingscode worden opgesteld waarin de uitvoeringspraktijk actueel wordt gehouden. Daarin zal ook op bovenstaande worden ingegaan.

Tijdens de bijzondere procedure die de vorige initiatiefneemster op 11 maart 2019 organiseerde over de levenseindebegeleider en de opleiding daartoe, is er door enkele aanwezige experts en organisaties stilgestaan bij de rol van naasten. Ook uit het PERSPECTIEF-onderzoek blijkt dat er een grote behoefte is de stervenswens te bespreken met naasten.⁸⁹ Ouderen zeggen hier evenwel moeite mee te hebben, omdat de stervenswens bijvoorbeeld niet altijd begrepen wordt of serieus genomen wordt. De levenseindebegeleider zal de oudere dan ook juist stimuleren om alsnog naasten te betrekken bij de stervenswens. De levenseindebegeleider kan een faciliterende rol spelen bij het bespreken van de stervenswens en, indien gewenst, ook met de naasten gesprekken voeren. Het gaat hier echter wel om een keuze van de oudere zelf. Indien deze niet wil dat naasten betrokken worden bij het verzoek, dan kan hij of zij dit kenbaar maken aan de levenseindebegeleider en heeft dit geen verdere gevolgen voor het verzoek van de oudere.

5.2 De levenseindebegeleider en de (huis)arts

Voordat de levenseindebegeleider met de oudere het traject van «voltooid leven» in gaat, dient deze bepaalde informatie in te winnen bij de (huis)arts over de oudere om zo een volledig beeld te krijgen van eventuele medische gronden die raken aan de stervenswens. Dat betekent dat de (huis)arts de levenseindebegeleider dient te informeren over datgeen wat hij relevant acht binnen de medische geschiedenis, ofwel de huidige situatie voor de stervenswens van de oudere. De levensbegeleider zal doorgaans aan de oudere vragen naar diens huisarts te gaan, om de situatie te bespreken. Het is aan de levenseindebegeleider (in overleg met de oudere) om te bepalen bij welke arts van de oudere inlichtingen gevraagd worden. In de regel zal het gaan om de huisarts van de oudere, maar het kan ook een andere arts van de oudere zijn. Het in deze memorie gebruikte begrip (huis)arts is toegelicht onder 5.1. Het wetsvoorstel (artikel 3) bevat een wettelijke verplichting voor de (huis)arts om de levenseindebegeleider desgevraagd inlichtingen te geven over de medische situatie van de oudere. Deze doorbreking van het medisch beroepsgeheim is noodzakelijk, aangezien dit de levenseindebegeleider een volledig beeld geeft van het eventueel medische component binnen de stervenswens, om dit zo te kunnen bespreken met de oudere en zodoende een inschatting te kunnen maken van de coherentie en duurzaamheid van die wens. De medische informatie is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen zoals gesteld. Deze doorbreking van het medisch beroepsgeheim is proportioneel, omdat de medische informatie uitsluitend zal worden gedeeld met levenseindebegeleiders, die ook beroepsbeoefenaar zijn in de zin van de Wet BIG. Daarmee zijn levenseindebegeleiders zelf dus ook gehouden aan de plichten die voortkomen uit de Wet BIG, waaronder het medisch beroepsgeheim als bedoeld in artikel 88 van die wet. Verder geldt uiteraard dat de (huis)arts gelet op zijn deskundigheid bepaalt welke precieze inlichtingen

⁸⁹ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2019A00828.

en gegevens noodzakelijkerwijs moeten worden verstrekt, gelet op het beoogde doel. Wat dit betreft zijn twee zaken van belang.

Ten eerste dient de levenseindebegeleider een beeld te hebben van de medische situatie van en mogelijke (eerdere) behandelingen van de oudere. Zo moet duidelijk worden of er sprake is van een ziektebeeld dat (mogelijk zonder dat de oudere zich hiervan bewust is) aan de basis staat van de stervenswens. Zo kunnen ziektes die leiden tot inbreuk in de levenssfeer van invloed zijn op de stervenswens van een oudere. De levenseindebegeleider dient door de (huis)arts geïnformeerd te worden of er behandelopties zijn, of deze behandelopties zijn besproken tussen (huis)arts en oudere en in hoeverre de oudere deze behandelopties wenselijk acht. Het is goed hierbij op te merken dat de oudere deze behandelopties dus ook naast zich neer mag leggen. Op grond van de zorgvuldigheidseisen moet de levenseindebegeleider op basis van de informatie van de (huis)arts en de gesprekken met de oudere de overtuiging hebben gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is (art. 2, onderdeel e van het wetsvoorstel). Ten tweede moet worden vastgesteld of de wens geen onderdeel is van een psychiatrisch ziektebeeld. Ook deze stap heeft een relatie met de zorgvuldigheidseisen. De levenseindebegeleider moet de overtuiging hebben dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek (onderdeel d). Wanneer de overtuiging bestaat dat de stervenswens grotendeels voortkomt uit psychische klachten, dan kan de huisarts doorverwijzen naar een psychiater of psycholoog (afhankelijk van het ziektebeeld) voordat de oudere zijn verzoek bij de levenseindebegeleider neerlegt.

De arts en psychiater kunnen eventuele behandelingen in kaart te brengen (waarbij de oudere weer kan besluiten deze behandelingen te doorlopen of te weigeren). In gevallen van ernstige psychische klachten, kan de stervenswens namelijk onderdeel zijn van het ziektebeeld. Het is aan de levenseindebegeleider om vast te stellen of dat het geval is. Opgemerkt dient te worden dat dit een complexe categorie gevallen zal betreffen. In deze gevallen is het, net zoals dit in de WTL geldt, aan de psychiater om vast te stellen in hoeverre er sprake is van «onbehandelbaarheid» van de stervenswens. Er wordt gesproken over «onbehandelbaarheid» wanneer er «geen redelijk behandelperspectief» meer bestaat. Daarvan is sprake wanneer psycholoog/psychiater en patiënt gezamenlijk tot de overtuiging komen dat noch psychiatrische behandeling noch herstel-ondersteunende zorg voldoende perspectief meer biedt. Als er nog een redelijk behandelperspectief aanwezig wordt geacht, maar de patiënt weigert om hieraan mee te werken, bespreekt de psycholoog/psychiater de reden van de weigering met de patiënt. Indien de psycholoog/psychiater na overleg de weigering niet als redelijk beschouwt, zal hij de levenseindebegeleider daarover informeren. De levenseindebegeleider zal op basis inlichtingen van de arts die nopen tot de conclusie dat niet voldaan kan worden aan de zorgvuldigheidseisen, het verzoek om levenseindebegeleiding uitstellen of stopzetten. Een behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans wel een «redelijk alternatief» zijn. Van de psycholoog/psychiater wordt verwacht dat deze kan onderbouwen waarom de patiënt aangereikte behandelmethoden niet redelijk of aanvaardbaar vond. De samenwerking tussen levenseindebegeleider, arts en psycholoog of psychiater moet zo zorgen voor een zorgvuldige omgang met ouderen met een stervenswens en met psychische klachten. Zodoende kan de levenseindebegeleider een inschatting maken van de wildbekwaamheid van de oudere, maar is het ook mogelijk om een afweging te maken in hoeverre de stervenswens onderdeel is van het ziektebeeld van de psychische klachten.

Het is aan de (huis)arts (bijvoorbeeld de huisarts of psychiater), gelet op diens deskundigheid en zijn rol in de (eerstelijns)zorg voor de oudere, om de relevante medische situatie in kaart te brengen. Te denken valt aan medische klachten uit het verleden die relevantie kunnen hebben voor de huidige stervenswens, en eventuele huidige medische klachten en/of aandoeningen. Wanneer daaruit blijkt dat de huidige medische klachten (of stapeling daarvan) van de oudere, mogelijk sprake is van «uitzichtloos en ondraaglijk lijden»⁹⁰, en de oudere dus ook een verzoek zou kunnen doen tot euthanasie, dient de arts de oudere daarop te wijzen. Het traject voor euthanasie is niet gebonden aan een minimale tijdsduur, dus zou in theorie in gevallen korter kunnen duren dan in het voorliggende wetsvoorstel. Het is aan de oudere om op basis daarvan de beslissing te maken om een euthanasieverzoek in te dienen ofwel te persisteren in het verzoek tot een «voltooid leven».

5.3 Gesprekken met de levenseindebegeleider

Naast de aspecten die een directe link hebben met de zorgvuldigheidseisen, dient de levenseindebegeleider ook, in overleg met de oudere, 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. Uit de diepte-interviews van het PERSPECTIEF-onderzoek blijkt dat voor sommigen, door hen het duidelijk te maken dat zij een maatschappelijke functie hebben, de stervenswens tijdelijk (of geheel) weggaat. Daartegenover komt uit het onderzoek ook de onoplosbaarheid van de stervenswens naar voren. Daarom zal de levenseindebegeleider onderzoeken welke factoren bijdragen aan de stervenswens, en nagaan in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden. Echter, de oudere mag de hulp die hem geboden wordt ook in dit geval afwijzen. Het is aan de oudere zelf om te bepalen of aan andere hulp nog behoefte is. Het is aan de levenseindebegeleider om de wens van de oudere te respecteren.

De levenseindebegeleider voert ten minste drie uitvoerige en indringende gesprekken met de oudere, verspreid over een periode van ten minste zes maanden. De initiatiefneemster ziet deze tijd als behulpzaam voor de levenseindebegeleider om een goed beeld te krijgen van de duurzaamheid van de stervenswens. Tegelijk hoopt zij ook dat deze periode ook voor veel ouderen kan leiden tot zinvolle gesprekken waarbij hun stervenswens serieus wordt genomen. Indien meer tijd tussen de gesprekken of meer gesprekken vanuit de oudere of de levenseindebegeleider gewenst zijn, is dit uiteraard mogelijk. Tijdens deze gesprekken wordt de wilsbekwaamheid vastgesteld en stelt de oudere aan het einde van het eerste gesprek een schriftelijke verklaring op of maakt hij/zij met behulp van audiovisuele middelen de stervenswens kenbaar, en overhandigt deze aan de levenseindebegeleider. Bij de daaropvolgende gesprekken wordt deze verklaring formeel herbevestigd. De levenseindebegeleider kán, wanneer hij dit wenselijk acht, de oudere toestemming vragen om gesprekken te voeren met personen rondom de oudere zoals diens partner, kinderen of vrienden. Een reden daartoe kan zijn om een compleet beeld te vormen over alle factoren die meespelen in de stervenswens, ook bijvoorbeeld niet-medische. Verder is het de taak van de levenseindebegeleider om de oudere in te lichten over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de verzochte stervenshulp. De levenseindebegeleider gaat ook na of de oudere die het verzoek doet de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt en of hij Nederlander of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland is.

⁹⁰ Zoals verwoord in de Euthanasiecode 2022

5.4 Na de gesprekken

Als de levenseindebegeleider samen met de oudere tot de conclusie is gekomen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, consulteert hij ten minste één andere, onafhankelijke levenseindebegeleider. Gelijk aan de onafhankelijk arts uit de WTL is de onafhankelijke collega geen praktijkgenoot of maatschapslid, geen familielid en geen levenseindebegeleider die in enige andere ondergeschikte of afhankelijke verhouding tot de levenseindebegeleider staat. Deze onafhankelijke levenseindebegeleider voert minstens één gesprek met de oudere, waarbij ook de eerder aangehaalde verklaring formeel herbevestigd dient te worden. Deze onafhankelijke levenseindebegeleider vormt een zelfstandig oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en legt dat schriftelijk vast. Als deze informatie geen invloed heeft op de eerdere conclusie, spreekt de levenseindebegeleider vervolgens een datum en tijd af met de oudere die om de hulp heeft verzocht.

Het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de oudere geldt als een *conditio sine qua non* (noodzakelijke voorwaarde) voor het 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. Aangaande het weloverwogen karakter van het verzoek wordt in grote mate aangesloten bij de terminologie en de praktische gevolgen hiervan uit de WTL, zoals eerder beschreven in paragraaf 4.3.

Als de levenseindebegeleider ervan overtuigd is dat er níet aan één of meerdere zorgvuldigheidswaarborgen wordt voldaan, zal het proces moeten worden stopgezet of uitgesteld. Het is aan de levenseindebegeleider om in te schatten of het zin heeft om de gesprekken voort te zetten. Dit kan bijvoorbeeld om een beter beeld te krijgen van de coherentie van de stervenswens. Ook kan de levenseindebegeleider besluiten dat de stervenswens op dit moment niet voldoet aan de waarborgen, én dat de kans klein is dat deze dat op termijn gaat doen. Dat kan bijvoorbeeld als de stervenswens grotendeels voortkomt uit externe niet-medische factoren, waar een oplossing voor gevonden kan worden (zoals financiële problemen). Dan zal de levensbegeleider, mits de conclusie is dat alternatieve hulp toch gewenst is of daarover twijfel blijft bestaan, het traject stopzetten. Dat betekent dat de levenseindebegeleider en de oudere zelf overleggen of het wenselijk is dat de oudere wordt doorverwezen (in informele zin) om over de stervenswens te blijven spreken (dit kan bijvoorbeeld naar een psycholoog of psychiater zijn). De betrokken (huis)arts wordt op de hoogte gesteld.

5.5 Uitvoering

Als aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan kan de levenseindebegeleider de middelen voor de hulp bij zelfdoding en een anti-emeticum (anti-braakmiddel) zelf voorschrijven. Een procedure waarbij degene die de middelen voorschrijft zelf de zorgvuldigheidstoets verricht en daarvoor verantwoording af moet leggen, ziet de initiatiefneemster als het meest zorgvuldig. Voor de middelen die nodig zijn voor hulp bij zelfdoding is een veilige verstrekking van het grootste belang. Tijdens de opleiding tot levenseindebegeleider zullen de werking en toepassing van deze middelen aan de orde komen. Daardoor zullen levenseindebegeleiders na succesvolle afronding van de opleiding deze middelen kunnen voorschrijven.

De levenseindebegeleider schrijft de recepten uit voor de benodigde middelen en deze kunnen vervolgens door hem of door de oudere worden verkregen bij een apotheek. Hierover wordt het volgende opgemerkt. De

middelen die onder de Opiumwet vallen, kunnen uitsluitend aan de levenseindebegeleider worden verstrekt. Het gaat hier om het middel dat er direct toe dient de dood te doen intreden. Volgens de huidige KNMG-KNMP-richtlijn inzake de uitvoering van hulp bij zelfdoding als bedoeld in de WTL, betreft dit een barbituraatdrank. Gelet op de werking van dit middel, bepaalt het voorstel dat dit door de apotheker alleen aan de levenseindebegeleider mag worden verstrekt. De levenseindebegeleider verschaft dit middel vervolgens niet eerder dan op het tijdstip van inname (tijdstip van de zelfdoding), aan de oudere. Met het tijdstip van zelfdoding wordt dan ook bedoeld het tijdstip van inname van de barbituraatdrank. Het antibraakmiddel, dat als voorzorgsmaatregel kan fungeren, kan door de oudere zelf worden afgehaald bij de apothek en dient conform de voorgeschreven instructies van de levenseindebegeleider door de oudere te worden ingenomen. Volgens de genoemde KNMG-richtlijn dient met de inname hiervan 12 uur voorafgaande aan het tijdstip van zelfdoding te worden gestart. Dit wetsvoorstel schrijft niet voor dat dit middel in aanwezigheid van de levenseindebegeleider moet worden ingenomen. Verdere regulering van de uitvoering kan in veldnormen plaatsvinden. Vergelijkbaar met de genoemde KNMG-KNMP-richtlijn kan het daarbij gaan om de wijze van uitvoering door de levenseindebegeleider, de samenwerking met de apotheker, de voor te schrijven middelen, de dosering en de wijze van inname. De inname van de middelen mag op de plek naar voorkeur van de oudere, maar de levenseindebegeleider moet instemmen met de voorgestelde locatie (binnen de grenzen van de redelijkheid). Het is aan de oudere om te bepalen in hoeverre er andere aanwezigen (zoals familie en naasten) aanwezig zullen zijn. De levenseindebegeleider ziet erop toe – en blijft er dus zelf bij – dat de oudere het middel dat er direct toe dient de dood te doen intreden, zelf en op de juiste wijze inneemt. Dit kan plaatsvinden in de aanwezigheid van familie, vrienden of anderen.

De lang staande praktijk van hulp bij zelfdoding in Zwitserland via orale toediening, laat zien dat er van complicaties geen sprake is bij adequate dosering en juiste instructies. In zeldzame gevallen laat de dood langer op zich wachten dan verwacht. Ook binnen de WTL kiezen sommige mensen voor hulp bij zelfdoding en dus voor het zelf oraal tot zich nemen van het middel. In die gevallen wordt overgestapt op actieve euthanasie wanneer het overlijden langer op zich laat wachten dan vooraf gepland.

Belangrijk om op te merken is dat er in het onderhavige wetsvoorstel geen mogelijkheid bestaat om terug te vallen op euthanasie (actieve levensbeëindiging). De keuze om niet te voorzien in de mogelijkheid tot actieve levensbeëindiging zoals in artikel 293, eerste lid, is ingegeven door het feit dat het voorstel is gericht op de eigen keuze van de oudere. De initiatiefneemster vindt dat het daarbij logisch en wenselijk is dat het proces ook een mate van eigen regie en eigen verantwoordelijkheid heeft, vanzelfsprekend voorafgegaan door goede informatievoorziening en ondersteuning.

Uiteraard blijft altijd de mogelijkheid bestaan dat de oudere op enig moment in de hiervoor beschreven stappen van de stervenshulp afziet. Tot op het allerlaatste moment is daar ruimte voor. Als een oudere op het afgesproken moment van het gebruik van de middelen afziet, dient de levenseindebegeleider de middelen terug te brengen naar de apothek.

5.6 Toezicht achteraf

Nadat de oudere is overleden, doet de levenseindebegeleider door middel van het voorgeschreven ingevulde formulier aan de gemeentelijk lijkschouwer mededeling van de oorzaak van het overlijden en verstrekt

hij tevens aan de lijkschouwer het daarbij behorende beredeneerd verslag van de door hem verleende stervenshulp. Dit verslag wordt door de lijkschouwer ter kennis gebracht van de regionale toetsingscommissie die krachtens dit wetsvoorstel is ingesteld. Dit wordt geregeld met de voorgestelde wijzigingen van de Wet op de lijkbezorging (hierna: WLB). De initiatiefneemster beoogt met dit wetsvoorstel zoveel mogelijk aan te sluiten bij de staande praktijk binnen de WTL en de WLB. Uit de evaluaties blijkt dat die procedure naar behoren functioneert. Uit het wetsvoorstel volgt dat er regionale toetsingscommissies worden ingesteld die beoordelen of de stervenshulp volgens de regels van de wet is uitgevoerd. Net als binnen de WTL zal in principe de toetsingscommissie binnen een termijn van zes weken na ontvangst van de melding een oordeel geven. Het kan zijn dat de commissie tot het oordeel komt dat niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. De commissie is dan verplicht om het oordeel te sturen naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Bij het oordeel dat gehandeld is overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is daarmee in principe de procedure afgerond. Het toezicht achteraf geldt als belangrijke extra waarborg. Opgemerkt dient ook te worden dat het voldoen aan de zorgvuldigheidseisen een noodzakelijke voorwaarde is voor een succesvol beroep op de strafuitsluitingsgrond die, als dit voorstel wet wordt, wordt vastgelegd in artikel 294, derde lid.

Handelingen in het kader van hulp bij zelfdoding zijn ingevolge dit voorstel, net als in het systeem van de WTL, onderworpen aan het medisch tuchtrecht. Dat brengt met zich mee dat strafvervolgning niet steeds de meest aangewezen reactie is op een mogelijk geval van onzorgvuldig handelen. Dat is niet anders dan thans het geval is in de WTL, en vloeit voort uit het eerder besproken arrest-Arends. Indien het onderhavige wetsvoorstel wet wordt, ligt het in de rede dat het Openbaar Ministerie een vergelijkbaar vervolgingsbeleid hanteert als zij pleegt te doen in het kader van de WTL. Dat beleid is tamelijk terughoudend en houdt in dat in beginsel uitsluitend bij schending van een van de kernvereisten van de WTL (te weten die betreffende de overtuiging bij de arts van de vrijwilligheid van het verzoek en van het lijden) strafrechtelijke vervolging overwogen zal worden. Bij het schenden van de andere zorgvuldigheidseisen ligt volgens het OM tuchtrechtelijk ingrijpen meer voor de hand.⁹¹

6. Constitutionele aspecten

In onderstaande hoofdstuk zal de initiatiefnemer de relevante nationale en internationale grondrechten bespreken die raken aan het voorliggende wetsvoorstel. Aan de bescherming van persoonsgegevens wordt in het opvolgende voorstel

6.1 Grondwet

De Nederlandse Grondwet bevat geen bepalingen waaruit een recht op levensbeëindiging voortvloeit en tevens geen bepalingen die daar rechtstreeks aan in de weg staan. Hoewel waarden als bescherming van het leven en de lichamelijke integriteit, maar ook zelfbeschikking tot uitdrukking komen in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, waarin het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer zijn neergelegd, is er geen consensus over de normatieve betekenis van deze grondrechten voor de regulering van hulp

⁹¹ Vierde evaluatie WTL, par. 10.6.2.

bij zelfdoding.⁹² Voor zover men een ruime uitleg geeft aan artikel 10 van de Grondwet geldt dat beperkingen ten aanzien van het in dat artikel vervatte recht bij of krachtens wet moeten worden vastgesteld. Aan die eis is met het voorliggende wetsvoorstel, in combinatie met de voorgestelde wijziging van artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, voldaan. Anderzijds bestaat er ook geen grondwetsbepaling die een verplichting voor de overheid bevat tot het vaststellen van een wet als de onderhavige.

6.2 EVRM⁹³

Het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) biedt meer houvast. Ook het PERSPECTIEF-onderzoek wijst op dit verdrag en het feit dat het onderhavige wetsvoorstel in het internationaal juridische kader dient te passen. Dit verdrag bevat in artikel 2 wel een bepaling over het recht op leven.⁹⁴ Uit de aard van dit verdrag – het waarborgen van de menselijke waardigheid en fundamentele vrijheidsrechten – kan worden geconcludeerd dat daarin het leven als individueel recht wordt erkend en niet als een plicht die voort zou vloeien uit een bovenpersoonlijke waarde, zoals God of de gemeenschap.⁹⁵

Uit de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) blijkt, dat het EVRM weliswaar geen «right to die» bevat, maar dat wel artikel 8 van het EVRM van belang is. Dat artikel bevat het recht op eerbiediging van ieders privéleven, familielevens en gezinslevens. Daaronder vallen volgens het EHRM ook de noties van persoonlijke autonomie, kwaliteit van leven en de keuze van een individu om een in zijn of haar ogen onwaardig en schrijnend levenseinde te vermijden. En dit aspect wint aan belang gezien het toenemend aantal mensen die zich, door de medische vooruitgang en toegenomen levensverwachting, gedwongen zouden kunnen zien om oud en verzwakt voort te leven, in strijd met hun eigen identiteit.⁹⁶ Daaraan wordt door het EHRM nog toegevoegd dat het recht om, mits sprake is van wilsbekwaamheid, te beslissen over de wijze en het moment waarop personen hun leven willen beëindigen, beschermd wordt door het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer zoals neergelegd in artikel 8 van het EVRM.⁹⁷

Op dit recht zijn wel beperkingen mogelijk, maar die moeten bij wet zijn voorzien (hetgeen inhoudt dat de beperking voldoende kenbaar en voorzienbaar is), en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn (tegemoetkomen in een dwingende maatschappelijke behoefte, proportioneel en geschikt zijn) met het oog op de in artikel 8, tweede lid, van het EVRM genoemde legitieme doelen, in welk verband onder meer de openbare veiligheid en bescherming van de gezondheid – de middelen moeten niet in verkeerde handen vallen – en het voorkomen van strafbare feiten kunnen een rol spelen. Voor het bepalen wat in een democratische samenleving noodzakelijk is om deze legitieme doelen te dienen, pleegt

⁹² Zie o.a.: B.C. van Beers, «Commentaar op artikel 11 van de Grondwet», in: E.M.H. Hirsch Ballin en G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet*, p. 6–7, en: M.M. Groothuis «Commentaar op artikel 10 van de Grondwet», in: E.M.H. Hirsch Ballin en G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet*, p. 26, webeditie 2020 (www.nederlandrechtsstaat.nl)

⁹³ Zie voor een bespreking van de EHRM-jurisprudentie ook: Lawson R.A. (2023), *Keuzevrijheid ten aanzien van het eigen levenseinde: Straatsburgse perspectieven*, NJCM-Bulletin: Nederlands tijdschrift voor de mensenrechten 48(2): 155-178 (NTM-NJCM-Bull. 2023/12).

⁹⁴ Dat recht is ook vastgelegd in het artikel 2 van het EU-Handvest van de grondrechten, artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR) en artikel 3 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM).

⁹⁵ EHRM 29 april 2002, ECLI:NL:XX:2002:AP0678 (Pretty/Verenigd Koninkrijk)

⁹⁶ *Pretty* § 61, 65 en 67.

⁹⁷ EHRM 20 januari 2011, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207 (Haas v. Zwitserland) § 51.

het EHRM een «margin of appreciation» aan de lidstaten te laten. Die «margin of appreciation» zal in het algemeen groter zijn als het aan het EHRM niet of slechts in beperkte mate lukt een gelijklopende Europese opvatting vast te stellen over de reikwijdte van bepaalde rechten of hun beperkingen.⁹⁸ En dat is op het onderhavige terrein het geval.

In de jurisprudentie van het EHRM gaat het om mensen die zich door de wetgeving van hun land of de uitvoering daarvan belemmerd voelden in het uitvoeren van hun keuze voor een waardig levenseinde. Dat doet allereerst de vraag rijzen of die wetgeving binnen de ingevolge de «margin of appreciation» gerechtvaardigde beperking van het recht op een privéleven valt. Dat was in de zaken *Pretty* en *Haas* het geval.

In de zaak *Pretty* ging het om een Engelse vrouw die leed aan een dodelijke ziekte, haar leven wilde beëindigen, maar daar de hulp van haar echtgenoot bij nodig had. De Engelse wet verbood zelfmoord niet, maar het verlenen van hulp daarbij wel. De staat krijgt een «margin of appreciation». Van de inmenging mocht worden gezegd dat deze nodig was in een democratische samenleving, ter bescherming van kwetsbaren, ook al was er sprake van een algeheel verbod zonder uitzonderingen. Naar oordeel van het EHRM was het Verenigd Koninkrijk binnen de «margin of appreciation» gebleven.

In de zaak *Haas* ging het om een Zwitser met een psychiatrische ziekte, die al twee keer een zelfmoordpoging had gedaan. Hij was lid van de in paragraaf 2.10 genoemde organisatie Dignitas, maar vond geen arts die bereid was om het benodigde middel voor zelfdoding voor te schrijven. In Zwitserland is hulp bij zelfdoding alleen strafbaar als deze geschiedt «vanuit egoïstische motieven». Het vereiste van een recept voor het verkrijgen van het middel stond echter ook los van dat criterium in de weg aan het verkrijgen van hulp bij zelfdoding door middel van het verschaffen van de benodigde middelen.

Hierbij is van belang dat het EHRM artikel 8 EVRM niet slechts ziet als een afweerrecht, maar dat hier ook uit voortvloeit dat er op de staat een positieve verplichting rust om maatregelen te nemen die het mogelijk maken vast te stellen dat het individu de beslissing om zijn leven te beëindigen, in vrijheid en in wilsbekwame staat neemt.⁹⁹ Maar hierbij geldt wel dat het hele EVRM, waaronder ook artikel 2, in de afweging zal moeten worden betrokken. En ook hierbij geldt de «margin of appreciation».¹⁰⁰ Het EHRM oordeelde dat Zwitserland daarbinnen was gebleven.

In de zaak *Gross* ging het opnieuw om een Zwitserse burger. Zij leed aan een voortdurend afnemende levenskwaliteit en was lid van de in paragraaf 2.12 genoemde organisatie Exit. Ook zij vond geen arts die bereid was haar een middel voor zelfdoding voor te schrijven. Er waren geen twijfels over haar wilsbekwaamheid, maar artsen achtten het niet in overeenstemming met hun beroepscode om het middel voor te schrijven. Het EHRM achtte het waarschijnlijk dat deze terughoudendheid werd veroorzaakt door het «chilling effect»¹⁰¹ dat uitging van het feit dat in de jurisprudentie van het Zwitserse Hooggerechtshof verwezen placht te worden naar deze beroepscode, en dat daarin het voorschrijven van dodelijke middelen alleen acceptabel werd geacht in geval van terminaal zieke patiënten. Daarbij was voor het EHRM van belang dat die beroepscode was uitgevaardigd door een private organisatie en geen

⁹⁸ Zie ook: conclusie A-G bij de Hoge Raad van 18 december 2018, ECLI:NL:PHR:2018:1385.

⁹⁹ *Haas* §51–54.

¹⁰⁰ *Haas* §53–55.

¹⁰¹ Van het «chilling effect» is sprake als door wetgeving mensen druk ervaren om af te zien van hun rechten, omdat er vrees is voor een juridische sanctie of procedure.

wettelijk karakter had, terwijl er ook geen door de Zwitserse overheid uitgevaardigde richtlijnen bestonden, waaruit duidelijk kon blijken in welke gevallen een arts bevoegd is om een dodelijk middel voor te schrijven aan een patiënt die niet lijdt aan een terminale ziekte. Het EHRM overwoog dat de situatie bij mevrouw Gross veel angst en onzekerheid teweeg gebracht moet hebben met betrekking tot haar recht om haar leven te beëindigen, en dat het niet zo ver zou zijn gekomen als Zwitserland daaromtrent officiële richtlijnen uitgevaardigd zou hebben. Daarbij erkende het EHRM dat het in een democratische samenleving moeilijk kan zijn om daarover politieke consensus te bereiken, maar dat deed er niet aan af dat het de taak van de Zwitserse overheid was om op dit punt duidelijkheid te creëren. De bestaande Zwitserse wetgeving achtte het EHRM daarvoor niet toereikend. Daarom kwam het EHRM tot het oordeel dat Zwitserland artikel 8 EVRM had geschonden.¹⁰² Het EHRM leest artikel 8 hier in feite als een procedureel recht.

In 2022 heeft het EHRM nog een tweetal uitspraken gedaan die zien op het zelfgekozen levenseinde. In de eerste plaats gaat het dan om de zaak Lings tegen Denemarken.¹⁰³ In deze zaak ging het over de arts, Dr. Lings, die in 2019 strafrechtelijk werd veroordeeld. In 2015 heeft Lings een vereniging van artsen voor euthanasie opgericht. Op de website van de vereniging verstrekke hij informatie die behulpzaam was voor mensen met een overlijdenswens. Het verstrekken van deze informatie was rechtmatig.¹⁰⁴ De vervolging in casu ving aan nadat Lings in een interview in 2017 kenbaar had gemaakt een ernstig zieke patiënt hulp bij zelfdoding had geboden.

In afwijking van de eerdere jurisprudentie beriep Lings zich op artikel 10 van het EVRM: vrijheid van meningsuiting. De informatie die hij op enig moment had verstrekt was volgens hem legaal. Hierbij is van belang dat deze informatieverstrekking legaal is *zolang* deze niet aan een specifiek persoon is gericht. De zaak richtte zich uiteindelijk met name op de materiële kant van de kwestie: wat is er nu precies feitelijk gebeurd en wat is er precies door Lings gezegd? Het EHRM zag uiteindelijk onvoldoende redenen om te concluderen dat de Deense rechter onjuist heeft geoordeeld.

Nieuw in de zaak Lings is dat het EHRM in een zaak over het zelfgekozen levenseinde nader ingaat op welke factoren een rol spelen bij hoe ruim de beoordelingsmarge van de Staat is:

1. de aard van de het geschil;
2. de kwaliteit van de parlementaire en judiciële discussie over de noodzaak van de maatregel;
3. de mate waarin sprake is van overeenstemming tussen lidstaten; en
4. de fundamenteel subsidiaire rol die het EHRM inneemt ten opzichte van de lidstaten.¹⁰⁵

Deze factoren spelen ook in andere uitspraken van het EHRM over de margin of appreciation een rol, maar het is Lings v. Denemarken voor het eerst zo dat wordt bevestigd dat zij ook worden gebruikt in de onderhavige context. Het EHRM concludeert tot een ruime appreciatiemarge.

¹⁰² EHRM 14 mei 2013, ECLI:CE:ECHR:2014:0930JUD006781010 (Gross v. Switzerland) § 64–67. Overigens betrof het hier een uitspraak van een kamer van het Hof, die verwezen werd naar de «Grote Kamer». Die verklaarde op 30 september 2014 de klacht van mevrouw Gross niet-ontvankelijk, omdat zij inmiddels was overleden.

¹⁰³ EHRM 12 april 2022, 15136/20 (Lings v. Denemarken)

¹⁰⁴ Lings §58

¹⁰⁵ Lings §41–44

Tot slot is, ook in 2022, uitspraak gedaan door het EHRM in de zaak Mortier tegen België.¹⁰⁶ Deze zaak verschilt aanzienlijk van de eerder aangehaalde uitspraken in die zin dat in de eerdere zaken klachten die werden behandeld die klachten zagen op een gebrek aan mogelijkheden om zelf regie te nemen over het levenseinde. De klacht is afkomstig van Mortier, wiens moeder (G.T.) al ongeveer 40 jaar aan chronische depressie leed en die al enkele jaren onder behandeling stond van psychiater B. Zij had haar wens tot euthanasie kenbaar gemaakt. In de procedure gaf G.T. aan dat zij geen contact wilde met haar kinderen voorafgaand aan de euthanasie. Op 19 april 2019 overleed zij. Mortier klaagde dat, omdat hij niet is betrokken bij de procedure van zijn moeder, er zou onvoldoende achting werd geslagen op het recht op leven, vervat in artikel 2 EVRM. In deze zaak ging het louter om de verenigbaarheid van de Belgische euthanasiepraktijk, in de vorm zoals in deze casus, met het EVRM.

Het EHRM komt bij de beantwoording van die vraag onvermijdelijk uit bij artikel 8. Het herhaalt eerdere jurisprudentie die bepaalt dat artikel 8 ook het recht impliceert om zelf te beslissen over hoe het leven eindigt. Ook wordt de zaak Pretty weer aangehaald: het recht op leven omvat géén recht op sterven. Het EHRM schept echter ook een novum: het stelt vast dat aan het recht op leven niet een zodanige uitleg toekomt dat het in de weg staat aan decriminalisering van euthanasie.

Het EHRM haalt wel het VN-Mensenrechtencomité aan, dat als positie heeft ingenomen dat dat euthanasie in beginsel geen inbreuk vormt op het recht op leven, maar dat wel sprake dient te zijn van solide institutionele en juridische garanties die zorgen dat medisch personeel werkt op basis van de vrije, geïnformeerde, duidelijke en ondubbelzinnige beslissing van de verzoeker. De gedachte hierachter is dat de betrokkene bescherming geniet tegen druk en misbruik.

Op basis van de Mortier-zaak kan worden gezegd dat drie factoren uitdrukkelijk meewegen in de toets aan artikel 2:

1. de wijze waarop het wettelijk kader dat geldt in de fase voorafgaand aan de euthanasie;
2. de wijze waarop het wettelijk kader in het concrete geval is nageleefd; en
3. de kwaliteit van het toezicht dat na de euthanasie plaatsvindt.

Het EHRM komt tot de conclusie dat de Belgische praktijk voldoende waarborgen zijn ingebouwd om te voldoen aan de maatstaf. Er werd geen schending van artikel 2 EVRM geconstateerd.

Conclusie ten aanzien van de EHRM-jurisprudentie

Het voorliggende wetsvoorstel ligt in lijn met de besproken jurisprudentie van het EHRM. Het wetsvoorstel vermijdt de onduidelijkheid die het EHRM in Zwitserland aanwezig achtte, door een regeling te treffen voor het voorschrijven van middelen voor stervenshulp, waarin stervenshulpbegeleiders bevoegd zijn daarvoor recepten uit te schrijven. Daarnaast wordt voorzien in voldoende waarborgen om te zorgen dat mensen een vrije, geïnformeerde en ondubbelzinnige beslissing maken. Hiermee wordt een kader gecreëerd dat waarborgt dat er een gebalanceerde toepassing wordt gevonden van de twee mensenrechten die het Hof in dit verband van belang acht: het recht op leven en de daarmee corresponderende verplichting van de staat dat te beschermen, en het recht dat wilsbekwame personen hebben om hun leven op een zelfgekozen moment en op een waardige wijze te beëindigen en de daarmee corresponderende

¹⁰⁶ EHRM 4 oktober 2022, 78017/17 (Mortier v. België)

verplichting van de staat om maatregelen te treffen die het mogelijk maken om vast te stellen dat de betrokkene in vrijheid en in wilsbekwame toestand tot dat besluit gekomen is. De afwegingen die daartoe in het wetsvoorstel worden gemaakt blijven onmiskenbaar binnen de «margin of appreciation» die het EHRM aan lidstaten pleegt te laten.

Voorts dient aandacht uit te gaan naar de recente uitspraak van de Rechtbank Den Haag in een zaak die is aangespannen door de Coöperatie Laatste Wil (zie ook 2.10).¹⁰⁷ Via de rechter wilde CLW het oordeel afdwingen dat de staat onrechtmatig heeft gehandeld en handelt door het verbod op hulp bij zelfdoding onverkort te handhaven. Dit omdat de bedoelde handhaving strijdig zou zijn met artikel 8 EVRM. De rechtbank heeft de vordering afgewezen. Wel oordeelde rechtbank dat het verbod op hulp bij zelfdoding een inmenging is op het recht op privéleven. Die inmenging kan, zo volgt uit de uitspraak echter wel worden gerechtvaardigd op grond van het tweede lid van artikel 8. Ook overwoog men daarbij dat de rechtbank geen afwijkende (lees: verderstrekkende) interpretatie mag geven dan volgt uit de gevestigde rechtspraak van het EHRM. In de kern komt de uitspraak er, wat dit punt betreft, op neer dat Nederland met de huidige WTL en deze waarop daar uitvoering aan gegeven wordt, past binnen de margin of appreciation.

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.

7. Bescherming persoonsgegevens

In het voorliggende wetsvoorstel worden persoonsgegevens uitgewisseld tussen oudere en verschillende beroepsbeoefenaars. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe dat zich verhoudt tot bestaande wetgeving op dat specifieke terrein.

Een levenseindebegeleider zal, om te kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen, gegevens van de oudere moeten verwerken. Ook zal hij in dat verband inlichtingen moeten inwinnen bij de betrokken (huis)arts van de oudere, en zal hij, een onafhankelijke levenseindebegeleider moeten raadplegen. Dit betekent dat gegevens van de oudere ook moeten worden uitgewisseld tussen genoemde beroepsbeoefenaren. Deze gegevensverwerking en uitwisseling van gegevens betreft zowel persoonsgegevens als bijzondere persoonsgegevens (namelijk gegevens over gezondheid van de oudere) als bedoeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De uitwisseling van persoonsgegevens raakt tevens aan het medisch beroepsgeheim, waaraan de genoemde beroepsbeoefenaren gehouden zijn. Daarop wordt aan het slot van dit hoofdstuk ingegaan.

Verwerking van persoonsgegevens raakt aan het recht op de persoonlijke levenssfeer, dat beschermd wordt in onder andere artikel 10 van de Grondwet, artikel 8 van het Europees Verdrag voor de bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) en artikel 7 van het EU-Handvest. Daarnaast is in artikel 8 van het EU-Handvest het recht op bescherming van persoonsgegevens als op zichzelf staand grondrecht opgenomen. De

¹⁰⁷ Rechtbank Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394

bescherming van persoonsgegevens in Nederland berust grotendeels op de Algemene Verordening Gegevensbescherming (PbEU 2016, L 119/1). De AVG geeft uitvoering aan artikel 16, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU). In dat artikel is een rechtsgrondslag opgenomen voor het stellen van voorschriften betreffende de bescherming van natuurlijke personen ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens bij de uitoefening van activiteiten die binnen het toepassingsgebied van het recht van de Unie vallen. In Nederland geeft de UAVG uitvoering aan de AVG voor zover de AVG bepaalt dat de in die verordening opgenomen regels bij lidstatelijk recht kunnen worden beperkt of gespecificeerd.

Hieronder wordt toegelicht op welke wijze hiermee in dit voorstel rekening is gehouden.

7.1 EVRM

Het EVRM kent geen bepaling die in het bijzonder is toegesneden op de bescherming van persoonsgegevens. De bescherming van dit recht valt onder de reikwijdte van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van art. 8 EVRM. Artikel 8, eerste lid, bepaalt dat eenieder recht heeft op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en correspondentie. Deze rechten zijn niet absoluut. Volgens artikel 8, tweede lid, wordt een beperking van dit recht slechts aanvaardbaar geacht indien deze beperking een legitiem doel dient, bij wet is voorzien en daarbij op een voldoende duidelijke manier is omschreven, en noodzakelijk is in een democratische samenleving. Dit laatste vereiste houdt in dat er een dwingende maatschappelijke noodzaak moet zijn voor de inbreuk. Bovendien moeten de inbreuk en de gevolgen daarvan voor het betrokken individu in een evenredige verhouding staan tot het daarmee nagestreefde legitieme doel (proportionaliteitstoets). Als legitieme doelen worden genoemd het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

Om te bepalen of in een concreet geval sprake is van een gerechtvaardigde beperking van een van de in de artikelen 8 tot en met 11 EVRM neergelegde mensenrechten, heeft het EVRM in zijn rechtspraak een bepaalde systematiek ontwikkeld. Uit deze systematiek kan een toetsingskader worden afgeleid waarbij drie met elkaar samenhangende vragen kunnen worden onderscheiden. Deze vragen luiden achtereenvolgens als volgt:

1. Is de beperking bij wet voorzien?
 - Berust de inmenging op een naar behoren bekend gemaakt wettelijk voorschrift?
 - Kunnen burgers daaruit met voldoende precisie opmaken welke op zijn privéleven betrekking hebbende gegevens met het oog op de vervulling van een bepaalde taak kunnen worden verzameld en vastgelegd, en onder welke voorwaarden die gegevens met dat doel kunnen worden bewerkt, bewaard en gebruikt?¹⁰⁸
2. Dient de beperking tot bescherming van een legitieme doelstelling («legitimate aim»), namelijk één of meer van de in het tweede lid van artikel 8 EVRM opgesomde rechtsbelangen?
3. Is de beperking noodzakelijk in een democratische samenleving («necessary in a democratic society»)?

¹⁰⁸ ABRvS 26 juli 2017, ECLI:NL:RVS:2017:2008.

- Is de beperking ingegeven door een dringende maatschappelijke behoefte («pressing social need»)?
- Bestaat er een redelijke verhouding («proportionality») tussen de zwaarte van de beperking en het gewicht van het belang dat met de inbreuk wordt gediend?

De eerste vraag, of de voorgestelde beperking bij wet is voorzien, kan bevestigend worden beantwoord. Immers wordt met dit wetsvoorstel voorzien in een duidelijke grondslag middels een wet in formele zin. Hierop wordt verder ingegaan in de toelichting op de toepassing van de AVG.

Ook de tweede vraag kan bevestigend beantwoord worden. Immers dient de gegevensverwerking door de (onafhankelijke) levenseindebegeleider, het delen van gegevens door de (huis)arts met de levenseindebegeleider en het delen van gegevens door de levenseindebegeleider met de onafhankelijke levenseindebegeleider, de rechten en vrijheden van anderen. Dan gaat het primair om het zelfbeschikkingsrecht van de oudere in kwestie.

De derde vraag – of de voorgestelde beperking noodzakelijk is in een democratische samenleving – wordt eveneens bevestigend beantwoord. Immers, er bestaat grote maatschappelijke steun voor het idee dat, als mensen besluiten hun leven te willen beëindigen, zij dit op een humane manier kunnen doen en dat dit kan binnen een zorgvuldig proces. Dat is niet mogelijk als er geen gegevensverwerking en informatie-uitwisseling mogelijk is door en tussen genoemde beroepsbeoefenaren. Dat zou leiden tot een onacceptabele situatie, namelijk dat het voorgestane proces niet met de nodige zorgvuldigheid kan plaatsvinden. Daarnaast is de maatregel proportioneel. Het belang dat wordt gediend is de eerdergenoemde zorgvuldigheid die in acht dient te worden genomen bij beslissingen rondom het levenseinde. Hier staat, met instemming van de oudere, tegenover dat de bij het proces betrokken beroepsbeoefenaar – de levenseindebegeleider – gegevens ontvangt van de arts van de oudere en (ook de) gegevens deelt met een onafhankelijke levenseindebegeleider. Het belang van privacy weegt in dit geval minder zwaar dan het belang van een zorgvuldige afweging rondom het levenseinde. Wel biedt dit wetsvoorstel hierbij twee belangrijke waarborgen. In de eerste plaats geldt dat de levenseindebegeleider onder de Wet BIG wordt gebracht, hetgeen met zich brengt dat hij de (van de (huis)arts ontvangen) gegevens van de oudere, vertrouwelijk moet behandelen. Ook de levenseindebegeleider is immers gehouden aan het medisch beroepsgeheim, bedoeld in artikel 88 van de Wet BIG. Daarbij komt dat de categorie beroepsbeoefenaren – medische beroepsbeoefenaren – waarmee de gegevens kunnen worden gedeeld, nu ook al toegang hebben tot medische gegevens en hier vertrouwelijk en zorgvuldig mee moeten omgaan. In de tweede plaats mogen gegevens alleen worden verwerkt en gedeeld voor zover dat noodzakelijk is voor het bieden van levenseindebegeleiding en voor het in dat verband voldoen aan de zorgvuldigheidseisen.

7.2 EU-Handvest

Het recht op bescherming van persoonsgegevens heeft wel een eigen plaats gekregen in het EU-Handvest. Artikel 8 bepaalt dat iedereen recht heeft op bescherming van zijn persoonsgegevens. Dit geeft aan dat het hier gaat om een individueel fundamenteel recht dat de betrokkene beschermt tegen onrechtmatige verwerking van de gegevens die op zijn persoon betrekking hebben. Daarnaast stelt het artikel eisen aan de manier waarop persoonsgegevens worden verwerkt. Bij verwerking gaat het om alle handelingen die kunnen worden verricht met persoonsge-

gevens. Verwerking moet ingevolge artikel 8 eerlijk gebeuren en voor bepaalde doeleinden. Bovendien mag de verwerking slechts plaatsvinden met «toestemming van de betrokkene of op basis van een andere in de wet voorziene gerechtvaardigde grondslag». Tot slot bepaalt het EU-Handvest dat eenieder recht heeft op inzage in de over hem verzamelde gegevens en een recht op rectificatie.

In beginsel geldt al dat wanneer aan de eisen van het EVRM wordt voldaan, ook wordt voldaan de eisen van het EU-grondrechtenhandvest. Er is sprake van een wettelijke grondslag en die grondslag is – zoals betoogd – gerechtvaardigd.

7.3 Grondwet

De Grondwet geeft in artikel 10, eerste lid, eenieder, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer. Ook dit recht is niet absoluut: bij of krachtens de wet kunnen aan dat recht beperkingen worden gesteld. Dit voorstel voorziet in de vereiste wettelijke basis. De hierboven geschetste lijn ter rechtvaardiging van de inbreuk op het recht op respect voor het privé-leven in artikel 8 van het EVRM, geldt evenzeer ter onderbouwing van de wettelijke beperkingen op grond van artikel 10 van de Grondwet.

AVG

Zoals hierboven reeds is aangegeven, berust de bescherming van persoonsgegevens in Nederland grotendeels op de AVG. Ingevolge de AVG moet elke gegevensverwerking gerechtvaardigd zijn. Daarvan is alleen sprake wanneer het doel van de verwerking kan worden gebaseerd op een van de rechtsgrondslagen, opgenomen in artikel 6, eerste lid, AVG. Als het gaat om gegevens over gezondheid, is tevens artikel 9 van de AVG van toepassing is. Het eerste lid, bepaalt dat de verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens (waaronder gegevens over gezondheid) verboden is, tenzij een van de in artikel 9, tweede lid, genoemde uitzonderingen van toepassing is.

Er zijn drie relaties waarin (bijzondere) persoonsgegevens van de oudere worden verwerkt of uitgewisseld. In de eerste plaats verwerkt de levenseindebegeleider deze gegevens van de oudere, aangezien dit zijn cliënt is. Ten tweede wint de levenseindebegeleider inlichtingen of gegevens over de gezondheid van de oudere in bij diens (huis)arts. En tot slot worden (bijzondere) persoonsgegevens van de oudere door diens levenseindebegeleider verstrekt aan een onafhankelijke levenseindebegeleider. Deze laatste verwerkt aldus ook (bijzondere) persoonsgegevens van de oudere. Hieronder wordt verder ingegaan op de rechtsgrondslagen en op de uitzondering op het verwerkingsverbod van artikel 9, eerste lid, AVG.

Relatie levenseindebegeleider-oudere

Ten aanzien van artikel 6 AVG geldt dat in de relatie tussen levenseindebegeleider en oudere sprake zal zijn van een overeenkomst (artikel 6, eerste lid, onder b, AVG). De oudere die zich tot deze levenseindebegeleider voor hulp heeft gewend, wordt immers (na instemming over en weer) cliënt van deze beroepsbeoefenaar. Deze relatie «beroepsbeoefenaar en cliënt» betreft, anders dan de overeenkomst tussen (huis)arts en patiënt, nadrukkelijk geen overeenkomst tot medische behandeling. Onderdeel van de overeenkomst tussen levenseindebegeleider en zijn cliënt zal zijn dat de noodzakelijke gegevens worden verwerkt en gedeeld. Deze overeenkomst vormt zodoende de rechtsgrondslag voor de verwerking van zowel persoonsgegevens als gegevens over de gezondheid van de

oudere. Uit het voorgestelde artikel 2 blijkt voor welke specifieke doelen de levenseindebegeleider gegevens van zijn cliënt verwerkt.

Ten aanzien van het verwerken van specifiek gegevens over gezondheid, is voorts artikel 9, tweede lid, onderdeel g, van toepassing. Verwerking van deze gegevens is immers noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, namelijk dat er wanneer er hulp bij zelfdoding wordt verleend, dit zorgvuldig gebeurt, met inachtneming van (onder meer) de in dit voorstel neergelegde zorgvuldigheidseisen. Zoals eerder toegelicht is gegevensverwerking daarbij zonder meer essentieel om te waarborgen dat er belangrijke medische omstandigheden van de oudere, worden betrokken bij beslissingen omtrent het levenseinde. Uiteraard geldt dat gegevensverwerking alleen plaatsvindt voor zover dat noodzakelijk is voor het bieden van levenseindebegeleiding conform de zorgvuldigheidseisen (hetgeen zoals hierboven aangegeven reeds blijkt uit het voorgestelde artikel 2). Daarmee is er ook sprake van evenredigheid. Hierbij is – vanzelfsprekend – ook van belang dat met grote zorgvuldigheid wordt omgegaan met de persoonsgegevens van de oudere. Een belangrijke waarborg hierbij is verder dat de levenseindebegeleider onder de Wet BIG wordt gebracht, hetgeen met zich brengt dat hij de (van de arts ontvangen) persoonsgegevens van de oudere en al hetgeen door de oudere verder aan hem is toevertrouwd, vertrouwelijk moet behandelen. Ook de levenseindebegeleider is immers gehouden aan het medisch beroepsgeheim, bedoeld in artikel 88 van de Wet BIG. Gezien het feit dat de betrokken beroepsbeoefenaars al medisch beroepsbeoefenaars in de zin van de Wet BIG zijn en omgaan met gegevens een onderdeel dient te worden van het curriculum van de opleiding tot levenseindebegeleider, voorziet de initiatiefneemster hier geen problemen. Daarbij komt dat de categorie beroepsbeoefenaren – medische beroepsbeoefenaars – waarmee de gegevens kunnen worden gedeeld, nu ook al toegang hebben tot medische gegevens en hier vertrouwelijk en zorgvuldig mee moeten omgaan.

Relatie arts-levenseindebegeleider

Ook in de rechtsverhouding tussen arts en patiënt is sprake van een overeenkomst, met dien verstande dat het daarbij gaat om een geneeskundige behandelovereenkomst als bedoeld in Boek 7, Titel 7, Afdeling 5, van het Burgerlijk Wetboek (WGBO). De oudere die met zijn arts zijn stervenswens bespreekt, doet dat binnen hun behandelrelatie en de behandelovereenkomst vormt dan de rechtsgrondslag voor die gegevensverwerking door de (huis)arts.

Ten aanzien van de verstrekking van gegevens door de (huis)arts en de levenseindebegeleider ligt het minder voor de hand om deze overeenkomst als verwerkingsgrond te hanteren. In plaats daarvan kan een grondslag worden gevonden in het vierde lid van artikel 6 van de AVG. Het betreft hier een verenigbare verdere verwerking voor een ander doel – namelijk voor de zorgvuldige uitvoering door de levenseindebegeleider, van hulp bij zelfdoding als bedoeld in dit wetsvoorstel – op grond van een lidstaatrechtelijke bepaling als bedoeld in 6, vierde lid, AVG. Met lidstaatrechtelijke bepaling wordt bedoeld het voorgestelde artikel 3, eerste lid. Deze voorgestelde bepaling is reeds noodzakelijk om te voorzien in een wettelijke plicht voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim.

Voor zover geen sprake zou zijn van verdere verenigbare verwerking, kan de rechtsgrondslag worden gevonden in artikel 6, derde lid, AVG (wettelijke verplichting, neergelegd in de hiervoor genoemde lidstaatrechtelijke bepaling, namelijk het voorgestelde artikel 3, eerste lid).

Artikel 3, eerste lid, bevat zoals hiervoor genoemd, de verplichting voor de (huis)arts om desgevraagd inlichtingen en gegevens te verstrekken aan de levenseindebegeleider. Bij of krachtens wet kan een dergelijke uitzondering worden gemaakt op het medisch beroepsgeheim, mits noodzakelijk, doelmatig en proportioneel. Aan de criteria van noodzaak, doelmatigheid en proportionaliteit van de bepaling wordt voldaan omdat de doorbreking noodzakelijk is om te waarborgen dat de hulp bij zelfdoding kan plaatsvinden met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. De inlichtingen en gegevens die bij de (huis)arts worden betrokken zijn met name van belang om te kunnen beoordelen of andere hulp gelet op de achtergrond van het verzoek van de oudere, mogelijk is. Ook kan deze informatie nodig zijn voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Op het medisch beroepsgeheim wordt verderop in dit hoofdstuk ingegaan.

Ook in deze relatie is, net als in de relatie levenseindebegeleider-oudere, onderdeel g van artikel 9 AVG van toepassing. Dit betekent dat de verstrekking van gegevens over gezondheid door de (huis)arts is toegestaan.

Relatie levenseindebegeleider bij wie de oudere cliënt is – geraadpleegde onafhankelijke levenseindebegeleider

Ook hier kan voor de verstrekking van gegevens aan de onafhankelijke levenseindebegeleider, net als in de voorgaande relatie, een basis worden gevonden in het vierde lid van artikel 6 AVG, en voor zover geen sprake zou zijn van verdere verwerking, in artikel 6, derde lid, AVG. Voorts geldt ook hier dat artikel 9, tweede lid, onder g, AVG van toepassing is. Dezelfde redenering gaat dus op, met het verschil dat de geraadpleegde levenseindebegeleider, anders dan de (huis)arts, de taak heeft om een schriftelijk oordeel te vellen over de vraag of voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen. Daartoe moet ook de geraadpleegde levenseindebegeleider over de gegevens kunnen beschikken die de levenseindebegeleider heeft verzameld. Daartoe behoren ook de gegevens die door de (huis)arts van de oudere zijn verstrekt. Indien dat niet zou kunnen, zou een onafhankelijk beoordeling immers niet gewaarborgd kunnen worden.

Voor zover het gaat om de toepassing van artikel 6, derde en vierde lid, AVG geldt dat de lidstaatrechtelijke bepaling is neergelegd in het voorgestelde artikel 3, tweede en derde lid. Deze voorgestelde bepalingen zijn reeds nodig zijn om te voorzien in een wettelijke verplichting voor de doorbreking van de door de levenseindebegeleiders in acht te nemen zwijgplicht, bedoeld in artikel 88 Wet BIG.

7.5 Medisch beroepsgeheim

Elke arts is verplicht om te zwijgen over alles wat hij tijdens zijn beroepsuitoefening over een patiënt te weten komt. Dit moet ruim worden uitgelegd. Ook het gegeven dat een patiënt onder behandeling is bij een arts, valt bijvoorbeeld onder de zwijgplicht. De arts moet ervoor zorgen dat er geen inlichtingen over de patiënt worden verstrekt aan anderen. Ook moet hij ervoor zorgen dat anderen geen inzage krijgen in – of een afschrift krijgen van – (een deel van) het medisch dossier van de patiënt. De zwijgplicht van (huis)artsen, ook wel de geheimhoudingsplicht genoemd, komt in verschillende wetten en regelingen aan de orde. Zo is de zwijgplicht voor alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg geregeld in de Wet BIG (artikel 88). Die bepaling is derhalve ook van toepassing op levenseindebegeleiders. Ook in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft het beroepsgeheim een plek (Artikel 7:457, eerste lid, BW). Die bepaling is, naast artikel 88 Wet

BIG, van toepassing op de (huis)arts. Daarnaast is het opzettelijk schenden van de geheimhouding strafbaar gesteld in het Wetboek van Strafrecht (Artikel 272 Sr.)

De bescherming van het medisch beroepsgeheim is een belangrijke waarde in onze samenleving. De bescherming van deze waarde vloeit voort uit de bescherming van het recht op privacy van de cliënt en ook uit het algemene belang van de volksgezondheid, waarin het belangrijk is dat mensen die medische hulp nodig hebben, deze in moeten kunnen roepen zonder de vrees dat aldus beschikbaar komende gezondheidsgegevens op welke wijze dan ook voor andere doelen worden gebruikt. Het beroepsgeheim dient twee doeleinden, het individuele belang van de patiënt om al hetgeen hij de beroepsbeoefenaar heeft toevertrouwd geheim te kunnen houden en het algemeen belang dat eenieder vrijelijk om hulp kan verzoeken zonder bevreesd te hoeven zijn dat de door hem in het kader van die hulp verstrekte gegevens zonder zijn toestemming voor een ander doel worden gebruikt dan waarvoor ze zijn prijsgegeven. Beide belangen komen in het beroepsgeheim samen. Het beroepsgeheim is aldus een belangrijk aspect van de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Met het doorbreken van dit beroepsgeheim moet dan ook terughoudend worden omgegaan.

Of de arts zijn beroepsgeheim doorbreekt hangt voor een deel af van de vraag of de oudere hem toestemming geeft om aan derden (levenseindebegeleider) mededeling te doen over hetgeen de arts over hem weet uit hoofde van de behandelrelatie. De toestemming van de patiënt is echter niet per definitie doorslaggevend, omdat ook het algemene belang van het beroepsgeheim door de beroepsbeoefenaar gewogen moet worden. Zelfs als de patiënt toestemming geeft om zijn gegevens te openbaren, kan de arts redenen hebben om zich op zijn beroepsgeheim te beroepen. Krachtens artikel 7:457 BW kan op grond van een wettelijke bepaling een uitzondering worden gemaakt op het medisch beroepsgeheim, mits dat noodzakelijk, doelmatig en proportioneel is. Het onderhavige wetsvoorstel voorziet in een dergelijke bepaling: de (huis)arts is verplicht desgevraagd de inlichtingen en gegevens te verstrekken aan de levenseindebegeleider, voor zover dat noodzakelijk is gelet op de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, onderdelen b en d tot en met f.

Deze regeling voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim is noodzakelijk voor een goede werking van het onderhavige wetsvoorstel. Zoals eerder aan de orde gekomen spelen de zorgvuldigheidseisen een centrale rol in het wetsvoorstel. Dit is nodig, om te waarborgen dat een juiste toepassing wordt gevonden van het recht op leven, in samenhang met het recht op zelfbeschikking. Het recht op leven zou onder druk komen te staan als medische omstandigheden van de oudere niet aan de orde komen in het levenseindetraject. Zoals eerder naar voren is gekomen kan het zijn dat een ziekte, waar de oudere geen weet van heeft of welke door de oudere niet naar voren wordt gebracht, een rol speelt bij de stervenswens. Dit hangt ook samen met de zorgvuldigheidseis dat de levenseindebegeleider met de oudere de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is. Of er mogelijk andere hulp kan worden geboden – die wel of niet gewenst is – dient dus aan de orde te komen in de gesprekken. Daarvoor is essentieel dat de levenseindebegeleider een breed beeld heeft van de situatie van de oudere, wat mede inhoudt een beeld van de medische omstandigheden. Dit wetsvoorstel voorziet tegen die achtergrond in een zorgvuldigheidseis waaruit voortvloeit dat de levenseindebegeleider inlichtingen moet hebben betrokken bij de (huis)arts van de oudere. Mutatis mutandis voorziet het voorstel in een verplichting voor de (huis)arts voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. De (huis)arts maakt hierbij, gelet op zijn deskundigheid, de afweging welke

inlichtingen of gegevens, noodzakelijk zijn. De levenseindebegeleider dient op zijn beurt de gegevens vertrouwelijk te houden. Wel zal hij de gegevens moeten delen met de door hem geraadpleegde onafhankelijke levenseindebegeleider.

In lijn met het voorgaande voorziet het voorstel tevens in een wettelijke plicht voor doorbreking van de zwijgplicht voor de (onafhankelijke) levenseindebegeleiders. Dit is noodzakelijk in het kader van de in dit wetsvoorstel voorgeschreven verplichte beoordeling door een onafhankelijke levenseindebegeleider (artikel 3, tweede en derde lid). Zoals hiervoor reeds aangegeven zijn ook de levenseindebegeleiders gehouden aan een zwijgplicht aangezien zij onder de werking van de Wet BIG worden gebracht (zie artikel 88 Wet BIG). Het voorgestelde artikel 3 voorziet derhalve voor hen in een uitzondering op artikel 88 Wet BIG.

8. Uitvoering en financiële aspecten

In onderstaande hoofdstuk zullen de praktische aspecten van het wetsvoorstel worden uitgediept, zowel wat betreft de uitvoeringsaspecten als de financiële gevolgen. Specifiek wordt er ingegaan op de plek binnen de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Voor de uitvoering van het wetsvoorstel is enerzijds in belangrijke mate aangesloten bij de euthanasiewet, en anderzijds bij de Wet BIG. Bij de Wet BIG wordt aangesloten doordat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar in de zin van die wet wordt. Daarmee gaan ook de titelbescherming en het tuchtrecht ingevolge die wet voor de levenseindebegeleiders gelden. Aan de kenbaarheid van levenseindebegeleiders hecht de initiatiefneemster grote waarde. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG is dit punt geborgd. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor het instellen van een openbaar register voor levenseindebegeleiders.

Gelet op de huidige definitie van individuele gezondheidszorg, zoals gesteld binnen de formulering van de wet BIG, staat het laatste onderdeel in de taken van de levenseindebegeleider daar enigszins haaks op. Echter, dit geldt ook voor een arts die euthanasie verleent of wanneer een arts in overleg besluit dat iemand uitbehandeld is. Tegelijkertijd is de keuze om het beroep van levenseindebegeleider en de opleiding daartoe wél onder de Wet BIG te laten vallen, bewust gemaakt. Dit hangt samen met de waarborgen welke voortkomen uit de Wet BIG maar ook het doel van de Wet BIG an sich, zoals reeds beschreven in paragraaf 4.5.

Het wetsvoorstel bepaalt daarnaast dat de opleiding betrekking heeft op de naleving van de zorgvuldigheideisen en op andere wettelijke taken en verplichtingen van de levenseindebegeleider. Voorts voorziet het voorstel in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen te stellen aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling waardoor de opleiding wordt aangeboden. Doordat in het wetsvoorstel wordt bepaald dat tot de opleiding alleen artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen mogen worden toegelaten, wordt ook aangesloten bij de ingevolge de Wet BIG voor deze beroepsgroepen gestelde opleidingseisen.

De toetsing van het handelen van levenseindebegeleiders is opgedragen aan met dit wetsvoorstel ingestelde regionale toetsingscommissies. De regeling daarvan komt in belangrijke mate overeen met die van de toetsingscommissies die zijn ingesteld in de WTL. De samenstelling van de commissies is wel anders dan in de WTL: in plaats van een arts moet

steeds een levenseindebegeleider deel uitmaken van de commissie. Evenals in de WTL brengen deze, nieuw op te richten, commissies hun oordelen ter kennis van het College van procureurs-generaal en van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd, wanneer er twijfel is ontstaan over de zorgvuldigheid. In het wetsvoorstel zijn met betrekking tot de werkwijze van de commissies een aantal bepalingen van de WTL van overeenkomstige toepassing verklaard. Dat resulteert in een regeling die zozeer verwant is aan die van de WTL, dat het in de rede ligt de beheersmatige aspecten van beide commissies in één organisatie onder te brengen. Artikel 19 van de WTL, dat in het wetsvoorstel van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, biedt de mogelijkheid om daarover bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels vast te stellen.

Ook voor het Wetboek van Strafrecht is gekozen voor dezelfde benadering als in de WTL: de strafbaarstellingen blijven intact, maar voor de levenseindebegeleider die zich houdt aan de wettelijke voorschriften gaat een strafuitsluitingsgrond gelden.

Het is vanuit het oogpunt van gelijke behandeling van alle burgers wenselijk dat het onderhavige voorstel zowel van toepassing is in het Europese deel van het Koninkrijk als op Bonaire, Sint-Eustatius en Saba (de BES-eilanden). Hiermee wordt tevens aangesloten bij de systematiek van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Dat wil zeggen dat de regering te zijner tijd ook de toegang tot de opleiding tot levenseindebegeleider op de BES-eilanden mogelijk moet maken.

Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat voldoende bestaande opleidingsinstellingen de «kopstudie» voor levenseindebegeleider zullen gaan aanbieden. Bij ministeriële regeling zal echter wel subsidie vrijgemaakt kunnen worden voor het opstarten van de opleiding tot levenseindebegeleider en de periodieke bijscholing van de levenseindebegeleiders. Hierbij dient bijvoorbeeld gedacht te worden aan het faciliteren van het opstellen van de inhoud van de opleiding door de beroepsgroepen alsmede aan de kosten die samenhangen met de accreditatie van de opleiding door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO).

Ook voor de bekostiging van de hulp bij zelfdoding bij oudere op verzoek zelf, zal bij ministeriële regeling een subsidieregeling worden opgesteld. Gelet op de zorgvuldigheidseisen van dit wetsvoorstel, de meerdere gesprekken van uiteenlopende duur en de aanwezigheid van de levenseindebegeleider bij de hulp bij zelfdoding schat de initiatiefneemster de kosten voor het verlenen van hulp bij zelfdoding conform dit wetsvoorstel tussen de € 5.000 en € 10.000. Gelet op de prevalentiecijfers uit het PERSPECTIEF-onderzoek¹⁰⁹ zouden de totale kosten in het eerste jaar na de inwerkingtreding van de wet naar schatting tussen de € 8,5 en € 17 miljoen liggen, waarna dit bedrag naar verwachting af zal nemen.

9. Consultatie

In het kader van de totstandkoming van dit initiatiefwetsvoorstel is regelmatig overleg gevoerd met betrokken organisaties en deskundigen. Een concept van het onderhavige initiatiefwetsvoorstel is op 18 december 2016 op de website van D66 geplaatst. Hierop zijn reacties gekomen van individuele burgers, professionals in de zorg, docenten en hoogleraren, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE), de Stichting LevenseindeCounseling (SLE), de Universiteit voor Humanistiek,

¹⁰⁹ Waarbij gerekend is met 1.700 ouderen (17%, de 75+ leeftijdsgroep, van de ±10.000 mensen die (hulp bij) levensbeëindiging wensen).

het Humanistisch Verbond, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Stichting De Einder en de Coöperatie Laatste Wil (CLW). De reacties hebben geleid tot enkele aanpassingen in het wetsvoorstel en in de toelichting. Onderstaand wordt ingegaan op de ingebrachte reacties en aangegeven of de reactie heeft geleid tot een aanpassing in onderhavige wetsvoorstel.

1. Waarom wordt geen gevolg gegeven aan het advies van de Commissie van wijzen?

De KNMG heeft gevraagd waarom geen gevolg wordt gegeven aan het advies van de Commissie van wijzen. Volgens die commissie kan de huidige euthanasiewet de «grensgevallen» opvangen waarin niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een medische grondslag. Daarmee zou de huidige euthanasiewet al voldoende ruimte bieden voor «het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als «voltooid».¹¹⁰ In hoofdstuk 6 van deze memorie van toelichting heeft de initiatiefneemster – mede op grond van de jurisprudentie – uiteengezet dat de huidige euthanasiewet er niet is voor de situaties van «voltooid leven» waarbij het de stervenswens geen medische grondslag heeft.

De initiatiefneemster is verheugd over dat de huidige euthanasiewet in theorie goed functioneert. Daarom is het goed dat de regering de aanbeveling van de Commissie van wijzen, aangaande meer en duidelijker voorlichting over de inhoud en reikwijdte van de euthanasiewet zowel voor patiënten en hun naasten als voor artsen, uitvoert zoals beschreven in de Nota medische ethiek.¹¹¹ Maar zij is ook van mening dat, aangezien de huidige euthanasiewet geen mogelijkheid biedt in gevallen waarin er geen medische grondslag bestaat voor de stervenswens, een antwoord gevonden moet worden op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de toenemende behoefte (zie ook paragraaf 3 van deze memorie van toelichting voor voorbeelden van onderzoek waar dit uit blijkt) onder Nederlanders om meer autonomie te hebben inzake het eigen levenseinde wanneer medische grondslag voor de stervenswens ontbreekt.

Waarom er een extra uitzondering moet komen op de strafbaarheid voor hulp bij zelfdoding, waarbij zelfbeschikking en autonomie uitgangspunten zijn, is in paragraaf 3 van de memorie van toelichting beschreven. Initiatiefneemster volstaat op deze plaats daarom met een verwijzing naar deze paragraaf.

2. Wat is de rechtvaardiging voor een leeftijdsgrens en is een dergelijke grens niet in strijd met EU-regels?

De KNMG, De Einder, de NVVE en de CLW hebben vragen gesteld over de rechtvaardiging van de leeftijdsgrens van 75 jaar. In paragraaf 4.6 van deze memorie heeft de initiatiefneemster haar redenen voor deze grens toegelicht. Zij volstaat hier met nogmaals te benadrukken dat zij zich ervan bewust is dat het vaststellen van de leeftijdsgrens in bepaalde mate «arbitrair» is, maar zoals gezegd is een onderbouwde leeftijdsgrens in wetgeving niet ongebruikelijk als middel om een groep mensen aan te duiden en daaraan bepaalde rechtsgevolgen te verbinden. Vanuit de empirie is het te onderbouwen dat ouderen vanaf het 75^e levensjaar een betere inschatting kunnen maken over het leven dat achter hen en voor hen ligt. Ook in de euthanasiewet worden leeftijdsgrenzen gehanteerd – die tot op zekere hoogte als arbitrair beschouwd kunnen worden. Daarbij komt – en dit is voor de initiatiefneemster essentieel – dat het onderhavige

¹¹⁰ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32 647, nr. 51.

¹¹¹ Kamerstukken II 2017/18, 34 990, nr. 1.

wetsvoorstel aan een bredere groep Nederlanders, ook zij die nog niet de leeftijd van 75 jaar hebben bereikt, rust kan geven.

Er zijn geen EU-regels die aan het stellen van de hier aan de orde zijnde leeftijdsgrens in de weg zouden kunnen staan. De EU kent wel een Kaderrichtlijn 2000/78/EG met betrekking tot gelijke behandeling in arbeid en beroep.¹¹² Die is in Nederland geïmplementeerd in de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid. Eventuele leeftijdsdiscriminatie in arbeid of beroep is echter in het onderhavige wetsvoorstel niet aan de orde.

3. Leidt dit wetsvoorstel juist niet tot minder vrijheid, doordat er een keuze moet worden gemaakt? Waarom is niet gekozen voor een legale «Laatste wil»-pil?

De SLE en de CLW hebben opgemerkt dat het wetsvoorstel ook juist tot minder vrijheid kan leiden. Enerzijds doordat er een keuze moet worden gemaakt, anderzijds doordat er nog steeds een procedure geldt. Het wetsvoorstel introduceert immers geen «Laatste wil-pil».

De initiatiefneemster erkent, dat de ultieme autonomie zou worden bereikt, indien het voor eenieder die zijn leven «voltooid» acht vrij gemakkelijk zou zijn om legaal een middel te verkrijgen waarmee hij effectief een waardig einde aan zijn leven kan maken, zonder de hulp van anderen nodig te hebben. Zij gaat er echter van uit dat dit nu niet mogelijk is en ook in de nabije toekomst niet mogelijk zal worden. Aan het vrij in roulatie zijn van dit soort middelen zouden immers grote bezwaren verbonden zijn: zij kunnen ook voor andere doeleinden worden gebruikt en in verkeerde handen terechtkomen. Op goede gronden is het verstrekken van deze middelen dan ook strikt gereguleerd (onder meer alleen door apothekers en alleen op recept). Daarbij gaat het vrij beschikbaar zijn van dit soort middelen ook voorbij aan de plicht van de wetgever om het leven van burgers te beschermen.

Dat het beëindigen van een leven onvermijdelijk het maken van een keuze vereist, betekent nog niet dat de autonomie van ouderen wordt beperkt. Het wetsvoorstel voorziet inderdaad in een procedure, om te voorkomen dat er onvoldoende aan de zorgvuldigheidseisen die een definitieve beslissing als deze vraagt wordt voldaan én te voorkomen dat ouderen aan de slag gaan met ondeugdelijke middelen, die het zelfgekozen levenseinde allerm minst waardig kunnen maken.

4. Wat is nut en noodzaak van het wetsvoorstel?

- *Waarom is de euthanasiewet niet toereikend, of waarom kan dit niet geregeld worden in de euthanasiewet?*
- *Waarom kan het doel niet bereikt worden via uitbreiding van de levenseindekliniek?*
- *De impact ervan op de samenleving is groot, maar het geldt voor een zeer kleine groep.*
- *Leidt dit wetsvoorstel er niet toe dat ouderdom «onaanvaardbaar» en gestigmatiseerd gaat worden en hulp bij zelfdoding wordt genormaliseerd met tot gevolg dat meer ouderen dood zullen willen?*
- *Zijn de alternatieven, bijvoorbeeld een «lief & leed-team» bij de gemeente voor ouderen, wel voldoende onderzocht?*

Door de KNMG en verschillende individuele burgers zijn vragen gesteld over nut en noodzaak van het wetsvoorstel. Zoals al eerder aangegeven

¹¹² Richtlijn 2000/78/EG van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep, Pb/L nr. 303 van 02/12/2000, blz. 0016–0022.

vormt het wetsvoorstel een *aanvulling* op de huidige uitzondering op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, waardoor een arts, mits aan de zorgvuldigheidseisen zoals geformuleerd in de euthanasiewet is voldaan, hulp bij zelfdoding mag bieden aan een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt met een *overwegend medische grondslag*. Voor mensen die het eigen leven beschouwen als «voltooid», maar niet ondraaglijk medisch lijden, biedt de huidige wet geen ruimte. Dit blijkt o.a. ook uit het in paragraaf 28 besproken rapport «Voltooid leven» van de Commissie van wijzen, het in paragraaf 2.9 besproken PERSPECTIEF-onderzoek en uit de uitspraak in het kort geding door de Coöperatie Laatste Wil die wordt behandeld in hoofdstuk 6.

Voor hetgeen initiatiefneemster wil bewerkstelligen, vindt zij bovendien de medisch ingestoken euthanasiewet niet het juiste vehikel. De voorliggende wet heeft een ander grondbeginsel, namelijk zelfbeschikking en autonomie in plaats van het medisch lijden. Daarnaast functioneert de euthanasiewet in haar huidige vorm goed en initiatiefneemster wil aan deze wet dan ook niet tornen.

Gelet op het feit dat de euthanasiewet voor mensen die het leven eigen leven «voltooid» vinden zonder ondraaglijke lijdenscomponent, geen ruimte biedt, kan het doel van dit wetsvoorstel evenmin bereikt worden door uitbreiding van de Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levens-eindekliniek). De Levens-eindekliniek werd in maart 2012 opgezet door de NVVE. Deze kliniek met ambulante teams is bedoeld voor mensen met een actueel euthanasieverzoek. Wanneer zij menen te voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria van de euthanasiewet, maar desondanks geen gehoor vinden bij hun eigen arts, kunnen zij een beroep doen op het Expertisecentrum Euthanasie. Het doet dat echter uitdrukkelijk binnen de kaders van de huidige euthanasiewet. Een uitbreiding – die, nu het om een particulier initiatief gaat, ook niet op de weg van de overheid zou liggen – zou dan ook geen gevolgen hebben voor ouderen die zonder medische grondslag uitzichtloos en ondraaglijk «lijden aan het leven».

Initiatiefneemster meent verder dat dit wetsvoorstel in de lijn ligt van de maatschappelijke ontwikkelingen die in paragraaf 2 zijn geschetst en dat daarvoor een breed en groeiend draagvlak bestaat. Daarbij is niet van belang of het gaat om een grote of een kleine groep. De initiatiefneemster acht het een groot goed als in de samenleving barmhartigheid en solidariteit bestaat van een grote groep met het lijden van een veel kleinere groep. Dit is ook eerder het vertrekpunt geweest van wetgeving. De initiatiefneemster wil daaraan tegemoetkomen met een wetsvoorstel.

Voor ieder wetsvoorstel geldt dat van tevoren de exacte impact van een wetsvoorstel op de samenleving niet altijd goed is vast te stellen. De kans dat dit wetsvoorstel zal leiden tot de door de KNMG gevreesde gevolgen acht initiatiefneemster echter niet groot. Anders dan de KNMG en enkele individuele burgers betogen, is de initiatiefneemster juist van mening dat dat ouderdom en het eigen levenseinde bespreekbaarder zullen worden in plaats van gestigmatiseerd en onaanvaardbaar. Zij wijst opnieuw op de ervaringen in Oregon en Zwitserland, waaruit blijkt dat in ongeveer twee derde van de gevallen het beschikbaar stellen van de (mogelijkheid) van de dodelijke middelen niet tot de zelfdoding leidt, omdat mensen er alsnog voor kiezen om te blijven leven. Ook uit het PERSPECTIEF-onderzoek bleek de behoefte te bestaan om met mensen te spreken over het levenseinde. Essentieel is, dat mensen juist rust kunnen ondervinden aan de wetenschap dat zij – als voor hun het moment daar is – waardig kunnen sterven. Gelet hierop meent initiatiefneemster dat deze wet eerder tot gevolg zal hebben dat mensen minder vanuit angst gaan aankijken tegen ouder worden en «oud zijn». Anders gezegd, dat ouderen vanwege

het bestaan van de mogelijkheid om waardig te sterven hun leven minder snel als «voltooid» zullen zien.

De initiatiefneemster stelt tot haar tevredenheid vast, dat er de afgelopen jaren veel ondernomen is om de maatschappelijke randvoorwaarden die nodig zijn om ouderen zich ook op hogere leeftijd welkom te laten voelen in de samenleving, te versterken. Zo wordt de aanpak van eenzaamheid bij ouderen ook in de begroting van 2024 geborgd.¹¹³ Maar het neemt niet weg dat er ouderen zullen blijven die hun leven willen beëindigen omdat, zoals het PERSPECTIEF-onderzoek stelt, de stervenswens onoplosbaar is. De levenseindebegeleider zal tijdens de gesprekken met deze oudere wijzen op mogelijke alternatieven en samen met de oudere onderzoeken of deze hulp gewenst is. Maar voor degenen die – ondanks de hierboven geschetste initiatieven of mogelijk een «lief & leed-team» bij de gemeente – toch willen sterven, kan dit wetsvoorstel een uitkomst bieden.

5. Waarom is het wetsvoorstel nog zo medisch ingestoken door bv. een BIG-registratie te eisen en het toezicht te beleggen bij de RTE?

- *Waarom geen apart register voor levenseindebegeleiders?*
- *Waarom is er een tweede levenseindebegeleider nodig?*

De NVVE, KNMG, CLW en het Humanistisch Verbond hebben vragen gesteld over waarom voor de uitvoering van het wetsvoorstel in belangrijke mate is aangesloten bij de euthanasiewet, de Wet BIG en het Wetboek van Strafrecht.

Omdat het verlenen van stervenshulp aan ouderen die hun leven «voltooid» achten ingrijpend is, is van het grootste belang dat aan deze hulp hoge eisen van zorgvuldigheid en toetsbaarheid worden gesteld. Uit verschillende evaluaties van de euthanasiewet volgt dat de daar geldende procedure goed werkt. Daarom sluit initiatiefneemster op bepaalde punten, zoals de keuze voor een tweede levenseindebegeleider vergelijkbaar met de SCEN-arts bij een euthanasieverzoek, bij deze procedure aan. Op een ander punt wijkt initiatiefneemster juist van de euthanasiewet af, namelijk door een minimale proceduretijd van zes maanden in te voeren.

Aan de kenbaarheid van levenseindebegeleiders en het toezicht op het verloop van een procedure hecht de initiatiefneemster ook grote waarde. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG zijn deze punten geborgd, evenals eisen op het gebied van intervisie en ontwikkeling. De initiatiefneemster heeft er – anders dan in de euthanasiewet – voor gekozen om de arts geen sleutelrol te geven bij de toepassing van de middelen. De levenseindebegeleider leert tijdens de kopstudie over de toepassing van de middelen die tot een zachte dood leiden. De initiatiefneemster meent daarom dat levenseindebegeleiders na een succesvolle afronding van hun opleiding deze middelen kunnen voorschrijven en ook overigens zorg kunnen dragen voor een professionele uitvoering van de hulp. De aanwezigheid van de levenseindebegeleider bij de zelfdoding maakt daar deel van uit.

6. Hoe gaat de afbakening tussen de euthanasiewet en deze wet er in de praktijk uitzien?

De KNMG maakt zich, gelet op het feit dat in dit wetsvoorstel wat betreft de uitvoering aansluiting wordt gezocht bij de euthanasiewet, zorgen over de afbakening tussen de euthanasiewet en dit wetsvoorstel. Zij vraagt zich daarbij ook af of mensen ouder dan 75 jaar nog een beroep zullen doen op de euthanasiewet. Allereerst wil de initiatiefneemster vooropstellen dat

¹¹³ Kamerstuk 36 410 XVI nr. 1

er een belangrijk verschil is en blijft tussen de euthanasiewet en het voorliggende wetsvoorstel: de euthanasiewet heeft betrekking op actieve levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding, terwijl het wetsvoorstel beperkt is tot hulp bij zelfdoding. In gevallen waarin sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zal het vrijwel altijd gaan om een patiënt die onder behandeling is bij een arts. Hoewel voor patiënten ouder dan 75 jaar dan ook de route van het voorliggende wetsvoorstel beschikbaar zou zijn, ligt het voor de hand dat zij voor de uitvoering van een eventueel stervensverzoek «in het medische circuit» zullen blijven. Ook omdat een euthanasieverzoek binnen dagen uitgevoerd zou kunnen worden¹¹⁴ terwijl het onderhavige wetsvoorstel een minimale periode van zes maanden kent tussen de minimaal drie gesprekken met de levenseindebegeleider. Daarnaast is de procedure van het onderhavige wetsvoorstel ook niet in zodanige mate «lichter» dan die van de euthanasiewet – er blijft een oordeel van twee hulpverleners vereist, die daartoe indringende gesprekken met de patiënt met een stervenswens voeren – dat daarin een reden gelegen zou kunnen zijn om een beroep te gaan doen op een stervensbegeleider. Voorafgaand aan de gesprekken met een levenseindebegeleider heeft de oudere in het onderhavige wetsvoorstel nog een gesprek met de behandelend arts. Als er sprake is van een bepalende medische grondslag voor het (uitzichtloze en ondragelijke lijden) blijft de euthanasiewet dan ook de aangewezen route en daar zal de arts dan ook op wijzen. Of de oudere daar gevolg aan geeft is uiteindelijk aan de oudere zelf.

Want het voorliggende wetsvoorstel sluit ouderen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een medische grondslag niet uit. Voor deze groep ouderen zullen er dus twee wetten kunnen gaan bestaan die hulp bij zelfdoding mogelijk maken. De initiatiefneemster ziet daarin geen probleem, nu beide wetten waarborgen bevatten voor het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en voor een zorgvuldige uitvoering ervan.

7. In het wetsvoorstel wordt te weinig aandacht besteed aan de gevolgen voor en de rol van nabestaanden.

Onder andere de KNMG en individuele burgers hebben opgemerkt dat een verzoek om waardig te willen sterven ook zeer veel impact kan hebben op de levens van nabestaanden. Zij vinden dat in het wetsvoorstel aan dit aspect te weinig aandacht is besteed. Er werd bijvoorbeeld opgemerkt dat «naasten niet de regie moeten gaan overnemen, maar het ook niet louter een individuele aangelegenheid is.» Ook in het PERSPECTIEF-onderzoek werd stilgestaan bij de rol van naasten alsmede tijdens de eerder vermelde bijzondere procedure.¹¹⁵

De initiatiefneemster erkent dat een verzoek om hulp bij zelfdoding ook voor nabestaanden zeer ingrijpend kan zijn. Daarom heeft zij in het wetsvoorstel een extra zorgvuldigheidseis opgenomen. Deze houdt in dat de levenseindebegeleider informeert of de oudere zijn naasten heeft betrokken bij zijn verzoek en hem adviseert om, als hij dat nog niet heeft gedaan, het alsnog te doen. Dit geldt uiteraard alleen indien er naasten zijn die op deze wijze bij de stervenswens van de oudere betrokken kunnen worden. Daarbij zal de regie wel altijd in handen van de oudere blijven. Als hij geen naasten bij zijn sterven wil betrekken, zal de levens-eindebegeleider dit respecteren. Het heeft dan geen gevolgen voor het al dan niet honoreren van het verzoek. Zijn er wel naasten waarvan de oudere aangeeft dat zij wel bij het verzoek betrokken kunnen worden, dan

¹¹⁴ Stappenplan euthanasie, Nederlands Huisartsen Genootschap (2019).

¹¹⁵ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2019A00828.

is denkbaar dat zij ook worden betrokken bij de gesprekken die de levenseindebegeleider met de oudere voert. Maar hij zal altijd ook zonder aanwezigheid van naasten met de oudere moeten spreken. In de eerder aangehaalde «Death with Dignity act» uit Oregon staat eenzelfde soort verplichting voor de behandelend arts.¹¹⁶

Op deze wijze meent de initiatiefneemster de positie van naasten beter te verankeren in het wetsvoorstel. Dit brengt met zich mee dat ook tijdens de opleiding tot levenseindebegeleider uitgebreid aandacht moeten worden besteed aan de rol van nabestaanden gedurende het proces.

8. Waarom een bedenktijd van 2 maanden? Leidt dit niet tot ongelijkheid t.o.v. de euthanasiewet?

Deze vragen werden gesteld door de NVVE en de KNMG. Inmiddels is het wetsvoorstel aangepast en is de duur van de procedure verlengd naar minimaal zes maanden met drie opeenvolgende gesprekken. Dit is niet zozeer bedoeld als «bedenktijd», als wel gekozen als middel om te borgen dat sprake is van een weloverwogen en duurzaam verzoek. Op dat punt is er inderdaad een verschil met de euthanasiewet, maar daar is een goede reden voor. In de euthanasiewet is niet sprake van een «duurzaam» verzoek, maar moet het verzoek alleen vrijwillig en weloverwogen zijn volgens artikel 2, eerste lid, onder a, van de euthanasiewet. In geval van een «voltooid leven» is er geen bezwaar tegen een extra zorgvuldigheidseis om te waarborgen dat een verzoek niet alleen weloverwogen, maar ook duurzaam is. Reeds het vooruitzicht dat binnen enkele maanden een einde kan komen aan een als «voltooid» beschouwd leven, kan aan de betrokken oudere veel rust geven.

9. Vragen over de implementatie van dit wetsvoorstel.

- *De inhoud van de opleiding, de taken en verantwoordelijkheden van levenseindebegeleiders en de vorm van de procedure.*
- *Hoe wordt de zorgvuldigheid geborgd nu hetgeen getoetst moet worden door levenseindebegeleiders zeer subjectief is?*

De NVVE, KNMG, het Humanistisch Verbond, De Einder en de Universiteit voor Humanistiek hebben vragen gesteld over de inhoud van de opleiding, de taken en verantwoordelijkheden van levenseindebegeleiders en de vorm van de procedure.

De initiatiefneemster vindt het essentieel dat levenseindebegeleiders over specifieke deskundigheid beschikken. Daarom heeft zij voor de vorm van een «kopstudie» gekozen. De artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen die toegang hebben tot deze opleiding zijn vanuit hun studie en werk al bekend met ingewikkelde levensvragen. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG is ook de kenbaarheid van levenseindebegeleiders en het toezicht op het verloop van een procedure geborgd.

Hoe de opleiding precies zal worden ingericht, is aan de diverse beroepsgroepen en relevante partijen met kennis van zaken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het Expertisecentrum Euthanasie en de Universiteit van Humanistiek die op hun eigen terreinen over de jaren op het gebied van «voltooid leven» expertise hebben opgebouwd. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de nadere eisen die per algemene maatregel van bestuur vastgelegd worden. Daarvoor zal een

¹¹⁶ Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statute Nr 127.835 s.3.05. 1997: «Family notification. The attending physician shall recommend that the patient notify the next of kin of his or her request for medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897. A patient who declines or is unable to notify next of kin shall not have his or her request denied for that reason.».

voorhangprocedure gelden, waardoor ook de betrokkenheid van de Tweede Kamer gewaarborgd is. Dit is dus een latere stap in het proces. Desalniettemin volgt reeds uit het wetsvoorstel welke aspecten in ieder geval in de opleiding aan de orde moeten komen: hoe moet worden omgegaan met alle zorgvuldigheidseisen en met alle andere verplichtingen van de levenseindebegeleider die uit de wet voort zullen vloeien.

Zowel in het wetsvoorstel als in de euthanasiewet staat de wens van de betrokkene centraal. Die is onvermijdelijk subjectief van aard. Dat staat er echter niet aan in de weg dat zorgvuldigheidseisen gelden waaraan levenseindebegeleiders respectievelijk artsen moeten voldoen. Die eisen voor levenseindebegeleiders zijn in het wetsvoorstel zo objectief mogelijk geformuleerd. Daarbij is, waar dat kon, steeds aangesloten bij de formuleringen in de euthanasiewet.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1

In dit artikel worden enige begrippen gedefinieerd.

Waar in dit wetsvoorstel gesproken wordt van «arts», wordt in beginsel bedoeld op de huisarts van de «oudere» – gedefinieerd als een persoon die de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt. Wanneer de oudere echter onder behandeling is bij een andere geneeskundig specialist, bijvoorbeeld een klinisch geriatr, vallen zowel de huisarts als deze specialist onder de definitie van «arts». In deze artikelsgewijze toelichting wordt, net als in het algemeen deel, verder gesproken over «(huis)arts». Met het begrip «commissie» wordt bedoeld op de in artikel 8 ingestelde regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 294, derde lid, van het Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr).

In de definitie van «hulp bij zelfdoding» zijn de voor dit wetsvoorstel essentiële elementen opgenomen: de hulp bij zelfdoding betreft het door de levenseindebegeleider aan een oudere voorschrijven en verschaffen van middelen tot zelfdoding, en het moet daarbij gaan om een verzoek, gericht tot de levenseindebegeleider en afkomstig van de «oudere».

Met «levenseindebegeleider» wordt bedoeld op degene die als zodanig is ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG). Het wetsvoorstel voorziet in een wijziging van die wet, op grond waarvan de levenseindebegeleider beroepsbeoefenaar in de zin van de die wet zal zijn. Het beschikken over deze kwaliteit is in het wetsvoorstel ook opgenomen in de aan artikel 294, derde lid, Sr toegevoegde nieuwe strafuitsluitingsgrond.

Met «middelen tot zelfdoding» worden geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Geneesmiddelenwet en middelen als bedoeld in artikel 5, derde lid, van de Opiumwet (derhalve middelen als bedoeld in lijst I of II van de Opiumwet). Daaruit volgt dat hulp bij zelfdoding in het kader van deze wet uitsluitend kan worden uitgevoerd met die middelen. In aansluiting bij de uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), kan in veldnormen worden vastgelegd welke specifieke middelen (op welke wijze en met welke dosering) gebruikt worden bij hulp bij zelfdoding op grond van het onderhavige voorstel.

Met «recept» wordt in de eerste plaats bedoeld een recept als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder pp, van de Geneesmiddelenwet. Enkele van de middelen tot zelfdoding vallen onder de Opiumwet. Met betrekking tot die middelen wordt met «recept» bedoeld een recept als bedoeld in artikel 4, eerste lid, van de Opiumwet.

Artikel 2

Zoals in paragraaf 5.6 van het algemeen deel is toegelicht, moet aan zorgvuldigheidseisen worden voldaan voordat een succesvol beroep kan worden gedaan op de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. Deze zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen in artikel 2. De zorgvuldigheidseisen volgen min of meer de chronologie van de procedure. Zo zal de raadpleging van de onafhankelijke levenseindebegeleider ingevolge onderdeel h pas plaatsvinden wanneer vastgesteld is dat de oudere inderdaad ouder dan 75 is ingevolge onderdeel a.

Onderdeel a bevat allereerst het vereiste dat de verklaring inhoudende het verzoek om hulp bij zelfdoding, alleen kan worden gedaan door een oudere die Nederlander is of, op de dag van ontvangst van de verklaring inhoudende een verzoek om hulp bij zelfdoding, ten minste twee jaar ingezetene is van Nederland. Wat onder «ingezetene» moet worden verstaan, kan worden afgeleid uit artikel 1.1. onderdeel f, van de Wet basisregistratie personen. Het gaat kort gezegd om iemand die staat ingeschreven in een Nederlandse gemeente. Het gebruik van het begrip «oudere» in dit onderdeel betekent dat voldaan moet zijn aan de leeftijdsgrens van 75 jaar. De levenseindebegeleider zal moeten verifiëren of aan deze eisen is voldaan.

Uit de zorgvuldigheidseis, opgenomen in *onderdeel b*, volgt dat de levenseindebegeleider zich moet hebben laten inlichten door de (huis)arts van de oudere. Zoals in paragraaf 5.2 van het algemeen deel van deze memorie is toegelicht, dient deze informatie te worden ingewonnen om zo een volledig beeld te kunnen krijgen van eventuele medische gronden die raken aan de stervenswens. Dat betekent dat de (huis)arts van de oudere, de levenseindebegeleider dient te informeren over datgene wat hij binnen de medische geschiedenis van de oudere of binnen diens huidige situatie relevant acht voor diens stervenswens. Artikel 3, eerste lid, voorziet hiervoor in een wettelijke plicht voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim van de arts indien de levenseindebegeleider hem om de noodzakelijke inlichtingen of gegevens vraagt (zie daarvoor de toelichting bij artikel 3).

Het is aan de levenseindebegeleider (in overleg met de oudere) om te bepalen bij welke arts van de oudere inlichtingen gevraagd worden. In de regel zal het gaan om de huisarts van de oudere, maar het kan mede een andere arts van de oudere zijn.

In *onderdeel c* wordt uitdrukking gegeven aan de gedachte dat de naasten van de oudere bij het verzoek om hulp betrokken moeten kunnen zijn, tenzij hij dat beslist niet wil. Afgezien is van een verdere juridificering van het begrip «naasten». Het is aan de oudere, daarover door de levenseindebegeleider bevraagd, om aan te geven of die er zijn en wie dat zijn. Het oordeel van een bij het proces betrokken naaste kan niet doorslaggevend zijn. Het blijft uiteindelijk aan de oudere om te beslissen over het volharden in diens verzoek.

De zorgvuldigheidseis die is opgenomen in *onderdeel d* vereist dat de levenseindebegeleider de overtuiging heeft gekregen van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek. Het criterium «vrijwilligheid» vereist dat het verzoek zonder druk van buitenaf tot stand is gekomen; het kan uitsluitend gaan om een wens die door de oudere zelf wordt gevoeld. Het criterium «duurzaam» houdt in dat de wens gedurende een zekere periode aanwezig moet zijn en goed doordacht dient te zijn. Mede daarvoor bevat deze zorgvuldigheidseis een minimum van ten minste zes maanden, waarin de levenseindebegeleider meerdere opeenvolgende gesprekken

voert met de oudere. Dat moeten ten minste drie gesprekken zijn. In de periode van ten minste zes maanden kunnen ook meer dan drie gesprekken plaatsvinden. Met betrekking tot het criterium «weloverwogen» wordt aangesloten bij de betekenis van dit begrip in de WTL. Met betrekking tot die wet wordt onder een weloverwogen verzoek verstaan «dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht». Concreet betekent dit dat een oudere voldoende informatie moet hebben gekregen over zijn of haar specifieke situatie en dat inzicht in de stervenswens van groot belang is.

Onderdeel e bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider met de oudere de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is. Het is de taak van de levenseindebegeleider om na te gaan welke factoren bijdragen aan de stervenswens van de oudere en om in overleg met de oudere te bezien of het nog mogelijk en gewenst is om deze factoren te beïnvloeden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan externe factoren die raken aan de bestaanszekerheid, maar op andere manieren oplosbaar zijn, zoals financiële problemen. In dit kader kan de levenseindebegeleider ook aandacht besteden aan de vraag of er bij de oudere geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op grond waarvan via de WTL hulp bij zelfdoding mogelijk zou zijn.

Onderdeel f bevat het vereiste dat de oudere die om hulp bij zelfdoding verzoekt wilsbekwaam is; hulp bij zelfdoding kan op grond van dit wetsvoorstel uitsluitend aan wilsbekwame personen worden verleend. Daarnaast bevat dit onderdeel enkele voorschriften over het verzoek. Het verzoek kan gedaan worden door middel van een schriftelijke of een audiovisuele verklaring. Bij dit laatste kan gedacht worden aan een geluidsopname of een filmpje waarin de betrokkene zijn wens uitspreekt. In beide gevallen zullen de authenticiteit en de datum in voldoende mate moeten vaststaan. De schriftelijke verklaring zal daartoe ten minste een naam, handtekening en dagtekening van de oudere moeten bevatten. Het moet een aantoonbaar actuele verklaring betreffen. De actualiteit kan mede worden gewaarborgd door het in die verklaring neergelegde verzoek om hulp bij zelfdoding, in ieder gesprek met de oudere, te laten herbevestigen.

Onderdeel g bevat een inlichtingenplicht voor de levenseindebegeleider die betrekking heeft op zowel de inhoudelijke als de procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het feit dat het niet de levenseindebegeleider zal zijn die tot levensbeëindiging overgaat, maar dat de oudere dat zelf moet doen, en dat de levenseindebegeleider er wel bij aanwezig zal zijn.

Onderdeel h bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider een onafhankelijke levenseindebegeleider heeft geraadpleegd. Die beroepsbeoefenaar moet de oudere daadwerkelijk hebben gesproken en moet zijn oordeel over de naleving van de zorgvuldigheidseisen bedoeld in onderdeel a tot en met g, in een schriftelijke verklaring vastleggen. Het oordeel van de collega-levenseindebegeleider moet, naar analogie van de WTL, worden beschouwd als een advies; het wetsvoorstel bevat geen vereiste dat het oordeel van de onafhankelijke geraadpleegde levenseindebegeleider positief is. Wel zal er van het oordeel van de geraadpleegde levenseindebegeleider melding moeten worden gemaakt in het formulier en het verslag dat de levenseindebegeleider aan de gemeentelijke lijkschouwer moet verstrekken en zal het een rol spelen bij de toetsing door de regionale commissie.

Onderdeel i is een algemene verplichting voor de levenseindebegeleider die ertoe strekt dat hij zorg draagt voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp bij zelfdoding. Met de verwijzing naar een groot deel van hoofdstuk 3 van het wetsvoorstel wordt geëxpliciteerd dat onder «professionele uitvoering» door de levenseindebegeleider, in ieder geval de in dat hoofdstuk opgenomen bepalingen worden begrepen. Dit brengt met zich dat ook de naleving van deze bepalingen door de levenseindebegeleider een vereiste is om een geslaagd beroep te kunnen doen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. Artikel 5, tweede lid, is uitgezonderd omdat die norm zich richt tot de apotheker en niet tot de levenseindebegeleider.

Overigens is voor de zorgvuldige uitvoering van de WTL een richtlijn opgesteld.¹¹⁷ Het wordt wenselijk geacht om tevens een richtlijn vast te stellen voor de zorgvuldige uitvoering van de hulp bij zelfdoding.

Tot slot wordt over dit artikel het volgende opgemerkt. De levenseindebegeleider die een oudere – die zich vrijwillig bij hem meldt – als cliënt aanneemt, zal ook diens persoonsgegevens verwerken. Deze gegevensverwerking binnen de rechtsverhouding «beroepsbeoefenaar (levenseindebegeleider) en cliënt (oudere)», is gebaseerd op artikel 6, eerste lid, onder b, AVG: de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van hetgeen deze beroepsbeoefenaar en de oudere zijn overeengekomen (namelijk het proces van levenseindebegeleiding). Uit de in artikel 2 neergelegde zorgvuldigheidseisen blijkt welke gegevens worden verwerkt en met welk doel. De verwerking van de gegevens over gezondheid is toegestaan op grond van artikel 9, tweede lid, onder g, van de AVG. De verwerking daarvan is namelijk noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang en op grond van lidstatelijk recht (zoals neergelegd in artikel 2). In hoofdstuk 7 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting wordt ingegaan op de bescherming van persoonsgegevens, waarnaar kortheidshalve wordt verwezen.

Artikel 3

Dit artikel heeft betrekking op de gegevensuitwisseling tussen de arts van de oudere en de levenseindebegeleider tot wie de oudere zich heeft gewend en op de gegevensverwerking door de geraadpleegde onafhankelijke levenseindebegeleider. Artikel 3 voorziet in zowel een specifieke grondslag voor de gegevensverwerking als in een wettelijke plicht voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. De uitzondering op het verbod op de verwerking van bijzondere persoonsgegevens door zowel de arts als de beide levenseindebegeleiders die betrokken zijn bij het proces, is gelegen in artikel 9, tweede lid, onder g, AVG. In paragraaf 7.4 en 7.5 van deze memorie van toelichting is al nader ingegaan op de bescherming van persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim, waarnaar kortheidshalve wordt verwezen. Hieronder wordt ingegaan op de onderscheiden artikelleden.

Het eerste lid van het artikel ziet op de verhouding tussen de arts van de oudere en de levenseindebegeleider bij wie de oudere zijn verzoek tot hulp bij zelfdoding heeft ingediend en die de oudere als cliënt heeft aangenomen. De arts verstrekt desgevraagd inlichtingen en schriftelijke gegevens betreffende de oudere aan de levenseindebegeleider zodat de levenseindebegeleider kan voldoen aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, onderdelen b en d tot en met f. In lijn met de AVG geldt dat enkel de gegevens die noodzakelijk zijn om te kunnen voldoen aan die zorgvuldigheidseisen, worden verstrekt en verwerkt.

¹¹⁷ Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMG/KNMP, 2021.

Het tweede lid heeft betrekking op de relatie tussen de levenseindebegeleider die de oudere als cliënt heeft enerzijds en de onafhankelijke levenseindebegeleider als bedoeld in artikel 2, onderdeel h, van het wetsvoorstel anderzijds. De onafhankelijke levenseindebegeleider heeft de gegevens nodig om te kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseis als bedoeld in artikel 2, onderdeel h. De levenseindebegeleider zal hem daartoe de nodige gegevens moeten verstrekken. Dit is een uitzondering op de zwijgplicht, neergelegd in artikel 88 van de Wet BIG. Uit de aard der zaak (beoordeling of voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen) zal de onafhankelijke levenseindebegeleider over vrijwel alle informatie moeten kunnen beschikken als de informatie waarover de levenseindebegeleider bij wie de oudere cliënt is, zelf beschikt. Het derde lid gaat over de gegevensverwerking door de onafhankelijke levenseindebegeleider die noodzakelijk is om te voldoen aan de zorgvuldigheidseis van artikel 2, onderdeel h, van het wetsvoorstel. Verder voorziet ook dit in verplichte gegevensverstrekking, namelijk door de onafhankelijke levenseindebegeleider aan de levenseindebegeleider die hem heeft geraadpleegd.

Artikel 4

Artikel 4 regelt het onderdeel van de procedure dat volgt op de naleving van de zorgvuldigheidseisen. Het bevat de bepaling op grond waarvan de levenseindebegeleider in overleg treedt met de oudere om een tijdstip voor de zelfdoding vast te stellen. Dat tijdstip is van belang, omdat dat het tijdstip is waarop de oudere de zelfdoding gaat uitvoeren en derhalve de middelen tot zelfdoding als bedoeld in artikel 5, derde lid, van de Opiumwet zal innemen.

Artikel 5

Artikel 5, eerste lid, bevat de norm dat de levenseindebegeleider recepten uitschrijft voor de middelen tot zelfdoding nadat het tijdstip van de beoogde zelfdoding is vastgesteld. Het gaat hier in de eerste plaats om een recept voor geneesmiddelen in de zin van de Geneesmiddelenwet. Dit mag ingevolge de voorgestelde wijziging van artikel 36, veertiende lid, van de Wet BIG, worden gedaan door de levenseindebegeleider. Ook gaat het om een recept voor middelen die zijn opgenomen in lijst I of II van de Opiumwet. Artikel 18 van dit wetsvoorstel wijzigt artikel 5 van de Opiumwet, waardoor levenseindebegeleiders krachtens die wet recepten mogen uitschrijven voor die middelen.

Het tweede lid, eerste zin, bevat een specifieke regeling over het verstrekken van bepaalde voorgeschreven middelen tot zelfdoding. Het gaat hier om de middelen, bedoeld in artikel 5, derde lid, van de Opiumwet. Deze middelen mogen door de apotheker uitsluitend worden verstrekt aan de levenseindebegeleider. In samenhang met artikel 6 – waarin is bepaald dat de levenseindebegeleider deze middelen verschaft aan de oudere – betekent dit dus dat de terhandstelling of aflevering van deze middelen door de apotheker, uitsluitend plaatsvindt met tussenkomst van de levenseindebegeleider. Dit is van belang omdat de levenseindebegeleider bij de zelfdoding en dus bij de inname van dit middel door de oudere, aanwezig moet zijn (artikel 7).

Aangezien het voorschrift, bedoeld in het tweede lid, eerste zin, zich niet richt tot de levenseindebegeleider maar tot de apotheker, moet voor deze bepaling in toezicht en handhaving worden voorzien. Dit wordt geregeld in het tweede lid, tweede zin. Hierin worden twee bepalingen van de Opiumwet van overeenkomstige toepassing verklaard. De ambtenaren van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd houden worden belast met het toezicht op de naleving van genoemd voorschrift door de apotheker (artikel 8j Opiumwet). Niet-naleving van genoemd voorschrift kan worden

gehandhaafd met een bestuurlijke boete (artikel 9a Opiumwet). Hiermee wordt aangesloten bij het toezicht en de handhaving van regels over de aflevering van Opiumwetmiddelen door apothekers, die krachtens artikel 5, eerste lid Opiumwet in een algemene maatregel van bestuur zijn vastgelegd (Opiumwetbesluit).

Artikel 6

Dit artikel moet in samenhang met artikel 4 worden gelezen. Het tijdstip van zelfdoding in artikel 4 betreft, zoals hiervoor is aangegeven, het tijdstip waarop de middelen tot zelfdoding als bedoeld in artikel 5, derde lid, Opiumwet (derhalve als bedoeld in lijst I of II van die wet) worden ingenomen.

Uit artikel 6 volgt dat de levenseindebegeleider deze middelen tot zelfdoding niet eerder aan de oudere verschaft dan op dit tijdstip. In paragraaf 5.5 van het algemeen deel van deze memorie is nader ingegaan op de middelen tot zelfdoding en het verschaffen daarvan, waarnaar korthedshalve wordt verwezen.

Artikel 7

Dit artikel bepaalt dat de levenseindebegeleider altijd aanwezig is bij de voorgenomen zelfdoding door de oudere. Dit moment zal samenvallen met het ingevolge artikel 4 vastgestelde tijdstip en derhalve met het moment waarop de middelen tot zelfdoding als bedoeld artikel 5, derde lid, Opiumwet (dus middelen als bedoeld in lijst I of II van die wet) worden verschaft. Het voorgestelde artikel 7 sluit uiteraard niet uit dat ook andere personen, bijvoorbeeld familieleden of vrienden, bij de zelfdoding aanwezig mogen zijn.

Artikel 8

Dit artikel voorziet in de instelling van regionale commissies (hierna: commissies) die als taak hebben het beoordelen van meldingen van hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 294, derde lid, Sr (artikel 8, eerste lid). Voorts worden regels gesteld over de samenstelling van de commissies (tweede lid) en over de benoeming, het ontslag en de bezoldiging van commissieleden (derde lid). De regels over de samenstelling van de commissies zijn ontleend aan de WTL, waarin regels worden gesteld over de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's). Gelet op de hierboven genoemde taak van de commissies, heeft een levenseindebegeleider daarin zitting.

Het derde lid verklaart enkele artikelen van de WTL van overeenkomstige toepassing op de taakuitoefening van de commissies. Deze bepalingen hebben achtereenvolgens betrekking op de benoeming (artikel 4 WTL), het ontslag (artikelen 5 en 6 WTL) en de bezoldiging van commissieleden (artikel 7 WTL). Op grond van deze bepalingen worden de voorzitter en de leden voor vier jaar benoemd – met de mogelijkheid van herbenoeming voor vier jaar – door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Minister van VWS) en de Minister van Justitie en Veiligheid (hierna: Minister van JenV). Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de rechtspositie van de voorzitters, waaronder in ieder geval regels over de vergoeding (artikel 7 WTL). Indien het onderhavige voorstel tot wet wordt verheven en in werking treedt zal ook voor de commissies in dergelijke uitvoeringsregels moeten worden voorzien.

Artikel 9

Dit artikel stelt nadere regels over de taak en bevoegdheden van de commissies. Deze voorschriften zijn eveneens ontleend aan de WTL. Het eerste lid moet in samenhang worden gelezen met de voorgestelde wijzigingen van de Wet op de lijkbezorging (hierna: WLB) (zie artikel 19). Ingevolge de WLB voegt de levenseindebegeleider een beredeneerd verslag bij de mededeling van het overlijden aan de gemeentelijke lijkschouwer. Artikel 9, eerste lid, bepaalt dat de commissies meldingen van hulp bij zelfdoding beoordelen op basis van dat beredeneerd verslag. De beoordeling van de commissies vindt dus achteraf – na het overlijden van de oudere door de hulp bij zelfdoding – plaats. Indien noodzakelijk voor een goede beoordeling van het handelen van de levenseindebegeleider kan de commissie hem verzoeken het verslag mondeling of schriftelijk aan te vullen. Ook is de commissie bevoegd nadere inlichtingen te vragen aan de door de levenseindebegeleider geraadpleegde beroepsbeoefenaren.

Artikel 10

Dit artikel regelt in de eerste plaats dat bepalingen van de WTL die betrekking hebben op de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie, van overeenkomstige toepassing zijn op de werkwijze van de commissies.

De commissies registreren alle ter beoordeling gemelde gevallen van hulp bij zelfdoding van ouderen op verzoek als bedoeld in dit wetsvoorstel (overeenkomstige toepassing van artikel 11 WTL). De commissieleden hebben een geheimhoudingsplicht (overeenkomstige toepassing van artikel 14 WTL). Een commissielid, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden (overeenkomstige toepassing van artikel 15 WTL). Hieruit volgt dat een levenseindebegeleider niet betrokken kan zijn bij de beoordeling van een geval waarin hij als levenseindebegeleider hulp bij zelfdoding heeft verleend of waarin hij als onafhankelijke levenseindebegeleider is geraadpleegd. De (plaatsvervangende) leden en de secretaris van een commissie mogen niet van tevoren een standpunt innemen over de naleving van de zorgvuldigheideisen in een individueel geval, als de hulp bij zelfdoding nog niet is verleend (overeenkomstige toepassing van artikel 16 WTL).

Voorts zijn enkele WTL-bepalingen van procedurele aard van overeenkomstige toepassing. Het gaat hier achtereenvolgens om het overleg tussen de voorzitters van de commissies (artikel 13 WTL), nadere regels die in uitvoeringsregelgeving (kunnen) worden gesteld over de werkwijze (artikel 18 WTL), verslag aan de Minister van VWS en JenV over de commissiewerkzaamheden (artikel 17 WTL) en verslag door deze Ministers over het functioneren van de commissies, aan de Staten-Generaal (artikel 19 WTL).

Artikel 11

Dit artikel geeft regels over de vaststelling en bekendmaking van het oordeel van de commissies. Ook deze regels zijn ontleend aan de WTL. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen, door drie leden van de commissie, die elk een van de in artikel 8, tweede lid, voorgeschreven categorieën van deskundigheid vertegenwoordigen, derhalve: een rechtsgeleerd lid, een levenseindebegeleider en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken (eerste lid). Dit sluit aan bij artikel 12 WTL, met dien verstande dat in de op grond van die wet

ingestelde toetsingscommissies (RTE's) een arts zitting heeft in plaats van een levenseindegeleider.

De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het beredeneerd verslag schriftelijk ter kennis van de levenseindebegeleider (tweede lid). Deze termijn kan eenmaal met ten hoogste zes weken worden verlengd (vierde lid). De commissie brengt haar oordeel in bepaalde gevallen ook ter kennis van het College van procureurs-generaal en van de Inspectie gezondheidszorg (derde lid). In dat geval wordt de levenseindebegeleider daarover geïnformeerd (vijfde lid). De commissie kan haar oordeel op verzoek van de levenseindebegeleider of op verzoek van de commissie nader mondeling toelichten (zesde lid). Deze artikelliden sluiten aan bij artikel 9 WTL.

Artikel 12

Om te verzekeren dat de officier van justitie, indien daartoe aanleiding is, zijn strafvorderlijke taken kan blijven vervullen, en gelet op de geheimhoudingsbepaling opgenomen in artikel 14 WTL, van toepassing verklaard krachtens artikel 10 van het wetsvoorstel, is de commissie verplicht de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken die deze behoeft ten behoeve van een adequate beoordeling van een door de commissie als onzorgvuldig beoordeeld geval of ten behoeven van een in te stellen opsporingsonderzoek.

Dit wetsvoorstel brengt in het vervolgingsmonopolie van de officier van justitie in algemene zin geen wijziging. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek is de officier van justitie bevoegd bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dit is niet anders in geval van hulp bij zelfdoding. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek kan aanleiding bestaan, hetzij indien door de toetsingscommissie het handelen als onzorgvuldig is aangemerkt, hetzij indien uit anderen hoofde een redelijk vermoeden van schuld rijst, bijvoorbeeld omdat de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie bij de melding van een niet-natuurlijke dood wijst op ernstige onregelmatigheden, of omdat er een aangifte van een derde is.

Artikel 13

Dit artikel bevat een delegatiegrondslag voor het bij ministeriële regeling voorzien in regels over de financiering van de opleiding tot levenseindebegeleider en voor activiteiten die de levenseindebegeleider verricht. De in het eerste lid bedoelde projectsubsidie is een financiering voor het opstarten van de opleiding tot levenseindebegeleider. Deze subsidie is dus niet van structurele aard. Dit in tegenstelling tot de in het tweede lid bedoelde subsidie, die bedoeld is voor de financiering van bij regeling aan te wijzen activiteiten van de levenseindebegeleider. De Minister van VWS zal deze financiering op de grondslag van de voorgestelde bepaling verder vormgeven. Op beide subsidies is de Kaderwet VWS-subsidies – behoudens de artikelen 2 en 3, eerste lid – van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14

Op grond van artikel 2 van de Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint-Eustatius en Saba (hierna: BES-eilanden) geldt een regeling alleen in de openbare lichamen indien dat bij wettelijk voorschrift is bepaald. Het eerste lid van het voorgestelde artikel 14 verklaart het onderhavige voorstel van toepassing in deze openbare lichamen. Hiervoor is aangesloten bij de WTL; zoals in het algemeen deel van deze memorie van toelichting is aangegeven, is het vanuit het oogpunt van gelijke behan-

deling van alle burgers wenselijk dat het onderhavige voorstel zowel van toepassing is in het Europese deel van het Koninkrijk als op de BES-eilanden. De overige voorgestelde artikelleden voorzien erin dat er ook een commissie wordt ingesteld voor gevallen van hulp bij zelfdoding aan ouderen op verzoek in de BES-eilanden, en dat begrippen en artikelen die gelden binnen het grondgebied van Nederland, waar nodig worden vervangen door begrippen en artikelen die van toepassing zijn op de BES-eilanden.

Artikel 15

Dit artikel voorziet in de toevoeging van een strafuitsluitingsgrond aan artikel 294 Sr. De voorgestelde strafuitsluitingsgrond wordt opgenomen in een nieuw derde lid en is een aanvulling op de bestaande strafuitsluitingsgrond voor hulp bij zelfdoding door artsen op grond van de WTL. Laatstgenoemde strafuitsluitingsgrond volgt uit het in artikel 294, tweede lid, tweede zin, van toepassing verklaarde artikel 293, tweede lid, Sr.

Artikel 294, eerste lid, Sr stelt strafbaar het opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzetten, indien de zelfdoding volgt. Het tweede lid stelt strafbaar het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of iemand de middelen daartoe verschaffen, indien de zelfdoding volgt. Het voorgestelde derde lid regelt dat dit feit niet strafbaar is als het bestaat uit het verschaffen van middelen tot zelfdoding en is begaan door een levenseindebegeleider, die daarbij voldoet aan de in artikel 2 neergelegde zorgvuldigheidseisen en die hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, derde lid, WLB. Gelet op de definitie van levenseindebegeleider, betreft dit de beroepsbeoefenaar die – nadat hij met goed gevolg een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond – als zodanig in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG (hierna: BIG-register), staat ingeschreven.

Artikel 16

Artikel 16 bevat wijzigingen van de Wet BIG die ertoe strekken de levenseindebegeleider aan te merken als een beroepsbeoefenaar in de zin van die wet.

Onderdeel A

In artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG is bepaald welke beroepsbeoefenaren op hun aanvraag, worden ingeschreven in een openbaar register als bedoeld in dat artikelonderdeel. Via raadpleging van het BIG-register kan men zien of een levenseindebegeleider bevoegd is zijn beroep uit te oefenen. Inschrijving kan alleen kan plaatsvinden indien wordt voldaan aan de wettelijke opleidingseisen. Elk register wordt ingesteld en beheerd door Onze Minister (vijfde lid).

Met de voorgestelde wijziging van het eerste lid wordt de categorie «levenseindebegeleiders» toegevoegd aan de bestaande categorieën beroepsbeoefenaren. Dit brengt met zich dat de Minister van VWS tevens zorg dient te dragen voor het instellen en beheren van een BIG-register voor levenseindebegeleiders. Inschrijving in het BIG-register maakt ook dat deze beroepsbeoefenaar bevoegd is de beroepstitel «levenseindebegeleider» te voeren (artikel 4, eerste lid, Wet BIG). Daarmee wordt «levenseindebegeleider» een beschermde titel. Een ander belangrijk aspect is dat ook deze beroepsbeoefenaar moet voldoen aan de op hem van toepassing zijnde regels uit de Wet BIG, waaronder het beroepsgeheim, en dat ook hij is onderworpen aan het tuchtrecht. In paragraaf 4.5 van het algemeen deel van deze memorie van toelichting is uiteengezet

waarom deze beroepsbeoefenaar onder de werking van de Wet BIG wordt gebracht.

Onderdeel B

In hoofdstuk III, afdeling 1, van de Wet BIG, zijn bepalingen opgenomen over beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is. Dit onderdeel voorziet in de invoeging van een paragraaf met eisen voor levenseindebegeleiders. Hiermee wordt geregeld aan welke eisen moet worden voldaan om als levenseindebegeleider te kunnen worden ingeschreven in het BIG-register en tevens wordt zijn deskundigheidsgebied beschreven.

Het voorgestelde artikel 33g bevat twee voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat een persoon als levenseindebegeleider in het BIG-register kan worden ingeschreven.

De eerste voorwaarde, opgenomen in onderdeel a, is dat de betrokkene een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond die is aangeboden door een opleidingsinstelling die door de Minister van VWS is aangewezen. Deze aanwijzing moet gedurende de gehele opleidingsperiode van de betrokkene van kracht zijn geweest.

De tweede voorwaarde is opgenomen in onderdeel b en vereist dat ten aanzien van de beroepsbeoefenaar die een aanvraag om inschrijving als levenseindebegeleider doet, geen zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid is genomen. Dit onderdeel hangt samen met de wettelijke eis dat voordat iemand levenseindebegeleider kan worden, hij of zij een opleiding als arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige moet hebben afgerond. Dat volgt uit artikel 33i, tweede lid. Het kan dus zijn dat de aanvrager ook in één van die hoedanigheden als beroepsbeoefenaar werkzaam is. Als een beroepsbeoefenaar in zo'n werkzaamheid een zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid opgelegd heeft gekregen, en die maatregel onherroepelijk is geworden, wordt niet voldaan aan artikel 33g, onder b. Onder «zwaar» wordt in dit verband verstaan een geldboete, een schorsing van de inschrijving in het register, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep, doorhaling van de inschrijving in het register of ontzegging van het recht om wederom in het register te worden ingeschreven (zie onderdeel b). Maatregelen wegens ongeschiktheid zijn maatregelen waarbij de beroepsbeoefenaar niet (langer) geschikt wordt geacht voor de uitoefening van het beroep wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of vanwege drank- of drugsmisbruik (artikel 79, tweede lid, Wet BIG). De reden voor het opnemen van onderdeel b is dat een levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn.

Het voorgestelde artikel 33h beschrijft het deskundigheidsgebied van de levenseindebegeleider. Bepaald wordt dat tot zijn deskundigheidsgebied wordt gerekend het bieden van levenseindebegeleiding in overeenstemming met de WTL.

Artikel 33i stelt eisen aan de opleiding tot levenseindebegeleider.

Het eerste lid bevat een algemeen criterium waaraan de opleiding tot levenseindebegeleider zal moeten voldoen. Die norm komt erop neer dat in de opleiding alle aspecten aan de orde zullen moeten komen die waarborgen dat de levenseindebegeleider zijn wettelijke taken en verplichtingen op adequate wijze kan verrichten. Het gaat daarbij om de taken en verplichtingen die voortvloeien uit het onderhavige voorstel, waaronder in het bijzonder de naleving van de zorgvuldigheideisen (waaronder zorgvuldige uitvoering) en het doen van de melding aan de gemeentelijke lijkschouwer conform de WLB, ten behoeve van de toetsing

door de commissie. De inhoud van de opleiding wordt, zoals in het algemeen deel is toegelicht, verder ingevuld door de betrokken beroepsgroepen en instanties die expertise hebben opgebouwd ter zake van vraagstukken waarop het wetsvoorstel betrekking heeft.

De tweede zin van artikel 33i, eerste lid, bevat een grondslag op grond waarvan bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan instellingen die deze opleiding aanbieden. Bij eisen aan de opleiding kan onder meer worden gedacht aan de onderwerpen en vaardigheden die tijdens de opleiding aan de orde zullen moeten komen. Bij de inhoud van de opleiding kan ook rekening worden gehouden met de vooropleiding van de kandidaat (zie ook het voorgestelde tweede lid).

Het tweede lid stelt een eis aan de vooropleiding van de persoon die wordt toegelaten tot de opleiding tot levenseindebegeleider. Die eis houdt kort gezegd in dat de betrokkene met goed gevolg een opleiding tot arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige heeft afgerond.

Het derde lid bevat een voorhangbepaling teneinde de parlementaire betrokkenheid bij het stellen van eisen aan de opleiding en aan de opleidingsinstelling te waarborgen.

Artikel 33j betreft de aanwijzing van instellingen die een opleiding tot levenseindebegeleider aanbieden.

Het eerste lid bevat de wettelijke grondslag voor de Minister van VWS om de betreffende opleidingsinstellingen aan te wijzen. Voorwaarde voor aanwijzing is dat de opleiding voldoet aan de eisen die bij algemene maatregel van bestuur (op grond van artikel 33i, eerste en tweede lid) zijn gesteld.

Het tweede lid van artikel 33j bevat een grondslag om een gegeven aanwijzing in te trekken of op te schorten als niet langer aan de opleidingseisen wordt voldaan. Intrekking of opschorting kan plaatsvinden indien niet langer wordt voldaan aan (één van) de in artikel 33i, eerste en tweede lid, opgenomen eisen.

Het derde lid bevat het voorschrift dat van een aanwijzing en een intrekking daarvan mededeling wordt gedaan in de Staatscourant. Daarmee is kenbaar welke opleidingsinstellingen wel, of niet langer, een adequate opleiding tot levenseindebegeleider aanbieden.

Onderdeel C

Hoofdstuk IV van de Wet BIG stelt regels over voorbehouden handelingen. Artikel 36 van de Wet BIG bevat een opsomming van de voorbehouden handelingen en bepaalt welke beroepsbeoefenaren daartoe bevoegd zijn. Voorbehouden handelingen zijn derhalve handelingen waarvan de zelfstandige uitvoering is voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen. In de systematiek van de Wet BIG is hiervoor alleen aanleiding als de handelingen een aanmerkelijk risico voor de patiënt opleveren indien zij door ondeskundigen worden uitgevoerd. Het veertiende lid van dat artikel bepaalt welke beroepsbeoefenaren bevoegd zijn tot het voorschrijven van receptgeneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, onder s, van de Geneesmiddelenwet. Met de toevoeging van een nieuw onderdeel g wordt geregeld dat ook levenseindebegeleiders bevoegd zijn receptgeneesmiddelen voor te schrijven met het oog op de uitvoering van de hulp bij zelfdoding. Dit behoort immers ingevolge het voorgestelde artikel 4, eerste lid, (in samenhang met de omschrijving van het begrip middelen tot zelfdoding in het voorgestelde artikel 1), tot hun deskundigheids-

gebied. Daarbij moet worden gedacht aan anti-braakmiddelen (anti-emetica).

Onderdeel D

Artikel 47, eerste lid, van de Wet BIG regelt welke beroepsbeoefenaren aan tuchtrechtspraak zijn onderworpen. Het betreft hier de beroepsbeoefenaren die zijn ingeschreven in een van de BIG-registers. Met de voorgestelde wijziging van artikel 47, tweede lid, wordt bewerkstelligd dat levenseindebegeleiders worden toegevoegd aan de categorieën beroepsbeoefenaren die zijn onderworpen aan tuchtrechtspraak.

Onderdelen E en F

Het voorgestelde artikel 69a (onderdeel E) ziet op de situatie waarin een beroepsbeoefenaar zowel in de hoedanigheid van levenseindebegeleider als in een andere hoedanigheid in het BIG-register staat ingeschreven. Omdat de levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn, wordt voorgesteld dat tuchtmaatregelen die aan de levenseindebegeleider in diens andere hoedanigheid worden opgelegd (bijvoorbeeld als arts of gezondheidszorgpsycholoog) ook gevolgen kunnen hebben voor diens beroepsuitoefening als levenseindebegeleider. Het hoeft hier niet altijd te gaan om een identieke tuchtmaatregel; het regionale tuchtcollege zal per individueel geval moeten beoordelen of ook een maatregel aan de betrokkene in zijn hoedanigheid als levenseindebegeleider opgelegd zou moeten worden en zo ja, welke. Artikel 69a, tweede lid, bepaalt dat artikel 48, zevende lid, van overeenkomstige toepassing is op het van kracht worden van de maatregel die aan de betrokkene in de hoedanigheid van levenseindebegeleider wordt opgelegd.

In onderdeel F wordt met het voorgestelde artikel 80a, een vergelijkbare regeling voorzien ten aanzien van de maatregelen wegens ongeschiktheid.

Artikel 17

Met de in dit artikel voorgestelde wijzigingen van de WLB wordt bewerkstelligd dat analoog aan de WTL, een meldingsprocedure van toepassing wordt bij toepassing van hulp bij zelfdoding van ouderen op verzoek. Dit betekent het volgende:

Begraving of crematie kan alleen plaatsvinden na verlof afgegeven door de ambtenaar van de burgerlijke stand (artikel 11 WLB). Het verlof wordt bij overlijden als gevolg van toepassing van de onderhavige wet, alleen verleend als de officier van justitie een verklaring van geen bezwaar heeft afgegeven. Dit volgt uit de voorgestelde wijziging van artikel 12 WLB. De voorgestelde wijziging van artikel 7, derde lid, bepaalt daartoe in de eerste plaats dat geen verklaring van overlijden wordt afgegeven (voor toepassing van de WTL volgt dit uit artikel 7, tweede lid). In plaats daarvan geldt de hieronder beschreven meldingsprocedure:

- De levenseindebegeleider doet mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer. Dit geschiedt met een in de WLB voorgeschreven formulier. De levenseindebegeleider voegt bij dit formulier een verslag waaruit blijkt dat hij heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 WTL (beredeneerd verslag). In dit verslag geeft hij derhalve een gemotiveerde uiteenzetting.
- De voorgestelde wijziging van artikel 10, tweede lid, WLB, betreft de procedure die volgt op die van artikel 7. Artikel 10, tweede lid, bepaalt dat de gemeentelijke lijkschouwer door de levenseindebegeleider wordt geïnformeerd indien het overlijden het gevolg is van toepassing

van de hulp bij zelfdoding. Nadat de gemeentelijke lijkschouwer het lijk heeft geschouwd, stuurt hij een verslag daarvan aan de RTE. Daarbij voegt hij het beredeneerd verslag van de levenseindebegeleider. De gemeentelijke lijkschouwer brengt voorts, op grond van artikel 10, eerste lid, WLB – met het oog op het afgeven van een verklaring van geen bezwaar door de officier van justitie – door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de officier van justitie en waar-schuwt onverwijld de ambtenaar van de burgerlijke stand.

- Als de officier van justitie een verklaring van geen bezwaar afgeeft, kan de ambtenaar van de burgerlijke stand verlof geven voor begravenis of crematie (artikel 12, eerste zin, WLB). De officier van justitie stelt de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie ervan op de hoogte als hij geen verklaring van geen bezwaar afgeeft, omdat hij het lichaam aan een nader onderzoek wil (doen) onderwerpen. Bijvoorbeeld omdat de gemeentelijke lijkschouwer in het formulier dat hij op grond van artikel 10, eerste lid, WLB, aan de officier stuurt, melding heeft gemaakt van ernstige onregelmatigheden bij de uitvoering, of als bij politie of justitie aangifte is gedaan van een strafbaar feit (Kamerstukken II 1998/99, 26 691, 3, p. 20).

Artikel 81 voorziet in wetstechnische aanpassingen van de strafbepalingen. Ook hiervoor is aangesloten bij de huidige WLB en WTL.

Opgemerkt wordt dat ter uitvoering van de WLB zal moeten worden voorzien in uitvoeringsregelgeving (vaststelling van modellen voor de melding en het verslag).

Artikel 18

Artikel 19 bevat een wijziging van de Opiumwet. Deze wijziging is noodzakelijk omdat de middelen tot zelfdoding die worden gebruikt bij de uitoefening van een verzoek om hulp bij zelfdoding onder de middelen, bedoeld in lijst I of II van de Opiumwet, vallen. In artikel 5 Opiumwet wordt bepaald in welke gevallen het verbod op het bereiden, bewerken, verwerken, verkopen, afleveren, verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben van een middel, bedoeld in lijst I of II bij de Opiumwet, niet van toepassing is. Apothekers en apotheehoudende huisartsen kunnen op grond van artikel 5, eerste lid, onderdeel a, Opiumwet, reeds de vereiste handelingen verrichten met de middelen. Er wordt een derde lid toegevoegd. Daarmee wordt geregeld dat de verboden inzake het verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben niet van toepassing zijn op de levenseindebegeleider aan wie door een apotheker middelen als bedoeld in lijst I of II zijn verschaft. Uiteraard gaat het om het verschaffen van die middelen met het oog op de uitvoering van een verzoek om hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 1 van het onderhavige voorstel. Voorts wordt bepaald dat de genoemde verboden evenmin van toepassing zijn op personen aan wie deze middelen door de levenseindebegeleider zijn verschaft met het oog op de uitvoering van hun verzoek om hulp bij zelfdoding. Dit betreft derhalve de oudere aan wie de middelen zijn verstrekt.

Voorts voorziet artikel 19 in verband daarmee in een technische wijziging van de artikelen 4 en 8.

Artikel 19

De wijziging van de Algemene wet bestuursrecht houdt in dat ook besluiten en handelingen ter uitvoering van het onderhavige wetsvoorstel uitgesloten zijn van de bepalingen over bezwaar en beroep, opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht. Daarmee wordt aangesloten bij de regeling ter zake van besluiten en handelingen ter uitvoering van de WTL.

Artikelen 20 tot en met 25

Artikel 14 bepaalt dat het onderhavige voorstel ook van toepassing is op de BES-eilanden. De voorgestelde artikelen 21 tot en met 26 wijzigen daartoe de aanpalende wetten die van toepassing zijn op de BES-eilanden. Het gaat om de volgende wetten:

- Wetboek van Strafrecht BES: de voorgestelde wijzigingen zijn in overeenstemming met de voorgestelde wijzigingen van het Wetboek van Strafrecht, zoals uiteengezet in de toelichting bij artikel 15;
- Wet medisch tuchtrecht BES: ingevolge de Wet BIG is de levenseindebegeleider onderworpen aan tuchtrechtspraak als bedoeld in die wet. De Wet BIG is evenwel niet van toepassing op de BES-eilanden. De wijziging van de Wet medisch tuchtrecht BES voorziet daarom in de nodige wijzigingen om het tuchtrecht dat thans geldt bij toepassing van de WTL – derhalve de bepalingen voor geneeskundigen (artsen) op de BES-eilanden – ook te laten gelden voor levenseindebegeleiders die als zodanig op de BES-eilanden werkzaam zijn.
Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat beroepsbeoefenaren die de opleiding levenseindebegeleider met goed gevolg hebben afgerond en als levenseindebegeleider op de BES-eilanden werkzaam willen zijn, in aansluiting bij de beroepsregulering die thans geldt voor geneeskundigen (artsen), de mogelijkheid moet bestaan om een zogenaamde BES-ontheffing aan te vragen. Met een BES-ontheffing kan een geneeskundige (arts) zijn beroep uitoefenen op de BES-eilanden. Die regeling is evenwel vervat in een algemene maatregel van bestuur, op grond van artikel 18.4.4 van de Invoeringswet BES (Besluit uitoefenen medisch beroep BES in samenhang met het Besluit geneeskunde BES). In een vergelijkbare regeling voor de levenseindebegeleider zal zodoende moeten worden voorzien als het onderhavige voorstel tot wet is verheven en in werking treedt.
- Wet verklaringen van overlijden BES, Begrafeniswet BES en de Crematiewet BES: de voorgestelde wijzigingen voorzien tezamen in de nodige wijzigingen die voor het Europees deel van Nederland worden bewerkstelligd met de voorgestelde wijziging van de WLB.
- Opiumwet 1960 BES: hiermee worden vergelijkbare wijzigingen bewerkstelligd als met de voorgestelde wijzigingen van de Opiumwet.

Artikelen 26 tot en met 28

Deze artikelen bevatten de slotbepalingen van het wetsvoorstel en hebben achtereenvolgens betrekking op de evaluatie van de wet, de inwerkingtreding en de citeertitel.

De eerste evaluatie vindt plaats binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van het voorstel, en daarna telkens na vijf jaar.

Het tijdstip van inwerkingtreding wordt met inachtneming van de vaste verandermomenten bepaald bij koninklijk besluit. Er wordt gekozen voor gedifferentieerde inwerkingtreding, zodat de bepalingen over de opleiding tot levenseindebegeleider – die immers een dergelijke opleiding eerst zal moeten afronden voordat hij als levenseindebegeleider of als commissielid zal kunnen optreden – eerder in werking kunnen treden dan de overige bepalingen van de wet.

Podt