

Kenmerk	W13.20.0284/III
Datum aanhangig	17 juli 2020
Datum vastgesteld	9 december 2020
Datum advies	9 december 2020
Datum publicatie	20 mei 2022
Vindplaats	Website Raad van State

Volledige tekst

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

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

In het licht van de plicht van de overheid om burgers te beschermen tegen onvrijwillige, overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen over het levenseinde (artikel 2 EVRM), is de Afdeling van oordeel dat voor levensbeëindiging op verzoek zodanige waarborgen in het leven moeten worden geroepen dat voorkomen wordt dat mensen uit het leven stappen, terwijl niet zeker is of zij dat werkelijk willen, niet zeker is of hun doodswens stabiel en coherent is, en niet vaststaat of die wens is ingegeven of verband houdt met medische problemen dan wel oplosbare problematiek van geheel andere aard, zoals financiële problemen.

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

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

1. Leeswijzer

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

De Afdeling gaat vervolgens over tot een beoordeling van het wetsvoorstel. In dat verband beschouwt zij eerst de invulling en weging van enkele aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende beginselen, te weten autonomie en de beschermwaardigheid van het leven. In dit kader formuleert de Afdeling in het licht van artikel 2 EVRM uitgangspunten voor de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in het wetsvoorstel (punt 5). De Afdeling maakt daarna opmerkingen over de voorgestelde zorgvuldigheidseisen (punt 6). Vervolgens komen aan de orde de doelgroep van het wetsvoorstel (punt 7), de levenseindebegeleider (punt 8) en de verstrekking van de middelen voor levensbeëindiging (punt 9).

2. Inhoud van het wetsvoorstel

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

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

- heeft vastgesteld dat de oudere Nederlander, of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland is;
- aan de oudere heeft gevraagd of hij zijn naasten heeft betrokken bij zijn verzoek om hulp bij zelfdoding dan wel in overweging heeft gegeven dit alsnog te doen;
- zo mogelijk en voor zover de oudere daarmee heeft ingestemd overleg heeft gevoerd met de huisarts van de oudere;
- de overtuiging heeft gekregen dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, waarbij ten minste twee maanden zijn verstreken tussen opeenvolgende gesprekken met de oudere;

- met de oudere de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is;
 - heeft vastgesteld dat de oudere wilsbekwaam is en een actuele verklaring heeft ontvangen die een verzoek inhoudt om hem de middelen te verschaffen met het oog op zijn voorgenomen zelfdoding;
 - de oudere heeft ingelicht over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding;
 - ten minste één andere, onafhankelijke levenseindebegeleider heeft geraadpleegd die de oudere heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de naleving van de zorgvuldigheidseisen; en
 - zorg draagt voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp bij zelfdoding.
- De levenseindebegeleider stelt in samenspraak met de oudere het tijdstip van de voorgenomen zelfdoding vast, schrijft het middel tot zelfdoding voor en reikt op het vastgestelde tijdstip het middel uit aan de oudere. (zie noot 4) Het is de oudere zelf die het middel inneemt, in aanwezigheid van de levenseindebegeleider. (zie noot 5)

Na het overlijden van de oudere doet de levenseindebegeleider mededeling van het overlijden aan de gemeentelijke lijkschouwer door middel van het voorgeschreven ingevulde formulier en het daarbij horende verslag. (zie noot 6) De lijkschouwer stelt de regionale toetsingscommissie in kennis. (zie noot 7) Deze commissie zal beoordelen of de stervenshulp volgens de regels van de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek is uitgevoerd. (zie noot 8)

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

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

3. Terminologie

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

"van een complex samenspel van factoren die met de ouderdom gepaard kunnen gaan: het

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

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

In het licht van deze bevindingen is de Afdeling van oordeel dat de term 'voltooid leven' een te positieve connotatie heeft (zie noot 19) en mogelijk verwarring wekt over de doelgroep waarop het wetsvoorstel ziet. De indruk kan ontstaan dat het gaat om een groep mensen die afgerond heeft wat men wilde doen in het leven en daarom 'klaar met leven' is, terwijl het in wezen een groep mensen betreft die, vaak als gevolg van een complexe problematiek, lijdt aan het leven. (zie noot 20) De Afdeling kiest er daarom voor in dit advies de term 'lijden aan het leven' te gebruiken in plaats van 'voltooid leven'. Zij adviseert om deze terminologie - die in de toelichting bij het wetsvoorstel voorkomt - consistent daarin te gebruiken.

4. Achtergrond en context van het wetsvoorstel

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

Zowel hulp bij zelfdoding als euthanasie is strafbaar. (zie noot 21) In 2002 is met de komst van de WTL een wettelijke strafuitsluitingsgrond gecreëerd voor artsen die hun handelen hebben gemeld volgens de wettelijke toetsingsprocedure (formeel vereiste) (zie noot 22) en voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de WTL stelt (materieel vereiste). (zie noot 23) Die zorgvuldigheidseisen houden onder meer in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. (zie noot 24)

De eerste twee zorgvuldigheidseisen zijn de zogenaamde kerncriteria. (zie noot 25) Deze criteria zijn in de praktijk nader ingevuld, onder meer door rechtspraak en de praktijk van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), die de wettelijke taak hebben te toetsen of de arts in concrete gevallen aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. (zie noot 26) Hierna gaat de Afdeling in op de interpretatie van de kerncriteria en de twee daarmee

samenhangende criteria voor zover dat noodzakelijk is voor een goed begrip van de context van het onderhavige wetsvoorstel. (zie noot 27)

i. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt is een *conditio sine qua non* voor het legaal uitvoeren van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zo blijkt ook uit de artikelen 293 en 294, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht. Uit de praktijk van de RTE blijkt dat het vereiste van vrijwilligheid een aspect van zowel externe als interne vrijwilligheid behelst: het verzoek moet zonder onaanvaardbare invloed van derden zijn gedaan (externe dimensie) en de patiënt dient wilsbekwaam te zijn (interne dimensie). (zie noot 28)

Uit het Chabot-arrest van de Hoge Raad blijkt dat ook aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. De beoordeling van een dergelijk verzoek vraagt echter wel om grote behoedzaamheid van de arts. (zie noot 29) Dat geldt ook voor een verzoek van personen met dementie. Naarmate het ziekteproces voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de dementerende af. Wanneer het proces van dementering zodanig is voortgeschreden dat de patiënt volledig wilsonbekwaam is, is euthanasie toch mogelijk wanneer de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld. Dit volgt uit de onlangs herziene versie van de EuthanasieCode 2018 - voorheen bekend als de Code of Practice - waarin de RTE een overzicht geven van de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen uit de WTL worden getoetst. (zie noot 30) Met deze herziening is de EuthanasieCode in overeenstemming gebracht met arresten van de Hoge Raad van 21 april 2020, betreffende een melding van euthanasie bij een patiënt met voortgeschreden dementie. (zie noot 31)

Het vereiste van een weloverwogen verzoek impliceert dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder inzicht in zijn ziekte, de gestelde diagnose, de prognoses en de behandelmogelijkheden. (zie noot 32) Bovendien moet het verzoek, alle omstandigheden en uitingen van de patiënt in aanmerking nemend, consistent zijn. Dit kan onder meer blijken uit het herhalen van het verzoek door de patiënt. (zie noot 33)

Gerelateerd aan het vereiste van een weloverwogen verzoek is de - eveneens in de zorgvuldigheidseisen tot uitdrukking komende - opdracht van de arts om de patiënt volledig voor te lichten over de situatie van de patiënt. (zie noot 34) Op basis daarvan moet de arts vervolgens samen met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de patiënt geen redelijk alternatief meer was om het lijden te verlichten. (zie noot 35)

ii. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt

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

De Hoge Raad bepaalde dat de deskundigheid van een arts zich niet uitstrekt tot lijden dat "niet of niet in overwegende mate zijn oorzaak vindt in een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening". Als medicus mag hij zich daarom geen

oordeel vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en de onbehandelbaarheid van zulk lijden. Een arts die dat wel doet en in een dergelijk geval overgaat tot euthanasie of hulp bij zelfdoding verleent, kan zich dan ook niet met succes beroepen op noodtoestand, zo oordeelde de Hoge Raad. (zie noot 36)

Met deze uitspraak voegde de Hoge Raad het zogenaamde 'classificatiecriterium' toe aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden: aan dat lijden moet in overwegende mate een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening ten grondslag liggen. (zie noot 37) Hiermee sluit de Hoge Raad tevens aan bij de parlementaire geschiedenis van de WTL, waarin eveneens tot uitdrukking komt dat aan het lijden in de zin van de wet een medische dimensie moet zitten. (zie noot 38)

Overigens is niet vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL. Dit wordt erkend in het KNMG-standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Volgens de KNMG moet er daarbij wel altijd sprake zijn van ouderdomsaandoeningen met een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten of klachten kan worden aangemerkt. Dat is immers het deskundigheidsgebied van de arts. (zie noot 39)

Onder verwijzing naar dit KNMG-standpunt bevestigt ook de EuthanasieCode dat een stapeling van ouderdomsklachten kan uitmonden in uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De EuthanasieCode vermeldt daarbij ook aan welke (degeneratieve) ouderdomsaandoeningen kan worden gedacht: visusstoornissen, gehoorstoornissen, osteoporose, artrose, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang. Daarbij wordt wel aangetekend dat het moet gaan om "de optelsom van een of meer van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten die een lijden doen ontstaan dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door déze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren". (zie noot 40)

Aldus wordt, naast het vereiste dat het lijden een overwegend medische grondslag moet hebben, ook waarde toegekend aan de subjectieve beleving van het lijden door de patiënt. Dat geldt niet slechts bij een stapeling van ouderdomsklachten, maar in algemene zin. Volgens de EuthanasieCode moet het voor de arts invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor déze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich daarvoor in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen. (zie noot 41)

Het lijden wordt daarnaast als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. (zie noot 42) Wanneer er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, behoort daaraan de voorkeur te worden gegeven, zo stelt de EuthanasieCode. Of er sprake is van redelijke andere oplossingen, dient te worden beoordeeld in het licht van de diagnose en bijbehorende prognose. (zie noot 43) Deze beoordeling is echter niet aan de arts alleen: deze dient met de patiënt gezamenlijk tot de overtuiging te zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is dan euthanasie. (zie noot 44)

Sommige euthanasieverzoeken worden echter afgewezen, omdat die volgens de betrokken artsen niet onder de reikwijdte van de WTL vallen. Uit onderzoek naar de afgewezen verzoeken bij het Expertisecentrum Euthanasie (zie noot 45) blijkt dat de meest voorkomende

reden voor een afwijzing is dat er "geen of onvoldoende medische grondslag" is voor het lijden. In dergelijke gevallen is vaak wel sprake van fysiek of psychisch lijden, maar bestaat het lijden vooral uit een gevoel van onthechting of eenzaamheid. Een andere belangrijke reden voor afwijzing van het verzoek is het ontbreken van een actieve doodswens en het nog bestaan van opties voor behandeling en/of diagnostiek. (zie noot 46)

b. Het Perspectief-onderzoek

Zoals hiervoor opgemerkt, is in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek uitgevoerd naar de omvang en omstandigheden van de groep ouderen die hun leven als voltooid beschouwt en daarom een persisterende en actieve stervenswens heeft, maar niet onder de huidige reikwijdte van de WTL lijkt te vallen, omdat het lijden geen of niet voldoende medische grondslag heeft. Het betreft een representatief onderzoek naar de doodswens van ouderen vanaf 55 jaar, dat zowel kwantitatief als kwalitatief van aard is. In januari 2020 zijn de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek gepresenteerd. (zie noot 47)

Uit het onderzoek blijkt dat naar schatting 0,18% van de Nederlanders van 55 jaar en ouder (ongeveer 10.000 mensen) een actieve doodswens heeft die volgens hen het beste omschreven kan worden als een wens tot levensbeëindiging, zonder dat zij ernstig ziek zijn. Ruim een derde van deze groep zou graag hulp bij zelfdoding krijgen, terwijl twee-derde de voorkeur heeft om het leven zelf te beëindigen. (zie noot 48) Binnen deze groep zijn ongeveer 1700 personen 75 jaar of ouder.

Het onderzoek laat zien dat er een kleine, maar substantiële groep ouderen is met een doodswens zonder dat zij ernstig ziek zijn. Bij het overgrote deel daarvan is sprake van veel fysieke en mentale klachten. De groep is zeer heterogeen. Opvallende kenmerken van deze groep zijn dat ruim de helft alleenstaand is, vaak woonachtig in een stedelijk gebied, er sprake is een oververtegenwoordiging van vrouwen en de helft is afkomstig uit een lagere sociale klasse. (zie noot 49) Daarnaast laat dit onderzoek zien dat een doodswens ook onder jongere senioren voorkomt (driekwart onder de 75 jaar) en dus niet is voorbehouden aan mensen die 'veelal op leeftijd' zijn. Een flink deel van de groep (28%) zegt bovendien dat hun doodswens al het hele leven bestaat; vanuit hun perspectief is de doodswens niet levensfase-gebonden. (zie noot 50)

De doodswens blijkt complex en veranderlijk. Belangrijke factoren die de doodswens versterken, zijn piekeren, financiële zorgen, ziekten, eenzaamheid, afhankelijkheid van anderen en het gevoel hebben anderen tot last te zijn. De doodswens blijkt ook situatie- en contextgebonden. Daarnaast toont dit onderzoek aan dat de doodswens niet altijd heel uitgesproken is en soms een hypothetisch karakter heeft. Ook blijkt uit het kwalitatieve onderzoek het grote belang van het ervaren van betekenisvolle verbinding met anderen. Uit de longitudinale analyse binnen het Perspectief-onderzoek blijkt bovendien dat een hernieuwde ervaring van verbinding cruciaal was in de levens van ouderen bij wie de doodswens dan verminderde of zelfs verdween. (zie noot 51) Met betrekking tot de behoefte aan een zelfdodingspil, merkt het Perspectief-onderzoek op dat het belangrijk is om te benoemen dat het op basis van deze studie onduidelijk blijft of respondenten het middel ook daadwerkelijk zouden willen innemen, of dat het hen hoofdzakelijk gaat om het kunnen beschikken over het middel. (zie noot 52)

Volgens het onderzoek is er geen eenduidig antwoord te geven op de vraag of de in dit rapport beschreven groep ouderen met een doodswens die niet ernstig ziek zijn binnen of buiten de WTL valt. De achtergrond en de situatie van de aangetroffen groep is zeer divers. Het is aannemelijk dat bij beoordeling van individuele gevallen zal blijken dat bij een aantal mensen naar medisch inzicht sprake is van lijden dat wordt veroorzaakt door een medische

aandoening. Daarnaast is de discussie over de precieze reikwijdte van de WTL niet afgerond en is de toepassing van de in de wet geformuleerde zorgvuldigheidscriteria onderwerp van interpretatie. Wat als ziekte wordt gezien en wat niet, blijkt in zekere zin een arbitraire grens. (zie noot 53)

Ook wordt opgemerkt dat het onderzoek duidelijk laat zien dat de term 'voltooid leven' in de context van de doodswens bij ouderen (die niet ernstig ziek zijn) niet passend is. 'Voltooid leven' wordt wel omschreven als het moment waarop "bepaalde levensfasen (van werken, opvoeden, zelfontplooiing en vernieuwing) voorbij zijn en de fase van afbouwen ver is gevorderd en dat van de toekomst geen wezenlijke waardevolle vernieuwingen worden verwacht". (zie noot 54) Een dergelijke omschrijving blijkt lang niet altijd van toepassing op de onderzoeksgroep. Uit het grootschalige bevolkingsonderzoek zijn geen empirische aanwijzingen gevonden dat er een groep gezonde 70-plussers is met een persisterende, actieve doodswens in afwezigheid van lijden, aldus een van de conclusies. Ten slotte worden in het rapport ook een aantal aanbevelingen voor beleid gedaan, die logisch voortvloeien uit de conclusies. (zie noot 55)

c. Internationale context

In de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) over hulp bij zelfdoding spelen twee grondrechten de hoofdrol: het recht op leven (artikel 2 EVRM) (zie noot 56) en het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 EVRM). (zie noot 57) Uit de rechtspraak kan worden afgeleid dat uit het recht op leven in artikel 2 EVRM geen positieve verplichting van de Staat kan worden afgeleid om hulp bij levensbeëindiging toe te staan. Daarmee wordt de verdragsstaten echter niet het recht ontzegd om hulp bij zelfdoding onder voorwaarden te legaliseren. Uit de rechtspraak van het EHRM volgt dat beperkingen om bewust een einde te maken aan het leven onder omstandigheden binnen de reikwijdte van het recht op eerbiediging van het privéleven kunnen vallen. (zie noot 58) In dat verband wordt door het EHRM grote waarde toegekend aan de persoonlijke autonomie (zelfbeschikking).

Het EHRM laat de nationale autoriteiten de keuze om hulp bij zelfdoding al dan niet te legaliseren. Regelgeving die hulp bij zelfdoding verbiedt of aan stringente voorwaarden onderwerpt, acht het Hof in beginsel gerechtvaardigd omdat deze een gewichtig en legitiem doel dienen, namelijk het beschermen van een ieder tegen overhaaste beslissingen en misbruik en in het bijzonder personen die hiertoe geen geïnformeerde keuze kunnen maken. Staten die hulp bij zelfdoding legaliseren dienen hierover zelf richtlijnen op te stellen, waarbij het Hof zich niet uitlaat over de inhoud van dergelijke richtlijnen. Wel blijkt uit de rechtspraak dat richtlijnen in het kader van hulp bij zelfdoding voldoende voorzienbaar en duidelijk toepasbaar moeten zijn. (zie noot 59) Dit betekent mogelijk ook dat waarborgen bij voorkeur in door de overheid goedgekeurde richtlijnen moeten zijn vastgelegd en niet enkel in niet-bindende richtlijnen van medisch-ethische of beroepsorganisaties. (zie noot 60)

De bescherming van zwakke en kwetsbare personen tegen levensbeneming is daarbij tevens een belangrijk uitgangspunt. (zie noot 61) Op grond van artikel 2 EVRM hebben staten immers ook de verplichting om procedures op te stellen die garanderen dat de beslissing een einde aan het leven te maken voortkomt uit de vrije wil van de persoon in kwestie. (zie noot 62) De rechtspraak laat zien dat het Hof grote waarde hecht aan waarborgen in dit verband, zoals waarborgen om vast te stellen of een persoon daadwerkelijk in staat is een bewuste en geïnformeerde keuze te maken over de beëindiging van zijn leven en of de beslissing uit vrije wil en niet onder druk wordt genomen. (zie noot 63)

Op basis van de rechtspraak van het Hof kan worden geconcludeerd dat een wetsvoorstel als

het onderhavige niet per definitie onverenigbaar is met de uit het EVRM voortvloeiende rechten en plichten. (zie noot 64) Volgens sommigen kan uit de rechtspraak worden afgeleid dat het Hof zich geleidelijk beweegt in de richting van acceptatie van een recht onder artikel 8 EVRM om het leven op een zelfbepaald moment en op eigen voorwaarden te beëindigen. (zie noot 65) Dat betekent echter niet dat uit artikel 8 EVRM een verplichting voor de overheid voortvloeit om een gekozen levensbeëindiging ook te faciliteren. (zie noot 66) Wel vloeit uit het recht op leven zoals vervat in artikel 2 EVRM de verplichting voor de overheid voort om zwakke en kwetsbare personen te beschermen en misbruik van een regeling als voorgesteld te voorkomen. Dat vereist gedegen waarborgen.

Dit wordt ook onderkend in een recente uitspraak van het Duitse Bundesverfassungsgericht (hierna: BVerfG), (zie noot 67) waarin het BVerfG grote waarde toekent aan de persoonlijke autonomie en het daaruit voortvloeiende recht om zelf te bepalen hoe en wanneer men, eventueel met hulp van derden, een einde aan het leven wenst te maken. (zie noot 68) De keuze hoe en wanneer het leven voortijdig te beëindigen is volgens het BVerfG een volledig autonome beslissing. De strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in het Duitse wetboek van strafrecht is daarmee niet verenigbaar, zo oordeelt het BVerfG. Dat neemt echter niet weg dat wel procedurele voorwaarden mogen worden gesteld aan hulp bij zelfdoding om zwakke en kwetsbare personen te beschermen, bijvoorbeeld in het kader van de vaststelling of de beslissing van het individu om zijn leven te willen beëindigen oprecht en definitief is. Ook betekent het recht op een zelfbepaald levenseinde niet dat de wetgever geen maatregelen mag nemen om zelfdoding te voorkomen, zoals het uitbreiden van palliatieve zorg en het bestrijden van gevaren voortkomend uit negatieve levensomstandigheden.

5. Autonomie en de beschermwaardigheid van het leven

Het voorliggende wetsvoorstel is gebaseerd op een afweging van onder meer de beginselen van de beschermwaardigheid van het leven, barmhartigheid, zelfbeschikking en autonomie, zo stelt de toelichting. (zie noot 69) Als principieel uitgangspunt van het wetsvoorstel wordt genoemd de vrijheid van eenieder om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten. Voor de initiatiefneemster omvat dat ook het recht om beslissingen te kunnen nemen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde. (zie noot 70)

Deze zelfbeschikking of autonomie is volgens de initiatiefneemster in het geding waar het ouderen betreft die te maken hebben met 'voltooid leven'-problematiek, aangezien zij onder de huidige wetgeving niet op legale wijze middelen kunnen verkrijgen die leiden tot een zachte dood, en anderen niet kunnen vragen hen hierbij te helpen. De initiatiefneemster acht het onwenselijk dat ouderen de regie over het laatste hoofdstuk van hun leven verliezen en er soms toe worden gedwongen om de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de opgebouwde eigen identiteit. (zie noot 71) Daarom beoogt het wetsvoorstel de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding in het geval van 'voltooid leven' te verruimen.

Zelfbeschikking en autonomie zijn volgens de initiatiefneemster echter geen absolute beginselen en hulp bij zelfdoding is evenmin een opeisbaar recht waaraan anderen verplicht zijn tegemoet te komen. (zie noot 72) Omdat voor waardig sterven in de context van dit wetsvoorstel een beroep op anderen en de samenleving in brede zin wordt gedaan, ziet de initiatiefneemster autonomie als een sociaal of relationeel gegeven: "Niet alleen de ideeën en inzichten die iemand heeft over een goede kwaliteit van leven of een waardig levenseinde komen tot stand in dialoog met iemands sociale omgeving, ook de uitvoering vindt altijd plaats in verbondenheid met anderen. In nagenoeg ieders levensverhaal spelen familie, geliefden, collega's en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol". (zie noot 73)

Wat betreft het spanningsveld tussen zelfbeschikking en de bescherming van het leven merkt de initiatiefneemster op dat dit niet te sterk moet worden aangezet. Beide beginselen geven immers uitdrukking aan het alomvattende idee van menselijke waardigheid, zo stelt de toelichting. (zie noot 74) Met het toenmalige kabinet deelt initiatiefneemster de opvatting dat er situaties zijn waarin "de rationale van de beschermwaardigheid van het leven" onder druk komt te staan, namelijk wanneer mensen geen levensperspectief meer hebben en als gevolg daarvan een persistente, actieve stervenswens hebben ontwikkeld. (zie noot 75) Wanneer een dergelijke stervenswens uit vrije wilsvorming is ontstaan, duurzaam en weloverwogen is, zou volgens de initiatiefneemster de bescherming van het leven ook moeten kunnen wijken voor de wens om het leven waardig af te sluiten. (zie noot 76)

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

In het licht van de plicht van de overheid om burgers te beschermen tegen onvrijwillige, overhaaste of onvoldoende geïnformeerde beslissingen over het levenseinde, is de Afdeling van oordeel dat voor levensbeëindiging op verzoek zodanige waarborgen in het leven moeten worden geroepen dat voorkomen wordt dat mensen uit het leven stappen, terwijl niet zeker is of zij dat werkelijk willen, niet zeker is of hun doodswens stabiel en coherent is, en niet vaststaat of die wens is ingegeven of verband houdt met medische problemen dan wel oplosbare problematiek van geheel andere aard, zoals financiële problemen. De vraag rijst of de voorgestelde zorgvuldigheidseisen mede gelet op de beschermingsplicht van de overheid op grond van artikel 2 EVRM, toereikend zijn.

6. Zorgvuldigheidseisen

Uit de toelichting blijkt dat de initiatiefneemster zoveel mogelijk heeft aangesloten bij de zorgvuldigheidseisen zoals deze zijn geformuleerd in de WTL en nader zijn ingevuld in de euthanasiepraktijk. (zie noot 77) Deze wet en de daaruit voortvloeiende euthanasiepraktijk, waarin procedurele en materiële waarborgen een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding, gelden als zorgvuldig.

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

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

a. *Vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek*

Eén van de kerncriteria in het onderhavige wetsvoorstel behelst dat de levenseindebegeleider de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, waarbij ten minste twee maanden zijn verstreken tussen twee opeenvolgende gesprekken met de oudere. Volgens de toelichting impliceert dit dat het verzoek zonder druk van buitenaf (zie noot 78) tot stand is gekomen, dat de stervenswens gedurende een zekere periode aanwezig is en deze tevens goed doordacht dient te zijn. (zie noot 79) Het wetsvoorstel geeft hieraan meer concreet invulling door te eisen dat tussen twee opeenvolgende indringende gesprekken ten minste twee maanden verstreken moet zijn. (zie noot 80)

Uit het Perspectief-onderzoek blijkt dat de doodswens van ouderen die hun leven als 'voltooid' beschouwen veranderlijk is en sterk situatie- en contextgebonden. De wens speelt niet continu en weegt niet altijd even zwaar. Uit het longitudinale onderzoek blijkt tevens dat een hernieuwde ervaring van verbinding cruciaal is in de levens van ouderen bij wie de doodswens verminderde, of zelfs verdween. (zie noot 81)

In het licht hiervan dient naar het oordeel van de Afdeling zekerheid te worden verkregen dat de stervenswens stabiel en coherent is, en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Als zeker is dat aan deze eisen voor de stervenswens is voldaan, dan mag als aannemelijk worden verondersteld dat, in vergelijking met de WTL, de oudere ook uitzichtloos en ondraaglijk lijdt aan het leven.

Termijn van twee maanden

De termijn van twee maanden dient om het duurzame en weloverwogen karakter van de stervenswens te kunnen vaststellen. (zie noot 82) Voor zover ervoor wordt gekozen om een termijn te stellen ten behoeve van het vaststellen van het duurzame en weloverwogen karakter van het verzoek, dient deze termijn naar het oordeel van de Afdeling, mede in het licht van de uitkomsten van het Perspectief-onderzoek, een zodanige duur te hebben dat na afloop daarvan gesteld kan worden dat de wens tot sterven stabiel en coherent is, en de overhand heeft ten opzichte van andere hulpvragen. Daarover zou zekerheid moeten worden verkregen. In het licht hiervan is de Afdeling van oordeel dat een interval van twee maanden tussen twee opeenvolgende gesprekken in ieder geval niet voldoet.

Toets weloverwogen verzoek

De Afdeling merkt op dat ten aanzien van het vereiste weloverwogen karakter van het verzoek in het kader van de WTL wordt gesteld dat de patiënt volledig inzicht moet hebben in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, de prognose en de behandelmogelijkheden. (zie noot 83) Bij 'lijden aan het leven' is in het algemeen sprake van complexe problematiek die niet primair van medische aard is, maar waarbij klachten met een medische grondslag evenmin uitgesloten zijn. (zie noot 84) Naar analogie van de WTL zou de oudere voor een weloverwogen verzoek dan ook volledig inzicht dienen te hebben in de oorzaken van het lijden en de (on)mogelijkheid van het verminderen of wegnemen daarvan. Voor zover het lijden tevens voortvloeit uit medische klachten, zou de oudere daarnaast op de hoogte moeten zijn van de beschikbare (medische) behandelmogelijkheden.

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

b. Wenselijkheid andere hulp gericht op achtergrond van het verzoek

Mede in het licht van het voorgaande wijst de Afdeling tevens op de samenhang met de zorgvuldigheidseis dat de levenseindebegeleider met de oudere tot de overtuiging moet zijn

gekomen dat andere hulp gericht op de achtergrond van het verzoek niet gewenst is. (zie noot 85) Uit de toelichting blijkt dat de levenseindebegeleider, in overleg met de oudere, dient te onderzoeken of mogelijk nog een nieuw perspectief kan worden geboden. Het is immers mogelijk dat de oudere het leven zoals hij of zij dat nu leeft als ondraaglijk ervaart, maar het leven weer de moeite waard vindt als bepaalde hulp of zingeving wordt geboden, zo stelt de toelichting. De levenseindebegeleider zal daarom onderzoeken welke factoren bijdragen aan de stervenswens, en nagaan in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden. (zie noot 86)

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

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

c. Rol van de arts

Het Perspectief-onderzoek laat zien dat een breed spectrum aan oorzaken ten grondslag kan liggen aan de stervenswens. Zoals eerder opgemerkt, kunnen daarbij ook medische factoren een (versterkende) rol spelen. (zie noot 87) De Afdeling is van oordeel dat dit gegeven pleit voor de verplichte betrokkenheid van een arts in het proces. (zie noot 88) Zij acht deze betrokkenheid op een drietal punten van toegevoegde waarde.

i. Identificeren van mogelijke medische achtergrond van het verzoek

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

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

ii. Waarborgen voor zorgvuldige uitvoering

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

iii. Samenloop met WTL voorkomen

Tot slot acht de Afdeling de betrokkenheid van een arts nodig om het verzoek tot hulp bij

zelfdoding in voorkomende gevallen alsnog in het licht van de WTL te beoordelen. In dit verband wijst zij ook meer in algemene zin op de overlap tussen de WTL en het voorliggende wetsvoorstel.

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

De toelichting onderkent dat er samenloop tussen de twee wetten en de procedures op grond daarvan zal zijn, maar volgens de initiatiefneemster ligt het voor de hand dat wanneer sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een overwegend medische grondslag, gebruik gemaakt zal worden van de WTL. (zie noot 89) De groep van 75 jaar en ouder kan echter ook een beroep doen op het voorliggende wetsvoorstel. De inhoudelijke en procedurele drempel voor hulp bij zelfdoding in dit wetsvoorstel is minder hoog, aangezien de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en de overwegend medische grondslag daarvan niet beoordeeld hoeven te worden. (zie noot 90) Het voorliggende wetsvoorstel bevat bovendien geen (procedurele) waarborgen om dit te garanderen en bovengenoemde samenloop te voorkomen.

De Afdeling acht het behoud van de zorgvuldige en transparante praktijk die op grond van de WTL is ontstaan van wezenlijk belang (zie noot 91) en adviseert daarom alsnog in de nodige waarborgen te voorzien door de arts een verplichte rol te geven in het onderhavige wetsvoorstel.

7. Doelgroep van het wetsvoorstel

Het wetsvoorstel hanteert een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder. (zie noot 92) Volgens de initiatiefneemster is de kans groot dat ouderen die deze leeftijd hebben bereikt, gedurende hun leven voor lastige beslissingen, onverwachte mogelijkheden en drastische wendingen hebben gestaan. De initiatiefneemster acht dit anders bij pubers, adolescenten, dertigers, 'mid-lifers' en zelfs bij de jongere pensionado's. Zij hebben nog een relatief lang levensperspectief, waarin problematische omstandigheden nog een wending ten goede kunnen nemen. De kans daarop wordt met het klimmen der jaren echter kleiner. De initiatiefneemster verwacht dat ouderen die deze leeftijd hebben bereikt in het algemeen, door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter in staat zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is. Bovendien gaat de initiatiefneemster ervan uit dat de factoren die beïnvloeden dat mensen hun leven als 'voltooid' kunnen gaan zien, vanaf 75 jaar een grotere rol gaan spelen. (zie noot 93)

Het Perspectief-onderzoek laat zien dat een persisterende en actieve wens tot levensbeëindiging zich niet alleen voordoet bij ouderen vanaf 75 jaar, maar juist in grote meerderheid in de leeftijdscategorie van 55 tot 75 jaar. Twee-derde van die groep 55 tot 75-jarigen wil bovendien zonder hulp van een ander, op een zelfgekozen moment een einde aan het leven maken. Zij willen daartoe zelf beschikken over passende middelen. De KNMG merkt op dat er vanuit medisch en psychologisch oogpunt geen redenen zijn om de stervenswens van 75-plussers anders te behandelen dan die van jongeren. (zie noot 94)

In het kwantitatieve Perspectief-onderzoek had slechts een beperkt deel van de groep ouderen van 75 jaar en ouder (naar schatting circa 1700 personen) een persisterende en actieve wens tot levensbeëindiging. (zie noot 95) Niet valt uit te sluiten dat een deel van deze

groep (tevens) een beroep zou kunnen doen op de WTL, bijvoorbeeld vanwege een stapeling van ouderdomsklachten. (zie noot 96) Dit is echter niet nader kwalitatief onderzocht in het Perspectief-onderzoek. Daarnaast moet worden opgemerkt dat de discussie over de precieze reikwijdte van de WTL nog gaande is en de toepassing van de in de wet geformuleerde zorgvuldigheidscriteria onderwerp is van interpretatie. Wat als ziekte wordt gezien en wat niet, blijkt bovendien in zekere zin een arbitraire grens, zo wordt ook in het Perspectief-onderzoek geconcludeerd. (zie noot 97)

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

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

8. De levenseindebegeleider

a. Opleiding tot levenseindebegeleider

De levenseindebegeleider dient een opleiding daartoe te hebben afgerond alvorens deze wordt ingeschreven in het register voor levenseindebegeleiders. Tot de opleiding voor levenseindebegeleider worden alleen artsen, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten toegelaten. (zie noot 98)

Volgens de initiatiefneemster zal de opleiding tot levenseindebegeleider betrekking hebben op de naleving van de zorgvuldigheidseisen en op andere wettelijke taken en verplichtingen van de levenseindebegeleider. Bij algemene maatregel van bestuur zullen nadere eisen worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling die deze opleiding aanbiedt. (zie noot 99) De precieze inhoud van de opleiding (het curriculum) zal vastgesteld worden door de relevante beroepsgroepen. Bij de opzet van het curriculum kan er rekening mee worden gehouden dat de deelnemers reeds vanuit hun initiële opleiding en beroepservaring bekend kunnen zijn met verschillende onderdelen van het curriculum. (zie noot 100)

De Afdeling merkt op dat daarmee thans echter nog onduidelijkheid bestaat over de totstandkoming, inrichting en vormgeving van de opleiding, en daarmee over de kwaliteit van de levenseindebegeleiders. De toelichting onderkent wel dat het curriculum er voor de verschillende beroepsgroepen die kunnen worden toegelaten tot de opleiding verschillend uit kan komen te zien. (zie noot 101) Dit zal echter verschillende gevolgen hebben voor de duur en inrichting, alsmede voor de bekostiging van de opleiding van de deelnemers. De toelichting geeft bovendien nog geen uitsluitel over de partijen die betrokken zullen moeten worden bij de totstandkoming van de inhoud van de opleiding. Weliswaar doet initiatiefneemster een aantal suggesties, zoals de diverse beroepsgroepen, het Expertisecentrum Euthanasie en de Universiteit voor Humanistiek, maar uit de toelichting blijkt niet of deze partijen daartoe bereid zijn en dat uitvoerbaar achten. Dat is van belang, omdat bijvoorbeeld de KNMG zich terughoudend opstelt waar het gaat om de betrokkenheid van artsen bij levenseindebegeleiding. (zie noot 102)

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

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

b. Reikwijdte van de Wet BIG

De initiatiefneemster heeft ervoor gekozen om voor de uitvoering van het wetsvoorstel in belangrijke mate aan te sluiten bij de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Voorgesteld wordt dat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar wordt in de zin van de Wet BIG. (zie noot 103) De levenseindebegeleider wordt ingeschreven in een beroepsregister, dient een aangewezen opleiding te hebben gevolgd en komt onder het medisch tuchtrecht te vallen. (zie noot 104)

De Afdeling wijst erop dat de Wet BIG thans van toepassing is als er sprake is van individuele gezondheidszorg. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, waaronder geneeskunst. (zie noot 105) Daarnaast is een aantal handelingen ten aanzien van de overledene onder de Wet BIG gebracht. (zie noot 106) Levenseindebegeleiding valt niet zonder meer binnen deze reikwijdte van de Wet BIG. De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan en zo nodig het voorstel aan te passen.

c. Toetsing handelen levenseindebegeleider

De procedure voor toetsing van het handelen van de levenseindebegeleider is eveneens vormgegeven naar analogie van de toetsing van het handelen van de arts in geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van de WTL. Dit betekent dat een regionale toetsingscommissie zal beoordelen of de stervenshulp volgens de regels van de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek is uitgevoerd. (zie noot 107) Als deze tot het oordeel komt dat er sprake is van onzorgvuldig handelen wordt daarvan, naar analogie van de WTL, melding gedaan aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Vervolgens kan het OM tot strafvervolging overgaan, of de IGJ kan een tuchtklacht indienen bij het medisch tuchtcollege. (zie noot 108)

De Afdeling wijst in dit verband op een recente uitspraak van de Hoge Raad, waarin de Hoge Raad ingaat op het onderscheid tussen situaties waarin toetsing aan het tuchtrecht, dan wel strafvervolging de meest aangewezen reactie is op een mogelijk geval van onzorgvuldig medisch handelen in het kader van de WTL. (zie noot 109) Daarbij overwoog de Hoge Raad dat "de omstandigheid dat ieder medisch handelen van een arts, dus ook zijn handelingen in het kader van levensbeëindiging op verzoek, aan het medisch tuchtrecht is onderworpen, meebrengt dat strafvervolging niet steeds de meest aangewezen reactie is op een mogelijk geval van onzorgvuldig medisch handelen in het kader van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts". (zie noot 110)

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

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

9. Verstrekking van de middelen voor levensbeëindiging

Het wetsvoorstel regelt dat de levenseindebegeleider de middelen voor levensbeëindiging niet eerder aan de oudere verstrekt dan op het vastgestelde tijdstip. (zie noot 111) Het voorstel regelt evenwel niet op welk moment de apotheker de middelen verstrekt aan de levenseindebegeleider. Dit maakt het mogelijk dat de levenseindebegeleider de middelen al enige tijd in bezit heeft voordat deze op het vastgestelde tijdstip aan de oudere worden verstrekt, waarmee de risico's op onjuist gebruik of misbruik worden vergroot.

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

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

De vice-president van de Raad van State

Voetnoten

- (1) Artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht.
- (2) Zie voorgesteld artikel 2 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.
- (3) Voorgesteld artikel 33g t/m 33j Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- (4) Voorgesteld artikel 3 t/m 5 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.
- (5) Voorgesteld artikel 6 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.
- (6) Voorgesteld artikel 7a Wet op de lijkbezorging.
- (7) Voorgesteld artikel 10, tweede lid, Wet op de lijkbezorging.
- (8) Voorgesteld hoofdstuk 4 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.
- (9) Voorgestelde artikelen 33i en 33j Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- (10) Zie hiervoor de voorgestelde wijzigingen van artikel 3, eerste lid, en 47, tweede lid, Wet BIG.
- (11) Voorgesteld artikel 5, tweede lid, Opiumwet.
- (12) Voorgesteld artikel 33i Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- (13) Voorgesteld artikel 33i, eerste lid, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- (14) Artikelsgewijze toelichting voorgesteld artikel 33i Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- (15) Memorie van toelichting, paragraaf 1.
- (16) Memorie van toelichting, paragraaf 1.
- (17) Zie E. van Wijngaarden e.a., Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers (Den Haag: ZonMw 2020).
- (18) Idem, paragraaf 7.3.
- (19) Zie ook P. Schnabel e.a., Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten, Den Haag januari 2016, paragraaf 2.2.
- (20) Zie hierover nader punt 4b van dit advies.
- (21) Artikel 293, eerste lid, en artikel 294, eerste lid, Wetboek van Strafrecht.
- (22) Artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging.
- (23) Artikel 293, tweede lid, en artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht.
- (24) Artikel 2, eerste lid, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
- (25) P. Schnabel e.a., Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten, Den

Haag januari 2016, p. 55.

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

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

(28) Kamerstukken II 1998/99, 26691, nr. 3, p. 8-9; Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, beschikbaar via <<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>>, p. 20.

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

(30) Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, versie 2020, beschikbaar via <<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>>, p. 46-47.

(31) Zie HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 en HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713.

(32) Kamerstukken II 1998/99, 26691, nr. 3, p. 9; Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, versie 2020, beschikbaar via <<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>>, p. 21.

(33) Idem.

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

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

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

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

(38) Zie bijvoorbeeld Kamerstukken I 2000/01, 26691, nr. 137b, p. 32-34.

(39) KNMG, De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, 2011, beschikbaar via <<https://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde>>, p. 23.

(40) Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, versie 2020, beschikbaar via

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

(41) Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, versie 2020, beschikbaar via

<<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>>, p. 24-25.

(42) Idem.

(43) Idem, p. 26.

- (44) Idem, p. 27. Zie ook artikel 2, eerste lid, onder d, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
- (45) Tot 4 september 2019 de Levenseindekliniek geheten.
- (46) E. van Wijngaarden e.a., Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers (Den Haag: ZonMw 2020), p. 67 (tabel 5.7) en p. 68-69.
- (47) E. van Wijngaarden e.a., Het Perspectief-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers (Den Haag: ZonMw 2020). De hoofdvraag van het onderzoek luidde: Hoe groot is de groep ouderen (van 55 jaar en ouder) die een persisterende (al dan niet actieve) doodswens hebben, die buiten de WTL lijkt te vallen omdat hun lijden geen of niet voldoende medische grondslag heeft? Wat is de aard van deze doodswens? Wat zijn kenmerken, omstandigheden en ervaringen die een rol spelen bij een dergelijke doodswens en wat is het verschil met andere groepen waar geen sprake is van een dergelijke doodswens? Zie paragraaf. 1.2.
- (48) Idem, paragraaf 12.1.
- (49) Deze term wordt gehanteerd in het Perspectief-onderzoek. In dit onderzoek is de 'sociale klasse' gebaseerd op de hoogst voltooide opleiding en het beroep van de hoofdkostwinner. Zie o.a. noot 4 bij tabel 6.1.
- (50) Idem, paragraaf 12.2.
- (51) Idem, hoofdstuk 11.
- (52) Idem, paragraaf 12.1.5.
- (53) Idem, paragraaf 2.2.
- (54) Idem, paragraaf 12.2.
- (55) Idem, paragraaf 12.3.
- (56) Blijkens artikel 15 EVRM is het recht op leven een zogenoemd non-derogatoir recht.
- (57) Zie EHRM 14 mei 2013, Gross t. Zwitserland, nr. 67810/10; EHRM 20 januari 2011, Haas t. Zwitserland, nr. 31322/07; EHRM 29 april 2002, Pretty t. Verenigd Koninkrijk, nr. 2346/03.
- (58) EHRM 29 april 2002, Pretty t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 2346/02, par. 67; EHRM 20 januari 2011, Haas t. Zwitserland, nr. 31322/07, par. 51; EHRM 14 mei 2013, Gross t. Zwitserland, 67810/10, paragraaf 59.
- (59) Zie in het bijzonder EHRM 14 mei 2013, Gross t. Zwitserland, nr. 67810/10.
- (60) EHRM 14 mei 2013, Gross t. Zwitserland, nr. 67810/10, paragraaf 65.
- (61) Zie in dat verband ook EHRM 28 maart 2017, Fernandes de Oliveira t. Portugal, nr. 78103/14, JGZ 2018/1, m.nt. J.J. de Jong. Hierin oordeelde het EHRM dat in het licht van het recht op leven in artikel 2 EVRM door de autoriteiten onvoldoende was gedaan om een suïcidepoging van een kwetsbaar persoon, in dit geval een psychiatrisch patiënt, te voorkomen. Zie ook de conclusie van PG Silvis in de zaak over euthanasietoepassing op een patiënte met vergevorderde dementie (HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712), 17 december 2019, ECLI:NL:PHR:2019:1338, paragraaf 4.13.
- (62) EHRM 20 januari 2011, Haas t. Zwitserland, nr. 31322/07, paragraaf 54.
- (63) Zie bijvoorbeeld het voorschrift dat het uitschrijven van een doktersrecept enkel plaatsvindt na een psychiatrische beoordeling: EHRM 20 januari 2011, Haas t. Zwitserland, nr. 31322/07.
- (64) Zie ook de noot van Gerards en Janssen bij EHRM 29 april 2002, Pretty t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 2346/02, EHRC 2002/47 en G.A. den Hartogh, "Het Europese Hof over hulp bij suïcide", *Ars Aequi*, 52 (2003), p. 96.
- (65) S. Brown, "Gross v. Switzerland and Right to Die Jurisprudence in the European Court of Human Rights", *Chi.-Kent J. Int'l & Comp. Law*, vol. 14, no. 2 (2014), p. 1.
- (66) Zie in het bijzonder EHRM 20 januari 2011, Haas t. Zwitserland, nr. 31322/07. Andere

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

(67) Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020,

ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715, in het bijzonder paragraaf 302-305.

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

(69) Memorie van toelichting, hoofdstuk 3.

(70) Idem, paragraaf 3.3.

(71) Idem.

(72) Idem.

(73) Idem.

(74) Idem.

(75) Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 55.

(76) Memorie van toelichting, paragraaf 3.1.

(77) Idem, hoofdstuk 6.

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

(79) Memorie van toelichting, artikelsgewijze toelichting, artikel 2, onderdeel c.

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

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

(82) Memorie van toelichting, artikelsgewijze toelichting, artikel 2, onderdeel d.

(83) Zie de memorie van toelichting bij de WTL, Kamerstukken II 1998/99, 26691, nr. 3, p. 9. Zie ook Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, EuthanasieCode 2018. De toetsingspraktijk toegelicht, beschikbaar via

<<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2018>>, p. 21.

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

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

(86) Memorie van toelichting, paragraaf 4.4.

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

paragraaf 7.3,

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

(89) Memorie van toelichting, hoofdstuk 6.

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

(91) Een dergelijke lichtere toetsing wordt ook opgemerkt door artsenfederatie KNMG, die als gevolg daarvan uitholling van de huidige euthanasiepraktijk vreest. Zie R.A.C.L. Héman e.a., artsenfederatie KNMG bij 'Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven', 29 maart 2017, p. 19-22.

(92) Zie voorgesteld artikel 1, Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

(93) Memorie van toelichting, paragraaf 4.2.

(94) Zie R.A.C.L. Héman e.a., artsenfederatie KNMG bij 'Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven', 29 maart 2017, p. 20-21.

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

(96) Idem, paragraaf 2.2.

(97) Idem.

(98) Voorgesteld artikel 33i, tweede lid, Wet BIG.

(99) Voorgesteld artikel 33i, eerste lid, Wet BIG.

(100) Memorie van toelichting, paragraaf 4.3.

(101) Idem.

(102) Idem, paragraaf 2.5.

(103) Voorgesteld artikel 15 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

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

(105) Artikel 1, vijfde opsommingsteken, Wet BIG. Zie voor de definitie van geneeskunst: artikel 1, vierde opsommingsteken, Wet BIG.

(106) Artikel 4, vierde opsommingsteken, onderdeel f, Wet BIG.

(107) Voorgesteld hoofdstuk 4 Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

(108) Voorgesteld artikel 9, derde lid, onder a, jo artikel 65, eerste lid, onder d, Wet BIG.

(109) HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712.

(110) Idem, r.o. 4.11.3.

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

Gehele tekst ontwerpregeling met toelichting