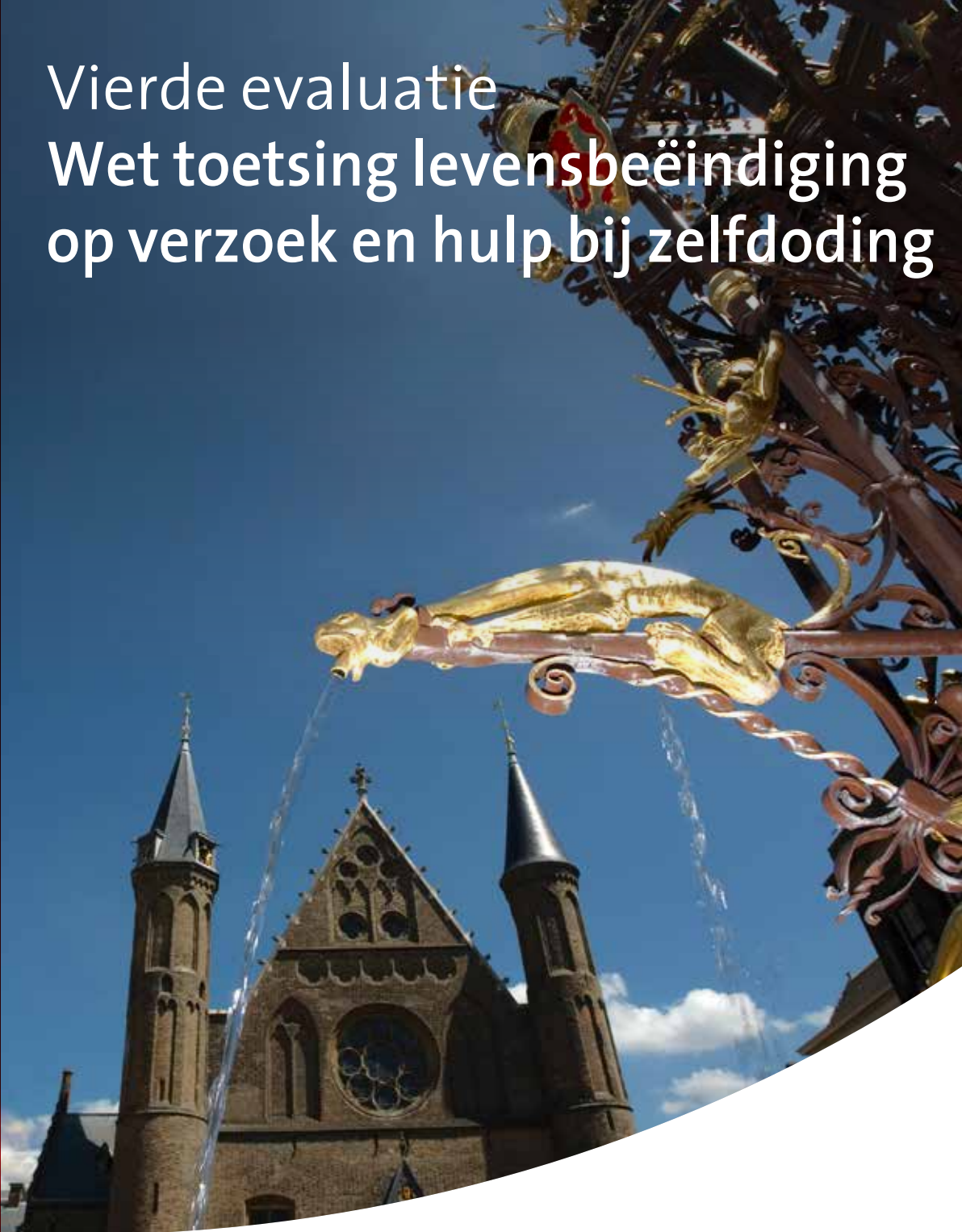


Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding



In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
- 29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
- 30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 31 Sterfgevallenonderzoek 2010
- 32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
- 35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
- 36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 38 Thematische Wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg
- 39 Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg
- 40 Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Vierde evaluatie

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Agnes van der Heide ¹

Johan Legemaate ²

Bregje Onwuteaka-Philipsen ³

Fenne Bosma ¹

Hans van Delden ⁴

Paul Mevis ⁵

Kelly Mink ⁴

Roeline Pasman ³

Liselotte Postma ⁵

Sophie Renckens ³

Ghislaine van Thiel ⁴

Suzanne van de Vathorst ⁶

1 Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam

2 Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC

3 Afdeling Public and Occupational Health, Amsterdam UMC

4 Afdeling Bioethics and Health Humanities, Julius Centrum, UMC Utrecht

5 Departement Law, Society & Crime, Erasmus School of Law, Erasmus
Universiteit Rotterdam

6 Afdeling Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Erasmus MC

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via er@zonmw.nl.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 5111

F 070 349 5100

www.zonmw.nl

150/05/2023/Jeugd, ISBN 978 90 5763 165 8

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Oirschot

(T 06 5534 7977, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam

(T 06 1735 6488, info@katjahilberg.nl)

Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer

(T 079 362 3612, info@schultenprint.nl)



De gebruiker mag het werk kopiëren, verspreiden en doorgeven, dan wel remixen (afgeleide werken maken), onder de volgende voorwaarden: *Naamsvermelding* (de gebruiker dient bij het werk de door de maker of de licentiegever aangegeven naam te vermelden, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat zij daarmee instemmen met uw werk of uw gebruik van het werk), *Niet-commercieel* (de gebruiker mag het werk niet voor commerciële doeleinden gebruiken) en *Gelijk delen* (indien de gebruiker het werk bewerkt kan het daaruit ontstane werk uitsluitend krachtens dezelfde licentie als de onderhavige licentie of een gelijksoortige licentie worden verspreid) *met inachtneming van*: afstandname van rechten (de gebruiker mag afstand doen van een of meerdere van deze voorwaarden met voorafgaande toestemming van de rechthebbende), publiek domein (indien het werk of een van de elementen in het werk zich in het publieke domein onder toepasselijke wetgeving bevinden, dan is die status op geen enkele wijze beïnvloed door de licentie), overige rechten (onder geen beding worden volgende rechten door de licentie-overeenkomst in het gedrang gebracht: (i) het voorgaande laat de wettelijke beperkingen op de intellectuele eigendomsrechten onverlet; (ii) de morele rechten van de auteur en (iii) de rechten van anderen, ofwel op het werk zelf ofwel op de wijze waarop het werk wordt gebruikt, zoals het portretrecht of het recht op privacy). *Let op*: Bij hergebruik of verspreiding dient de gebruiker de licentievoorwaarden van dit werk kenbaar te maken aan derden.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	7
Dankwoord	9
Leeswijzer	11
Samenvatting	15
Summary	23
1 Achtergrond en opzet van het onderzoek	31
1.1 Inleiding	31
1.2 Doelstelling en opzet van het onderzoek	32
1.3 Opzet van dit rapport	37
2 Juridische ontwikkelingen	39
2.1 Inleiding	39
2.2 Hoofdpijnen van de wet en enkele algemene ontwikkelingen	40
2.3 Specifieke thema's	51
2.4 Het systeem van toetsing: Rte's, IGJ en OM; tuchtrecht(er) en strafrecht(er); onderlinge verhoudingen	68
2.5 Wetgevingsontwikkelingen in andere landen	77
2.6 Ruimere mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding?	87
2.7 Slot	99
3 De praktijk van euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere medische beslissingen rond het levenseinde	101
3.1 Inleiding	101
3.2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding	103
3.3 Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek	112
3.4 Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding	115

3.5	Afzien van levensverlengende behandeling	118
3.6	Palliatieve sedatie	121
3.7	Het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging en symptoombestrijding	124
3.8	COVID-19 en medische beslissingen rond het levenseinde	126
3.9	Levensbeëindiging door de patiënt zelf	130
3.10	Slot	132
4	Ervaringen en opvattingen van artsen	135
4.1	Inleiding	135
4.2	Ervaringen met euthanasie	136
4.3	Verzoeken vanuit verschillende groepen	145
4.4	Ervaringen met druk	153
4.5	Ervaringen met het Expertisecentrum Euthanasie	155
4.6	Slot	160
5	Melden van euthanasie en hulp bij zelfdoding	161
5.1	Inleiding	161
5.2	Aantallen gemelde gevallen en meldingspercentage	161
5.3	Melden en niet melden	165
5.4	Ervaringen van artsen met melding en toetsing	167
5.5	Slot	170
6	De praktijk van toetsing	173
6.1	Inleiding	173
6.2	De werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie	174
6.3	Beoordeling van de zorgvuldigheidseisen bij meldingen in bijzondere categorieën	179
6.4	Oordelen 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' in de periode 2017-2022	202
6.5	Ervaringen en opvattingen binnen de toetsingscommissies	213
7	Ervaringen en opvattingen van burgers	221
7.1	Inleiding	221
7.2	Kennis van Nederlandse burgers over euthanasie en hulp bij zelfdoding	223
7.3	Opvattingen en ervaringen van Nederlandse burgers met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding	225
7.4	Opvattingen van Nederlandse burgers over specifieke aspecten van de Wtl	226
7.5	Proactieve zorgplanning	235
7.6	Informatie over het levenseinde voor ouderen met een moslimachtergrond	241
7.7	Slot	244
8	Barmhartigheid en autonomie	247
8.1	Inleiding	247
8.2	Opvattingen van burgers over barmhartigheid en autonomie	250
8.3	Opvattingen van artsen over barmhartigheid en autonomie	258
8.4	Opvattingen over en interpretaties van barmhartigheid en autonomie van de Rte's	260

8.5	Euthanasie of hulp bij zelfdoding	265
8.6	Slot	271
9	De toekomstige regulering van levenseindevragen	275
9.1	Inleiding	275
9.2	Eerdere ontwikkelingen	276
9.3	Mogelijke scenario's voor toekomstige levenseinderegulering	279
9.4	Slot	284
10	Conclusies en aanbevelingen	285
10.1	Inleiding	285
10.2	Algemene conclusies	287
10.3	De praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde	288
10.4	Kennis en opvattingen van burgers	292
10.5	De stijgende frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie	294
10.6	Het systeem van de Wtl c.a.	296
10.7	Ontwikkelingen met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen	299
10.8	De schriftelijke wilsverklaring	301
10.9	Positie en functioneren van de Rte's	302
10.11	Toekomstige regulering	308
A	Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving	311
B	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	313
C	Onderzoeksopzet	321
D	Vragenlijst sterfgevallenonderzoek	335
E	Vragenlijst artsenonderzoek (online)	343
F	Vragenlijst leden toetsingscommissieleden	361
G	Vragenlijst publieksonderzoek	367
H	Oordeelbrief Rte's	379
I	Geïnterviewden en deelnemers aan focusgroepen	381

Woord vooraf

Voor u ligt de vierde wetsevaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl), die in 2002 in werking trad. De drie voorgaande evaluaties, onder regie van ZonMw en zijn Commissie evaluatie regelgeving, kwamen tot de conclusie, dat het doel van de wet in de praktijk wordt bereikt. De toetsing in de Wtl behelst, dat wanneer regionale toetsingscommissies de gemelde gevallen aan de zorgvuldigheidsnormen voor toepassing van euthanasie (en de zeldzamere hulp bij zelfdoding) toetsen en voldoende zorgvuldig bevinden, de inzet van het strafrecht niet meer of bij hoge uitzondering nodig zou zijn. In de tijdvakken die de voorgaande evaluaties besloegen, kwamen er inderdaad geen gevallen van euthanasie voor de strafrechter.

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 breder bij de bevolking. Heeft het functioneren van de wet zelf niet andere gevoelens, verwachtingen en wensen ten aanzien van euthanasie opgeroepen? Zijn er grenzen verlegd? De onderzoekers hebben bij deze vierde evaluatie daarom breder gekeken naar het functioneren van de wet, naar de onderstromen in de samenleving, naar de ontwikkelingen in het buitenland en met dit alles een blik in de toekomst geworpen.

Ook deze vierde evaluatie laat zien dat de wet goed functioneert en zorgvuldig wordt toegepast. Tegelijkertijd moet met de onderzoekers worden geconstateerd dat de discussies over levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding nooit zijn afgerond en er sprake is van langzaam veranderende maatschappelijke opvattingen. Deze worden bij deze evaluatie op behoedzame wijze geduid. Met het voorstel te denken in verschillende scenario's mondt deze evaluatie uit in een instrument voor nadere discussie.

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn onderwerpen die de grootst mogelijke zorgvuldigheid vragen. De begeleidingscommissie is onder de indruk van de grondige en weloverwogen wijze waarop de onderzoekers de evaluatie op dit lastige terrein hebben uitgevoerd. Uitvoerig is met verschillende gremia overlegd en breed navraag gedaan naar ervaringen. Velen hebben hun ervaringen en inzichten met de onderzoekers gedeeld. Nederland liep met de onderhavige wetgeving voorop, maar na twintig jaar valt er inmiddels lering te trekken uit de

ontwikkelingen in het buitenland. Voor de door de wetgever indertijd gekozen oplossingen blijken elders alternatieven te functioneren.

Bijzonder is nog steeds het Nederlandse evaluatieprogramma, waarmee wij ons onderscheiden. De brede opzet en de zorgvuldige wijze waarop deze evaluatie dit keer weer is uitgevoerd, maken dit rapport tot een belangrijk vertrekpunt voor verdere discussie over de toekomst van de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Rest mij de leden van de begeleidingscommissie en de secretaris te bedanken voor hun actieve rol in de begeleiding van dit onderzoek en voor hun kritische commentaar in de open uitwisseling met de onderzoekers. De commissie meent, dat het rapport dat nu voorligt, een solide basis voor reflectie en discussie over de WtI biedt, en volledig recht doet aan het doel van de wetsevaluatie. Dat zijn aanbevelingen hun weg naar de wetgever, beleidsmakers en alle betrokkenen bij de wet weten te vinden.

Prof. mr Jaap Sijmons
Voorzitter van de begeleidingscommissie

Dankwoord

Dit rapport bevat de resultaten van de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De evaluatie is uitgevoerd in een samenwerking van onderzoekers van het Erasmus MC en de Erasmus Universiteit Rotterdam, Amsterdam UMC en Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Graag danken wij alle personen en organisaties die hebben bijgedragen aan het welslagen van deze evaluatie. Zo waren ruim 1000 Nederlandse burgers, honderden artsen, leden en secretarissen van de Regionale toetsingscommissies euthanasie en andere betrokkenen bereid om vragenlijsten in te vullen of deel te nemen aan een interview over hun ervaringen met en opvattingen over (toetsing van) levenseindekwesties.

Onze dank gaat in het bijzonder uit naar de Regionale toetsingscommissies euthanasie. Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun openheid en de toegang die wij kregen tot meldingsdossiers. De onderzoekers die een aantal vergaderingen mochten bijwonen hebben daar veel aan gehad.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft, net als in eerdere jaren, de logistiek en uitvoering van het sterfgevallenonderzoek verzorgd. Wij hebben de prettige samenwerking en de zorgvuldigheid van Danny van Elswijk, Chantal Melser, Rianne Verwijs en hun collega's zeer op prijs gesteld.

In de begin- en eindfase van het onderzoek hebben wij de onderzoeksvragen en de belangrijkste conclusies en aanbevelingen besproken met een focusgroep van deskundigen en vertegenwoordigers van organisaties die bij de praktijk of regulering van levenseindekwesties in Nederland betrokken zijn: wij zijn de artsen, juristen, ethici, beleidsmakers, belangenorganisaties, burgers en patiënten die aan deze klankbordgroepsessies deelnamen zeer erkentelijk voor alle feedback.

De onderzoeksgroep heeft tijdens de uitvoering van het evaluatieonderzoek samengewerkt met een aantal stagiaires en tijdelijke medewerkers: wij danken Valerie van der Meij (Erasmus MC), Felix ter Avest, Jessa Hop en Iris Beijer Veenman (UMC Utrecht) en Hüseyin Bilgiç (Amsterdam UMC) hartelijk voor hun bijdragen.

Tot slot danken wij de begeleidingscommissie onder leiding van prof. mr. Jaap Sijmons voor haar nuttige adviezen en de boeiende discussies. Mr. Maarten Slijper was namens ZonMw een zeer behulpzame schakel tussen de begeleidingscommissie en de onderzoekers.

Namens de onderzoekers,
Agnes van der Heide

Rotterdam/Amsterdam/Utrecht, mei 2023

Leeswijzer

Woordgebruik

Hij/zij voor de gehele tekst geldt: hij = zij, zijn = haar, hem = haar, et cetera.

Afkortingen

AA	Ars aequi
ALS	Amyotrofische laterale sclerose
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CLW	Coöperatie Laatste Wil
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
DD	Delikt en Delinkwent: tijdschrift voor strafrecht
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GG	Grundgesetz
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
HR	Hoge Raad
IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (vanaf oktober 2017)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot oktober 2017)
J&V	Justitie en Veiligheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KOPPEL-studie	Kennis en Opvattingen van Publiek en Professionals over Einde Leven beslissingen - studie

LISS	Longitudinal Internet studies for the Social Sciences
LP	Levensbeëindiging bij pasgeborenen
LZA	Late zwangerschapsafbreking
MAiD	Medical Assistance in Dying
MS	Multiple sclerose
MvT	Memorie van Toelichting
NJB	Nederlands Juristenblad
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NTM/NJCM-Bul	Nederlands Tijdschrift voor de Mensenrechten/Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten-Bulletin
NTS	Nederlands Tijdschrift voor Strafrecht
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVO	Niet vragen oproepende meldingen bij de Rte's
NVVE	Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
P-G	Procureur-Generaal
Rb.	Rechtbank
RM Themis	Rechtsgeleerd Magazijn Themis
Rte('s)	Regionale toetsingscommissie(s) euthanasie
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
Sr	Wetboek van Strafrecht
Stb.	Staatsblad
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
VGH	Verfassungsgerichtshof
VO	Vragen oproepende meldingen bij de Rte's
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
Wet Big	Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wtl	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
Wtlo	Initiatiefswetsvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
VRPH	Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap
WvSr	Wetboek van Strafrecht

WvSv	Wetboek van Strafvordering
Wzd	Wet zorg en dwang

Medische begrippen

Barbituraat	slaapmiddel (sedativum) met een dempende werking op het centraal zenuwstelsel, wordt in de KNMP-richtlijn aanbevolen als middel van eerste keus voor hulp bij zelfdoding
Benzodiazepine	slaapmiddel (sedativum) met een dempende werking op het centraal zenuwstelsel, wordt in de KNMG-richtlijn aanbevolen als middel van eerste keus bij palliatieve sedatie
Morfine	pijnstiller (narcotisch analgeticum); met morfine wordt steeds 'morfine en morfineachtige middelen' bedoeld
Sedativum	slaapmiddel
Spierverslapper	middel dat de signalen van de zenuwen naar de dwarsgestreepte spieren blokkeert, waardoor deze worden stilgelegd: wordt in de KNMP-richtlijn aanbevolen als middel van eerste keus voor euthanasie, in combinatie met een sedativum

Data

Afronding	Percentages zijn meestal tot gehele getallen afgerond. Dit impliceert dat de som van alle percentages die op eenzelfde totaal betrekking hebben niet altijd precies 100 hoeft te zijn.
Ontbrekende gegevens	Wanneer het aantal ontbrekende gegevens relatief gering was (< 5%) en waarschijnlijk niet tot vertekening aanleiding zou geven, zijn ze genegeerd. Wanneer er meer ontbrekende gegevens waren is dat aangegeven.
Weging	De weergegeven percentages voor zover ze betrekking hebben op het sterfgevallenonderzoek en het artsenonderzoek zijn gewogen, omdat de steekproef waar ze uit afkomstig zijn gestratificeerd was en de trekingsfractie en respons niet voor elk stratum gelijk was. Dit betekent dat iedere waarneming een eigen gewicht toegekend heeft gekregen. Het kan daardoor voorkomen dat de randtotalen van tabellen niet overeenkomen met het gewogen gemiddelde van de afzonderlijke kolommen of rijen. Ook kan het voorkomen dat een percentage niet bij het genoemde aantal waarnemingseenheden lijkt te 'passen'. De wegingsprocedures worden toegelicht in bijlage C.

Samenvatting

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is in 2002 in werking getreden. Doelstellingen van de wet zijn 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. De wettelijke regeling verplicht artsen om de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding te melden aan de gemeentelijk lijkschouwer. De Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) beoordelen vervolgens of daarbij aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De wettelijke zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- a De overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- b De overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- c De patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- d Met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- e Ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de bovengenoemde zorgvuldigheidseisen;
- f De levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de vierde evaluatie van de Wtl, die de periode 2017-2022 betreft. De algemene doelstelling van deze evaluatie was om te onderzoeken of de doelen van de Wtl worden bereikt. Daartoe werd onderzocht hoe de bepalingen van de Wtl worden toegepast, hoe de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde zich ontwikkelt, en in hoeverre zich problemen of knelpunten voordoen in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en de toetsing daarvan. Deze vierde wetsevaluatie, 20 jaar na de inwerkingtreding van de Wtl, bevat voorts een schets van welke mogelijke toekomstperspectieven te onderscheiden zijn, mede gezien de ontwikkelingen in de regulering van levensbeëindigend handelen in andere landen in de

onderzoekperiode. Het onderzoek strekt er overigens niet toe daarin prioriteiten te stellen of keuzes te maken.

Juridische ontwikkelingen

In het juridische onderzoek is nagegaan welke juridische ontwikkelingen en discussies zich in de periode 2017-2022 hebben voorgedaan met betrekking tot de Wtl. De zaak-Arends, de eerste strafvervolgung op grond van de Wtl sinds 2002, was daarin een belangrijke factor. Het ging in deze zaak om een arts die euthanasie had toegepast bij een wilsonbekwame patiënt met gevorderde dementie op basis van haar schriftelijke wilsverklaring. De zaak leidde uiteindelijk tot twee beslissingen van de Hoge Raad. Daarin gaf de Hoge Raad nader en concrete invulling aan de passage in art. 2 lid 2 Wtl dat in geval van euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring de zorgvuldigheidseisen van art. 2 lid 1 Wtl 'van overeenkomstige toepassing' zijn. Ook de discussie over de verhoudingen in de driehoek Rte-tuchtrecht-strafrecht en daaraan gerelateerde kwesties, zoals de strafbaarstelling van artsen bij schending van zorgvuldigheidseisen, werd naar aanleiding van deze zaak geïntensiveerd.

Een andere ontwikkeling betreft de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen. De in de Wtl genoemde criteria zijn open normen, waarmee de wetgever 20 jaar geleden bewust ruimte wilde bieden voor zich ontwikkelende opvattingen in de samenleving. In de regelmatig geactualiseerde EuthanasieCodes geven de Rte's hun interpretatie van de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl op handzame wijze weer. De thans geldende versie is de EuthanasieCode 2022. Een van de ontwikkelingen op dit punt betreft de geleidelijk aan grotere nadruk op de subjectieve ervaring van de patiënt bij de beoordeling of een arts heeft voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. In wettelijke regelingen met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek die de laatste jaren in andere landen zijn doorgevoerd heeft het patiënten perspectief veelal ook een nadrukkelijker positie dan in de Wtl. 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 is daarbij sterk 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, hun leven te beëindigen voorlopig niet zal verstommen.

Ontwikkelingen in de praktijk

In het sterfgevallenonderzoek zijn de frequentie en belangrijkste kenmerken van de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde in 2021 onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat de frequentie van euthanasie is gestegen, van 6 650 gevallen in 2015 (4,5% van alle sterfgevallen in dat jaar) tot 9 025 gevallen in 2021 (5,3% van alle sterfgevallen in dat jaar). De frequentie van hulp bij zelfdoding is eveneens gestegen, van 150 naar 250 gevallen, maar bleef stabiel in verhouding tot het totaal aantal sterfgevallen (0,1%). Levensbeëindiging op verzoek betreft nog steeds grotendeels mensen met kanker (62%), alhoewel dit aandeel wel afneemt, en mensen jonger dan 80 jaar (71%). Een opvallende ontwikkeling is dat de mate van levensbekorting door euthanasie en hulp bij zelfdoding in de loop der jaren toeneemt: in 2021 schatte de arts in 19% van de gevallen dat het leven van de betreffende patiënt met meer dan zes maanden was bekort (2015: 15%).

In ongeveer 8% van alle sterfgevallen werd het overlijden voorafgegaan door een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding (2015: 8,4%): 67% van deze verzoeken werd ingewilligd (2015: 55%). De meest genoemde reden waarom een verzoek niet (meer) kon worden ingewilligd was, net als in eerdere jaren, dat de patiënt al was overleden voordat het tot inwilliging kon komen (59%).

Een opmerkelijke bevinding in het sterfgevallenonderzoek is voorts de aanhoudende toename van de toepassing van palliatieve sedatie (continue diepe sedatie). In 2005 ging het om 8% van alle sterfgevallen, in 2010 om 12%, in 2015 om 18% en in 2021 om 23%.

Het is niet altijd eenvoudig de verschillende soorten medische handelingen rond het levenseinde goed uit elkaar te houden. Er is sprake van een 'grijs gebied' tussen levensbeëindiging enerzijds en symptoombestrijding anderzijds. Uit het sterfgevallenonderzoek blijkt dat situaties waarin het overlijden van een patiënt het gevolg was van toediening van een middel met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen door artsen niet altijd als levensbeëindiging worden gekwalificeerd. Het omgekeerde komt ook voor: intensieve symptoombestrijding bestond in 1% van alle sterfgevallen uit het geven van morfine in een 'hogere dosering dan nodig voor symptoombestrijding'. Deze onduidelijkheid in de afbakening doet zich al vele jaren voor en zal nooit helemaal te voorkomen zijn. Overigens lijkt dat 'grijze gebied' wel wat kleiner dan voorheen.

Uit het vragenlijst- en interviewonderzoek onder artsen blijkt dat 55% van alle artsen wel eens euthanasie heeft uitgevoerd of hulp bij zelfdoding heeft verleend; van de overige artsen vindt 27% uitvoering wel denkbaar, maar 18% vindt uitvoering niet denkbaar. Huisartsen krijgen (nog steeds) veel vaker verzoeken en voeren ook vaker verzoeken uit dan medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde. De bereidheid van artsen om euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen aan patiënten met complexe aandoeningen zoals dementie of een psychische stoornis is minder groot dan die in het geval van patiënten met kanker of een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening. In het geval van complexe casuïstiek zijn de meeste artsen in voorkomende gevallen wel bereid om de patiënt desgewenst te verwijzen, bijvoorbeeld naar het Expertisecentrum Euthanasie, of om de hulp van het Expertisecentrum Euthanasie in te roepen bij de eigen beslissing. Hulp bij zelfdoding is nog steeds een variant van levensbeëindiging op verzoek waarmee de meeste artsen weinig of geen ervaring hebben.

Uit het vragenlijstonderzoek onder artsen blijkt voorts dat een aanzienlijke minderheid zich wel eens onder druk gezet voelt bij de besluitvorming over een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding: het betreft daarbij meestal druk van patiënt (25%) en/of naasten (33%) om tot de uitvoering van levensbeëindiging te besluiten, of om spoedig tot uitvoering over te gaan (41%). Een derde van de artsen ervaart daarnaast ook maatschappelijke druk om euthanasie uit te voeren.

Melding en toetsing

In 2022 werden 8 720 gevallen van levensbeëindigend handelen op verzoek door een arts gemeld bij de Rte's; in 2021 was dat aantal 7 666, ofwel 83% van het aantal gevallen dat voor dat jaar werd aangetroffen in het sterfgevallenonderzoek. De procedure van melding en toetsing wordt blijkens het

vragenlijstonderzoek onder artsen door twee derde van hen als neutraal ervaren, maar een op de vijf vindt het wel tijdrovend en/of belastend. Geen enkele deelnemer aan het vragenlijstonderzoek had de procedure als incriminerend ervaren. Niet-melden betreft vooral handelingen die door de arts zelf niet als levensbeëindiging worden gekwalificeerd en onderdeel uitmaken van het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging enerzijds en intensieve symptoombestrijding anderzijds.

Na de derde wetsevaluatie hebben de Rte's een aantal wijzigingen in hun werkwijze doorgevoerd, zoals het invoeren van een efficiëntere beoordelingsprocedure, aanpassingen in de uitgeschreven oordeelbrieven, en de instelling van een reflectiekamer. Gemelde zaken worden door de Rte's onderverdeeld in niet vragen oproepende (NVO) meldingen en vragen oproepende (VO) meldingen. NVO meldingen worden door de leden van de betreffende Rte digitaal beoordeeld en niet ter vergadering besproken. VO meldingen worden wel besproken in een commissievergadering. In 2022 werd ruim 95% van de binnengekomen meldingen als NVO aangemerkt. De meeste Rte-leden en secretarissen zijn blijkens het onder hen uitgevoerde vragenlijstonderzoek tevreden over de procedure rond en kwaliteit van de beoordeling van zowel NVO als VO meldingen. Met betrekking tot bijzondere meldingen, zoals die aangaande mensen met dementie of een psychische stoornis, vinden de meeste respondenten dat de Rte's voldoende expertise in huis hebben. De commissieleden blijken veelal terughoudend wat betreft verdergaande aanpassingen in de huidige systematiek van melding en toetsing. Ongeveer een kwart van de leden vindt dat de WtI aan vernieuwing toe is.

De interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's in de praktijk van de toetsing werd onderzocht door een analyse van meldingsdossiers die betrekking hadden op personen met dementie, een psychische stoornis of een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Daaruit blijkt dat de EuthanasieCodes een goede indruk geven van de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's en dat er weinig 'licht' zit tussen de EuthanasieCodes en wat de Rte's feitelijk doen. Als een arts bij het levensbeëindigend handelen afwijkt van wat er in de EuthanasieCode is aangegeven, krijgt hij daar van de Rte in de beoordeling enige ruimte voor, mits duidelijk wordt gemaakt waarom van de EuthanasieCode is afgeweken en dat de benodigde zorgvuldigheid in acht is genomen in de besluitvorming. Deze procedurele zorgvuldigheid van de arts, ook in de verslaglegging, weegt zwaar in de toetsing door de Rte's.

Bij de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het vrijwillige en weloverwogen verzoek in het geval van gevorderde dementie richten de Rte's zich op de wilsbekwaamheid van patiënt ten tijde van het opstellen van de schriftelijke wilsverklaring en op de vraag of de inhoud daarvan van toepassing is op de situatie van de patiënt ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging. De Rte's geven de arts, zeker na de beslissingen van de Hoge Raad ter zake in de zaak-Arends, ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring, bijvoorbeeld door de betekenis ervan te bespreken met naasten en andere betrokken zorgverleners. De zorgvuldigheidseisen betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden levert voor wat betreft gevorderde dementie weinig twijfel of discussie op in de toetsing door de Rte's. Met name de uitzichtloosheid van het lijden wordt als evident gezien vanwege het ziektebeeld. Bij de beoordeling van meldingen betreffende personen met een psychische stoornis ligt het accent op de wilsbekwaamheid en het weloverwogen verzoek van de patiënt. Het bestaan van reële alternatieven om het lijden te verminderen wordt bij deze meldingen wel regelmatig besproken door de Rte's, maar er is zelden twijfel of deze zorgvuldigheidseisen op dit punt geschonden is.

‘Niet conform de zorgvuldigheidseisen’

In de periode 2017-2022 hebben de Rte's in 44 van de in totaal 42 396 zaken (0,1%) geoordeeld dat de levensbeëindiging op verzoek 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' was uitgevoerd. Het consultatievereiste werd het frequentst geschonden, maar soms ging het ook om de substantiële zorgvuldigheidseisen (betreffende het vrijwillige en weloverwogen verzoek en het uitzichtloos en ondraaglijk lijden). Bij veel van de 44 als 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' beoordeelde meldingen betrof het diverse zorgvuldigheidseisen, waarover de arts en consulent(en) dan van mening verschilden. De beoordeling van de doorgezette Rte-oordelen door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Openbaar Ministerie (OM) leidt zelden tot formele vervolgstappen. De Inspectie heeft naar aanleiding van één oordeel uit de periode 2017-2022 een tuchtclacht ingediend. De tuchtrechter heeft een waarschuwing opgelegd aan de arts in kwestie. Het OM heeft in geen van deze zaken strafvervolgning ingesteld, al werd in negen zaken wel besloten de zaak voorwaardelijk te seponeren, waarin dan ook een formele reactie richting de arts besloten ligt.

Kennis en opvattingen van burgers

Nederlandse burgers blijken anno 2022 redelijk goed op de hoogte van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Er zijn wel misverstanden over complexere situaties, zoals de mogelijkheden van levensbeëindiging op grond van een wilsverklaring en bij personen met een psychische stoornis. Hulp bij zelfdoding is een relatief onbekende variant van levensbeëindiging op verzoek onder burgers.

Opvattingen van burgers over de regulering van levensbeëindiging op verzoek voor bijzondere groepen variëren. Iets meer dan de helft van de burgers is het eens met de stelling dat mensen met gevorderde dementie en mensen met een psychische stoornis in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie. Het is opvallend dat het aandeel burgers dat vindt dat familie ook hulp bij zelfdoding mag verlenen in 2022 (26%) veel lager is dan in 2016 (46%).

Van de burgers die deelnamen aan dit onderzoek had twee derde wel eens nagedacht over medische beslissingen rond het levenseinde, maar het aantal burgers dat met een arts had gesproken over dit onderwerp of iets had vastgelegd over wensen en verwachtingen is veel lager. Ouderen denken wat vaker na over wensen en voorkeuren voor medische behandeling en zorg in de laatste levensfase dan de algemene bevolking, maar ook zij bespreken dit onderwerp zelden met een arts.

Autonomie en barmhartigheid

Barmhartigheid wordt algemeen gezien als de centrale norm binnen de WtI en het verzoek (autonomie) van de patiënt als een noodzakelijke voorwaarde. Recente ontwikkelingen, zoals de discussie rondom de zaak-Arends, het ter beschikking stellen van 'middel X' door leden van de Coöperatie Laatste Wil en de (politieke) discussie over mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij 'voltooid leven', lijken te wijzen op een maatschappelijke roep om meer zeggenschap van de burger rond het levenseinde.

Uit dit evaluatieonderzoek blijkt opnieuw dat er veel steun is onder burgers 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 veel minder steun. Ook artsen vinden zowel autonomie als de rol van de arts als uitvoerder belangrijk bij levensbeëindiging op verzoek. Invoelbaarheid van het lijden lijkt voor artsen daarbij nog wel steeds een belangrijke voorwaarde om over te kunnen gaan tot uitvoering van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding. In de achtereenvolgende Rte-jaarverslagen en de EuthanasieCodes is een accentverschuiving waar te nemen: ten aanzien van de criteria van het lijden en eventuele behandelalternatieven is er meer ruimte gekomen voor autonomie van de patiënt, door een grotere nadruk in de beoordeling op de persoonlijke beleving van het lijden. Ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring is er, mede naar aanleiding van de zaak-Arends, ook meer ruimte gekomen voor interpretatie van wat de patiënt daarin heeft bedoeld te zeggen. Leden van de Rte's blijken desgevraagd bij de beoordeling van gemelde zaken evenveel belang te hechten aan zelfbeschikking (het vrijwillig en weloverwogen verzoek) als aan barmhartigheid (het ondraaglijk en uitzichtloos lijden).

De genoemde maatschappelijke ontwikkelingen en de accentverschuiving richting meer nadruk op de beleving en wens van de patiënt die in dit onderzoek werd aangetroffen, alsmede recente ontwikkelingen in wetgeving in andere landen, vormen aanleiding om in dit rapport een beknopte schets te geven van de mogelijke denkrichtingen voor toekomstige regulering van levenseindevragen. De geschetste perspectieven hebben, als in de toekomst mogelijke scenario's, deels betrekking op de Wtl zelf. Deze wet zou ongewijzigd kunnen blijven, op onderdelen die nu onduidelijk zijn of discussie oproepen kunnen worden aangepast, of kunnen worden vervangen door een geheel nieuwe wet, waarin bijvoorbeeld meer nadruk wordt gelegd op de ervaring en mening van de patiënt. Andere scenario's hebben betrekking op mogelijke wetgeving naast of in aanvulling op de Wtl. Daarbij kan worden gedacht aan de discussie over regulering van hulp bij levensbeëindiging voor ouderen met een 'voltooid leven' of aan wetgeving die nog verder gaat en hulp bij zelfdoding zonder leeftijdsgrenzen reguleert, of hulp bij zelfdoding door niet-artsen. Dit overzicht van denkrichtingen beoogt de maatschappelijke en politieke discussie over de toekomstige regulering van levenseindevraagstukken te faciliteren en te structureren.

Conclusies en aanbevelingen

De algemene conclusie van deze vierde wetsevaluatie is dat de doelstellingen van de Wtl ten aanzien van rechtszekerheid, zorgvuldigheid en transparantie nog steeds in voldoende mate worden bereikt. Uit het onderzoek blijkt evenwel ook dat de discussie over verschillende onderdelen van de wet de afgelopen jaren bepaald niet is afgenomen. De eerste strafvervolgving van een arts sinds de inwerkingtreding van de wet heeft daar zeker aan bijgedragen.

Het evaluatieonderzoek geeft aanleiding tot de volgende aanbevelingen:

- Aanbeveling 1** Organiseer meer mogelijkheden voor artsen om van deskundige collega's advies en steun te krijgen bij besluitvorming over complexe verzoeken, zoals die van mensen

met dementie of een psychische stoornis, ook al omdat doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie niet altijd een oplossing kan zijn (medische beroepsgroep).

- Aanbeveling 2 Informeer artsen over praktische aspecten van hulp bij zelfdoding, om te voorkomen dat zij deze mogelijkheid door gebrek aan kennis niet bespreken met patiënten voor wie het een optie zou kunnen zijn (medische beroepsgroep).
- Aanbeveling 3 Onderzoek hoe artsen omgaan met druk van patiënten, familie en vanuit de maatschappij bij hun besluitvorming over verzoeken om hulp bij levensbeëindiging, bijvoorbeeld in toekomstige wetsevaluaties (ZonMw).
- Aanbeveling 4 Licht burgers in Nederland regelmatig voor over mogelijkheden en onmogelijkheden van euthanasie én hulp bij zelfdoding in Nederland en over het nut van 'tijdig spreken over het levenseinde' met naasten en zorgverleners; ook de medische beroepsgroep heeft een verantwoordelijkheid in het bevorderen van het tijdig en anticiperend bespreken van zorg en besluitvorming in de laatste levensfase (overheid, medische beroepsgroep, belangenorganisaties van burgers en patiënten).
- Aanbeveling 5 Geef voorlichting voor burgers met verschillende achtergronden, zodat passende keuzes ten aanzien van zorg in de laatste levensfase voor iedereen mogelijk gemaakt worden (overheid, medische beroepsgroep, belangenorganisaties van burgers en patiënten).
- Aanbeveling 6 Onderzoek de mogelijkheid om de structuur van de artikelen 293 en 294 lid 2 Sr zodanig te wijzigen dat een meldende arts vermoed wordt rechtmatig te hebben gehandeld, tenzij nader onderzoek door het OM aanleiding geeft hem als verdachte aan te merken (wetgever).
- Aanbeveling 7 Richt de relatie tussen het Wetboek van Strafrecht en de Wtl zo in dat het schenden van de zorgvuldigheidseisen een apart misdrijf wordt; overweeg daarbij te differentiëren tussen zorgvuldigheidseisen die strafrechtelijk meer of minder relevant zijn (wetgever).
- Aanbeveling 8 Verduidelijk het onderscheid tussen handelen dat onder de Wtl valt en handelen dat niet door deze wet wordt bestreken, door aan de Wtl een bepaling ter zake toe te voegen en/of door andere stappen of activiteiten, waaronder scholing (wetgever, overheid, medische beroepsgroep).
- Aanbeveling 9 Initieer onderzoek dat erop gericht is de ontwikkelingen die zich voordoen met betrekking tot de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door artsen en de Rte's nader in kaart te brengen (overheid).

- Aanbeveling 10 Voorzie in samenspraak met maatschappelijke organisaties in voorlichting aan burgers over het belang van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring, over het belang van het regelmatig actualiseren en herbevestigen van deze verklaring en over de beperkingen van zo'n verklaring; voorzie in mogelijkheden voor burgers om desgewenst ondersteuning te krijgen bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring (overheid, veld).
- Aanbeveling 11 Overweeg nadere uitwerking van art. 2 lid 2 Wtl, hetzij in die wettelijke bepaling zelf, hetzij in een in die bepaling mogelijk te maken algemene maatregel van bestuur (wetgever).
- Aanbeveling 12 Vergroot de capaciteit van de Rte's – leden en ondersteunende apparaat (overheid).
- Aanbeveling 13 Publiceer de in art. 14 van de Richtlijnen Werkwijze Rte genoemde checklist voor het maken van een onderscheid tussen de afhandelingswijzen van een melding op de website van de Rte's (Rte's).
- Aanbeveling 14 Stimuleer maatschappelijke debat over de toekomstige regulering van levenseindevragen, en overweeg nader onderzoek en/of een integraal adviestraject ter zake (overheid).

Summary

The Termination of Life at Request and Assisted Suicide Review Act (Wtl) came into effect in 2002. The Act's objectives are to provide legal certainty to physicians who end a patient's life on this patient's request, to guarantee the carefulness of that action, to provide an accountability framework for physicians and to promote social transparency. The legal regulation requires physicians to report the provision of euthanasia or assistance in suicide to the municipal coroner. The regional euthanasia review committees then assess whether the legal due care criteria have been met in the process.

The due care criteria say that the physician must:

- a Be satisfied that the patient's request is voluntary and well considered;
- b Be satisfied that the patient's suffering is unbearable, with no prospect of improvement;
- c Have informed the patient about his situation and his prognosis;
- d Have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the patient's situation;
- e Have consulted at least one other, independent physician, who must see the patient and give a written opinion on whether the due care criteria set out in (a) to (d) have been fulfilled;
- f Have exercised due medical care and attention in terminating the patient's life or assisting in his suicide.

This report describes the fourth evaluation of the Wtl, covering the period 2017-2022. The overall objective of this evaluation study was to examine whether the goals of the Wtl are being achieved. To this end, it was examined how the provisions of the Wtl are applied, how the practice of medical end-of-life decisions is developing, and to what extent problems or bottlenecks arise in the practice of life termination on request and its review. This fourth review of the Wtl, twenty years after it came into force, also contains an outline of possible future perspectives for the regulation of end-of-life issues, partly in view of developments in the regulation of end-of-life decisions in other countries during the research period. The study does not seek to set priorities or make choices for specific scenarios.

Legal developments

The legal sub-study examined the legal developments and discussions that occurred with respect to the WtI during the period 2017-2022. The Arends case, the first criminal prosecution under the WtI since 2002, was an important factor in this. The case involved a physician who had administered euthanasia to an incapacitated patient with advanced dementia based on her written euthanasia request. The case ultimately led to two Supreme Court decisions. In these, the Supreme Court gave further and concrete interpretation to the text in art. 2 subsection 2 WtI that in the case of euthanasia based on a written request, the due care criteria of art. 2 subsection 1 WtI are 'applicable by analogy'. Other debates also intensified as a result of this case, such as the discussion about the relationships in the triangle of review committees - disciplinary law - criminal law and the discussion about the penalization of physicians in the event of violation of the due care criteria.

Another development concerns the interpretation of the criteria of due care. The criteria mentioned in the WtI are open norms, with which the legislator twenty years ago deliberately wanted to provide space for evolving views in society. In the regularly updated Euthanasia Code, the review committees present their interpretation of the due care criteria under the WtI in an accessible manner. The currently valid version is the Euthanasia Code 2022. One evolving view concerns the gradually greater emphasis on the patient's subjective experience of suffering in assessing whether a physician has met the legal criteria of due care. In legal regulations regarding life termination on request that have recently been implemented in other countries, the patient perspective also has a more emphatic position than in the WtI. Additionally, attention to the case law of some constitutional courts and of the European Court of Human Rights (ECHR) on a citizen's right to self-determination with respect to the end of life has increased significantly. These developments indicate that the discussion on the design of legislation concerning possibilities for citizens to end their lives, with or without the help of a physician, will not end for the time being.

Developments in clinical practice

The death certificate survey examined the frequency and key characteristics of the practice of medical end-of-life decisions in 2021. This survey shows that the frequency of euthanasia has increased, from 6,650 cases in 2015 (4.5% of all deaths in that year) to 9,025 cases in 2021 (5.3% of all deaths in that year). The frequency of physician-assisted suicide also increased, from 150 to 250 cases, but remained stable relative to the total number of deaths (0.1%). Termination of life on request still largely concerns people with cancer (62%), although this proportion is decreasing, and people under 80 years of age (71%). A notable development is that the extent to which life is shortened through euthanasia and physician-assisted suicide is slightly increasing over the years: in 2021, physicians estimated in 19% of cases that the life of the patient had been shortened by more than six months (2015: 15%).

In about 8% of all cases, death was preceded by an explicit request of the patient for euthanasia or assisted suicide (2015: 8.4%): 67% of these requests were granted (2015: 55%). As in previous years, the most frequently reason mentioned by physicians why a request could not (or no longer) be granted was that the patient had died before the final decision could be made (59%).

Another finding in the death certificate survey is the continuing increase in the use of continuous deep sedation (palliative sedation). Continuous deep sedation was provided to 8% of all dying patients in 2005, to 12% in 2010, to 18% in 2015 and to 23% in 2021.

It is not always easy to distinguish different types of medical interventions around the end of life. There is a 'grey area' between termination of life on the one hand and symptom management on the other. The death certificate study showed that situations in which a patient's death was the result of administering a drug with the explicit purpose of hastening the end of life are not always qualified as termination of life by physicians. The reverse also occurs: acts classified as symptom control consisted in 1% of all deaths of giving morphine in a 'higher dosage than necessary for symptom control'. This ambiguity in classifying end-of-life decisions has been occurring for many years and will never be entirely avoidable. The 'grey area' nevertheless seems to be somewhat smaller than before.

A questionnaire survey and interview study among physicians shows that 55% of all physicians have ever provided euthanasia or assisted in suicide; of the remaining physicians, 27% consider engaging in such an act conceivable, but 18% consider this inconceivable. General practitioners (still) receive requests to terminate life much more often, and also carry out such requests more often, than medical specialists working in hospitals and elderly care physicians. Physicians' willingness to provide euthanasia or assistance in suicide to patients with complex conditions such as dementia or mental illness is less than that in the case of patients with cancer or another life-threatening physical condition. In the case of complex conditions, most physicians are willing, when appropriate, to refer the patient to the Euthanasia Expert Centre, for example, or to seek its help in making their own decision. Physician-assisted suicide is still a variant of termination of life upon request with which most physicians have little or no experience.

The questionnaire survey among physicians also revealed that a significant minority sometimes feel pressured when deciding on a request for euthanasia or physician-assisted suicide: this usually from the patient (25%) and/or next of kin (33%) to decide to carry out termination of life, or to carry it out quickly (41%). A third of physicians also experience social pressure to perform euthanasia.

Reporting and review

In 2022, physicians reported 8,720 cases of ending of life on a patient's request to the review committees; in 2021, the number was 7,666, or 83% of the number of cases found in the death certificate survey for that year. The reporting and review process, according to the questionnaire survey of physicians, is perceived as neutral by two-thirds of them, but one in five find it time-consuming and/or burdensome. None of the participants in the questionnaire survey of physicians had perceived the procedure as incriminating. Non-reporting mainly concerns acts that are not qualified as ending life by the physician himself and are part of the 'grey area' between ending of life on the one hand and intensive symptom management on the other.

Following the third evaluation of the Wtl, the review committees have made a number of changes to their work flows, such as the introduction of a more efficient assessment procedure, adjustments to the written judgment letter for the physician, and the establishment of a reflection chamber.

Reported cases are divided by the review committees into straightforward (NVO) reports and non-straightforward (VO) reports. NVO reports are reviewed digitally by the members of the relevant committee. VO reports are discussed at an in-person committee meeting. In 2022, over 95% of the reports received were classified as NVO. According to a questionnaire survey conducted among committee members and secretaries, most are satisfied with the procedure surrounding and quality of the assessment of both NVO and VO reports. With regard to reports about complex cases, such as those concerning people with dementia or a mental illness, most respondents feel that the review committees have sufficient expertise. Further, most of the committee members are reluctant to make further changes to the current reporting and assessment system. About a quarter of the members feel that the Wtl is in need of renewal.

The review committees' interpretation of the due care criteria when reviewing reported cases was examined through an analysis of reports involving persons with dementia, a mental disorder or an accumulation of old age disorders. This analysis showed that the Euthanasia Codes give a good impression of the review committees' interpretation of the due care criteria and that there is little 'light' between the Euthanasia Codes and what the review committees actually do. If a physician deviates from what is stated in the Euthanasia Code when performing a life-ending act, the review committee gives him some leeway to do so, provided that it is made clear why the Euthanasia Code was deviated from and that the decision-making process had been extra careful. The physician's procedural diligence, as also reflected in their reporting, weighs heavily in the review committees' review.

In assessing the due care requirement with respect to the voluntary and well-considered request in the case of a patient with advanced dementia, the review committees focus on the patient's capacity at the time a written euthanasia request was drawn up and on whether the content of that written request is applicable to the patient's situation at the time the ending of life was carried out. The review committees give the physician, especially after the Supreme Court's decisions on the matter, room for interpretation of the written request, for example, by discussing its meaning with relatives and other caregivers involved. The requirement of due care regarding hopeless and unbearable suffering provides, as far as advanced dementia is concerned, little doubt or discussion in the review committees' review. In particular, the hopelessness of suffering tends to be seen as evident due to this particular diagnosis. In assessing cases concerning persons with a mental illness, the emphasis is on the person's capacity and well-considered request. The existence of realistic alternatives to reduce the suffering is frequently discussed in these cases, but there is rarely any doubt as to whether this requirement has been violated.

'Not in accordance with the criteria of due care'

Between 2017 and 2022, the review committees ruled in 44 out of a total of 42 396 reported cases (0.1%) that the physician did not adhere to the due care criteria when ending the life of a patient. In these 44 cases, the consultation requirement was violated most often, but the number of violations of the substantial due care criteria (concerning the voluntary and well-considered request and the hopeless and unbearable suffering) was also relatively high during this period. Violation of more than one requirement of due care typically involved a difference of opinion between the attending

physician and advising consultant(s). The assessment of verdicts of the review committees that a physician had not acted in accordance with the criteria of due care by the Healthcare and Youth Inspectorate and the Public Prosecution Service rarely leads to formal follow-up action. The Inspectorate filed one disciplinary complaint in response to a case in the 2017-2022 period. The disciplinary judge imposed a warning on the physician in question. The Public Prosecutor's Office did not initiate criminal proceedings in any of these cases, although in nine cases it was decided to conditionally dismiss the case, which included a formal response towards the physician.

Knowledge and views of the general population

Dutch citizens appear to be reasonably well informed about the regulations regarding euthanasia and physician-assisted suicide anno 2022. However, there are misunderstandings about more complex situations, such as the possibilities of termination of life based on a written request and in persons with mental disorders. Physician-assisted suicide is a relatively unknown variant of life termination on request.

Views of the general population on the regulation of life termination on request for special groups vary. Just over half of citizens agree with the statement that people with advanced dementia and people with a mental illness should be able to qualify for euthanasia. It is notable that the proportion of citizens who think family members should also be allowed to provide assisted suicide in 2022 (26%) is much lower than in 2016 (46%).

Of the citizens who participated in the survey, two-thirds had ever thought about medical end-of-life decisions for themselves, but the number of citizens who had spoken to a physician about this topic or recorded something about wishes and expectations was much lower. Elderly people think about wishes and preferences for medical treatment and care in the last phase of life somewhat more often than the general population, but they too rarely discuss this topic with a physician.

Autonomy and mercy

Mercy is generally seen as the central norm within the WtI and the patient's request (autonomy) as a necessary condition. Recent developments, such as the debate surrounding the Arends case, the provision of 'substance X' by members of the 'Coöperatie Laatste Wil' and the (political) debate on options for assisted suicide for persons who feel they have a 'completed life', seem to indicate a societal call for more citizen control around the end of life.

This evaluation study again shows that there is strong support among citizens for the idea that everyone should have a 'right' to euthanasia and assisted suicide. Citizens, however, also value involvement of the physician. Alternative modalities of assistance in dying, such as assisted suicide by someone other than a physician or suicide by a 'suicide pill', received much less support. Physicians also consider both autonomy and the physician's role as the one who performs the act important in life-ending on request. Understanding the suffering of the patient is still an important condition for physicians to proceed with euthanasia or assisted suicide. In the successive annual reports and the Euthanasia Codes of the review committees, a shift in emphasis can be observed: with regard to the

criteria of suffering and possible alternatives, there has been more room for patient autonomy, as reflected in a greater emphasis in the assessment on the patient's personal experience of suffering. Partly as a result of the Arends case, there has also been more room for interpretation of what the patient intended to say in a written request for euthanasia. When asked, members of the review committees appear to attach equal importance to self-determination (the voluntary and well-considered request) and mercy (the unbearable and hopeless suffering) when assessing reported cases.

The aforementioned social developments and the shift in emphasis towards greater emphasis on the patient's experiences and wishes found in this study, as well as recent legislative developments in other countries, prompt this report to provide a brief outline of possible lines of thought for future regulation of end-of-life issues. As possible scenarios for the future, the outlined perspectives partly relate to the WtI itself. This law could remain unchanged, be amended in parts that are currently unclear or open to debate, or be replaced by an entirely new law, in which, for example, more emphasis is placed on patient experience and opinion. Other scenarios relate to possible legislation alongside or in addition to the WtI. These could include the discussion on regulating assisted dying for elderly people with a 'completed life' or legislation that goes even further and regulates assisted suicide without age limits, or assisted suicide by non-physicians. This overview of lines of thought aims to facilitate and structure the social and political discussion on the future regulation of end-of-life issues.

Conclusions and recommendations

The overall conclusion of this fourth evaluation study is that the objectives of the WtI with regard to legal certainty, due care and transparency are still sufficiently achieved. However, the study also shows that the debate on various aspects of the law has certainly not subsided in recent years. The first criminal prosecution of a physician since the Act came into force has certainly contributed to this debate.

The evaluation study gives rise to the following recommendations:

- | | |
|------------------|---|
| Recommendation 1 | Organise more opportunities for physicians to get advice and support from expert colleagues when deciding on complex requests, such as those of people with dementia or mental illness, also because referral to the Centre of Expertise on Euthanasia may not always be a solution (medical profession). |
| Recommendation 2 | Inform physicians about practical aspects of assisting in suicide, to prevent them from not discussing this option with patients for whom it might be an option, due to lack of knowledge (medical profession). |
| Recommendation 3 | Investigate how physicians deal with pressure from patients, family and from society in their decision-making on requests for assistance in dying, for example in future evaluations of the law (ZonMw). |

- Recommendation 4 Regularly inform citizens in the Netherlands about possibilities and impossibilities of euthanasia as well as assisted suicide in the Netherlands and about the usefulness of 'talking about the end of life in a timely manner' with relatives and caregivers; the medical profession also has a responsibility in promoting timely and anticipatory discussion of care and decision-making in the last phase of life (government, medical profession, interest groups of citizens and patients).
- Recommendation 5 Provide information that benefits citizens of different backgrounds, so that appropriate choices regarding care in the last phase of life are facilitated for everyone (government, medical profession, citizens' and patients' interest groups).
- Recommendation 6 Investigate the possibility of amending the structure of articles 293 and 294 paragraph 2 of the Penal Code in such a way that a reporting physician is presumed to have acted lawfully, unless further investigation by the Public Prosecution Service gives cause to regard him as a suspect (legislator).
- Recommendation 7 Organise the relationship between the Criminal Code and the WtI in such a way that the violation of due care criteria becomes a separate offence; consider differentiating between due care criteria that are more or less relevant under criminal law (legislator).
- Recommendation 8 Clarify the distinction between acts covered by WtI and acts not covered by it, by adding a provision to the WtI to this effect and/or by other steps or activities, including education of physicians (legislator, government, medical profession).
- Recommendation 9 Initiate research aimed at further identifying the developments occurring with regard to the interpretation of the due care criteria by physicians and review committees (government).
- Recommendation 10 In consultation with civil society organisations, provide information to citizens on the importance of a clear written euthanasia request, on the importance of regularly updating and reaffirming this request and on the limitations of such a request; provide opportunities for citizens to receive support in drafting a written euthanasia request (government, field).
- Recommendation 11 Consider further elaboration of Art. 2(2) WtI, either in that statutory provision itself or in an Order in Council to be made possible in that provision (legislator).
- Recommendation 12 Increase the capacity of review committees - members and supporting apparatus (government).

- Recommendation 13 Publish the checklist that guides the review committees in distinguishing questionable and non-questionable notifications on the website of the review committees referred to in art. 14 of the Guidelines on Review Committee Working Methods (review committees).
- Recommendation 14 Encourage public debate on the future regulation of end-of-life issues and consider further research and/or initiation of an advisory process on the matter (government).

1

Achtergrond en opzet van het onderzoek

1.1 Inleiding

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is in 2002 in werking getreden. Doelstellingen van de wet zijn het bieden van rechtszekerheid aan artsen die op verzoek van een patiënt levensbeëindigend handelen, het bevorderen van de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen door artsen, het voorzien in een kader waarbinnen artsen verantwoording kunnen afleggen over hun levensbeëindigende handelen en het bevorderen van maatschappelijke transparantie. De wet verplicht artsen om de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding te melden aan de gemeentelijk lijkschouwer. De Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) beoordelen vervolgens of daarbij aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De Wtl bestaat voor een groot deel in de codificatie van een al langer bestaande en gedoogde praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen, met in jurisprudentie en in de medische praktijk ontwikkelde zorgvuldigheidseisen. In de drie evaluatiestudies die tot nu toe zijn uitgevoerd werd steeds vastgesteld dat de wet naar behoren functioneerde en dat de doelstellingen van de wet werden behaald.¹ Naar aanleiding van de derde wetsevaluatie werd geconstateerd dat de *“wet in zijn huidige vorm vooralsnog zonder problemen (kan) blijven bestaan”*. In het juridische onderzoek dat deel uitmaakte van de derde evaluatie werd geconstateerd dat zich in de betreffende onderzoeksperiode geen nieuwe ontwikkelingen hadden voorgedaan met betrekking tot de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. In het praktijkonderzoek werd vastgesteld dat er onder Nederlandse burgers een onverminderd groot draagvlak was voor de Wtl. Het aantal gevallen van euthanasie was volgens het sterfgevallenonderzoek gestegen van 2,8% van alle sterfgevallen in 2010 tot 4,5 van alle sterfgevallen in 2015. Het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding bleef stabiel op 0,1% van alle sterfgevallen. Het aantal gevallen van levensbeëindiging op verzoek bij bijzondere groepen, zoals mensen met dementie, een psychische stoornis, of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, was

1 B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2007; A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2012; B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017.

ten opzichte van het aantal gevallen bij mensen met kanker nog steeds erg klein. Artsen die een geval van levensbeëindigend handelen op verzoek via de lijkschouwer hadden gemeld bij de Rte kwalificeerden de procedure rond melding en toetsing over het algemeen als neutraal of positief.

Dat de Wtl goed lijkt te functioneren neemt niet weg dat er sinds de inwerkingtreding ervan sprake is geweest van druk op bepaalde elementen en dat het maatschappelijke en politieke debat over de inhoud en de grenzen van de Wtl nimmer is verstomd. De rechtvaardiging van de betrokkenheid van artsen bij levensbeëindiging op verzoek zoals geregeld in de Wtl is gelegen in een conflict tussen enerzijds de plicht van de arts om het leven te beschermen en anderzijds de plicht tot wegnemen van het lijden van de patiënt. Levensbeëindiging op verzoek is dan een daad van barmhartigheid van de arts in die situatie waarin lijden alleen weggenomen kan worden door beëindiging van het leven. Het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt is vanzelfsprekend essentieel, maar is geen rechtvaardiging op zichzelf. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn onder voorwaarden opties voor de arts, geen recht van de patiënt. Belangrijke discussiepunten op dit moment ten aanzien van de Wtl betreffen onder meer de exclusieve rol van de arts bij levensbeëindiging op verzoek, de reikwijdte van zelfbeschikking van burgers en patiënten en, daaraan gerelateerd, het relatieve belang van dragende principes zoals barmhartigheid en autonomie. Deze discussiepunten raken aan de grondslag van de Wtl, die zich nadrukkelijk richt op het toetsen van levensbeëindigend handelen door artsen.

1.2 Doelstelling en opzet van het onderzoek

Twintig jaar na de inwerkingtreding van de Wtl is de tijd rijp om niet alleen de inhoud van de wet en de manier waarop de bepalingen die in de wet zijn opgenomen in de praktijk worden gebracht te evalueren, maar om ook de regelgeving als zodanig onder de loep te nemen en na te gaan welke toekomstscenario's te verwachten, mogelijk en/of wenselijk zijn. Deze wetsevaluatie richt zich mede daarom zowel op het functioneren van de wet binnen de huidige kaders, als op de houdbaarheid van de uitgangspunten van het huidige wettelijke stelsel. De algemene vraagstelling van de evaluatie luidt: op welke wijze worden de bepalingen van de Wtl toegepast, hoe ziet de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde er thans uit, en welke knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Voorts zal worden nagegaan of de bevindingen, gelet op de doelstellingen van de wet, aanleiding zijn om beleid, wetgeving of de praktijk aan te passen.

De algemene vraag- en doelstelling van de evaluatie zijn nader uitgewerkt in een aantal nauw met elkaar samenhangende deelonderzoeken: een juridisch onderzoek, een praktijkonderzoek, een onderzoek naar het functioneren van de Rte's, een burgeronderzoek, en, op basis van voornoemde deelonderzoeken, een reflectie op de rol van barmhartigheid en autonomie bij levenseindevraagstukken. In de eerste en in de laatste fase van het onderzoek is voorts een focusgroepbijeenkomst gehouden met juristen, artsen, ethici en vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. Doel van de eerste focusgroepbijeenkomst was om na te gaan of de deelnemers zich herkenden in de door de onderzoekers voorgestelde onderzoeksthema's. In de tweede bijeenkomst werden conclusies, aanbevelingen en diverse mogelijke toekomstscenario's besproken. Van de bevindingen van de focusgroepen wordt in dit rapport niet apart verslag gedaan: ze zijn verwerkt in de verschillende deelonderzoeken.

1.2.1 Juridisch onderzoek

Het juridische onderzoek richtte zich op de ontwikkelingen die zich in de periode 2017-2022 hebben voorgedaan in de rechtspraak (toetsingscommissies, tucht- en strafrechter, internationale rechtspraak), het beleid en de discussie in de juridische literatuur. Het ging daarbij om inhoudelijke aspecten van de Wtl, maar ook om het proces van melding en toetsing. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal in het juridische onderzoek:

- Welke ontwikkelingen/discussies hebben zich in de periode 2017-2022 in het beleid, de rechtspraak en de juridische literatuur voorgedaan met betrekking tot de inhoud van de wettelijke bepalingen, zowel waar het gaat om de zorgvuldigheidseisen als om het systeem van toetsing?
- Hebben zich in de periode 2017-2022, waar het gaat om de verhouding tussen barmhartigheid en autonomie, in het beleid, de rechtspraak en de juridische literatuur ontwikkelingen voorgedaan die gevolgen (kunnen) hebben voor de wetgeving inzake het levenseinde?
- Is er sprake van rechtsonwikkelingen in andere landen die van betekenis kunnen zijn voor de (beleids)discussie over regelgeving in Nederland, dan wel voor de visie op de verhouding tussen barmhartigheid en autonomie?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden werden schriftelijke bronnen uit de periode 2017-2022 bestudeerd, dat wil zeggen parlementaire stukken (commissieverslagen, Kamervragen e.d.) over de Wtl, overige relevante wetgeving, jurisprudentie, richtlijnen van het Openbaar Ministerie (OM), richtlijnen en standpunten van beroepsorganisaties, en relevante gezondheidsrechtelijke en strafrechtelijke literatuur. In aanvulling daarop werden interviews gehouden met een aantal deskundigen en betrokkenen. Ook werd een analyse gemaakt van meldingen gedurende de periode 2017-2022 waarover de Rte's oordeelden dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen van de Wtl was voldaan, en van de reacties van het OM en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in deze zaken. In de onderzoeksperiode hebben zich ook in andere landen relevante ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van de regulering van levenseindevraagstukken, zodat het de moeite waard was om in deze evaluatie ook aandacht te besteden aan internationale rechtsvergelijking.

1.2.2 Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek bestond uit het sterfgevallenonderzoek en een onderzoek naar ervaringen en opvattingen van artsen.

Sinds 1990 vindt elke vijf jaar het zogenaamde sterfgevallenonderzoek plaats. Dit onderzoek heeft tot doel om een betrouwbaar beeld te verkrijgen van de ontwikkelingen in de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar euthanasie en hulp bij zelfdoding, maar ook naar andere handelwijzen, zoals intensieve pijn- en/of symptoombestrijding waarbij bespoediging van het levenseinde een, al dan niet bedoeld, neveneffect is of kan zijn, en het staken of niet-instellen van potentieel levensverlengende behandelingen. Sinds een aantal jaar wordt

ook de praktijk van palliatieve sedatie onderzocht in het sterfgevallenonderzoek. De belangrijkste vraagstelling van het sterfgevallenonderzoek dat in de periode van deze wetsevaluatie werd uitgevoerd is:

- Wat is de frequentie van verschillende medische beslissingen rond het levenseinde en in hoeverre zijn daarin veranderingen opgetreden ten opzichte van 2015, 2010, 2005, 2001, 1995 en 1990?
- Wat zijn de belangrijkste kenmerken van medische beslissingen rond het levenseinde en in hoeverre zijn daarin veranderingen opgetreden ten opzichte van eerdere jaren?

Voor het sterfgevallenonderzoek 2021² werd een gestratificeerde steekproef van sterfgevallen getrokken uit de doodsoorzakenregistratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De arts die bij een sterfgeval uit de steekproef betrokken was kreeg een vragenlijst toegestuurd over mogelijke medische beslissingen rond het levenseinde die aan het betreffende overlijden vooraf gingen. De opzet van het sterfgevallenonderzoek is sinds 1990 nagenoeg ongewijzigd, wat het vaststellen van tijdsreeksen mogelijk maakt.

In het artsenonderzoek binnen deze wetsevaluatie werden de bereidheid tot en ervaringen met levensbeëindiging op verzoek van artsen in Nederland in kaart gebracht. Daarbij werd in het bijzonder aandacht besteed aan bijzondere groepen, te weten personen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen, dementie, psychische stoornissen of een 'voltooid leven'. Voorts werd bekeken of en wanneer artsen weigeren om verzoeken in te willigen en wat hun ervaringen zijn wat betreft het uitoefenen van druk door patiënten, familie of anderen. De onderzoeksvragen voor het artsenonderzoek waren:

- Wat zijn ervaringen van artsen met verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding van patiënten uit verschillende groepen (waaronder personen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen, dementie, psychische stoornissen en 'voltooid leven')? Zijn deze ervaringen veranderd vergeleken met eerdere jaren?
- Wat is de huidige bereidheid van artsen om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van personen uit verschillende groepen in te willigen? Is deze bereidheid veranderd vergeleken met eerdere jaren?
- Hoe communiceren artsen met patiënten over hun bereidheid dan wel terughoudendheid ten aanzien van het inwilligen van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding en wat zijn hun ervaringen wat betreft eventuele druk die zij ondervinden van patiënten en/of familie?
- Welke redenen hebben artsen om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding te weigeren?

2 Het sterfgevallenonderzoek werd vanwege de COVID-19 epidemie in 2021 uitgevoerd in plaats van in 2020.

- Wat is de huidige meldingsbereidheid van artsen en wat zijn eventueel redenen om niet te melden?
- Wat zijn ontwikkelingen ten aanzien van het grijze gebied tussen euthanasie, palliatieve sedatie en het ophogen van pijn- en/of symptoombestrijding?

Het artsnonderzoek bestond uit een vragenlijstonderzoek onder huisartsen, medisch specialisten (cardiologen, chirurgen, ic-artsen, internisten, longartsen, neurologen) en specialisten ouderengeneeskunde. De vragenlijst kwam waar nodig en mogelijk overeen met vragenlijsten uit voorgaande onderzoeken (2016, 2011, 2005, 2001, 1995, 1990) om vergelijking mogelijk te maken.

1.2.3 Onderzoek functioneren toetsingscommissies

In dit deelonderzoek werd nagegaan in hoeverre de huidige structuur, organisatie en uitvoering van de toetsing tot een coherente, uniforme, doelmatige, transparante en haalbare toetsingspraktijk leidt. Ook werd vastgesteld welke ontwikkelingen zich sinds de vorige wetsevaluatie hebben voorgedaan wat betreft de interpretatie van de inhoudelijke en procedurele zorgvuldigheidseisen, in het bijzonder ten aanzien van meldingen met betrekking tot dementie, psychiatrie en stapeling van ouderdomsaandoeningen. Tot slot werden ervaringen en kennis van meldend artsen in kaart gebracht. De onderzoeksvragen die in dit deelonderzoek worden beantwoord zijn:

- Welke procedurele en organisatorische veranderingen zijn er doorgevoerd na de derde wetsevaluatie, mede met het oog op de in die evaluatie geconstateerde knelpunten en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen?
- Welke ontwikkelingen hebben zich sinds de vorige wetsevaluatie voorgedaan wat betreft:
 - de interpretatie van de inhoudelijke en procedurele zorgvuldigheidseisen door de toetsingscommissies?
 - de beoordeling van meldingen met betrekking tot dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen, psychiatrie?
- In hoeverre ervaren meldend artsen het proces van melding en toetsing en de communicatie met toetsingscommissies als ondersteunend, transparant en doelmatig?

Dit deelonderzoek bestond uit een aantal onderdelen. Er werd een analyse uitgevoerd van jaarverslagen van de toetsingscommissies en van de achtereenvolgende EuthanasieCodes. Een steekproef van gemelde gevallen uit de periode 2017-2022 van levensbeëindiging bij personen met (gevorderde) dementie, psychische stoornissen of een stapeling van ouderdomsaandoeningen werd bestudeerd. Daarnaast werd een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder leden van de toetsingscommissies.

1.2.4 Burgeronderzoek

In het burgeronderzoek werd het draagvlak onder burgers voor de huidige regeling van levensbeëindiging op verzoek onderzocht. Het onderzoek richtte zich op kennis en opvattingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding, ook bij de eerder genoemde bijzondere groepen. Ook werd uitgevraagd in hoeverre burgers nadenken en met anderen communiceren over hun eigen levenseinde. De vraagstelling voor dit deelonderzoek luidt:

- Wat zijn kennis en opvattingen van het Nederlandse publiek ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding en hoe hebben deze zich ontwikkeld in de tijd?
- In hoeverre en hoe willen patiënten en ouderen met hun arts in gesprek gaan over het levenseinde en eventuele wensen ten aanzien van levensbeëindiging?
- Wat zijn opvattingen van burgers, en in het bijzonder ouderen, over de zelfregie rond het levenseinde? Zijn deze opvattingen veranderd vergeleken met eerdere jaren?
- In hoeverre zijn de kennis en opvattingen van burgers gerelateerd aan kenmerken zoals opleidingsniveau, urbanisatiegraad, eventuele migratieachtergrond en religieuze overtuiging?

Het onderzoek bestond uit een vragenlijstonderzoek gevolgd door 15 verdiepende interviews. Het onderzoek werd aangevuld met interviews met gespreksleiders van informatiebijeenkomsten over de laatste levensfase voor mensen met een moslimachtergrond. Ook werd gebruik gemaakt van gegevens van eerder onderzoek:

- In het project 'In gesprek met de burger: het vergroten van bewustwording van en kennis over palliatieve zorg via publieksinformatiebijeenkomsten'³ is in 2020 een publieksonderzoek uitgevoerd onder mensen van 65 jaar en ouder over hun ideeën over en ervaringen met het in gesprek gaan over zorg rond het levenseinde, inclusief euthanasie en hulp bij zelfdoding.
- LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is een longitudinaal vragenlijstonderzoek met als doel determinanten en gevolgen van veroudering te bestuderen onder mensen van 55 jaar en ouder. Metingen vinden elke drie jaar plaats. Vanaf 2001/2002 zijn er vragen opgenomen over zelfregie rond het levenseinde. Door de antwoorden op deze vragen te analyseren voor de verschillende beschikbare jaren werd inzicht verkregen in eventuele verschuivingen in opvattingen van ouderen over levensbeëindiging met en zonder betrokkenheid van een arts.

1.2.5 Beschouwing

Doel van het beschouwende deelonderzoek was om na te gaan welke ontwikkelingen er waarneembaar zijn met betrekking tot opvattingen over de rol van de arts bij levensbeëindiging op verzoek, de balans tussen enerzijds barmhartigheid en anderzijds autonomie als dragende principes

3 ZonMw project nr. 844001705.

van de Wtl, en het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Geëxploreerd werd wat deze eventuele ontwikkelingen betekenen voor de toekomstbestendigheid van de Wtl aan de hand van een aantal scenario's voor toekomstige regulering van levenseindevragen. Vragen die in deze beschouwing aan de orde komen zijn:

- Op welke wijze zijn de waarden barmhartigheid en autonomie vertaald in juridische en professionele normen rondom de Wtl en welke rol en gewicht hebben deze waarden in enkele nieuwe (burger-)initiatieven met betrekking tot hulp bij zelfdoding?
- Zijn opvattingen van burgers en artsen over barmhartigheid en autonomie als pijlers van de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding veranderd?
- Welke opvattingen hebben burgers en artsen over de rol van de arts bij (besluitvorming over) euthanasie en hulp bij zelfdoding?

Ten behoeve van het beschouwende onderzoek werden relevante gegevens en bevindingen vanuit de overige drie deelonderzoeken geïntegreerd onder de loep genomen. Daarnaast wordt, mede aan de hand van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek, een aantal mogelijke toekomstige reguleringsscenario's geschetst.

1.3 Opzet van dit rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van de juridische ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan sinds de derde evaluatie van de Wtl. In hoofdstuk 3 worden frequenties en kenmerken van medische beslissingen rond het levenseinde zoals waargenomen in het sterfgevallenonderzoek gepresenteerd. Hoofdstuk 4 betreft de ervaringen en opvattingen van artsen. Het functioneren van het systeem van melding en toetsing wordt beschreven in de hoofdstukken 5 en 6. Hoofdstuk 5 betreft melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding en in hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van de bevindingen van het onderzoek naar het functioneren van de toetsingscommissies. In hoofdstuk 7 worden de kennis, ervaringen en opvattingen van burgers beschreven. In hoofdstuk 8 worden gegevens en een beschouwing gepresenteerd ten aanzien van ontwikkelingen in de waardering en invulling van de concepten van barmhartigheid en autonomie bij levenseindevraagstukken en van het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. In hoofdstuk 9 wordt een beknopte schets gegeven van mogelijke toekomstige scenario's voor de regulering van levenseindevraagstukken. In hoofdstuk 10 worden tenslotte de resultaten van de verschillende deelonderzoeken samengevat en worden aanbevelingen gedaan voor beleid, praktijk en onderzoek.

2

Juridische ontwikkelingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de juridische ontwikkelingen die zich in de periode 2017-2022 hebben voorgedaan met betrekking tot kwesties inzake de regulering van het levenseinde. Aan de orde komen vervolgentwikkelingen ten aanzien van thema's die ook al in eerdere evaluaties van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) zijn besproken, waaronder levenseindevragen van mensen met een psychische stoornis of met gevorderde dementie, en het debat over het levenseinde in het geval van een 'voltooid leven'. Het accent ligt evenwel op kenmerkende ontwikkelingen in de afgelopen vijf jaar, waaronder de eerste beslissing van de Hoge Raad in een strafzaak op grond van art. 293 van het Wetboek van Strafrecht (hierna WvSr of Sr) in verbinding met de Wtl, het eerste arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) in een zaak over een nationale euthanasiewet en de totstandkoming van euthanasiewetten en rechtspraak over hulp bij zelfdoding in andere landen. De strafvervolgung tegen een arts die leidde tot de eerste uitspraak van de Hoge Raad in een WvSr/Wtl-zaak trok veel aandacht en leidde tot de nodige maatschappelijke discussie, niet alleen over het handelen van de betreffende arts, maar ook over de taken van de Regionale toetsingscommissies (Rte's) en het Openbaar Ministerie (OM), en de verhouding daartussen. Daarnaast is relevant dat de Wtl in 2022 twintig jaar van kracht was. Dat is een goede aanleiding om naar een aantal ontwikkelingen met wat meer aandacht te kijken. Het geheel leidt ertoe dat dit juridische hoofdstuk uitvoeriger is opgezet en iets anders is ingericht dan in eerdere evaluaties van de Wtl het geval was.

De inhoud van dit hoofdstuk is gebaseerd op de volgende bronnen:

- De jaarverslagen 2017 tot en met 2022 van de Rte's;
- De EuthanasieCodes 2018, 2020 en 2022 van de Rte's;
- Publicaties in de juridische literatuur;
- Standpunten en richtlijnen van wetenschappelijke en beroepsorganisaties;
- Kamerstukken;
- Rechterlijke uitspraken;
- Buitenlandse wetgeving en literatuur daarover;

- Een briefwisseling tussen het OM en de Rte's;⁴
- Enkele interviews met betrokkenen⁵ en twee focusgroepen met deskundigen en stakeholders.⁶

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. In par. 2.2 worden kort de hoofdlijnen van het wettelijk systeem geschetst en wordt ingegaan op enkele daarmee samenhangende algemene ontwikkelingen in de periode 2017-2022. In par. 2.3 komt een aantal specifieke thema's op het terrein van de Wtl aan de orde. Par. 2.4 besteedt aandacht aan ontwikkelingen op het terrein van melding en toetsing. In par. 2.5 worden verschillende, voor de ontwikkeling van de Wtl relevante aspecten in andere landen belicht, zowel binnen als buiten Europa. Par. 2.6 gaat nader in op discussies en ontwikkelingen met betrekking tot hulp bij levensbeëindiging buiten de arts om. Afgesloten wordt met een korte slotbeschouwing in par. 2.7. Waar nodig wordt aandacht besteed aan de reactie van de regering op de aanbevelingen uit de vorige evaluatie van de Wtl.⁷

2.2 Hoofdlijnen van de wet en enkele algemene ontwikkelingen

2.2.1 Strekking en inhoud van de Wtl en daaraan gerelateerde wetgeving

De Wtl trad in werking op 1 april 2002.⁸ Tot dat moment bepaalden de artt. 293 en 294 Sr dat euthanasie⁹ respectievelijk hulp bij zelfdoding onder alle omstandigheden waren verboden. In de periode tot 1 april 2002 werd in de rechtspraak onder omstandigheden een uitzondering op dat verbod geaccepteerd: in die gevallen waarin een arts handelde op het verzoek van een patiënt en hij een aantal zorgvuldigheidseisen in acht nam. De juridische basis voor deze aanpak werd gevormd door de algemene strafuitsluitingsgrond van overmacht (art. 40 Sr) in de zin van een 'conflict van plichten'. Het gaat daarbij om de juridische plicht een leven niet te beëindigen, ook niet op het uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene, versus de professionele plicht van de arts om ondraaglijk en uitzichtloos lijden weg te nemen. Accepteerde de rechter een beroep op overmacht, dan werd de arts ontslagen van alle rechtsvervolging. De Wtl heeft in 2002 aan de artt. 293 en 294 Sr een bijzondere strafuitsluitingsgrond toegevoegd. Deze houdt in dat euthanasie en hulp bij zelfdoding niet strafbaar zijn indien de uitvoering geschiedt door een arts, de arts de in art. 2 lid 1 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen in acht neemt en de arts na afloop van de levensbeëindiging daarvan melding doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Het wettelijk systeem houdt dus formeel niet in dat levensbeëindiging op verzoek door een arts is 'gelegaliseerd'. Deze gedraging blijft in beginsel

4 Deze briefwisseling is door het verantwoordelijk lid van het College van Procureurs-Generaal van het Openbaar Ministerie en de coördinerend voorzitter van de Rte's aan de onderzoekers ter beschikking gesteld.

5 Ten behoeve van dit deelonderzoek is gesproken met de coördinerend voorzitter van de Rte's en zijn voorganger en met het lid van het College van Procureurs-Generaal dat de Wtl in zijn portefeuille heeft.

6 Dit zijn de twee algemene focusgroepen die in het kader van deze evaluatie gehouden zijn, aan het begin en het einde van het traject.

7 *Kamerstukken II 2017/18, 34990, nr. 1.*

8 *Stb. 2001, 194.*

9 Het woord euthanasie komt in art. 293 Sr niet als zodanig voor. Het eerste lid van dit artikel spreekt van het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen.

strafbaar, maar onder de in de wet genoemde voorwaarden kan aan deze gedraging van een arts de strafbaarheid komen te ontvallen.

Om zich op de bijzondere strafuitsluitingsgrond te kunnen beroepen dient de arts, naast het achteraf melden van de levensbeëindiging op verzoek, te voldoen aan de volgende, in art. 2 lid 1 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen:

- a De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- b De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- c De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten;
- d De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is;
- e De patiënt is gezien door ten minste één andere, onafhankelijke arts, die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor onder a. tot en met d. genoemde zorgvuldigheidseisen;
- f De levensbeëindiging op verzoek is medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Het verzoek van de patiënt als bedoeld onder a. kan bestaan uit een actueel, mondeling verzoek, maar ook uit een schriftelijke wilsverklaring van een niet meer tot mondelinge communicatie in staat zijnde patiënt, mits de verklaring is opgesteld door een patiënt van 12 jaren of ouder op een moment dat hij (nog) wilsbekwaam was. In dat geval zijn de wettelijke zorgvuldigheidseisen volgens art. 2 lid 2 Wtl “*van overeenkomstige toepassing*”. Een verzoek om levensbeëindiging op verzoek als bedoeld in de Wtl kan ook worden gedaan door een wilsbekwame minderjarige patiënt. Is de wilsbekwame minderjarige tussen 12 en 16 jaar oud, dan is naast het verzoek van het kind de instemming van zijn ouders of voogd vereist. Is de minderjarige 16 of 17 jaar oud dan dienen zijn ouders of voogd bij de besluitvorming te worden betrokken, maar is hun instemming niet vereist.

Na uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek dient de arts hiervan melding te doen aan de gemeentelijke lijkschouwer. Dit is bij de Wtl geregeld in art. 293 lid 2 Sr jo. art. 7 lid 2 van de Wet op de lijkbezorging (Wlb). Bij deze melding voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de in art. 2 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen. Voor dit verslag is een model beschikbaar, dat is vastgesteld krachtens een algemene maatregel van bestuur op grond van de Wlb.¹⁰ De gemeentelijke lijkschouwer stelt het verslag in handen van de in aanmerking komende Rte, als geregeld in de artt. 3 e.v. van de Wtl. De Rte bestaat uit een jurist-voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. De commissie beoordeelt elke melding van levensbeëindiging op verzoek op de vraag of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Zo nodig kan de commissie in dat kader bij de uitvoerend arts of bij anderen nadere inlichtingen inwinnen. Art. 9 lid 1 Wtl schrijft voor dat de commissie haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken ter kennis brengt aan de arts. Luidt het oordeel dat de arts zorgvuldig heeft

10 Het verslagmodel is te vinden op www.toetsingscommissies euthanasie.nl. Naast gegevens over de uitvoerend arts en de patiënt bevat het model 24 specifieke vragen met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

gehandeld (dat wil zeggen: alle in art. 2 Wtl genoemde eisen zijn nageleefd), dan is de procedure ten einde. Oordeelt de commissie dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan wordt de zaak door de commissie aan het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gezonden. Deze beide instanties bepalen dan elk afzonderlijk of verdere stappen nodig zijn, en zo ja welke (zie nader par. 2.4).

Op 1 oktober 2021 is de Wtl op enkele punten gewijzigd.¹¹ Deze wijzigingen hebben onder meer betrekking op de duur van de (her)benoemingstermijnen van de voorzitter en de leden van de Rte's, op de regels voor de bezoldiging van de voorzitter en de leden, en op het overleg tussen de voorzitters van de commissies als bedoeld in art. 13 Wtl. In het laatste wetsartikel is geschrapt dat bij het voorzittersoverleg een vertegenwoordiger van het OM en de IGJ aanwezig zijn. In plaats daarvan bepaalt art. 19 lid 2 onder c (nieuw) dat de verantwoordelijke ministers bij Algemene Maatregel van Bestuur regels kunnen stellen betreffende het overleg tussen de Rte's en het OM en de IGJ. Dergelijke regels zijn er nog niet.

Naast de Wtl en de daaraan gerelateerde wetgeving komt betekenis toe aan enkele richtinggevende rechterlijke uitspraken. Daarbij gaat het ook om uitspraken uit de jaren voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wtl: in het bijzonder de beslissingen van de Hoge Raad in de zaken Schoonheim (1984), Chabot (1994) en Brongersma (2002).¹² Bepaalde overwegingen uit deze arresten hebben tot op heden hun juridische betekenis behouden. Richtinggevend uit de onderzoeksperiode zijn uiteraard de twee beslissingen van de Hoge Raad van 21 april 2020, in een zaak betreffende euthanasie bij een patiënt met gevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring als bedoeld in art. 2 lid 2 Wtl. Zie daarover nader par. 2.3.2. Wij duiden deze zaak hierna aan als de zaak-Arends.¹³

2.2.2 Discussie over de wetgeving of aspecten daarvan

De voorbije decennia is met regelmaat gediscussieerd en geschreven over de vraag of een nationale euthanasiewet zich wel verdraagt met art. 2 lid 1 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheid (EVRM) waarin de aanspraak op bescherming door de wet van het recht op leven is neergelegd. Ten tijde van de parlementaire behandeling van de Wtl stelde de Nederlandse regering zich op het standpunt dat levensbeëindiging door een arts op verzoek van een patiënt, indien qua criteria en procedure zorgvuldig in de wet geregeld, te verenigen valt met art. 2 lid 1 EVRM. In oktober 2022 deed het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) voor het eerst een uitspraak in een zaak over de toepassing van een nationale euthanasiewet, in dit geval die van België.¹⁴ In deze uitspraak is het EHRM kritisch over de feitelijke gang van zaken in deze

11 *Stb.* 2020, 67 (Verzamelwet VWS 2020).

12 Zie ook EuthanasieCode 2022, p.12 en voorts: H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022.

13 In de literatuur staat deze zaak ook wel bekend als de koffie-euthanasiezaak. In de loop van de procedure maakte de betreffende arts (mw. Arends) zichzelf bekend, onder meer door een interview in *Medisch Contact*.

14 EHRM 4 oktober 2022, nr. 78017/17 (Mortier v. België). Zie M. de Hert, S. Loos & K. van Assche, *De Belgische Euthanasiewet doorstaat de mensenrechtelijke toets, behalve voor de a posteriori-controle (Mortier tegen België (nr. 78017/17))*. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg*, doi.org/10.47671/TVG.79.23.006.

concrete zaak, met name waar het gaat om de inrichting en het verloop van de toetsingsprocedure. Belangrijker is dat het EHRM de Belgische euthanasiewet in het algemeen als een adequate en zorgvuldige wettelijke regeling aanvaardt, die als zodanig niet strijdig is met art. 2 lid 1 EVRM. Aangenomen mag worden dat het Hof ook over de Wtl zo zal oordelen, mocht het ooit komen tot een zaak tegen Nederland over de Wtl.¹⁵

Die stand van zaken neemt niet weg dat er in de afgelopen tijd is gediscussieerd over de opzet en de (juridische) constructie van de met de Wtl gehandhaafde strafbaarstelling van art. 293 lid 1 Sr, aangevuld met de rechtvaardigingsgrond voor de arts onder art. 293 lid 2 Sr. (Ook) deze discussie is opgeleefd doordat in de zaak-Arends voor het eerst een arts ter zake is vervolgd. Het gaat daarbij in deze paragraaf om enkele elementen uit die discussie over de wetgeving.

Verhouding ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ in art. 293 lid 1 Sr en ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’ in art. 2 lid 1 Wtl

In de zaak-Arends constateerde de betreffende Rte dat sprake was van niet-naleven van de zorgvuldigheidseis van art. 2 lid 2 jo. lid 1 onder a Wtl, te weten dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dan rijst de vraag of met deze constatering daarmee ook geen sprake meer is van het ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ van art. 293 lid 1 Sr. Als dat het geval zou zijn, dan zou niet langer sprake zijn van het delict van art. 293 lid 1 Sr. Tot aan de beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Arends bestond geenszins duidelijkheid over dit punt. Dat verklaart waarom het OM er wel voor moest kiezen om in de tenlastelegging in deze zaak ook de misdrijven van moord en doodslag op te nemen, zij het subsidiair ten opzichte van art. 293 lid 1 Sr, dat wil zeggen: voor het geval dat art. 293 lid 1 Sr naar het oordeel van de rechter inderdaad niet van toepassing zou zijn. De Hoge Raad besteedt in zijn beslissing expliciet aandacht aan dit punt en overweegt daarover meer in het algemeen dat *“de omstandigheid dat een arts wordt verweten dat hij niet heeft gehandeld in overeenstemming met de in artikel 2 lid 1, onder a, Wtl bedoelde zorgvuldigheidseis, niet zonder meer betekent dat hem ook kan worden verweten dat hij is overgegaan tot levensbeëindiging van de patiënt zonder een ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ van de patiënt (in welk geval hem het in artikel 289 Sr in plaats van in artikel 293 lid 1 Sr bedoelde verwijt zou treffen).”*¹⁶

In zoverre heeft de gang naar de Hoge Raad in deze strafzaak (onder andere) op dit punt verheldering gebracht. De enkele schending van de zorgvuldigheidseis inzake vrijwilligheid betekent volgens de Hoge Raad dat desondanks toch nog sprake kan zijn van handelen op ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ als bedoeld in art. 293 lid 1 Sr. Aan deze overweging voegt de Hoge Raad vervolgens een

15 De feitelijke gang van zaken waarover het EHRM viel kan zich in Nederland niet op dezelfde wijze voordoen, omdat de toetsingsprocedure in ons land op een andere wijze is ingericht.

16 HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, rov. 4.5.4. Vgl. over dit punt ook H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.112 en p.127, P.A.M. Mevis & L. Postma, Tussenroniek rechtspraak strafrecht. *TvGR* 2021, p.280-291 onder 4 en Mevis in de noot onder de beslissing in *NJ* 2020/428 onder 7. Vgl. ook N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde, een pleidooi voor het recht van mensen om over hun eigen levenseinde te beschikken*. Leusden: ISVW Uitgevers, 2021, p.84, die tot een andere conclusie dan de Hoge Raad komt.

uitdrukkelijke verwijzing naar art. 289 Sr toe. Als men wil, kan men deze niet noodzakelijke toevoeging in verband brengen met de opmerking waarmee de rechtbank in deze zaak – al even ten overvloede – haar overwegingen in het vonnis afsloot, te weten dat een “*beschuldiging van moord geen recht [doet] aan het integere en transparante handelen van de verdachte.*”¹⁷

Discussie over aparte strafbaarstelling

De daadwerkelijke vervolging van de arts in de zaak-Arends ter zake van het misdrijf van art. 293 lid 1 Sr (een levensdelict, bedreigd met gevangenisstraf van maximaal 12 jaren), leidde in de literatuur tot nieuwe discussie in hoeverre het aangewezen is om in geval van het niet naleven van de zorgvuldigheidseisen door een arts in een apart delict te voorzien. De kern daarvan zou dan niet langer zonder meer het verwijt van een levensdelict moeten zijn, maar eerder de schending van de (of bepaalde) zorgvuldigheidseisen. Daarmee wordt ook de druk of de dreiging van strafrecht en strafvervolging gereduceerd.¹⁸ In dat kader valt bijvoorbeeld op dat in het recht van enkele andere landen de strafbedreiging tegen levensbeëindiging op verzoek, ook c.q. zelfs indien begaan door een niet-arts, aanzienlijk lager is dan de strafbedreiging van 12 jaren in art. 293 lid 1 Sr.¹⁹ Interessant is voorts de strikte scheiding in de Luxemburgse wet (waarover nader in par. 2.6): alleen in geval *materiële* criteria zijn geschonden, komt de zaak voor strafvervolging in aanmerking. Dat is codificatie in de wet van hetgeen in Nederland ook uitgangspunt is, zij het ‘slechts’ op basis van de betreffende OM-aanwijzing. Daarin wordt vermeld dat strafvervolging in beginsel alleen zal worden ingesteld bij schending van de ‘substantiële zorgvuldigheidseisen’ betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek respectievelijk uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Voor de toekomst van de Nederlandse regeling hoeft de weg van een eventuele aanpassing van het strafrecht daarbij niet per se of uitsluitend die van een aparte, lichtere strafbaarstelling te zijn. Er is ook nog een andere juridische benadering mogelijk. De uitleg daarvan vereist een nadere, ietwat technisch-juridische uiteenzetting van de wettelijke ‘constructie’ van strafbaarheid in het Wetboek van Strafrecht. Door de bestaande constructie van art. 293 lid 2 Sr als uitzondering op strafbaarheid ter zake van de algemene, ook voor niet-artsen geldende strafbepaling van art. 293 lid 1, is binnen het Wetboek van Strafrecht sprake van een gedraging die onder art. 293 lid 1 Sr valt. Daarvan wordt

17 Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506, onder 5.3.7, laatste alinea.

18 Sporen in die richting vindt men reeds bij J. Rummelink, Verweren in ‘euthanasie’-strafzaken, in: M.S. Groenhuijsen e.a. (red.), *Glijdende schalen. Liber Amicorum J. de Hullu*. Nijmegen: WLP, 2003, p. 491-499. Zie voorts V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood – Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2020, p.46-47 en p.274-275; G. Knigge, Euthanasie en de strafwet: een pleidooi voor een andere wettelijke regeling, in: J. Altena e.a. (red.), *In onderlinge samenhang. Liber Amicorum Tineke Cleiren*. Den Haag: Boom Juridisch, 2021, p.337-348 en P.A.M. Mevis, Over de randen van de euthanasiewetgeving, *DD* 2016/35, onder 2, voetnoot 11. Knigge denkt aan een apart delict in de vorm van een overtreding, geldend voor alle vormen van levensbeëindiging door een arts, ook niet op verzoek. Van de Wetering doet een voorstel voor een culpoos misdrijf voor de arts aan wie schuld te wijten is dat de zorgvuldigheidscriteria niet zijn nageleefd.

19 Zo wordt levensbeëindiging op verzoek bijvoorbeeld in Zwitserland gestraft met gevangenisstraf van maximaal 3 jaren (mits gehandeld uit achtenswaardige motieven, in het bijzonder medelijden), in Duitsland en in Oostenrijk is de maximale gevangenisstraf zes maanden tot vijf jaren, en in Denemarken gevangenisstraf van maximaal 3 jaren, gelijk aan het strafmaximum bedreigd tegen hulp bij zelfdoding.

(vervolgens) onderzocht of zich de uitzondering van art. 293 lid 2 Sr voordoet. Er is binnen deze, door het Wetboek van Strafrecht ingegeven, juridische verhoudingen, strafrechtelijk geen a priori vermoeden van rechtmatig handelen als basis voor het onderzoek van de gedraging van de arts. Naar de ‘normale’ strafrechtelijke verhoudingen en strafrechtssystematiek wordt bij dit onderzoek niet van een premisse van rechtmatig handelen uitgegaan,²⁰ maar van het ‘redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit’ in de zin van art. 27 lid 1 Sv. Deze verhoudingen vloeien zo men wil ‘nu eenmaal’ voort uit de opzet van art. 293 Sr. Een conform de Wtl uitgevoerde en daarmee straffeloze levensbeëindiging is in die structuur van art. 293 Sr (of enig ander (nieuw) strafbaar feit) een in het tweede lid opgenomen *uitzondering* op de op zichzelf toepasselijke delictsomschrijving van art. 293 lid 1 Sr. Anders gezegd: als de arts (vermoedelijk) conform de Wtl handelt, is het niet zo dat de toepassing van die delictsomschrijving van lid 1 uitgesloten is. Integendeel: op die basis wordt nagegaan of de uitzondering van art. 293 lid 2 Sr zich voordoet.²¹ In het recht van enkele andere landen is dat soms anders geregeld. Bijvoorbeeld in art. 78 van het Oostenrijkse Wetboek van Strafrecht: die strafbepaling/delictsomschrijving omvat alleen de arts die zich *niet* aan de wettelijke regeling inzake stervenshulp heeft gehouden En dus niet de arts die dat *wel* gedaan heeft, maar voor wie vervolgens ter zake een strafuitsluitingsgrond geldt (zie ook par. 2.5).

In de bestaande constructie van art. 293 lid 1 en lid 2 Sr schuilt een belangrijke discrepantie tussen strafrecht en de wijze waarop artsen de strafrechtelijke modaliteit van de Wtl soms ervaren. Dat komt omdat artsen, niet geheel ten onrechte, ervan uitgaan *wel* op basis van een vermoeden van rechtmatig handelen (conform de Wtl en de bijbehorende beroepsnormen) te worden bejegend, een uitgangspunt dat in feite aan het gezondheidsrecht en medisch tuchtrecht ook eerder ten grondslag ligt dan aan het strafrecht. Zo geformuleerd, valt in de onderzoeksperiode op dit punt op dat de wetgever ten aanzien van geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar met de Wet geweldsaanwending opsporingsambtenaar²² ten aanzien van dat optreden voortaan *wel* van een presumptie van rechtmatigheid uitgaat. Net als bij de levensbeëindiging door de arts gaat het daarbij om de beoordeling van de rechtmatigheid van optreden in het beroep, naar de regels die voor die beroepsuitoefening geldt. Opsporingsambtenaren mogen immers (als aan de voorwaarden voldaan is) geweld gebruiken. De nieuwe wettelijke regeling sluit daarbij nader onderzoek naar het geweldgebruik door de betreffende ambtenaar niet uit, maar hij is dan nog geen verdachte. Deze systematische wetswijziging betreffende geweldgebruik door opsporingsambtenaren in de oefening van hun beroep is daarmee ook voor de verhoudingen onder de Wtl van betekenis. In de literatuur is de vraag opgeworpen (en positief beantwoord) of, gegeven deze wetswijziging ten aanzien van het gebruik van geweldsaanwending door opsporingsambtenaren, de arts in geval van levensbeëindiging op verzoek niet ten minste ook voor een dergelijke, bevoorrechte positie, in aanmerking moet

20 Niet te verwarren met de onschuldpresumptie die ten opzichte van de verdachte in acht moet worden genomen als strafvervolging is ingesteld.

21 Dat zou anders zijn als het eerste lid van art. 293 Sr de wederrechtelijkheid als te bewijzen voorwaarde voor strafbaarheid (bestanddeel) zou bevatten. Zie over dit punt ook de vordering van de Procureur-Generaal (P-G) bij de zaak-Arends (strafzaak), ECLI:NL:PHR:2019:1338 onder 7.

22 Wet van 12 mei 2021, *Stb.* 2021, 233.

komen.²³ De arts wordt dan vermoed rechtmatig te hebben gehandeld en is dan, totdat anders blijkt, nog geen verdachte in het – onvermijdelijke²⁴ – onderzoek door het OM alvorens over strafvervolgning te beslissen, in het bijzonder na melding van een oordeel inhoudende dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan aan dat OM. De arts hoeft zich daarbij dan ook nog niet als verdachte te voelen, als iemand die door de overheid benaderd wordt op de veronderstelling dat hij iets verkeerd, iets strafbaar heeft gedaan. Het wegnemen van die druk was voor de wetgever blijkens de wetsgeschiedenis ook een belangrijk argument voor de wetswijziging inzake de geweldsaanwending door opsporingsambtenaren.²⁵

Meldplicht

Over de meldplicht van de arts als onderdeel van art. 293 lid 2 Sr jo. de Wlb is in de literatuur in de onderzoeksperiode nog maar eens opgemerkt dat voor de goede werking van dit cruciale onderdeel van de regeling het van groot belang is dat artsen in staat zijn hun handelen adequaat te herkennen en te kwalificeren.²⁶ Dat lijkt nog niet altijd even goed te lukken, zeker niet in wat wel het ‘grijze gebied’ genoemd wordt: het grensgebied tussen palliatieve sedatie of pijn- en/of symptoombestrijding enerzijds en euthanasie anderzijds; zie nader hoofdstuk 3. Hier is eerder nadere adequate voorlichting en definitie, ook inzake de juiste afbakening van grenzen, aangewezen dan aanpassing van wet- of regelgeving. In dat kader vermeldt art. 2 van de nieuwe Richtlijnen werkwijze Rte 2019 op zichzelf terecht dat de Rte’s niet bevoegd zijn het handelen van de arts te beoordelen in geval van normaal medisch handelen, waaronder in elk geval wordt verstaan “*een verhaasting van de dood als bijkomend gevolg van een behandeling, die noodzakelijk is voor, en naar haar aard rechtstreeks is afgestemd op het verlichten van ernstig lijden van de patiënt.*” Die stellingname is begrijpelijk, al bevat zij tegelijk weinig uitnodiging aan artsen om in twijfelgevallen wel te melden, waarmee wellicht meer helderheid kan ontstaan aan welke kant van de grens het handelen ligt en waar – meer in het algemeen – de grenzen precies liggen. De nieuwe richtlijn sluit zo’n melding overigens ook niet uit; de Rte’s kunnen, na inhoudelijke beoordeling en motivering, in voorkomende gevallen alsnog de eigen onbevoegdheid uitspreken.

23 V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood – Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2020, p.274-275 en P.A.M. Mevis, *Over de randen van de euthanasiewetgeving*. DD 2016/35, onder 2, voetnoot 11.

24 De Rte’s voeren in het kader van hun oordeel om voor de hand liggende redenen zelf geen feitenonderzoek uit. Zij baseren zich in de eerste plaats en in het bijzonder op het verslag van de arts. Dat is voor het OM uiteraard niet voldoende, reeds niet in het kader van onderzoek dat nodig is om over het wel of niet instellen van strafvervolgning te kunnen beslissen.

25 Vgl. *Kamerstukken II 2016/17, 34641, nr. 3 (MvT)*, p.5.: “*De opsporingsambtenaar die in de uitoefening van zijn functie geweld gebruikt, kan met zijn handelen de delictsomschrijving van een geweldsdelict als mishandeling of doodslag vervullen. Gevolg hiervan is dat hij als verdachte in het strafrecht kan worden aangemerkt. (...) Wanneer vervolgens een (strafrechtelijk) onderzoek naar hem wordt ingesteld, is dat ingrijpend, biedt het veel onzekerheid en wordt dit door de betrokken opsporingsambtenaar als belastend ervaren omdat geweldgebruik inherent is aan zijn functie.*”

26 Zie over het gestelde in deze alinea nader bij V.E. van de Wetering, A. van der Heide en P.A.M. Mevis, *De meldplicht van de arts. Een problematisch aspect in het strafrechtelijk controlemechanisme bij euthanasie en hulp bij zelfdoding*. DD 2018/64.

Voorts is de meldplicht door Groenhuijsen en Jansen opnieuw bezien – de discussie is al ouder – in het licht van het uit art. 6 EVRM afgeleid verbod op zelfincriminatie, het zogenaamde nemo teneturbeginsel.²⁷ De auteurs concluderen, in navolging van eerdere auteurs, dat de plicht van de arts om adequaat te rapporteren over een uitgevoerde euthanasie (het beredeneerd verslag van art. 7 lid 2 laatste volzin Wlb) neigt naar schending van dit beginsel als hetgeen daarin is gemeld daarna als bewijs tegen de arts gebruikt zou (kunnen) worden. Dat geldt in het bijzonder voor het gebruik als bewijs tegen de verdachte in geval strafvervolging wordt ingesteld voor het niet naleven van deze meld- en rapportageplicht. (Die strafbaarstelling staat in art. 81 Wlb; onder omstandigheden is art. 228 Sr (valse verklaring van overlijden) van toepassing). Het verdient volgens de auteurs aanbeveling dat de Rte's de arts op het zwijgrecht wijzen, zodra enige verdenking ter zake van deze strafbare feiten is gerezen. De auteurs bevelen expliciete uitsluiting van het meldingsverslag bij vervolging van art. 81 Wlb aan (zoals ook in andere wettelijke regelingen van vergelijkbare plichten wel voorkomt), juist vanwege het belang van melding aan en toetsing door de Rte van levensbeëindiging op verzoek als bedoeld in art. 293 lid 2 Sr jo. de Wtl.

2.2.3 De EuthanasieCode, mede in relatie tot richtlijnen van de beroepsgroep

Voor het eerst in 2015 maakten de Rte's een handzame samenvatting van hun werkwijze en van de wijze waarop zij de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl interpreteren, in de vorm van een *Code of Practice*. Daarmee gaven de Rte's uitvoering aan een aanbeveling uit de tweede evaluatie van de Wtl. In 2018 verscheen een actualisering van de *Code of Practice*, nu onder de naam EuthanasieCode. In 2020 pasten de Rte's deze code op enkele onderdelen aan, naar aanleiding van de beslissingen van de Hoge Raad van 21 april 2020. Medio 2022 verscheen opnieuw een integrale herziening van de code. De thans geldende versie is de EuthanasieCode 2022. In deze code beschrijven de Rte's hoe zij met meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding omgaan en hoe in dat kader de wettelijke zorgvuldigheidseisen worden geïnterpreteerd. De code bevat tal van verwijzingen naar eerdere oordelen van de Rte's. In de code worden in algemene zin de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl besproken, maar er is ook veel aandacht voor bijzondere situaties (psychische stoornis, dementie/wilsverklaring, minderjarigen e.d.). Hoewel de code door de jaren heen steeds omvangrijker is geworden, de huidige versie beslaat bijna 80 pagina's, biedt deze nog steeds een handzaam overzicht van geldende regels en normen voor alle betrokkenen bij de praktijk en de regulering van levensbeëindigend handelen op verzoek.

Naast de EuthanasieCode van de Rte's zijn er relevante richtlijnen van medisch-wetenschappelijke of beroepsorganisaties. In de onderzoeksperiode verschenen nieuwe versies van de Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMG/KNMP, 2021) en van de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, 2018). In het najaar van 2021 publiceerde de artsorganisatie KNMG voorts een geactualiseerd Standpunt beslissingen rond het levenseinde. In het rapport over de derde evaluatie van de Wtl is aandacht besteed aan de vraag

27 M.S. Groenhuijsen en R. Jansen, De toetsing van politiegeweld en het nemo-teneturbeginsel. DD 2018/22. Zie ook de opmerkingen in de vordering van de P-G bij de zaak-Arends (strafzaak), ECLI:NL:PHR:2019:1338 onder 4.15- 4.16 en 6.10.

in welke mate de Rte's bij hun beoordeling van het handelen van een arts aan deze richtlijnen gebonden zijn. De concrete aanleiding daarvoor was een eerdere richtlijn van de KNMG, waarin met betrekking tot de situatie van euthanasie bij gevorderde dementie werd gekozen voor een standpunt dat strikter en beperkter was dan de wet. In 2014 nam de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) daarover het volgende standpunt in: *“de Euthanasiewet [biedt] ruimte om [...] levensbeëindigend handelen dat niet voldoet aan [...] [een] medisch-professionele norm die als zwaarwegend kan worden beschouwd in de uitvoeringspraktijk, als zorgvuldig te beoordelen.”*²⁸ In de *Code of Practice* uit 2015 merken de commissies op: *“Wanneer er een verschil bestaat tussen een richtlijn en de wet, is voor de commissies de wet doorslaggevend.”* In de EuthanasieCode 2022 schrijft de commissie hierover het volgende: *“Bij het beoordelen van meldingen van euthanasie heeft de commissie een eigen, op de wet gebaseerde verantwoordelijkheid. Dat betekent dat medisch-professionele standpunten en richtlijnen van belang zijn voor zover zij passen binnen het wettelijk kader. Het kan voorkomen dat er een verschil bestaat tussen een standpunt of een richtlijn en de wet of de rechtspraak, meer in het bijzonder dat het standpunt of de richtlijn strengere eisen stelt dan de wet of de rechtspraak. In een dergelijk geval zijn voor de commissie de wet, de rechtspraak en de bestaande toetsingspraktijk doorslaggevend.”*²⁹ Artsen mogen kiezen voor het striktere standpunt van hun beroepsorganisatie, maar ook voor de ruimere uitleg van de Rte's.

In de huidige onderzoeksperiode ontstond over deze verhoudingen discussie in het kader van contacten tussen de Rte's, de KNMG en het OM over een conceptversie van de tekst die uiteindelijk zou resulteren in de EuthanasieCode 2022. De KNMG en het OM signaleerden dat de voorgenomen tekst niet op alle punten strookte met richtlijnen uit de medische beroepsgroep en gaven te kennen dat ongewenst te vinden.³⁰ De Rte's pasten naar aanleiding van de reacties van de KNMG en het OM de tekst van Euthanasiecode 2022 op enkele plaatsen aan, maar kwamen om de redenen uit het zojuist genoemde citaat niet op alle punten aan de kritiek van de KNMG en het OM tegemoet. In een bericht op de website van de KNMG wijst deze organisatie erop dat de Euthanasiecode 2022 op een aantal punten afwijkt van de richtlijnen uit de beroepsgroep:

28 *Kamerstukken II* 2013-2014, 32647, nr. 30, p.6.

29 Euthanasiecode 2022, p.18. Zie ook J. Legemaate, Het gebruik van richtlijnen in de tuchtrechtspraak. *NTvG* 2022; 166: D6792.

30 Briefwisseling tussen OM en Rte's, door deze partijen ter beschikking gesteld aan de onderzoekers.

“Op de volgende drie punten wijkt de EuthanasieCode af van de richtlijnen:³¹

- 1 De KNMG meent dat als er een situatie ontstaat waarin de SCEN-arts de patiënt niet heeft kunnen zien voordat er een coma of verlaagd bewustzijn intreedt, er alleen euthanasie mag worden uitgevoerd als er een schriftelijk euthanasieverzoek ligt. Het is anders voor de SCEN-arts niet vast te stellen of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Volgens de EuthanasieCode mag euthanasie bij een coma of een verlaagd bewustzijn ook uitgevoerd worden als de SCEN-arts de patiënt daaraan voorafgaand nog niet gezien heeft en er geen schriftelijk euthanasieverzoek is.
- 2 De Richtlijn ‘Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis’ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie maakt onderscheid tussen twee verschillende fasen (een beoordelingsfase en een consultatiefase) en vereist hiermee de betrokkenheid van twee psychiaters. De EuthanasieCode maakt geen indeling in fasen en vereist de raadpleging van slechts één onafhankelijk psychiater.
- 3 De KNMG-KNMP Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding noemt de pijnprikkel niet als methode om een adequate bewustzijnsverlaging vast te stellen. De reden daarvoor is dat dit door naasten als belastend kan worden ervaren. De EuthanasieCode noemt de pijnprikkel wel als methode om een adequate bewustzijnsverlaging vast te stellen.”

De KNMG adviseert op haar website aan artsen in bovenstaande drie situaties de richtlijnen van de beroepsgroep te volgen. Uit de in het kader van dit deelonderzoek gehouden interviews³² komt naar voren dat de Rte’s ernaar streven deze richtlijnen zoveel mogelijk te volgen, maar de ruimte willen behouden om in specifieke gevallen soms een andere keuze te maken. Het OM liet in 2022 aan de Rte’s weten: *“Het verschil tussen Code en KNMG-standpunt lijkt ons niet wenselijk, de vraag is dan nl. al snel welke norm de arts moet volgen. Wanneer de norm van de KNMG zwaarder is dan de norm van de Code, bestaat de kans dat de Rte een handeling zorgvuldig acht en niet doorzendt aan OM/IGJ terwijl dat gelet op de taak van bijv. IGJ wel voor de hand ligt.”*³³

Historisch gezien ligt het voor de hand dat op het terrein van euthanasie en hulp bij zelfdoding grote betekenis wordt toegekend aan relevante medisch-professionele richtlijnen. In de uitspraak waarmee de Hoge Raad een juridische opening voor levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van een patiënt creëerde, het arrest uit 1984 in de zaak-Schoonheim³⁴, stond *“het verantwoord medisch inzicht, getoetst aan de in de medische ethiek geldende normen te dezen”* centraal. In die tijd speelde het euthanasiestandpunt van de KNMG een doorslaggevende rol.

In dit verband is ook de beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Arends (strafzaak) van belang. Daarin ziet de Hoge Raad het handelen van de arts in het kader van levensbeëindiging op verzoek als ‘medisch handelen’ en oordeelt de Hoge Raad dat ten aanzien van de grenzen daarvan *“de normen en*

31 Zie: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/nieuwe-versie-euthanasiecode-beschikbaar-6>.

32 Zie noot 5.

33 Briefwisseling tussen OM en Rte’s, door deze partijen ter beschikking gesteld aan de onderzoekers.

34 HR 27 november 1984, NJ 1985/106.

inzichten van medische professionals” hebben te gelden.³⁵ De relevantie van richtlijnen uit de beroepsgroep wordt daardoor onderstreept, maar er is geen reden om aan te nemen dat de Hoge Raad daarmee bedoelt te zeggen dat de Rte’s in bepaalde situaties niet van deze richtlijnen zouden mogen afwijken. Uit de wijze waarop in de Wtl de taken en verantwoordelijkheden van de Rte’s zijn geregeld, vloeit voort dat de Rte’s mogen besluiten dat medisch-professionele richtlijnen niet altijd behoeven te worden gevolgd om te voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen, zoals ook naar voren komt uit het eerdergenoemde standpunt van de minister van VWS uit 2014. Dat laat uiteraard onverlet dat discrepanties tussen richtlijnen van de beroepsgroep en de wetsuitleg door de Rte’s moet worden geminimaliseerd, ook om onduidelijkheid voor artsen te voorkomen. Daarvan, zo komt uit de gehouden interviews naar voren, zijn ook de Rte’s zich goed bewust.

2.2.4 De wettelijke zorgvuldigheidseisen

De opeenvolgende jaarverslagen en EuthanasieCodes van de Rte’s laten zien welke invulling wordt gegeven aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Daaromtrent hebben zich in de onderzoeksperiode geen formele wijzigingen voorgedaan. Wel lijkt er sprake te zijn van veranderingen in de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen worden geïnterpreteerd, met name ook waar het gaat om het belang dat wordt gehecht aan de inbreng van de patiënt.

Het eerste voorbeeld betreft de wettelijke eis dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (art. 2 lid 1 onder b Wtl). De ondraaglijkheid van het lijden moet voor de arts invoelbaar en begrijpelijk zijn, aldus de EuthanasieCode 2022 (p.26). Dezelfde code benadrukt ook dat het moet gaan om het lijden van *deze* patiënt (in relatie tot zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en draagkracht) en dat de arts zich bij zijn beoordeling moet verplaatsen in de situatie en het perspectief van de patiënt. Dat suggereert een mogelijke spanning: de arts vindt de ondraaglijkheid van het lijden niet (of wellicht nog niet) invoelbaar, maar voor de betreffende patiënt is dat lijden (reeds) evident. Den Hartogh heeft betoogd dat in elk geval bij patiënten met een dodelijke ziekte en een beperkte levensverwachting het lijden bij voorbaat door arts en Rte’s wordt aangenomen en niet meer (echt) wordt getoetst.³⁶ Dit lijkt te duiden op een ontwikkeling om aan het oordeel van en de beleving door de patiënt meer waarde toe te kennen dan eerder het geval was.

Een ander voorbeeld is de discussie met betrekking tot de voorwaarde uit art. 2 lid 1 onder d Wtl: De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. In deze formulering ligt het accent niet alleen op de arts, maar op de consensus tussen arts en patiënt. De vraag komt op of ook in dit geval niet meer waarde moet worden toegekend aan het oordeel van de patiënt dan art. 2 lid 1 onder d Wtl nu doet? De EuthanasieCode 2022 stelt dat met betrekking tot art. 2 lid 1 onder d *“de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen”* (p.28). Maar ook: *“Het is niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitgeprobeerd. Soms geldt: ‘genoeg is genoeg’”* (p.29). In het verlengde daarvan wordt opgemerkt dat een behandelweigerings door een wilsbekwame patiënt de inwilliging van een

35 HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712: NJ 2020/428 m.nt. Mevis, overwegingen 4.11.2 en 4.11.3.

36 G. den Hartogh, De WTL: een ‘potemkindorp’, in: L. De Vito (red), *15 jaar euthanasiewet*. Amsterdam: NVVE, 2017, p.157-158.

euthanasieverzoek in de weg “*kan staan*”. Dus niet altijd. Deze discussie is met name aan de orde op het gebied van de psychiatrie, waar soms sprake is van wat in België ‘therapeutische hardnekkigheid’ wordt genoemd: het door de patiënt moeten ondergaan van alle denkbare behandelopties, voordat serieus over een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kan worden gesproken. Een dergelijke uitleg lijkt te duiden op een te strikte toepassing van art. 2 lid 1 onder d Wtl. Zie hierover ook par. 8.4.1.

Buijsen heeft oordelen van de Rte’s inzake situaties waarin sprake is van een stapeling van ouderdomsaandoeningen geanalyseerd. Zijn conclusie is dat op dat terrein door de Rte’s gekozen wordt voor een ruime interpretatie van de zorgvuldigheidseisen van de Wtl, juist ook waar het gaat om de mening en beleving van patiënten: “*Analysis of the assessment practice of the regional euthanasia review committees reveals that the room for interpretation offered by the Euthanasia Act is indeed considerable.*”³⁷

De vraag of de geschetste ontwikkeling ook een goede ontwikkeling is, laat zich niet eenvoudig beantwoorden. De Wtl bevat open begrippen, die ruimte bieden voor zich ontwikkelende opvattingen in de samenleving.³⁸ Dat kan met zich meebrengen dat de interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen door de jaren heen (geleidelijk aan) verandert, bijvoorbeeld door zich wijzigende (maatschappelijke) opvattingen over de betekenis die moet toekomen aan het oordeel van de patiënt. Daar is uiteraard ook een grens aan: de interpretatie mag niet zo ruim worden dat de waarborgfunctie van de Wtl daardoor in het gedrang komt. Of van dat laatste sprake is, is (vervolgens) ten dele een kwestie van appreciatie, afhankelijk van het perspectief van waaruit men naar de Wtl kijkt. Uiteraard spelen de Rte’s hier een belangrijke rol: het gaat immers primair over de wijze waarop de commissies de zorgvuldigheidseisen toepassen en interpreteren en over de transparantie van de overwegingen ter zake. Dat laatste is weer van belang omdat de Rte’s hier niet de enige actor van betekenis zijn.

2.3 Specifieke thema’s

2.3.1 Patiënten met een psychische stoornis

De in het vorige evaluatierapport geschetste lijn dat steeds meer meldingen bij de Rte’s betrekking hebben op zaken betreffende mensen die lijden ten gevolge van een psychische stoornis heeft zich in deze onderzoeksperiode doorgezet. Het aantal gemelde zaken steeg van 83 in 2017 tot 115 in 2022.³⁹ Met betrekking tot de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen van de Wtl in het geval van situaties van psychisch lijden is nog steeds van belang de in 1994, in de zaak-Chabot, door de Hoge Raad vereiste extra zorgvuldigheid. De EuthanasieCode 2022 zegt daarover: “*Indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht*” (p.46). De in par. 2.2.2 genoemde uitspraak van het EHRM uit

37 M. Buijsen, Euthanasia for the Elderly: Multiple Geriatric Syndromes and Unbearable Suffering According to Dutch Euthanasia Review Committees. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2022, doi:10.1017/S0963180122000652.

38 Aldus ook de toenmalige minister van VWS in 2009 (*Kamerstukken II* 31700 XVI, nr. 114, p.15).

39 Aangetekend moet wel worden dat in 2018 en 2019 sprake was van een daling (67 respectievelijk 68 meldingen).

oktober 2022 in de zaak *Mortier v. België* betrof ook een situatie van euthanasie op basis van lijden door een psychische stoornis. In deze uitspraak oordeelt het EHRM, net als eerder de Hoge Raad in 1994, dat in situaties van psychisch lijden (en situaties waarin het overlijden niet op korte termijn te verwachten valt), voorzien moet worden in extra waarborgen (*“garanties supplémentaires”*).⁴⁰

Belangrijk was de publicatie in 2018 van een nieuwe versie van de NVvP-richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis.⁴¹ Deze richtlijn introduceerde een nieuwe benadering van het consultatievereiste, door een onderscheid te maken tussen de beoordelingsfase en de consultatiefase. In de (vroeg) beoordelingsfase vereist de richtlijn een second opinion door een onafhankelijke deskundige psychiater, gericht op wilsbekwaamheid, diagnose en resterende behandelmogelijkheden. In de consultatiefase dient de in art. 2 lid 1 onder e bedoelde wettelijke consultatie plaats te vinden. In het laatste geval is het volgens de richtlijn van belang of de uitvoerend arts zelf psychiater is. Zo ja, dan kan de consulent de reguliere consulent zijn (niet-psychiater). Is de uitvoerend arts geen psychiater, dan dient de wettelijke consultatie te worden uitgevoerd door een psychiater: *“De toetsing in de consultatiefase gebeurt met kennisname van het verslag van de second opinion psychiater. Wanneer de wilsbekwaamheid nog niet beoordeeld is door de second opinion psychiater, dient in de consultatiefase een psychiater met SCEN-opleiding geconsulteerd te worden die de wilsbekwaamheid inzake het verzoek alsnog bij zijn beoordeling betreft.”*⁴²

Zoals hiervoor aangegeven (par. 2.2.3) hebben de Rte's het zojuist genoemde onderscheid niet overgenomen. De EuthanasieCode 2022 zegt: *“De Richtlijn NVvP 2018 maakt onderscheid tussen twee verschillende fasen (een beoordelingsfase en een consultatiefase) en vereist hiermee de betrokkenheid van twee psychiaters. De Rte's maken geen indeling in fasen en vereisen de raadpleging van één onafhankelijk psychiater”* (p.47). Dit is een van de al in par. 2.2.2 gememoreerde punten waar de Rte's afwijken van de richtlijnen van de medische beroepsgroep.

Het merendeel van alle in Nederland ingewilligde euthanasieverzoeken in gevallen van lijden op grond van een psychische stoornis wordt uitgevoerd door artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie. Om die reden bevatte de derde evaluatie van de Wtl de volgende aanbeveling: *“Het zou goed zijn als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een netwerk inricht van deskundige psychiaters die consultaties kunnen doen in het kader van de Wtl. Dit netwerk dient dan bij voorkeur gekoppeld te worden met de SCEN-organisatie.”*⁴³ In de kabinetsreactie uit juli 2018 werd deze aanbeveling ondersteund en merkte de minister op: *“Van de NVvP vernam ik dat zij al een netwerk hebben voor het ondersteunen van psychiaters die betrokken zijn in een traject van euthanasie bij een van hun patiënten. De «Steungroep Psychiaters», die in 2011 werd opgericht, is per januari 2018*

40 EHRM 4 oktober 2022, nr. 78017/17 (*Mortier v. België*), overweging 153. Daarover: M. de Hert, S. Loos & K. van Assche, *Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European Convention on Human Rights*. Doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2342.

41 Een van de bij deze vierde evaluatie Wtl betrokken onderzoekers maakte deel uit van de commissie die deze richtlijn opstelde (Legemaate).

42 NVvP, *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*. Utrecht, 2018, p.96.

43 B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.243.

onderdeel geworden van het «Platform euthanasie en psychiatrie» van de NVvP, dat zich ten doel stelt om kennis en ervaring te delen en te bevorderen met betrekking tot psychiatrische patiënten met een euthanasiewens.»⁴⁴

In februari 2020 werd het onderzoek Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie gepubliceerd, met gegevens over de door het Expertisecentrum Euthanasie behandelde verzoeken. In de ministeriële reactie op dit onderzoek uit september 2020 valt te lezen: *“Nader onderzoek onder de beroepsgroep zou kunnen helpen om meer inzicht te krijgen of en zo ja wat de redenen zijn waarom psychiaters het euthanasieverzoek van hun patiënt niet zelf in behandeling kunnen of willen nemen. Om de mogelijkheid van nader onderzoek te verkennen wil ik met de NVvP in gesprek gaan. Ik ben het eens met het Expertisecentrum Euthanasie dat het serieus nemen en het bespreken van de doodswens van psychiatrische patiënten belangrijk is en ruimte kan geven om samen met de patiënt te onderzoeken welke (therapeutische) mogelijkheden er nog zijn.»⁴⁵*

2.3.2 Patiënten met gevorderde dementie, mede in relatie tot de wilsverklaring

Levensbeëindiging op verzoek vanwege dementie is zeldzaam; dat geldt des te meer voor euthanasie bij gevorderde dementie op basis van een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring. In de onderzoeksperiode hadden 1 149 meldingen bij de Rte's betrekking op euthanasie bij dementie.⁴⁶ Daarvan hebben de Rte's 21 meldingen aangeduid als euthanasie bij gevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring.

Bij een euthanasieverzoek van een patiënt met dementie is er volgens de EuthanasieCode 2022 aanleiding om *“met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder aan de eisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het ondraaglijk lijden.”⁴⁷* Bij beginnende dementie is, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, de angst voor verdere achteruitgang en afhankelijkheid vaak ook grondslag voor het lijden. Bij een patiënt met gevorderde dementie die niet langer in staat is zijn wil te uiten, voorziet de Wtl in de mogelijkheid dat een schriftelijke wilsverklaring uitkomst biedt. Op grond van art. 2 lid 2 Wtl kan een arts gevolg geven aan een in een schriftelijke wilsverklaring vastgelegd verzoek om levensbeëindiging van een patiënt die inmiddels niet langer in staat is zijn wil te uiten. De zorgvuldigheidseisen van art. 2 lid 1 Wtl zijn in dat geval 'van overeenkomstige toepassing'. Hoewel het slechts om een klein deel van de meldingen gaat, heeft euthanasie bij personen met gevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring in de onderzoeksperiode, en ondanks de in de vorige evaluatie genoemde activiteiten om meer duidelijkheid over deze bepaling te verschaffen, (wederom) veel stof doen opwaaien. Sterker nog, euthanasie bij personen met gevorderde dementie op basis van een schriftelijke wilsverklaring betreft het hoofdpunt van het juridische debat in deze onderzoeksperiode.

44 Kamerstukken II 2017/18, 34990, nr. 1, p.24.

45 Kamerstukken II 2020/21, 32647, nr. 81, p.13-14.

46 Van de in totaal 42 396 meldingen die bij de Rte's zijn binnengekomen.

47 EuthanasieCode 2022, p.49.

Manifest

Begin 2017 werd een door 450 artsen ondertekende paginagrote advertentie geplaatst in een viertal kranten waarin deze artsen lieten weten geen dodelijke injectie te willen geven aan een patiënt met gevorderde dementie die niet kan bevestigen dat hij dood wil.⁴⁸ De advertentie werd geplaatst uit verzet tegen de (volgens de artsen) “*toenemende politieke en publieke druk om een wilsverklaring niet meer te beschouwen als een gespreksdocument, maar als een geuite wens waar gehoor aan moet worden gegeven.*”⁴⁹ Toenmalig minister Schippers benadrukte in haar reactie de vrijheid voor de patiënt om te kiezen voor euthanasie en de vrijheid voor de arts om daarbij te helpen. Euthanasie is nimmer verplicht c.q. een recht en artsen hebben het recht niet (altijd) bereid te zijn aan een verzoek mee te werken en die mening kenbaar te maken.⁵⁰

De zaak-Arends

De meest in het oog springende ontwikkeling met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring in deze onderzoeksperiode is de zaak-Arends en de discussie naar aanleiding van deze zaak. Na het Rte-oordeel (2016-85) dat de arts niet ondubbelzinnig tot de overtuiging had kunnen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en bij de uitvoering een grens had overschreden, diende de inspectie een tuchtklacht in tegen de arts en ging het OM (in 2018) voor het eerst onder art. 293 Sr jo. art. 2 Wtl over tot strafvervolgning van de betreffende arts. De belangrijkste juridische thema's uit deze zaak zijn de verhouding tussen het uitdrukkelijk en ernstig verlangen in de zin van art. 293 lid 1 Sr en de zorgvuldigheidseis ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’, de interpretatieruimte voor de arts van een schriftelijke wilsverklaring, het al dan niet in gesprek moeten gaan en moeten verifiëren van een doodswil- of levenswens bij een patiënt met gevorderde dementie en de betekenis van contra-indicaties.⁵¹

Van de tuchtrechter heeft de arts een waarschuwing opgelegd gekregen.⁵² Volgens het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) zal bij uitleg van een schriftelijke wilsverklaring onontkoombaar sprake zijn van enige interpretatieruimte van de arts. Een wilsverklaring wordt immers door een patiënt zelf opgesteld, zonder (juridische) bijstand.⁵³ In casu had de arts niet tot de conclusie mogen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek omdat de wilsverklaring van de patiënt voor tweeërlei uitleg vatbaar was. Het Regionaal Tuchtcollege overweegt expliciet dat ook patiënten met dementie het recht hebben om alsnog euthanasie te weigeren.⁵⁴ Het CTG wijst erop dat het op zichzelf weinig zinvol lijkt om met een volledig

48 Gepubliceerd op 10 februari 2017 in *NRC Handelsblad*, *NRC.next*, *Trouw* en *de Volkskrant*.

49 [Nietstiekembijndementie.nl](http://nietstiekembijndementie.nl).

50 Brief regering, reactie op verzoek commissie om een reactie op de actie www.nietstiekembijndementie.nl, 9 maart 2017, nr. 2017D07415.

51 Zie ook H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.122.

52 RTG Den Haag 24 juli 2018, ECLI:NL:TGZRSGR:2018:165 en CTG 19 maart 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:68.

53 CTG 19 maart 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:68. Zie ook de noot van E. Pans, *TvGR* 2019, p.276-292.

54 RTG Den Haag 24 juli 2018, ECLI:NL:TGZRSGR:2018:165, rov. 5.10. Zie over deze uitspraak ook: T.J. Matthijssen, *Euthanasie bij gevorderde dementie: een belangrijke uitspraak*. *TvGR* 2019, p.46-58.

wilsonbekwame patiënt het gesprek aan te gaan over het voornemen tot levensbeëindiging en het moment en de wijze waarop een en ander zal plaatsvinden. Dat betekent niet dat de arts een dergelijk gesprek zonder meer achterwege kan laten: (een poging doen tot) bespreken van zowel het voornemen als het moment en de wijze waarop euthanasie zal worden uitgevoerd, betekent naar het oordeel van het CTG onmiskenbaar een toevoeging aan de vereiste zorgvuldigheid van die uitvoering.⁵⁵

In de strafvervolging is de arts door de rechtbank Den Haag ontslagen van alle rechtsvervolging.⁵⁶ De rechtbank acht het primair ten laste gelegde, levensbeëindiging op verzoek (art. 293 lid 1 Sr) bewezen. Maar de rechtbank overweegt vervolgens ook dat de arts volgens de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld waardoor haar een gegrond beroep toekomt op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 Sr. De arts heeft naar het oordeel van de rechtbank tot de overtuiging kunnen komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen (schriftelijk) euthanasieverzoek. Zij had, ondanks medische richtlijnen die aangeven dat de arts verificatie nog wel moet proberen, niet de plicht om een actuele levens- of doodswens bij de patiënt met gevorderde dementie te verifiëren: de wet kent die eis niet. Omdat patiënte haar wil niet meer coherent kenbaar kon maken, hoefde de arts naar het oordeel van de rechtbank geen contra-indicaties te zien in tegenstrijdige uitingen van patiënte omtrent haar levens- of stervenswens.

Hoge Raad over euthanasie bij gevorderde dementie

De procureur-generaal bij de Hoge Raad (P-G) heeft zowel tegen de beslissing van de tuchtrechter als tegen het vonnis van de strafrechter cassatie in het belang der wet ingesteld. Hij voorzag zijn beroep in cassatie in beide zaken van een uitgebreide en uitvoerig gedocumenteerde vordering.⁵⁷ Op 21 april 2020 deed de Hoge Raad uitspraak op beide vorderingen.⁵⁸ In de strafzaak werd het cassatieberoep verworpen; de beslissingen van de rechtbank dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, gaven volgens de Hoge Raad geen blijk van een onjuiste rechtsopvatting. Daarmee blijft de einduitspraak van ontslag van alle rechtsvervolging overeind. In de tuchtzak vernietigde de Hoge Raad daarentegen het oordeel van het CTG, zij het uitsluitend in het belang van de wet.

De belangrijkste punten uit deze beslissingen van de Hoge Raad wat betreft euthanasie bij gevorderde dementie op basis een schriftelijke wilsverklaring zijn de volgende:

- De Hoge Raad bevestigt dat euthanasie bij gevorderde dementie mogelijk is op basis van een schriftelijke wilsverklaring, indien aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen, inclusief die betreffende ondraaglijk lijden, is voldaan.

55 CTG 19 maart 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:68, rov. 4.15.

56 Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506, *GJ* 2019/142 m.nt. T.M. Schalken en *TvGR* 2019, p.547-575, m.nt. E. Pans.

57 ECLI:NL:PHR:2019:1338, met kleine aanvulling in ECLI:NL:PHR:2020:9 en ECLI:NL:PHR:2019:1339.

58 HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak) en HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713 (tuchtzak).

- Aan een schriftelijk verzoek, zoals bedoeld in art. 2 lid 2 Wtl, kan slechts gehoor worden gegeven als de patiënt niet meer in staat is een met betrekking tot zijn levensbeëindiging relevante wil te vormen en uiten. Is een patiënt nog wel wilsbekwaam, dan kan de schriftelijke wilsverklaring hooguit dienen ter ondersteuning of verduidelijking van een actueel verzoek. Het behoort tot de taak van de arts om te onderzoeken of de patiënt niet meer in staat is een relevante wil te vormen en uiten inzake euthanasie.
- Er is ruimte voor de arts om de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring te interpreteren (zoals in de periode voor de uitspraken van de Hoge Raad door sommige Rte's ook al wel werd aanvaard). De arts legt de wilsverklaring uit met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt en let daarbij niet enkel op de letterlijke bewoordingen van het verzoek, maar op alle omstandigheden van het geval. Onduidelijkheden of tegenstrijdigheden van wezenlijke aard kunnen eraan in de weg staan dat gevolg kan worden gegeven aan het verzoek.
- De Hoge Raad geeft per zorgvuldigheidseis aan welke de inhoud daarvan is in geval van een schriftelijke wilsverklaring en vult daarmee het bestanddeel van 'van overeenkomstige toepassing' (nader) in.
- Wat betreft het ondraaglijk lijden is de enkele situatie dat de blijkens de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring als ondraaglijk beschouwde toestand zich voordoet, voor het vaststellen van het lijden volgens de Hoge Raad, anders dan de P-G , niet voldoende.
- De arts moet bedacht zijn op contra-indicaties. Als de patiënt niet langer in staat is een wil te uiten inzake het euthanasieverzoek, kunnen contra-indicaties niet worden opgevat als wilsuiting gericht op het intrekken of aanpassen van het verzoek (maar wel als indicatie die relevant is voor de actuele lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt).
- Bij een patiënt met gevorderde dementie is het aan te raden een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ter zake, te raadplegen. Het ligt in de rede dat de onafhankelijke arts(en) zich ook uit(en) over de concrete wijze waarop de arts voornemens is de levensbeëindiging uit te voeren.
- In het licht van een medisch zorgvuldige uitvoering kan een arts, vanwege irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt als gevolg van de gevorderde dementie, op basis van medische maatstaven tot de conclusie komen dat premedicatie aangewezen is. Ook als de arts daarover niet betekenisvol met de patiënt heeft kunnen communiceren.

Op basis van deze onderdelen uit de beslissingen van de Hoge Raad is de EuthanasieCode van de Rte's aangepast: de overwegingen van de Hoge Raad zijn in de herziene (2020) c.q. nieuwe (2022) versie van de code te herkennen.

De toenmalige Ministers De Jonge (VWS) en Grapperhaus (Justitie en Veiligheid (J&V)) lieten weten dat de uitspraken van de Hoge Raad geen aanpassing van beleid of communicatie betekenen. Zij geven aan dat de arresten wel de zorgvuldigheid bevestigen waarmee artsen bij euthanasieverzoeken

bij personen met gevorderde dementie te werk moeten gaan en benadrukken de vrijheid van artsen om een verzoek af te wijzen.⁵⁹

Discussies in de literatuur over euthanasie bij gevorderde dementie

Euthanasie bij personen met gevorderde dementie heeft de gemoederen blijkens de vele publicaties in kranten en vaktijdschriften naar aanleiding van de zaak-Arends flink beziggehouden. Er is deze onderzoeksperiode zoveel geschreven in het kader van euthanasie bij gevorderde dementie, dat een volledige inventarisatie mogelijk noch noodzakelijk is.

Eenzijds geven de beslissingen van de Hoge Raad naar de mening van menig auteur (enige) juridische duidelijkheid over de mogelijkheid gehoor te geven aan een schriftelijke wilsverklaring bij gevorderde dementie.⁶⁰ Anderzijds is er veel commentaar op de beslissingen: van onomstreden helderheid en inzichtelijkheid over de normen bij euthanasie bij gevorderde dementie blijkt nog geen sprake te zijn. De overvloedige wetenschappelijke beschouwingen en kortere stellingnames in andere publicaties inventariserend, kunnen de inhoudelijke reacties naar enige thema's worden onderscheiden. Sommige auteurs verbazen zich over het feit dat de Hoge Raad ervoor heeft gekozen zijn oordeel zo nadrukkelijk op (enkel) een wetshistorische interpretatie te baseren, terwijl gesteld kan worden dat de wetsgeschiedenis met betrekking tot de schriftelijke wilsverklaring geen eenduidig beeld laat zien.⁶¹ Het model van de regeling van de schriftelijke wilsverklaring in art. 2 lid 2 Wtl (dat volstaat met de verklaring dat de zorgvuldigheidseisen uit art. 2 lid 1 Wtl 'van overeenkomstige toepassing' zijn) lijkt door de Hoge Raad als een normatieve en feitelijke vanzelfsprekendheid en duidelijkheid te zijn beschouwd. De Hoge Raad vult elk van de zorgvuldigheidseisen vervolgens in, na verwijzing naar de wetsgeschiedenis dat de eisen 'zoveel als feitelijk mogelijk is' van toepassing zijn en de overweging dat de zorgvuldigheidseisen 'in sommige opzichten een eigen invulling krijgen' en de nakoming 'compensatie moet bieden voor het onvermogen van de patiënt om nog langer zelf zijn wil te vormen en te uiten'. Betoogd is, dat daaruit blijkt dat euthanasie bij gevorderde dementie feitelijk en normatief een andere situatie is dan een situatie van levensbeëindiging op verzoek waarin de arts kan communiceren met de desbetreffende patiënt over het ondraaglijk lijden en het euthanasieverzoek: 'compensatie' voor het gebrek aan communicatie wordt 'juist niet geadresseerd of geregeld' met de enkele verwijzing dat de zorgvuldigheidseisen van art. 2 lid 1 Wtl 'van overeenkomstige toepassing'

59 *Kamerstukken II 2019/20, 25424, nr. 549.*

60 M. de Bontridder, De wil van de wilsonbekwame dementiepatiënt. *TvGR 2020*, p.351-360; 4, A.C. Hendriks, Schriftelijk euthanasieverzoek bij vergevorderde dementie als basis. *RM Themis*, 2020-3, T. Vis, De Euthanasiearresten van de Hoge Raad: lessen voor de toekomst. *NTS 2020/77*, p.233-250, M. Buijsen, Van overeenkomstige toepassing ... over levensbeëindiging op verzoek bij gevorderde dementie, *Radix* 46, nr. 3, 2020, p.204-216, de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, in *NJ 2020/428*, HR 21 april 2020 (euthanasie bij demente patiënt), m.nt. noot E. Pans en m.nt. P.J.P. Tak, *TvGR 2020*, p.417-457. Zie ook H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.130.

61 N. Rozemond, Het mensenrechtelijke tekort van het Nederlandse euthanasierecht. *NTM/NJCM-Bul.* 2020, 3, p.365-376 en de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, in *NJ 2020/428*. Zie over dit punt uitvoerig: L. Postma, *Misschien was het nog te vroeg. De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in artikel 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief* (diss. Rotterdam). Den Haag: Boom juridisch, 2021.

zijn.⁶² In haar proefschrift uit 2021 concludeert Postma dat 'van overeenkomstige toepassing' niet volstaat en de regeling van de schriftelijke wilsverklaring niet kan zonder op die specifieke situatie toegesneden eigen regels en normen.⁶³

Diverse auteurs wijzen op het gebrek aan aandacht voor de verhouding van de Wtl tot andere regelingen, zoals de artt. 2 en 8 EVRM, het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH) van de Verenigde Naties, de Wet zorg en dwang (Wzd) of andere regelingen inzake de medische beroepsuitoefening, terwijl die bepalingen tot een andere uitkomst in deze zaak kunnen c.q. moeten leiden.⁶⁴ Dat de Hoge Raad zijn beslissingen niet baseert op het recht op leven en zelfbeschikkingsrecht van mensen met dementie noemt Rozemond "*de meest fundamentele kritiek*" op de zaak-Arends.⁶⁵ Het standpunt van de tuchtrechter dat ook de patiënt met gevorderde dementie het recht heeft euthanasie te weigeren c.q. dat een gesprek met de patiënt over een eventuele levens- of doodswens niet achterwege mag worden gelaten, wordt door een aantal auteurs gekoppeld aan o.a. de artt. 2 en 8 EVRM.⁶⁶ Van Baarsen wijst op de morele waarde om met patiënten met gevorderde dementie in gesprek te blijven en te informeren naar de actuele levens- of stervenswens.⁶⁷ Den Hartogh is van mening dat een patiënt die door een arts wilsonbekwaam wordt geacht, geen zelfbeschikkingsrecht meer heeft. Het zou naar zijn oordeel innerlijk tegenstrijdig zijn dat een patiënt geen geldig verzoek om euthanasie meer kan doen, maar zo'n verzoek wel rechtsgeldig kan herroepen.⁶⁸ De Bontridder meent, in lijn met het vonnis van de rechtbank, dat het in strijd zou zijn

62 Zie de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, in *NJ* 2020/428.

63 L. Postma, *Misschien was het nog te vroeg. De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in artikel 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief* (diss. Rotterdam). Den Haag: Boom juridisch, 2021. Zie over het concept 'van overeenkomstige toepassing' ook: P. Pijnakker, *In vertrouwen. Normatieve beschouwing over euthanasie, dementie en de schriftelijke wilsverklaring* (diss. Leiden). Enschede: Ipskamp Printing 2022.

64 Zie onder meer N. Rozemond, Het mensenrechtelijke tekort van het Nederlandse euthanasierecht. *NTM/NJCM- Bul.* 2020; 3, p.367, B.C. van Beers, Staat van verwarring. Over euthanasie, vergevorderde dementie en het recht op leven. *AA* 2020, p.141-149, T.M. Schalken in zijn noot onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, *GJ* 2020/70, A.C. Hendriks, Schriftelijk euthanasieverzoek bij vergevorderde dementie als basis. *RM Themis*, 2020-3, p.30,132, N. Rozemond, De juridische plicht om euthanasie te bespreken met patiënten met dementie voordat artsen schriftelijke wilsverklaringen kunnen uitvoeren, *NTS* 2020/76, p.224-232, L. Postma, De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in artikel 2 lid 2 Wtl, *NTS* 2021/4, P.A.M. Mevis & L. Postma, Tussenronkrecht spraak strafrecht, *TvGR* 2021, p.280-291 en N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde, een pleidooi voor het recht van mensen om over hun eigen levenseinde te beschikken*. Leusden: ISVW Uitgevers, 2021.

65 N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde, een pleidooi voor het recht van mensen om over hun eigen levenseinde te beschikken*. Leusden: ISVW Uitgevers, 2021, p.187 e.v.

66 Zie m.n. N. Rozemond, Mensen met dementie hebben het recht om euthanasie te weigeren. *NJB* 2020/292 en B.C. van Beers, Staat van verwarring. Over euthanasie, vergevorderde dementie en het recht op leven. *AA* 2020, p.141-149.

67 B. van Baarsen, Een schriftelijke wilsverklaring is nog geen euthanasieverzoek. Misstanden bij de interpretatie van wetsartikel 2 lid 2 WTL. *NJB* 2020/290, p.317.

68 G.A. den Hartogh, De wil van de wilsonbekwame patiënt. *TvGR* 2018, p.431-454.

met de strekking van de Wtl indien een wilsonbekwaam geworden patiënt wel in staat zou zijn een eerder door hem in een schriftelijke wilsverklaring gedaan euthanasieverzoek te herroepen.⁶⁹

Ten aanzien van de vraag wanneer sprake is van wilsonbekwaamheid betogen onder andere Van Beers en Chabot dat de rechtbank respectievelijk de Hoge Raad over ethische dilemma's van euthanasie en wilsonbekwaamheid heen lijken te stappen; het gaat volgens deze auteurs niet om een zwart-witbegrip maar om een gradueel, situationeel begrip, een glijdende schaal met in de laatste fase opflakeringen van heldere momenten.⁷⁰ Rozemond en Schalken zetten vraagtekens bij het (gebrek aan een) beoordelingskader in de zaak-Arends voor de beslissing dat de patiënt wilsonbekwaam was.⁷¹

Een andere tuchtzaak inzake euthanasie bij gevorderde dementie

Nog voor de beslissingen van de Hoge Raad had de IGJ een tuchtklacht ingediend naar aanleiding van een ander Rte-oordeel inzake euthanasie bij gevorderde dementie. De Rte oordeelde (oordeel 2017-103) dat de arts niet conform drie wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld, te weten: het vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en geen redelijke andere oplossing. In augustus 2020 heeft de tuchtrechter de arts een waarschuwing opgelegd omdat zij na het negatieve advies van de SCEN-arts inzake het actuele lijden van patiënte onvoldoende had onderzocht of patiënte niet reeds zo dement was dat van actueel lijden geen sprake meer kon zijn. De arts heeft weliswaar een collega betrokken maar geen tweede onafhankelijke SCEN-arts geraadpleegd. De verklaring van de collega kon daarnaast volgens het tuchtcollege niet als een eenduidige bevestiging van het lijden van de patiënt worden aangemerkt. Voorts heeft de arts niet (meer) bij de huisarts en specialist ouderengeneeskunde van patiënte geïnformeerd naar hun inschatting van het actuele lijden van patiënte.⁷² Volgens sommigen heeft deze uitspraak van de tuchtrechter tot onduidelijkheid geleid voor de beroepsgroep omdat de tuchtrechter met 'bovenwettelijke eisen' komt.⁷³ Het OM heeft in november 2020 bekendgemaakt de zaak voorwaardelijk te seponeren. Op basis van het strafrechtelijk onderzoek en in het licht van de overwegingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends is het College van procureurs-generaal van

69 M. de Bontridder, Wat gaat voor: mijn wilsbekwame ik of mijn demente ik? De wilsbekwame doodswens of de wilsonbekwame levenswens. *NJB* 2019/2267, p.2803.

70 B.C. van Beers, Staat van verwarring. Over euthanasie, vergevorderde dementie en het recht op Leven. *AA* 2020, p.146, *NRC Opinie* 1 mei 2020 door Boudewijn Chabot.

71 Noot van T.M. Schalken onder Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506, *GJ* 2019/142 en N. Rozemond, Het vaststellen van wilsonbekwaamheid bij patiënten met dementie ter zake van beslissingen over het beëindigen van hun leven, *TvGR* 2020, p.361-374. Zie ook: N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde, een pleidooi voor het recht van mensen om over hun eigen levenseinde te beschikken*. Leusden, ISVV Uitgevers, 2021, p.94.

72 RTG Amsterdam 17 augustus 2020, ECLI:NL:TGZRAMS:2020:93.

73 E. Asscher en S. van de Vathorst, Uitspraak Regionaal Tuchtcollege zorg voor onduidelijkheid. *Medisch Contact* 27 oktober 2020. Zie ook: RTG Amsterdam 17 augustus 2020 (euthanasie bij patiënten met vergevorderde dementie: rechtsontwikkeling), m.nt. J.M. Janson, *TvGR* 2021, p.194-211.

oordeel dat de arts enkel een verwijt valt te maken ten aanzien van het consultatievereiste (art. 2 lid 1 sub e Wtl).⁷⁴

Nieuw KNMG-standpunt euthanasie bij dementie

In november 2021 publiceerde de KNMG een geactualiseerd Standpunt Beslissingen rond het levenseinde, met daarin een nieuw onderdeel over euthanasie bij dementie dat tot stand is gekomen binnen het KNMG-project Euthanasie bij dementie.⁷⁵ De zienswijze van de KNMG luidt – samengevat – als volgt: het leven van een persoon met gevorderde dementie is beschermwaardig, ongeacht wat de patiënt er eerder over heeft opgeschreven. Actuele wensen, belangen en voorkeuren van de patiënt verdienen het om gerespecteerd te worden. In uitzonderlijke situaties kan een in een schriftelijke wilsverklaring opgetekend verzoek gerespecteerd worden, maar enkel als de situatie van de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie overeenkomt met de situatie in het eerdere verzoek beschreven, als er geen contra-indicaties bestaan (duidelijke tekenen dat de patiënt geen euthanasie meer wil) en als er sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt. De KNMG benadrukt de vrijheid van de arts om al dan niet gehoor te willen geven aan een euthanasieverzoek en roept patiënten, naasten en de maatschappij als geheel op om eventuele terughoudendheid te respecteren. Ook artsen die bereid zijn om euthanasie uit te voeren bij wilsonbekwame patiënten met gevorderde dementie wil de KNMG tot steun zijn door in de vorm van handvatten en professionele normen invulling te geven aan het wettelijk kader. In het standpunt wordt de behoedzaamheid die van artsen wordt verwacht en de manier waarop zij professioneel verantwoord kunnen handelen, nader vormgegeven.

2.3.3 Euthanasie en minderjarigen jonger dan 12 jaar

De Wtl is van toepassing op personen vanaf 12 jaar en ouder. Al enige tijd is een discussie gaande over de vraag of deze leeftijdsgrens gehandhaafd zou moeten worden. De directe aanleiding daarvoor was een wijziging van de Belgische euthanasiewet uit 2014 waardoor elke leeftijdsgrens kwam te vervallen. Sindsdien kan in België iedere wilsbekwame persoon een verzoek om euthanasie doen op grond van de wet, ongeacht leeftijd. Nadien werd er ook in Nederland voor gepleit de Wtl open te stellen voor wilsbekwame minderjarigen jonger dan 12 jaar.⁷⁶ In de derde evaluatie van de Wtl werd geconcludeerd dat wijziging van de Wtl op dat punt minder voor de hand lag. Aanbevolen werd wel de rechtszekerheid van artsen ter zake te vergroten, door levensbeëindiging op verzoek van minderjarigen jonger dan 12 jaar vooralsnog onder te brengen in de al bestaande regeling met betrekking tot late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging van pasgeborenen. De betreffende

74 Zie: <https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/nieuws/2020/11/12/arts-niet-vervolgd-voor-euthanasie>. Zie ook N. Rozemond, De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring, de verplichte consultatie en het ondraaglijk lijden bij beslissingen over euthanasie bij patiënten met dementie. *DD* 2021/16, N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde, een pleidooi voor het recht van mensen om over hun eigen levenseinde te beschikken*. Leusden ISVW Uitgevers, 2021, p.117-118 en H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.135.

75 Zie: <https://knmg-standpunt.maglr.com/knmg-standpunt-levenseinde/standpunt-levenseinde>.

76 Zie over eerdere ontwikkelingen B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.44-48.

aanbeveling luidde: “Overweeg om de reikwijdte van de (huidige) Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking (LZA) en levensbeëindiging bij pasgeborenen (LP) uit te breiden tot alle gevallen van actieve levensbeëindiging bij minderjarigen tot 12 jaar”, dit in combinatie met een door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) op te stellen richtlijn over levensbeëindiging bij minderjarigen van 1 tot 12 jaar, met bijzondere aandacht voor wilsbekwame kinderen jonger dan 12.⁷⁷ Naar aanleiding hiervan besloot de regering samen met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een multidisciplinair steunpunt binnen het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg in te richten, onder meer voor juridische informatie, en werd besloten een onderzoek naar medische beslissingen en knelpunten in de zorg rond het levenseinde van kinderen van 1 tot 12 jaar te laten uitvoeren.⁷⁸

Dit onderzoek werd in september 2019 naar de Tweede Kamer gezonden.⁷⁹ De belangrijke conclusies van dit onderzoek zijn:

- In het onderzoek is geen casuïstiek aangetroffen van wilsbekwame kinderen jonger dan 12 die zelf vroegen om beëindiging van hun leven. De urgentie van het loslaten van de leeftijdsgrens van 12 jaar in de Wtl als de wet tot regeling en toetsing van levensbeëindiging *op verzoek* lijkt daarmee vanuit empirisch oogpunt niet groot.
- Onder een deel van de artsen en ouders bestaat behoefte aan wettelijke mogelijkheden tot actieve levensbeëindiging. De behoefte van deze ouders en artsen betreft kinderen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden en voor wie er geen andere opties zijn. Ouders ervaren een taboe op het bespreken van actieve levensbeëindiging, hetgeen in sommige gevallen het gesprek over andere levenseindebeslissingen ook wel hindert.

In het onderzoek werd de aanbeveling gedaan bestaande regelgeving ten aanzien van actieve levensbeëindiging bij kinderen te verhelderen en na te gaan of nadere regulering daarvan aangewezen is. De NVK nam naar aanleiding van het onderzoek het standpunt in dat de bestaande regeling van de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen dient te worden uitgebreid tot gevallen van actieve levensbeëindiging bij minderjarigen tot 12 jaar, zoals ook werd aanbevolen in de derde evaluatie van de Wtl. In oktober 2020 heeft de regering aan de Tweede Kamer toegezegd een dergelijke uitbreiding te zullen realiseren.⁸⁰ In juni 2022 stuurde de minister van VWS een conceptversie van de met de situatie van minderjarigen jonger dan 12 jaar uitgebreide regeling naar de Tweede Kamer.⁸¹ In deze versie waren de tot dan toe door de regering ontvangen reacties op het concept nog niet verwerkt. In dat kader zijn vooral van belang de reacties van het OM, de KNMG en de NVK. Mede op basis van adviezen van twee

77 Zie B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.247.

78 *Kamerstukken II 2017/18, 34990, nr. 1, p.29.*

79 M. Brouwer e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)*. Ongedateerd, p.37 e.v.

80 *Kamerstukken II 2020/21, 32647, nr. 82.*

81 *Kamerstukken II 2021/22, 32647, nr. 92.*

externe deskundigen⁸² was het OM zeer kritisch over het concept.⁸³ Ook de KNMG reageerde zeer terughoudend. In de visie van de KNMG was de voorgestelde concept-regeling vooralsnog niet het juiste instrument om de beoogde doelen te bereiken.⁸⁴ De NVK was positiever en kon zich in overwegende mate in de concept-regeling vinden.⁸⁵ De vraag of de regeling inzake de Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen zou moeten worden uitgebreid naar minderjarigen tot 12 jaar kwam ook aan de orde in de evaluatie van de huidige regeling, die in februari 2022 naar de Tweede Kamer werd gezonden. De onderzoekers dringen er vooral op aan late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen tot 12 jaar in aparte regelingen onder te brengen. Idealiter zou het daarbij moeten gaan om wettelijke regelingen, maar de onderzoekers realiseren zich dat de politieke consensus daarover nog ontbreekt.⁸⁶

Over de wenselijkheid en mogelijkheid van een wettelijke regeling is discussie mogelijk. De huidige ministeriële regeling bevat criteria voor late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Die zijn bedoeld om een beoordeling van een beroep van een arts op art. 40 Sr van een referentiekader te voorzien. Vanuit dat perspectief gezien is het zeker voorstelbaar dat aan de regeling ook criteria voor levensbeëindiging van minderjarigen van 1-12 jaar worden toegevoegd. Dat blijft ook dan invulling van art. 40 Sr. In het kader van beoordeling door het EHRM is het onderscheid in regeling bij ministeriële regeling dan wel bij wet in formele zin minder belangrijk. Het regelen van levensbeëindiging zonder verzoek in een wet in formele zin die los staat van art. 40 Sr ligt minder voor de hand. Een dergelijke regeling zou uniek in de wereld zijn. Het is maar de vraag of dat in situaties waarin er geen verzoek van de patiënt zelf kan zijn een verstandige keuze is.

2.3.4 Diversen

Euthanasie en palliatieve sedatie

Door de jaren heen is de verhouding tussen euthanasie en palliatieve sedatie een terugkerend onderwerp van discussie. In het regeerakkoord van het huidige kabinet wordt hierover, in relatie tot dit evaluatieonderzoek, opgemerkt: *“We gaan aan de slag met de aankomende vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding om het verschil tussen euthanasie en palliatieve zorg te verduidelijken.”*⁸⁷ Recente jaarverslagen van de Rte's besteden aan de verhouding

82 Een van deze twee deskundigen maakt deel uit van de onderzoeksgroep van deze vierde evaluatie WtI (Mevis). Zie over de concept-regeling ook C.E. Parree, Actieve levensbeëindiging bij 1- tot 12-jarigen, *Tijdschrift voor Jeugdrecht* 2022, nr. 3.

83 Zie: Achtergrondkader bij consultatieadvies regeling 1-12 jaar, via: <https://www.om.nl/documenten/wetgevingsadviezen/2022/4/11/ontwerpregeling-levensbeëindiging-kinderen-1-tot-12-jaar>.

84 Brief KNMG aan het ministerie van VWS d.d. 7 april 2022.

85 Brief NVK aan het ministerie van VWS d.d. 8 april 2022.

86 M.C. Ploem e.a., *Evaluatie regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen*. Den Haag: ZonMw, 2022, p.138. In gelijke zin Mevis, in zijn advies over de concept-regeling aan het OM, zie: Achtergrondkader bij consultatieadvies regeling 1-12 jaar, via: <https://www.om.nl/documenten/wetgevingsadviezen/2022/4/11/ontwerpregeling-levensbeëindiging-kinderen-1-tot-12-jaar>.

87 VVD, D66, CDA en ChristenUnie, *Coalitieakkoord 2021-2025*, p.38. Met 'palliatieve zorg' wordt bedoeld: palliatieve sedatie.

tussen euthanasie en palliatieve sedatie geen aandacht. Kennelijk doen zich ook in toetsingspraktijk geen vragen of dilemma's ter zake voor. Vermeldenswaard uit de onderzoeksperiode zijn twee ontwikkelingen.

De eerste is de herziening van de KNMG-richtlijn over palliatieve sedatie, die al sinds 2005 in de praktijk een belangrijke rol speelt, met name ook waar het gaat om het 'bewaken' van het onderscheid tussen palliatieve sedatie en euthanasie. In 2022 is deze richtlijn (wederom) geactualiseerd. De belangrijkste aanpassingen ten opzichte van de vorige richtlijn zijn:

- Expliciete aandacht voor de multidisciplinaire aanpak bij (het proces van) palliatieve sedatie;
- Meer aandacht voor het vroegtijdig en proactief bespreken van palliatieve sedatie als onderdeel van palliatieve zorg;
- Meer informatie over en concrete handvatten voor voorlichting aan patiënten en naasten.

Daarnaast is het eigenaarschap van de richtlijn veranderd. Ging het tot voor kort om een richtlijn van de KNMG, thans is sprake van een gedeeld eigenaarschap: KNMG en Integraal Kankercentrum Nederland.⁸⁸

De verhouding tussen euthanasie en palliatieve sedatie kwam ook aan de orde in een geruchtmakende strafzaak tegen een arts die ervan werd verdacht in 2016 zijn in een verpleeghuis verblijvende schoonmoeder van het leven te hebben beroofd door toediening van sederende medicatie. In juli 2022 sprak de rechtbank Limburg de betreffende arts van alle beschuldigingen vrij. De rechtbank volgde de arts in zijn standpunt dat sprake was geweest van palliatieve sedatie met inachtneming van de daarover in de KNMG-richtlijn neergelegde regels. De rechtbank zag geen bewijs voor de stelling dat medicatie, in combinatie met een gebrek aan vocht of voeding, de oorzaak van het overlijden was geweest.⁸⁹ Deze zaak illustreert maar weer eens hoe verschillend kan worden geoordeeld over de vraag of in een bepaalde stervenssituatie wel of niet sprake is van levensbeëindiging, maar van andere problemen of ontwikkelingen op dit vlak is in de onderzoeksperiode niet gebleken.⁹⁰

88 Zie: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/richtlijn-palliatieve-sedatie-herzien-2>.

89 Rb. Limburg 29 juli 2022, ECLI:NL:RBLIM:2022:5828.

90 De beschreven strafzaak roept herinneringen op aan de zaak-Vencken uit 2005, waarin het OM ook strafvervolgning instelde op basis van een vermoeden van ongeoorloofd levensbeëindigend handelen. De rechtbank Breda sprak de verdachte vrij wegens gebrek aan opzet op levensbeëindiging; in hoger beroep bevestigde het hof deze beslissing en meende bovendien dat bewijs voor het causaal verband tussen het toedienen van medicatie en het overlijden van de arts ontbrak. Beide gerechten oordeelden dat de toegediende medicijnen qua aard, hoeveelheid en combinatie bij het voeren van palliatief beleid pasten en niet bij levensbeëindiging. Zie over deze zaak J. Legemaate, *Symptoombestrijding en palliatie versus levensbeëindiging; een terugblik op de zaak Vencken*. *NTvG* 2006, p.1689-1692 en V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood – Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2020, p.105-108 en V.E. van de Wetering, A. van der Heide

In dit kader speelt ook een rol dat het niet altijd eenvoudig is de verschillende soorten medische handelingen rond het levenseinde goed uit elkaar te houden. Onder artsen is soms al sprake van begripsverwarring, maar zeker ook onder patiënten of hun naasten.⁹¹ Zo kan pijn- en/of symptoombestrijding door naasten van de patiënt (ten onrechte) worden opgevat als actieve levensbeëindiging of palliatieve sedatie als euthanasie. Dergelijke verwarring doet zich al vele jaren voor, en zal nooit helemaal te voorkomen zijn. Dat roept wel de vraag op of het niet verstandig zou zijn in de wetgeving te omschrijven in welke situaties geen sprake is van levensbeëindigend handelen als bedoeld in art. 293 Sr en de Wtl. Daarover was al in de tweede evaluatie van de Wtl (opnieuw) een aanbeveling opgenomen, die door de regering niet is overgenomen.⁹² Zowel in de tweede als in de derde evaluatie werd geconstateerd dat het grijze gebied nog steeds bestaat, ook omdat artsen hun handelen soms – zonder opzet – verkeerd kwalificeren.⁹³ In haar proefschrift uit 2020 werpt Van de Wetering deze vraag opnieuw op, juist ook in relatie tot palliatieve sedatie.⁹⁴ Het concept voor een regeling (geen wet) levensbeëindiging bij kinderen van 1 -12 jaar, zoals hiervoor in par. 2.3.3 besproken, bevat ter zake de definitie dat onder levensbeëindiging wordt verstaan “*het toedienen van farmaca met als doel het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen*”.⁹⁵ Prudent vervolgingsbeleid en toepassing van strafuitsluiting,⁹⁶ kunnen binnen de Nederlandse verhoudingen voor voldoende juridische afbakening zorgen. Het recht van andere landen (zoals Oostenrijk) bevat ter zake wel een uitdrukkelijke wettelijke bepaling. Zo’n bepaling is doorgaans ingegeven door de wens bepaalde vormen van medisch handelen buiten het bereik van de in die stelsels veelal onder alle omstandigheden strafbare euthanasie te brengen. Daarmee wordt dat medisch handelen in de stervensfase mogelijk gemaakt. Uitdrukkelijke wettelijke regeling biedt – uiteindelijk – meer duidelijkheid dan de bestaande Nederlandse situatie.

en P.A.M. Mevis, ‘De grens tussen strafbare euthanasie en medische palliatieve sedatie; over de Typizität’ van levensbeëindigend handelen’. *RMThemis*, 2019, p.233-246. Zie over deze problematiek ook reeds: B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2007, p.78-79.

91 Dat blijkt met enige regelmaat uit de tuchtrechtspraak, zie bijvoorbeeld Centraal Tuchtcollege 3 augustus 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:147 en Regionaal Tuchtcollege Zwolle 2 juli 2021, ECLI:NL:TGZZRZWO:2021:147.

92 A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2012, p.230. Ook de Staatscommissie Euthanasie (1985) pleitte al voor een dergelijke wetsbepaling.

93 Vgl. voor dit punt in drie eerdere Wtl- evaluaties V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood – Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2020, p.104.

94 V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood – Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2020, p.122 en 272 en V.E. van de Wetering, A. van der Heide en P.A.M. Mevis, ‘De grens tussen strafbare euthanasie en medische palliatieve sedatie; over de Typizität’ van levensbeëindigend handelen’, *RM Themis*, 2019, p.233-246.

95 *Kamerstukken II 2021/22*, 32647, nr. 92.

96 Het gaat dan in het bijzonder om de toepassing van wat met een Duitse term wel de zgn. *Typizität* als kwalificatieuitzonderingsgrond wordt genoemd. Dat betreft de juridische constructie waarin wordt geoordeeld dat een gedraging weliswaar naar de letter van de wet onder een strafbepaling valt, maar dat de aard van het delict toch toepassing daarvan uitsluit. Een bekend voorbeeld is joyriding met een auto; een gedraging die naar de letter onder de delictsomschrijving van diefstal (van benzine) valt. Maar omdat het typische van diefstal (toe-eigenen) bij joyriding met een auto nu juist met betrekking tot die auto ontbreekt, sluit toepassing van de ‘Typizität’ veroordeling wegens diefstal (van benzine) uit. Joyriding is daarom apart strafbaar gesteld in art. 11 WvW.

Euthanasie en orgaandonatie

In het verlengde van de wijziging van de Wet op de orgaandonatie is in de onderzoeksperiode enige expliciete aandacht ontstaan voor orgaandonatie bij euthanasie.⁹⁷ Die versterkte aandacht heeft geleid tot een advies van de Gezondheidsraad in december 2018 aan de Minister van VWS betreffende het vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie.⁹⁸ Dat advies vormde mede de aanleiding voor een vernieuwde Richtlijn Orgaandonatie na Euthanasie. Instructies voor de praktijk van de Nederlandse Transplantatiestichting, versie 3 van februari 2022.⁹⁹ Euthanasie en orgaandonatie sluiten elkaar als feitelijke handelingen of juridisch-normatieve concepten naar hun aard niet uit. Volgens het advies van de Gezondheidsraad is het enkele feit dat bij orgaandonatie na euthanasie de aanloop naar de dood en de daaropvolgende orgaandonatie anders is, door het toedienen van euthanatica, geen reden om af te wijken van het bij 'gewone' transplantatie gebruikelijke protocol voor het vaststellen van de circulatiestilstand, de no-touch tijd, en het uiteindelijk vaststellen van de dood. Wel wordt euthanasie in veel gevallen bij patiënten met kanker toegepast. Die ziekte sluit transplantatie uit. In zoverre zijn de mogelijkheden orgaandonatie na euthanasie beperkt tot, bijvoorbeeld, neurodegeneratieve aandoeningen als de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose (MS) en Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS). Orgaandonatie kan een wens zijn die onderdeel uitmaakt van beslissingen aan het einde van het leven, ook door euthanasie en hulp bij zelfdoding. Orgaantransplantatie na euthanasie komt in de praktijk voor: het advies van de Gezondheidsraad vermeldt een aantal van 50 gevallen sedert het eerste in 2012.

De Richtlijn spreekt van een 'combinatieprocedure': een combinatie van twee nogal verschillende procedures waarvan de uitvoering nadere afstemming vergt. De Richtlijn geeft in het bijzonder daarvoor handvatten aan de (verschillende) betrokkenen in de praktijk, in de vorm van een stappenplan en checklist voor beslissingen. Goede planning en afstemming vooraf tussen arts, forensisch arts, orgaandonatiecoördinator en officier van justitie is vanzelfsprekend essentieel. Aangezien het gaat om een niet-natuurlijk overlijden moet de laatste achtereenvolgens toestemming geven voor orgaandonatie en vervolgens voor begraving of crematie. De Richtlijn betreft daarbij overigens niet meer dan het 'standaardgeval': orgaandonatie bij wilsonbekwaamheid en euthanasie wegens psychisch lijden zijn uitdrukkelijk uitgezonderd van de richtlijn omdat daarmee nog te weinig ervaring is opgedaan. Ook het 'thuis in slaap brengen', gevolgd door euthanasie in het ziekenhuis met aansluitende orgaandonatie blijft in de Richtlijn buiten beschouwing.¹⁰⁰

97 Zie over het thema meer algemeen o.a.: J.A.M. Bollen e.a., Orgaandonatie na euthanasie: juridische overwegingen en vraagstukken. *TvGR* 2019, p.107-121. Het hierna te noemen advies van de Gezondheidsraad bevat een wat bredere literatuuroppgave van (grotendeels) vóór de onderzoeksperiode van deze vierde Wtl-evaluatie.

98 Gezondheidsraad, *Vaststellen van de dood bij orgaandonatie na euthanasie*. Den Haag, 2018.

99 Zie: <https://www.transplantatiestichting.nl/page/donatie-na-euthanasie>.

100 Maar zie daarover L. ter Steege, Orgaandonatie na euthanasie kan ook vanuit huis. *Medisch Contact* 28 oktober 2022, p.14-17.

Euthanasie in detentie

Op 30 november 2020 verscheen vanwege het Ministerie van J&V, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) de 'Werkinstructie euthanasie' betreffende euthanasie in detentie.¹⁰¹ Die betreft zowel gedetineerden als forensische patiënten; de werkinstructie geldt voor alle justitiële inrichtingen en forensische klinieken van DJI en klinieken waar DJI zorg bij inkoop, zoals gevangnissen, huizen van bewaring en TBS-inrichtingen.¹⁰² De in de werkinstructie voorgeschreven handelwijze is niet (meer) van toepassing als de medische aandoening aanleiding geeft om de justitiabele via gratie of strafonderbreking 'in vrijheid' te laten sterven.

Net zoals bij orgaandonatie het geval is, wordt euthanasie niet principieel anders in geval van detentie. De geldende euthanasieregeling geldt ook als de patiënt gedetineerd is. Dat is conform het aan het detentierecht ten grondslag liggende 'gelijkheidsbeginsel' (vgl. ook art. 15 lid 4 Grondwet). De detentieomgeving, in de eerste plaats vertegenwoordigd door de directeur van de betreffende inrichting, is uiteraard wel betrokken vanwege het beheersmatig aspect met betrekking tot factoren als de plaats van uitvoering, het contact met de familie en het informeren van het ministerie van J&V. Daarvoor geeft de werkinstructie de nodige aanwijzingen en instructies. Een daarvan is het voorschrift dat de Minister, gezien diens politieke verantwoordelijkheid voor de beheersmatige beslissing die het hoofd van de inrichting neemt, door DJI 'proactief', te weten minimaal 24 uur voor de uitvoering van de euthanasie wordt geïnformeerd.

De beslissing over euthanasie en de daarvoor geldende criteria worden niet anders door de detentie; een en ander blijft uitsluitend de beslissing van de arts. Omdat er echter in detentie geen vrije artskeuze is, beslist in eerste instantie de justitieel geneeskundige of behandelend psychiater. De gedetineerde kan in geval van weigering van zijn verzoek aan de bestaande penitentiaire regelgeving het recht ontlenen op een second opinion, bijvoorbeeld van het Expertisecentrum Euthanasie. Ook euthanasie op basis van lijden aan een psychische stoornis is in detentie niet uitgesloten. Net als voor die situatie buiten detentie, bevat de werkinstructie ter zake een apart protocol waardoor de onder de Wtl geldende extra eisen onverkort van toepassing zijn. Daarbij zal het element van (uitzichtloze) detentie op zichzelf niet het overwegend accent in het aannemen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden c.q. in de beslissing tot euthanasie kunnen uitmaken; van de vereiste uitzichtloosheid van het lijden moet de eventuele uitzichtloosheid van lange, tijdelijke of eventueel levenslange detentie worden onderscheiden. Aan het lijden dienen (ook in detentie) in overwegende mate een of meer medisch classificeerbare somatische of psychische ziektes of aandoeningen ten grondslag te liggen, zoals de Hoge Raad heeft bepaald in zijn uitspraak in de zaak Brongersma.¹⁰³ Zolang sprake is van detentie zal het voor een arts heel moeilijk en bij ander dan somatisch lijden vrijwel onmogelijk zijn

101 De werkinstructie is – in elk geval – te vinden op de website van het Forum Levenslang dat ter zake ook een nadere brief aan de Minister publiceerde tot vastlegging van enige opheldering over de werkinstructie die het Forum in een gesprek met de minister had gevraagd. Zie voor deze documenten: <https://forumlevenslang.nl/nieuws/werkinstructie-euthanasie/>.

102 Zie over de materie sedert de vorige evaluatie ook de van voor het verschijnen van de werkinstructie daterende, Nijmeegse dissertatie van E.C.M. Thoonen, *Death in State custody. Obligations to prevent premature death of detainees and to investigate death of detainees pursuant to the European Convention on Human Rights*. Nijmegen, 2017, in het bijzonder onder 4.5.5. en 5.5.5.

103 HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, NJ 2003/167 (Brongersma).

om tot de overtuiging te geraken dat los van de detentiesituatie sprake is van een op voldoende vrije wil gebaseerd uitdrukkelijk verzoek en verlangen van de zijde van de patiënt. De euthanasie zal binnen detentie nogal eens uitgevoerd worden in het Justitieel Centrum voor Somatische Zorg. Tenuitvoerlegging in een hospice is mogelijk, al blijft dan sprake van detentie, hetgeen impliceert dat het hospice een bepaald niveau van beveiliging zal moeten (kunnen) bieden.

De kwaliteit van de lijkschouw

Het thema van de lijkschouwing valt als zodanig buiten het bereik van de Wtl en de evaluatie ervan. Maar adequate lijkschouw is voor de werking van de Wtl wel van cruciaal belang. Op grond van art. 3 Wlb wordt na een overlijden door euthanasie of hulp bij zelfdoding de gemeentelijke lijkschouwer ingeschakeld. Er is geen sprake van een natuurlijke dood (vgl. art. 7 lid 2 Wlb). De gemeentelijke lijkschouwer brengt verslag uit aan de officier van justitie (art. 10 lid 1 en 10a lid 4) en in geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding aan de Rte's (art. 10 lid 2 Wlb).

Het adequaat onderkennen van een niet-natuurlijke dood c.q. van euthanasie of hulp bij zelfdoding door de gemeentelijke lijkschouwer is daarmee van betekenis voor het onderkennen van de situatie dat sprake is van een onder het WvSr jo. de Wtl te beoordelen niet-natuurlijk overlijden door euthanasie of hulp bij zelfdoding, ook als dat verricht is door een arts. Het is gebruikelijk dat de forensisch arts vooraf wordt ingelicht over waar en wanneer de euthanasie wordt uitgevoerd.

Sinds de vorige wetsevaluatie is met name onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de lijkschouw. Er is bovendien feitelijk een tekort aan forensisch artsen is. Over de lijkschouw verscheen in de onderzoeksperiode het onderzoek Gemeentelijke lijkschouw door forensisch artsen onder druk, veel zorgen op korte termijn van de IGJ.¹⁰⁴ Ten aanzien van lijkschouw bij euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt daarin opgemerkt dat de rol van de forensisch arts beperkt is, namelijk toetsen of de behandelend arts aan de zorgvuldigheidseisen voldaan heeft. De Inspectie merkt op dat er binnen de beroepsgroep discussie is over hoe de forensisch arts na euthanasie de dood moet vaststellen en hoe uitgebreid deze schouw moet worden uitgevoerd. Het rapport van de Inspectie heeft mede geleid tot een nieuwe versie van de Richtlijn Forensische Geneeskunde Euthanasie en hulp bij zelfdoding van het Forensisch Medisch Genootschap van augustus 2018.

De bredere discussie over de lijkschouw heeft de wetgever tot het voornemen gebracht in 2022 een wetsvoorstel voor een modernisering van de Wlb in te dienen.¹⁰⁵ Bij het afsluiten van dit onderzoek is dat wetsvoorstel echter nog niet verschenen.

104 <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2021/11/15/gemeentelijke-lijkschouw-door-forensisch-artsen-onder-druk-veel-zorgen-op-korte-termijn>.

105 *Kamerstukken II* 2021/22, 33628, nr. 28.

2.4 Het systeem van toetsing: Rte's, IGJ en OM; tuchtrecht(er) en strafrecht(er); onderlinge verhoudingen

Met de eerste, daadwerkelijke strafvervolging en de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends zijn de verhoudingen tussen de betrokken actoren (Rte's, tuchtrechter, OM/strafrechter) en rechtsgebieden explicieter dan ooit gebeurd is of noodzakelijk bleek, aan de orde gekomen. In dit onderdeel staan die verhoudingen en de ontwikkelingen daarin in de onderzoeksperiode, deels op basis van en naar aanleiding van deze eerste strafzaak meer in het algemeen centraal.¹⁰⁶ Daarbij kan het volgende voorop worden gesteld. Eigenlijk is het Wtl-systeem van 2002 sedertdien en tot aan deze eerste strafzaak nooit helemaal ten einde gevoerd door het daadwerkelijk instellen van een strafvervolging in een bepaalde zaak. Zonder die 'operationalisering' door een dergelijke strafvervolging in een concrete zaak, was er nog geen aanleiding om een aantal aspecten van het stelsel van WvSr en Wtl, van strafrecht en 'niet-normaal' medisch handelen, scherp(er) onder ogen te zien dan thans wel het geval is geweest in deze 'ontmoeting' van Rte-beoordeling, tuchtrecht en strafrecht. Dat daarbij – ook op het niveau van de systematiek van het stelsel als geheel – de nodige discussie ontstond over de plaats en betekenis van strafrechtelijke en tuchtrechtelijke rechtshandhaving, hun samenloop, de verhouding tot de Rte-beoordeling, over de precieze normen en de verhoudingen tussen actoren, is daarmee op zichzelf niet zo vreemd of verwonderlijk. In dat kader is het van betekenis dat de Tweede Kamer kort na de afsluiting van de vorige evaluatie op 30 oktober 2017 (dus voorafgaande aan de zaak-Arends) een rondetafelgesprek organiseerde over de bestaande wetgeving en de daarin aan de orde zijnde verhoudingen.¹⁰⁷

2.4.1 Zelfstandige toets en positie tuchtrechter t.o.v. de Rte's

In de beslissing van de Hoge Raad in cassatie tegen het oordeel van het CTG in de zaak-Arends benadrukt de Hoge Raad in betrekkelijk sterke en als zodanig in de literatuur ook wel bekritiseerde bewoordingen¹⁰⁸ dat de tuchtrechter een eigen zelfstandig en onafhankelijk oordeel moet vellen over het handelen van de arts, getoetst aan de maatstaf van art. 47 lid 1 Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Big) van de redelijk bekwame beroepsuitoefening.¹⁰⁹ De tuchtrechter moet zich ter zake niet (te zeer) achter het Rte-oordeel 'verschuilen', al mag hij in het kader van zijn

106 De thematiek waar het in deze zaken inhoudelijk om gaat, te weten – kort gezegd – euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring (art. 2 lid 2 Wtl) bespraken we reeds hiervoor in par. 2.3.2 van dit hoofdstuk.

107 *Kamerstukken II 2017/18*, 32 647, nr. 69.

108 Hubben werpt in zijn noot onder deze beslissing in *GJ 2020/71* indringend de vraag op of het CTG zich wel in die mate achter het oordeel van de Rte verschuilt als de Hoge Raad meent te moeten constateren en (mede om deze reden) de beslissing van het CTG, zij het alleen in het belang der wet, vernietigt. Een en ander kan samenhangen met het feit dat het oordeel van de Hoge Raad in de strafzaak meebrengt dat hij vervolgens het oordeel in de tuchtzaak wel moet vernietigen; zie de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713, in *NJ 2020/429* onder 5 en 6. Zie over deze kritiek ook H. Weyers *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.133-134.

109 HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713, rov. 5; de Hoge Raad casseerde de beslissing van het CTG op dit punt. Zie over de verhouding tussen CTG en Rte's ook E. Pans in haar noot onder de CTG-beslissing in *TvGR 2019*, p.276-292 onder 3. Zij meent dat de beslissing van de CTG "meer recht doet aan de pioniersfase waarin wij ons op dit moment ten aanzien van dit onderwerp bevinden".

toets aan het Rte-oordeel wel 'betekenis toekennen'. In dat laatste schuilt ook wel enige onduidelijkheid over de precieze mate van betekenis. Die onduidelijkheid kan een adequate reactie op een door de Rte als 'onzorgvuldig' beoordeelde zaak bemoeilijken. Te denken valt in het bijzonder aan de beslissing om wel of niet een tuchtrechtelijke procedure te starten.

2.4.2 Strafrecht(er) en/of tuchtrecht(er) en hun onderlinge verhouding

De arts in de zaak-Arends is zowel tuchtrechtelijk als strafrechtelijk vervolgd. In de onderzoeksperiode zijn in verband daarmee opnieuw vragen gerezen over de mogelijkheid en wenselijkheid van 'dubbele' vervolging en bestrafing in het algemeen, en de afweging en beoordeling ter zake in deze concrete zaak in het bijzonder. Vooral in de media werd de strafvervolging, nadat de tuchtrechtelijke weg reeds was ingeslagen, door sommigen als onwenselijk, overbodig of niet meer toelaatbaar gezien.¹¹⁰ Anderzijds is opgemerkt dat, nu in de zaak-Arends door de Rte een schending van een van de meest wezenlijke zorgvuldigheidseisen was geconstateerd (de overtuiging ten aanzien van het vrijwillig verzoek), verdedigd kan worden dat de IGJ op de strafvervolging en de uitkomst daarvan had kunnen en wellicht ook moeten wachten om pas daarna te bezien of tuchtrechtelijke rechtshandhaving vervolgens nog meerwaarde zou (kunnen) hebben.¹¹¹ Aangezien tuchtrecht en strafrecht elkaar niet uitsluiten is in voorkomende gevallen afstemming tussen het OM en de IGJ gewenst. In dat kader heeft Schalken het (kennelijke) gebrek aan overleg en afstemming in het algemeen en in deze zaak in het bijzonder, bekritiseerd.¹¹²

In het algemeen is de indruk dat het, achteraf gezien, naar de opvatting van velen zinvol is dat het tot strafvervolging is gekomen voor zover daarmee in elk geval de 'open' norm van art. 2 lid 2 WtI door de Hoge Raad – en daarmee gezaghebbend – is ingevuld op een wijze waarmee de praktijk verder vooruit kan dan op grond van de tot dan bestaande, inhoudelijk grotendeels ontbrekende algemene(re) normering het geval was. Meer in het algemeen geldt als uitgangspunt onverkort dat tuchtrechtelijke vervolging geen (eerdere) strafvervolging impliceert in de zin van art. 68 Sr (ne bis in idem) welke strafvervolging zou verbieden. Datzelfde geldt ook omgekeerd. Tuchtrecht en strafrecht sluiten elkaar ook naar meer onderliggende rechtsbeginselen niet uit. Beide systemen van rechtshandhaving zijn daarvoor als uitgangspunt op (te) verschillende doelen of te beantwoorden rechtsvragen gericht. Het initiëren van een van beide systemen van rechtshandhaving na of in samenloop met het andere, behoeft niet reeds daarom nadere motivering of legitimatie. Over dit uitgangspunt is ook de strafrechter in deze zaak (opnieuw) duidelijk.¹¹³ Daarin is in de onderzoeksperiode op zichzelf ook niets veranderd. Toch zien Tak en Ummelen in hoofdzaak nog slechts een taak voor de strafrechter indien sprake is van een vermoeden van de criminele *intentie*, hetgeen een behoorlijk afwijkende, aanzienlijk beperktere grondslag dan die van het vermoeden van enig mogelijk strafbaar feit oplevert. In andere gevallen is de strafrechter naar de mening van deze

110 Zie voor een overzicht van reacties H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, onder 3.2.2.

111 P.A.M. Mevis & L. Postma, Tussenkroniek rechtspraak strafrecht. *TvGR* 2021, p.281.

112 T.M. Schalken, noot onder CTG 19 maart 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:68 in *GJ* 2019/95.

113 Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506, rov. 3.3 (het punt is in cassatie niet meer aan de orde) respectievelijk CTG 19 maart 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:68, rov. 5. Vgl. voorts de beschouwingen van de P-G in de vordering tot cassatie in het belang der wet in de zaak-Arends (strafzaak), ECLI:NL:PHR:2019:1338 onder 5.

auteurs niet voldoende toegerust om alle, met een concrete zaak verbonden medische, ethische en filosofische vragen te beantwoorden.¹¹⁴ In dezelfde lijn maar iets minder verregaand ligt de opvatting van Schalken, die erop wijst dat de verhouding tussen het tuchtrecht en strafrecht steeds vaker in principiële zaken aan de orde is omdat “*in medische zaken het strafrechtelijke aspect steeds zwaarder weegt*”. Wat hem betreft ligt het beslissende verschil tussen beide procedures in “*de mate van verwijtbaarheid van de terechtstaande arts*”.¹¹⁵

De Hoge Raad over toetsing door tucht- en strafrechter

De Hoge Raad adresseert niet het punt van fundamentele onmogelijkheid van ‘dubbele vervolging’ noch het eventueel gebrek aan afstemming in deze concrete zaak. Maar hij besteedt wel algemene aandacht aan de verhouding tussen strafrecht en tuchtrecht, tussen strafrechtelijke en tuchtrechtelijke rechtshandhaving, ook in Wtl-zaken. In zijn arrest in de strafzaak overweegt hij in dat kader ter zake van de positie van strafrecht en strafrechter:

“Toetsing rechter

(...)

4.11.2 De wetgever heeft gekozen voor een wettelijk stelsel waarbinnen de beoordeling van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts, primair buiten het strafrecht plaatsvindt door gespecialiseerde Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Bij de beoordeling van de zorgvuldigheid van het medisch handelen van de arts gelden ten aanzien van de grenzen waarbinnen dat medisch handelen moet plaatsvinden de inzichten en normen van medische professionals. Voor zover een geval van levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts leidt tot strafrechtelijke vervolging, kan de strafrechter uitleg geven aan de wettelijke regeling, maar past hem een terughoudende opstelling bij de beantwoording van de vraag welk medisch handelen binnen dit kader aanvaardbaar is.

4.11.3 Afgezien hiervan brengt ook de omstandigheid dat ieder medisch handelen van een arts, dus ook zijn handelingen in het kader van een levensbeëindiging op verzoek, aan het medisch tuchtrecht is onderworpen, mee 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”.

Deze overweging bevat voor de verhoudingen van normen en toetsing een aantal belangrijke elementen.

114 P. Tak & B. Ummelen, Strafzaak euthanasie geen goed idee. Rechter moet afstand houden tot euthanasiepraktijk. *Medisch Contact* 30 november 2017, p.30-32.

115 T.M. Schalken, noot onder HR 23 juni 2020, ECLI:NL:HR:2020:1093 (‘Haagse Borstendokter’) in *GJ* 2020/111, Vgl. ook de algemene kritiek op de samenloop van tucht- en strafrecht bij Hubben in *GJ* 2019/27.

‘Medisch handelen’

De Hoge Raad spreekt overkoepelend van ‘het medisch handelen’, respectievelijk ‘ieder medisch handelen’ inclusief het handelen ‘in het kader van een levensbeëindiging op verzoek’. De Hoge Raad overweegt dat de strafrechter enerzijds (zijn eigen) uitleg kan geven aan de wettelijke regeling (hetgeen de Hoge Raad ten aanzien van de inhoud van art. 2 lid 2 WtI ook heel nadrukkelijk doet), maar dat die strafrechter daarbij tegelijk een terughoudende opstelling past bij het antwoord op de vraag welk ‘medisch handelen’ aanvaardbaar is. In de literatuur is erop gewezen dat de term ‘medisch handelen’ in het kader van art. 293 Sr jo. de WtI niet eenduidig is.¹¹⁶ Het handelen van de arts in het kader van levensbeëindiging op verzoek is (immers) geen ‘normaal medisch handelen’ en juist daarom (apart) genormeerd in WvSr, Wlb en WtI. Ter zake bestaan niet uitsluitend medische normen voor beroepsuitoefening als voorzien bij en krachtens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet Big en het voorschrift tot het aanbieden van ‘goede zorg’ in de zin van art. 2 Wkkgz. Eerder is erop gewezen dat de Rte’s bij hun toetsing niet gebonden zijn aan de inhoud van de beroepsnormen ter zake van het handelen van een arts dat door de Rte wordt getoetst. In het bijzonder de zorgvuldigheidseis van art. 2 lid 1 onder f WtI (betreffende de ‘uitvoering’) is in dit kader nadrukkelijk wel van medische aard. Maar de eis dat (naar de overtuiging van de arts) sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, is dat niet of aanzienlijk minder. Dat laatste geldt nog sterker voor de meldplicht van de arts van art. 293 lid 2 jo. de Wlb (Op de beoordeling van schending daarvan is de OM Aanwijzing Vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek niet van toepassing). De vraag rijst daarmee of de Hoge Raad hier niet te ‘gemakkelijk’ het handelen van de arts onder art. 293 lid 2 Sr jo. de WtI onder het overkoepelend begrip ‘medisch handelen’ gelijk stelt met hetgeen ten aanzien van ‘normaal’ medisch handelen als uitgangspunt geldt. Met andere woorden: maakt art. 293 lid 2 Sr jo. de WtI een en ander inderdaad tot een onder hetzelfde overkoepelende uitgangspunt van ‘medisch handelen’ te benaderen gedraging, hetgeen (vervolgens) tot noodzakelijke terughoudendheid van de strafrechter leidt met betrekking tot de vraag welk handelen binnen dat (aparte) kader aanvaardbaar is? De vraag is opgeworpen of het geciteerde deel van het arrest het antwoord op deze vraag voldoende duidelijk maakt. Daarbij moet tegelijk worden bedacht dat het citaat van de Hoge Raad in voorkomende gevallen een eigen interpretatie door de strafrechter ook niet uitsluit, waarvan, zoals gezegd, de beslissing van de Hoge Raad een voorbeeld is. De beslissing van de Hoge Raad verandert daarmee niets aan de verhoudingen binnen de geldende wettelijke regeling.

116 Vgl. het verschil in opvatting tussen R.J. van Eenennaam, Euthanasie bij voortgeschreden dementie. Hoge Raad plaatst strafrecht op afstand bij euthanasie. *Medisch Contact* 25 juni 2020, p.18-19 en S. Bolte-Knol, Geen terughoudende rol van het strafrecht bij de beoordeling van euthanasiezaken. *NJB* 2020/1253, p.1456-1462. Vgl. ook T.M. Schalken, De verhouding tussen tuchtrecht vs. strafrecht inzake euthanasie bij demente en wilsonbekwame patiënten, in: T. Kooijmans e.a. (red.), *Op zoek naar evenwicht. Liber Amicorum Marc Groenhuijsen*. Deventer: Kluwer, 2021, p.657-661; hij spreekt (kritisch) van een ‘medicalisering van het euthanasievraagstuk’ door de Hoge Raad en de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, in *NJ* 2020/428 onder 16.

Strafvervolging niet steeds de meest aangewezen reactie

Een daarmee verbonden, vergelijkbaar punt speelt in de discussie over de door de Hoge Raad in het citaat betrokken stelling dat, gegeven het medisch tuchtrecht ten aanzien van 'ieder medisch handelen dus ook zijn handelingen in het kader van een levensbeëindiging op verzoek', strafvervolging van de arts 'niet steeds de meest aangewezen reactie' is. De Hoge Raad spreekt daarmee een zeker primaat van tuchtrechtelijke rechtshandhaving uit. De 'turbulentie' over de strafvervolging in de zaak-Arends neemt niet weg dat het besef dat strafvervolging 'niet steeds de meest aangewezen reactie is', de strafrechtelijke afhandeling van 'onzorgvuldigheidsoordelen' onder 20 jaar Wtl steeds heeft bepaald. Zie ook hierna par. 6.4. De zaak-Arends is de eerste en enige zaak sedert de inwerkingtreding van de Wtl waarin het OM tot strafvervolging heeft besloten. In alle andere gevallen waarin de Rte's sedert de inwerkingtreding van de Wtl constateerden dat de zorgvuldigheidseisen niet zijn nageleefd, is niet tot het instellen van strafvervolging besloten, 'hooguit' tot een voorwaardelijk sepot.¹¹⁷ Mede omwille van een zekere terughoudendheid heeft het OM van hoger beroep in deze eerste zaak afgezien. Ook de OM-Aanwijzing ter zake, met zijn nadruk op strafvervolging eerst en vooral (zo men wil: hooguit) bij schending van de beide essentiële (substantiële) eisen, te weten die met betrekking tot het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, getuigt van die door de Hoge Raad bedoelde, zekere 'achterstelling' van de strafrechtelijke rechtshandhaving. Het kan daarbij geen kwaad in dit kader nog eens op te merken dat zowel het strafrechtelijk beleid van het OM als de beslissing in elke concrete zaak een verantwoordelijkheid is die het College van P-G's als college uitoefent. Noch de inhoud en uitkomst van dat beleid noch de beslissingen in een concrete zaak worden bepaald door een (enkel) lid van dat College, hoezeer een en ander in de beeldvorming (ook wel: vanwege dat college¹¹⁸) soms anders beleefd wordt of voorop is gesteld. In zoverre kan worden gezegd dat in 20 jaar Wtl strafvervolging – inderdaad – 'niet steeds' als de meest aangewezen reactie is beschouwd. Daarbij moet – omgekeerd – worden bedacht dat de Hoge Raad in de geciteerde rechtsoverweging strafvervolging ook niet uitsluit. Ook in dit opzicht verandert de opstelling van de Hoge Raad niets aan de voorheen reeds bestaande verhoudingen en uitgangspunten ter zake.¹¹⁹

117 Die afdoening had telkens de instemming van de betreffende minister, wiens instemming tot aan de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) uit 2017 nog was vereist, al zijn er wel Kamervragen gesteld over het niet vervolgen in bepaalde 'onzorgvuldigheidzaken'; vgl. *Kamerstukken II 2017/18*, 32647, nr. 68.

118 Het OM heeft in de onderzoeksperiode steeds zelf naar buiten gebracht dat het in verschillende 'onzorgvuldigheidsoordelen' aanleiding heeft gevonden om nader strafrechtelijk onderzoek in te stellen en wat de uitkomst daarvan en beslissing van het OM ter zake is. Tot zelfstandige publicatie vanwege het OM is – mede in overleg met de Rte's – besloten; voorheen werd de OM-reactie na een 'onzorgvuldigheidsoordeel' in het Jaarverslag van de Rte's vermeld. Vgl. *Kamerstukken II 2017/18*, 32647, nr. 68. Daarnaast – dat is iets anders – is het betreffende lid van het College van P-G's ook meer in het algemeen nadrukkelijker dan in eerdere onderzoeksperiodes in de publieke media opgetreden.

119 Vgl. S. Bolte-Knol, Geen terughoudende rol van het strafrecht bij de beoordeling van euthanasiezaken. *NJB 2020*, p.1461. De verdergaande opvatting van Rozemond dat uit de bewoordingen van de Hoge Raad 'zou kunnen worden afgeleid dat een tuchtrechtelijke beoordeling in beginsel volstaat en een strafrechtelijke vervolging dan niet meer nodig is', ligt daarin niet besloten. Vgl. N. Rozemond, *Het zelfgekozen levenseinde*. Leusden: ISVW Uitgever, 2021, p.78.

2.4.3 Wtl en strafrecht; Rte's en OM; cassatie in het belang der wet?

Daar waar Wtl en strafrecht en de respectievelijke actoren van de toetsingscommissies enerzijds en het OM anderzijds elkaar rechtstreeks raken, deden zich in de onderzoeksperiode verschillende ontwikkelingen en thema's voor.

Niet langer instemming Minister nodig met de OM-afdoeningsbeslissing

Hiervoor vermeldden wij al dat in de kort na de vorige evaluatie in werking getreden nieuwe OM-Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) niet langer de instemming van de Minister van (al dan niet: o.a.) Justitie vereist is met de OM-afdoeningsbeslissing. In antwoord op Kamervragen dienaangaande liet de minister van Veiligheid en Justitie in september 2017 weten dat 'het nog nooit is voorgekomen dat niet is ingestemd met een vervolgingsbeslissing van het OM'.¹²⁰ In verband daarmee is ook besloten dat het OM zelf dergelijke beslissingen publiceert. Ook na verval van het vereiste van instemming wordt de Minister wel geïnformeerd over OM-beslissingen in dergelijke gevoelige zaken met het oog op de ministeriële verantwoordelijkheid voor het OM en het eventueel inlichten van de Tweede Kamer.¹²¹

'Buiten het strafrecht'?

In het hierboven opgenomen citaat van rechtsoverweging 4.11.2 uit de beslissing van de Hoge Raad van 21 april 2020 overweegt het hoogste rechtscollege dat de Rte-beoordeling 'primair buiten het strafrecht plaatsvindt'.¹²² In deze overweging ligt enige onduidelijkheid besloten, mede door het gebruik van het woord 'primair'. De Rte-toets is geen strafrechtelijk onderzoek tegen een verdachte, een en ander is niet in het Wetboek van Strafvordering (WvSv) geregeld en de beoordeling geschiedt op goede gronden multidisciplinair. Tegelijk is naar de wettelijke verhoudingen sprake van een onderzoek in een concrete zaak betreffende levensbeëindiging op verzoek dat tot een oordeel leidt of zich de bijzondere strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 Sr heeft voorgedaan. Dat is een oordeel dat in voorkomende gevallen (uiteindelijk) van de strafrechter kan en moet komen, wiens oordeel ter zake (uitsluitend) door het OM kan worden gevraagd door strafvervolgning in te stellen in de gevallen waarin het OM daartoe voldoende aanleiding ziet. In zoverre is het 'primair' van de Hoge Raad eerder te begrijpen als (feitelijk) 'in eerste instantie' (als men de Rte toets wegdenkt, blijft de OM-toets over, net zoals dat voor de inwerkingtreding van de Wtl het geval was) en niet ook als (normatief) primair in de zin van 'inhoudelijk allesbepalend', al is het oordeel van de Rte uiteraard wel richtinggevend en in zoverre inderdaad 'primair'.

Mogelijk hebben de bewoordingen van de Hoge Raad op dit punt ook niet meer betekenis. Daarop wijst het feit dat deze opmerking als zodanig in de vergelijkbare tekstpassage in de andere beslissing

120 *Kamerstukken II 2017/18, 32647, nr. 68.*

121 Zie ook daarvoor de beantwoording van Kamervragen in *Kamerstukken II 2017/18, 32647, nr. 68.*

122 HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, rov. 4.11.2; de betreffende passage luidt voluit: "De wetgever heeft gekozen voor een wettelijk stelsel waarbinnen de beoordeling van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts, primair buiten het strafrecht plaatsvindt door gespecialiseerde Regionale Toetsingscommissies Euthanasie".

van de Hoge Raad, te weten die in de tuchtzaak niet voorkomt.¹²³ Nochtans heeft zij aanleiding gegeven tot gebruik in de discussie tussen de voormalige coördinerend voorzitter van de Rte's en het betreffende lid van het College van P-G's over de verhouding tussen de Rte's en het OM bij de aanpassing van de EuthanasieCode; zie nader hierna. Het punt illustreert wel dat bij en door de eerste daadwerkelijke strafvervolging onder de Wtl, nadere vragen over de precieze verhoudingen aan de orde zijn gekomen c.q. kennelijk onvoldoende uit het systeem van de wettelijke regeling als zodanig te beantwoorden zijn.

Betrokkenheid OM in geval van aanpassing van de EuthanasieCode

In de onderzoeksperiode ontstond 'discussie'¹²⁴, in het bijzonder ook tussen de toenmalige coördinerend voorzitter van de Rte's en het beleidsmatig verantwoordelijke lid van het College van P-G's¹²⁵ naar aanleiding van het initiatief van de Rte's tot aanpassing van de EuthanasieCode aan de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends. De Rte's consulteerden het OM dienaangaande niet vooraf noch lichtten zij het OM ter zake in; het College van P-G's moest daarvan achteraf (kennelijk) zelf, via de website van de Rte's kennisnemen. Het College, dat het ook inhoudelijk niet eens bleek te zijn met de opvattingen en de 'vertaling' van de arresten van de Hoge Raad naar de EuthanasieCode, meent dat consultatie vooraf aangewezen is, nu het OM 'is belast met de wettelijke taak om de zorgvuldige euthanasiepraktijk strafrechtelijk te beschermen'. Blijkens het antwoord van de toenmalige coördinerend voorzitter van de Rte's ziet deze dat anders. Hij benadrukt de eigen, zelfstandige rol en functie van de Rte's ter zake en beroept zich in dat kader op de bovengemelde opmerking van de Hoge Raad in zijn beslissing in – uitsluitend – de strafzaak in de zaak-Arends dat de Rte-toetsing een beoordeling 'buiten het strafrecht' zou betreffen.

Het OM kan uiteraard de Rte's geen toetsingsnormen of de interpretatie daarvan voorschrijven noch gedragsaanwijzingen voor de arts formuleren, zoals de KNMG. De interpretatie van de Wtl is in ultimo aan de (straf)rechter. In dat kader heeft het OM een eigen taak om steeds over de noodzaak van het voorleggen van een zaak aan de rechter door het instellen van strafvervolging te beslissen, ook in zaken met een 'zorgvuldigheidsoordeel'. Het OM ziet in dit kader niet toe op de Rte's, maar vult zijn positie als poortwachter naar de strafrechter in, in de gevallen waarin het berechting opportuun acht. In zoverre is het geboden dat de Rte's 'ook naar het OM kijken'. Het behoeft weinig betoog dat een tijdige en adequate gedachtenuitwisseling tussen OM en Rte's bepaald van belang is.¹²⁶ In dat kader signaleerden wij hiervoor dat sedert een recente wijziging van de Wtl, die wet niet langer de

123 De betreffende passage in rov. 4.1.1 van HR 21 april 2020, ECLI:HR:2020:713 luidt (immers): "*Uit de hiervoor weergegeven wettelijke bepalingen volgt dat een levensbeëindiging door een arts op verzoek van de patiënt als bedoeld in artikel 293 lid 2 Sr, primair wordt beoordeeld door gespecialiseerde Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*". Het verschil met de in de vorige noot geciteerde passage uit het arrest in de strafzaak is, hoewel wellicht onbedoeld, nochtans significant. Vgl. over dit punt de noot van Mevis in NJ 2020/428 onder 16.

124 In enkele artikelen in *Trouw* viel het woord 'machtsstrijd'.

125 Wij baseren ons in deze passage op een briefwisseling tussen de beide genoemde functionarissen welke wij met hun beider instemming (waarvoor dank) voor dit onderzoek mochten gebruiken. Van deze discussie zijn ook sporen terug te vinden in diverse mediaberichten.

126 Vgl. T. Cleiren in *Trouw* 21 juli 2021: "*Overleg tussen euthanasiecommissies en OM moet vanzelfsprekend zijn*".

aanwezigheid van IGJ en OM bij het voorzittersoverleg voorschrijft. Overleg vindt nu op andere manieren plaats. Er is, afgezien van incidenteel contact bij specifieke vraagpunten, zowel periodiek contact op het niveau van medewerkers als twee keer per jaar overleg tussen de Rte-voorzitter en (het voor het OM-beleid inzake de Wtl verantwoordelijke lid van) het College van P-G's. Overigens leidt inhoudelijke aanpassing van de EuthanasieCode niet tot de verplichting van het OM om in een daarmee overeenkomende aanpassing van de eigen OM-Aanwijzing te voorzien.

Meer stelselmatig onderzoek van zaken met zorgvuldigheidsoordelen?

In de onderzoeksperiode is vanwege het OM (ook) in de richting van de Minister van J&V de wens naar voren gebracht om door een (vorm van) onafhankelijk onderzoek meer in het algemeen¹²⁷ de zaken waarin de Rte's tot een zorgvuldigheidsoordeel komen, eens (eenmalig) nader te onderzoeken.¹²⁸ Aan dit voornemen is verder geen gevolg gegeven.

De suggestie voor een dergelijk onderzoek lijkt mede ingegeven door de gedachte dat het wenselijk kan zijn reflectie te organiseren op de zelfstandige wetsinterpretatie door de Rte's waarmee de reikwijdte van de wet, en de eventuele verruiming daarvan, wordt bepaald. Aan die mogelijkheid van reflectie hebben de Rte's zelf de afgelopen jaren bijgedragen met hun publicatiebeleid en de initiatieven die zij de afgelopen jaren hebben ondernomen om de kwaliteit, de uniformiteit en de consistentie van de oordelen te verbeteren (onder meer door het instellen van een reflectiekamer en door bepaalde conceptuitspraken eerst met alle commissies te bespreken alvorens de verantwoordelijke Rte het oordeel vaststelt). De argumenten voor een dergelijk, eenmalig en op zichzelf staand, onderzoek lijken daarmee niet heel erg sterk, ook omdat een en ander tot veel discussie aanleiding zal geven. Het meer algemene punt van de betekenis van de interpretatie van de Wtl-normen door de Rte's en het belang van reflectie daarop adresseren wij in het slothoofdstuk nader.

Geen cassatie in het belang der wet tegen Rte-oordelen

In de derde evaluatie van de Wtl is de aanbeveling gedaan om de mogelijkheid van het instellen van cassatie in belang der wet tegen een oordeel van de Rte te onderzoeken. De vorige voorzitter van de Rte's toonde zich daarvan voorstander¹²⁹, mede op basis van een suggestie in de literatuur¹³⁰, al werd

127 Het gaat dus niet om een door het OM geleid, strafrechtelijk onderzoek van bepaalde, concrete zaken die door de Rte's beoordeeld zijn.

128 Otte geeft het met zoveel woorden toe in P. van Liempt, *Misdaad en straf in de polder. Het OM aan het woord*. Amsterdam: Prometheus, 2022, p.300.

129 Vgl. het Voorwoord in het Jaarverslag 2016 van de Rte's: "*Een andere weg om rechtsvorming en grotere rechtszekerheid te bevorderen is om cassatie in het belang der wet mogelijk te maken, ook in het geval waarin een commissie tot het oordeel is gekomen dat wél overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Zo zouden juridisch relevante vragen over de interpretatie van de WTL aan de Hoge Raad voorgelegd kunnen worden, zonder dat de te goeder trouw handelende uitvoerend arts onderworpen wordt aan een langdurige en als pijnlijk ervaren rechtsgang*". Vgl. ook zijn pleidooi in *Kamerstukken II 2017/18, 32647, nr. 69* (verslag van een hoorzitting in de Tweede kamer), p.62.

130 P.A.M. Mevis, Over de randen van de euthanasiewetgeving. *DD 2016/35* onder 5.

het idee door andere auteurs afgewezen.¹³¹ Naar aanleiding van een negatief advies daaromtrent van zowel het College van P-G's als van de P-G bij de Hoge Raad heeft de Minister van J&V de Tweede Kamer in juli 2021 bericht die mogelijkheid niet open te stellen.¹³² Hij laat daarbij op voorhand weten dat dit ook geldt voor de inmiddels met de inwerkingtreding van de Innovatiewet Strafvordering¹³³ per 1 oktober 2022 geopende mogelijkheid tot het stellen van prejudiciële vragen aan de Hoge Raad, hoewel dat laatste wel in de literatuur is bepleit.¹³⁴ Beide modaliteiten wil de minister reserveren voor de situatie dat strafvervolgning is ingesteld.

2.4.4 De consequenties van cassatie in het belang der wet voor de uitspraak in enige medische strafzaak/medische tuchtzaak

In de zaak-Arends laat de Hoge Raad het strafrechtelijk vonnis van de rechtbank in stand. De vraag naar eventuele consequenties van het oordeel van de Hoge Raad in de strafzaak rijst daarmee niet. Had de rechtbank de verdachte veroordeeld, dan zou, na vernietiging daarvan door de Hoge Raad, herziening van die veroordeling niet mogelijk zijn, wel gratiëring van een eventueel opgelegde strafrechtelijke sanctie voor zover op grond van het WvSv gratie of anderszins niet-tenuitvoerlegging mogelijk zou zijn geweest. De tuchtrechtelijke veroordeling van de arts door de CTG is daarentegen door de Hoge Raad in cassatie wel vernietigd, maar door het karakter van cassatie in het belang der wet blijft de aan de arts opgelegde waarschuwing in stand. Kwijtschelding daarvan is in het medisch tuchtrecht niet mogelijk. Herziening is alleen mogelijk als de beslissing van de Hoge Raad in voorkomende zaken een 'omstandigheid' is als bedoeld in art. 52 Wet Big.¹³⁵ Een verzoek daartoe van de veroordeelde is niet nodig, reden waarom in de literatuur wel verbazing is uitgesproken over het feit dat het CTG liet weten niet zelf zijn beslissing in de zaak-Arends te corrigeren.¹³⁶ Nu er op z'n minst rechtens onduidelijkheid bestaat over het antwoord op de vraag of de beslissing van de Hoge Raad in voorkomende zaken wel zo'n 'omstandigheid' is, terwijl die vraag, door het daadwerkelijk aangewend zijn van het beroep in cassatie in het belang der wet, kennelijk wel relevant is, is er wat voor te zeggen dat de wetgever ter zake opheldering verschaft.

131 T. Vis, Cassatie in het belang der wet tegen oordelen van de Rte's; wat lost het op?, in: L. de Vito (red.), *15 jaar euthanasiewet*.

Amsterdam: NVVE, 2017, p.177 -187; L. De Vito, Cassatie in het belang der wet tegen oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. *TvGR* 2018, p.223-231. Zie over dit punt ook H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.236-237.

132 *Kamerstukken II* 2020/21, 32647, nr. 86.

133 Wet van 22 juni 2022, *Stb.* 276.

134 J.P. de Haan, Laat de regionale toetsingscommissies euthanasie prejudiciële vragen stellen aan de Hoge Raad. *TvGR* 2022; 6, p.534-539.

135 Vgl. de noot van Mevis onder HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:713 in *NJ* 2020/429 onder 3.

136 Vgl. H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.129 en G.A. Den Hartogh, Een arrest dat om uitleg vraagt. *RM Themis* 2021, p.26: een herzieningsverzoek 'zou toch niet nodig moeten zijn'. Ook voor Hendriks is de opstelling van het CTG niet duidelijk "en wijst niet op bereidheid om te leren van deze zaak", vgl. A.C. Hendriks, Euthanasie bij gevorderde dementie. Een analyse van de beslissingen van de Hoge Raad. *NTvG* 2020/164.

2.5 Wetgevingsontwikkelingen in andere landen

Een van de onderzoeksvragen van deze wetsevaluatie luidde: Is er sprake van rechtsontwikkelingen in andere landen die van betekenis kunnen zijn voor de (beleids)discussie over regelgeving in Nederland? Ten tijde van de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 was er nog maar een enkel ander land dat regelgeving met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek had afgekondigd of aan het voorbereiden was. Recentelijk is het aantal andere landen met dergelijke wetgeving toegenomen.¹³⁷ Dat maakt het voor het eerst echt mogelijk om de Wtl, en daarmee verbonden discussies in Nederland, inhoudelijk te vergelijken met wetgevingsontwikkelingen in andere landen. Dat kan mogelijk bijdragen aan het debat in Nederland over de toekomst(bestendigheid) van de Wtl, mede in het licht van de voortdurende maatschappelijke discussie met betrekking tot de regulering van het levenseinde, zowel waar het gaat om de (on)mogelijkheden van de huidige Wtl als om eventuele vormen van regulering naast deze wet.

Een uitvoerige rechtsvergelijking ging het kader van deze wetsevaluatie te buiten. Er is voor gekozen aan analyse te maken van wettelijke regelingen uit een aantal landen binnen en buiten Europa die in de onderzoeksperiode (2017-2022) tot stand zijn gekomen: Spanje, Portugal, Canada, Nieuw-Zeeland en Australië. Deze analyse wordt op enkele plaatsen aangevuld met informatie over landen die reeds langer over een wettelijke regeling beschikken (waaronder België en Luxemburg). Om te verifiëren of wij de betreffende wettelijke regelingen juist hebben geïnterpreteerd, hebben wij in aantal gevallen contact gehad met informanten uit de betreffende landen.¹³⁸ De analyse richt zich op de inhoud van de wetgeving en niet op de ervaringen daarmee in de praktijk¹³⁹; in sommige van de onderzochte landen is de wetgeving zo recent dat van praktijkervaring nog niet of nauwelijks sprake is. In sommige landen is sprake van ontwikkelingen die zich beperken tot het (mogelijk) verruimen van de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding (Duitsland en Oostenrijk). Die ontwikkelingen ten aanzien van hulp bij zelfdoding bespreken we apart in par. 2.6.

Met betrekking tot deze beknopte rechtsvergelijkende verkenning moet worden bedacht dat de opzet en de inhoud van de buitenlandse regelingen, net als bij de Wtl, de resultante zijn van nationale maatschappelijke, politieke, medische, medisch-ethische en juridische discussies, sterk bepaald door de zich in tijd ontwikkelende, maar tegelijk verschillende opvattingen ter zake in de betreffende landen. Om die reden kiezen wij hierna voor een thematische beschrijving van de wetgeving, en niet

137 B.P White & L. Willmott (eds), *International perspectives in end-of-life law reform*. Cambridge University Press, 2021. Voor wat betreft recente rechtsvergelijkende literatuur: veel informatie over buitenlandse regelgeving is verwerkt in G. den Hartogh, *What kind of death – The ethics of determining one's own death*. Routledge, 2022. Vgl. ook de verschillende landenrapporten in: P. Danituk (ed.), *Patient Autonomy and Criminal Law*. Routledge, 2022. Het EHRM geeft in de recente beslissing van Lings v. Denmark een overzicht van de stand van zaken en de ontwikkelingen in enkele Europese landen. Zie ook de opmerkingen in de vordering van de P-G bij de zaak-Arends (strafzaak), ECLI:NL:PHR:2019:1338 onder 3.

138 Wij danken Verena Murschetz (Oostenrijk), Sónia Fidalgo en Celso Manata (Portugal), José Luis Ripolles (Spanje), Riccardo Ercole Omodei (Italië), Lutz Eidam en Sanela Starcevic (Duitsland), Ben White (Australië), Jocelyn Downie (Canada) en Jessica Young en Jeanne Snelling (Nieuw-Zeeland) voor hun waardevolle antwoorden op onze vragen.

139 In een aantal landen is daarover wel informatie beschikbaar. Zie bijvoorbeeld de *Third Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021*.

voor een analyse per land. De thematische beschrijving maakt het beter mogelijk het accent te leggen op onderdelen van de buitenlandse wetgeving die interessant kunnen zijn voor het debat en de regelgeving in Nederland. Na enkele algemene opmerkingen komen de volgende twee vragen aan de orde:

- 1 Op welke punten biedt de Wtl meer mogelijkheden dan de buitenlandse wetgeving?
- 2 Op welke punten kunnen de buitenlandse wetten wellicht inspiratie bieden voor de (beleids)discussie over regelgeving in Nederland?

Bij de laatste gaat het dan vooral om aspecten waarover ook in de Nederlandse (rechts)praktijk sprake was of is van discussie, en die in Nederland niet in de wet zijn geregeld maar in het buitenland wel.

2.5.1 Algemene opmerkingen over recente buitenlandse wetgeving

De Spaanse euthanasiewet trad in werking in juni 2021.¹⁴⁰ Deze wet is interessant niet alleen vanwege de inhoudelijke regeling van 'stervenshulp' (euthanasie of hulp bij zelfdoding met een toetsing vooraf), maar ook vanwege de regeling van talloze algemene aspecten, zoals de codificatie van gewetensbezwaren bij de arts, de opdracht tot het uitdragen van kennis over de wet bij gezondheidspersoneel en burgers en garanties dat doven, slechthorenden en blinden adequaat zullen worden geholpen bij hun beroep op de wet. In Portugal zijn verschillende (varianten van) wetsvoorstellen door het parlement aangenomen maar alle voorstellen stuiten tot nu toe telkens op tegenwerking van de president. Het is onduidelijk of, wanneer en welke regeling in Portugal in werking zal treden.¹⁴¹ In Ierland zijn twee opvolgende initiatief-wetsvoorstellen gepresenteerd. voor een concrete wettelijke regeling van levensbeëindiging in geval van een dodelijke ziekte (niet per se: de stervensfase) uit 2015 respectievelijk 2020.¹⁴² Interessant is dat daarin, net als in de Spaanse en de Portugese regeling, een voorstel is opgenomen voor een regeling om het normatief grote verschil tussen hulp bij zelfdoding en euthanasie, zeker zoals dat onder verschillende rechtstelsels wel wordt ervaren, in voorkomende gevallen praktisch te reduceren naar wat mogelijk of wenselijk is; euthanasie is dan optie als en omdat de patiënt fysiek niet meer tot zelfdoding in staat is.

De huidige versie van de Canadese *Medical Assistance in Dying-regeling (MAiD)* trad in werking in 2021. *MAiD* is een onderdeel van het federale Canadese wetboek van strafrecht. De Canadese regelgeving vindt zijn oorsprong in een aantal rechterlijke uitspraken, waarin op basis van het *Charter*

140 A. Hendriks & A. Goslinga, Spanje op koers naar Euthanasiewet. *Medisch Contact* 30 april 2020, p.32-33; A. Hendriks, Euthanasie in Zuid-Europa – Nieuwe jurisprudentie en wetsvoorstellen. *NJB* 2020, p.1735-1739.

141 Naar de stand van zaken in februari 2023. Het eerste wetsvoorstel vond het constitutioneel hof in de definities en afbakeningen te vaag. Het volgende wetsvoorstel stuitte op een veto van de president. Eind 2022 heeft het parlement opnieuw met een bijgesteld wetsvoorstel ingestemd, dat de president vervolgens, eveneens opnieuw, aan het constitutionele hof heeft voorgelegd dat vervolgens met een 7/6 meerderheid de wet op onderdelen kritiseerde, waarmee op zichzelf de weg naar verder aangepaste regeling open staat. Wij refereren in het onderstaande aan het laatste, door het parlement aanvaardde wetsvoorstel.

142 Het gaat om de *Dying with Dignity Bill* 2015 respectievelijk de *Dying with Dignity Bill* 2020. In de tekst gaan we uit van het laatste voorstel.

of *Rights and Freedoms* juridische ruimte voor levensbeëindiging op verzoek werd bevochten.¹⁴³ De *MAiD*-regeling bevat voor het hele land geldende regels en procedures. Met betrekking tot bepaalde thema's, waaronder de toetsing achteraf, kunnen de provincies en territoria nadere regels stellen.¹⁴⁴ In Nieuw-Zeeland kwam in 2019 de *End of Life Choice Act* tot stand. Deze wet trad in werking in 2021. In dezelfde periode kwamen ook in vrijwel alle deelstaten van Australië wettelijke regelingen tot stand over euthanasie en hulp bij zelfdoding.¹⁴⁵ Uit Australië betrekken we de *Voluntary Assisted Dying Act* uit de staat Victoria in de analyse.¹⁴⁶ Deze wet dateert van 2017.

2.5.2 Op welke punten biedt de Wtl meer mogelijkheden?

Analyse van de recentere buitenlandse regelingen leert dat deze regelingen op een aantal punten beperkter zijn dan de Wtl. In de meeste landen weerspiegelt de indertijd ook in Nederland aanwezige voorzichtigheid en terughoudendheid ten aanzien van een eerste wettelijke regeling zich in een aantal gevallen in strikte eisen en beperkingen, soms ook mede om voor een (eerste) wettelijke regeling een parlementaire meerderheid te verkrijgen.

De volgende punten springen in vergelijking met de Wtl in het oog:

- Waar de Wtl van toepassing is op personen van 12 jaar of ouder, is het in de recentere buitenlandse wetgeving veel gebruikelijker om een minimale leeftijdsgrens van 18 jaar/meerderjarigheid te hanteren (Canada, Nieuw-Zeeland, Australië, Spanje), in dat laatste land aangevuld met de eis van nationaliteit of van legaal verblijf in het land;
- In Nieuw-Zeeland en Australië is de wetgeving beperkt tot patiënten die in een terminale fase zijn (levensverwachting van zes maanden of minder). Dit beperkt ook de mogelijkheid voor het inwilligen van verzoeken om hulp bij levensbeëindiging van patiënten met een psychische stoornis.¹⁴⁷ De Spaanse wet kent (net als de in discussie zijnde Portugese regeling) een door terughoudendheid ingegeven redelijk ingewikkeld en streng lijdensbegrip, zij het dat geen sprake hoeft te zijn van de stervensfase;

143 J. Downie & K. Scallion, The path for *Rodriguez* to Bill C-14 and beyond: lessons about MAiD law reform in Canada, in: B.P White & L. Willmott (eds), *International perspectives in end-of-life law reform*. Cambridge University Press, 2021, p.17-39.

144 In Canada volgt met name de provincie Quebec een eigen route, zie daarover: M. Gupta, The medical regulator as law reformer: Quebec's Act respecting end-of-life care, in: B.P White & L. Willmott (eds), *International perspectives in end-of-life law reform*. Cambridge University Press, 2021, p.165-179.

145 Zie voor een overzicht van alle wetgeving in Australië: <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>.

146 L. Willmott & B.P. White, The challenging path to voluntary assisted dying reform in Australia: Victoria as a successful case study, in: B.P White & L. Willmott (eds), *International perspectives in end-of-life law reform*. Cambridge University Press, 2021, p.84-112.

147 De in 2021 in Canada in werking getreden MAiD-regeling sluit actieve levensbeëindiging op grond van lijden door een "mental illness" vooralsnog uit. De bedoeling was deze beperking in de loop van 2023 te laten vervallen, maar mogelijk wordt dat uitgesteld.

- In alle andere landen dan Nederland stelt de wetgeving de eis dat een euthanasieverzoek schriftelijk moeten worden opgemaakt (met datering en ondertekening), soms zelfs in (verplichte) aanwezigheid van een of meer getuigen, in Spanje ook een medische beroepsbeoefenaar;¹⁴⁸
- De Nieuw-Zeelandse regeling bepaalt dat een actueel verzoek niet kan worden vervangen door een schriftelijke wilsverklaring;
- De Belgische wet beperkt zich tot euthanasie en omvat niet tevens hulp bij zelfdoding;¹⁴⁹
- De wetgeving in België maakt een onderscheid tussen terminale en niet-terminale aandoeningen; in het laatste geval gelden extra eisen, zoals een wachtperiode en een tweede onafhankelijke consulent;
- De Australische wet (Victoria) en die in Canada bepalen dat een bepaalde periode moet verlopen tussen het (eerste) verzoek van de patiënt en de inwilliging daarvan, tenzij de omstandigheden dat niet toelaten. Zo ook in Spanje, waar de wet twee verzoeken vereist met een wachtperiode van 15 dagen tussen het eerste en het tweede verzoek van de patiënt aan de verantwoordelijke arts. Na het eerste verzoek moet de arts de patiënt mondeling en schriftelijk adequaat informeren; na het tweede verzoek moet uitdrukkelijk worden vastgelegd of de patiënt bij zijn verzoek blijft. Daarna volgt consultatie van een tweede arts; ook de Portugese regeling volgt een dergelijke opzet;
- De Spaanse wet vereist een positief oordeel van de consulent over het euthanasieverzoek; over diens negatieve oordeel kan het oordeel van de Waarborgings- en Evaluatiecommissie (*Comisiones de Garantia y Evaluacion*) worden ingeroepen;
- De Spaanse regeling vereist (na het akkoord van de tweede arts) instemming vooraf van de Waarborgings- en Evaluatiecommissie die daartoe uit haar midden een jurist en een arts aanwijst die samen beslissen; eerst na hun instemming kan stervenshulp worden verleend.

Gegeven de ontwikkelingen in Nederland van de afgelopen decennia ligt het niet zo voor de hand de Wtl op de hiervoor genoemde punten aan te passen. Het onderhavige evaluatieonderzoek geeft daar ook geen aanknopingspunten voor.

148 De wetgeving in Spanje, Canada en Nieuw-Zeeland regelt in dat verband ook dat een ander dan de patiënt namens deze het schriftelijke verzoek kan tekenen, als de patiënt daartoe fysiek niet meer in staat is. De Spaanse regeling voorziet in de mogelijkheid de wilsverklaring op een andere wijze vast te leggen als het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring niet mogelijk is, zolang de wil van de betrokkene maar ondubbelzinnig wordt vastgelegd.

149 De situatie dat – de jure – ‘euthanasie’ de facto wordt uitgevoerd door de patiënt zelf, dat wil zeggen: dat de patiënt onder onmiddellijke en volledige controle van een ter plaatse aanwezige arts middelen inneemt, is door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie wel onder het bereik van de Euthanasiewet gebracht.

2.5.3 Op welke punten kunnen de buitenlandse wetten wellicht inspiratie bieden?

De buitenlandse wetgeving bevat ook elementen die interessant kunnen zijn voor de (beleids)discussie over de regelgeving in Nederland. Die elementen komen soms voort uit andere keuzen dan in ons land zijn gemaakt, maar ook uit voortschrijdend inzicht: een wet uit 2002 ziet er nu eenmaal anders uit dan een regeling die twintig jaar later wordt gemaakt. Hieronder geven wij een overzicht van deze elementen, zonder daaraan conclusies te verbinden. Het valt niet binnen het bestek van deze evaluatie om met betrekking tot onderstaande punten op de Wtl gerichte aanbevelingen te doen, tenzij daaromtrent in andere deelonderzoeken van deze evaluatie aanknopingspunten naar voren komen.

Algemeen, reikwijdte

- De Wtl geeft alleen aan de arts ruimte om, met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, een verzoek om levensbeëindiging in te willigen en uit te voeren. In Canada en Nieuw-Zeeland geeft de wet deze bevoegdheid ook aan een nurse practitioner;
- De Belgische Euthanasiewet kent geen leeftijdsgrenzen, en is derhalve ook van toepassing op wilsbekwame minderjarigen jonger dan 12 jaar;
- De Australische wet (Victoria) en de Spaanse wet regelen ook enkele algemene uitgangspunten. In de Australische wet gaat het bijvoorbeeld om het voorschrift dat de patiënt gestimuleerd moet worden om wensen en voorkeuren ter zake van een mogelijk of naderend overlijden naar voren te brengen. Maar het betreffende wetsartikel (artikel 5) bepaalt bijvoorbeeld ook: *“every human life has equal value”, “a person’s autonomy should be respected”* en *“every person approaching the end of life should be provided with quality care”*. In de Spaanse wet zijn als algemene uitgangspunten vastgelegd het recht op voorziening conform de wet, betaling uit de algemene middelen, de noodzaak van voorlichting over de inhoud binnen de medische wereld en aan de bevolking als geheel en de verplichting om mensen met een handicap ondersteuning te verlenen bij het uitoefenen van de in de wet geformuleerde aanspraken (gelijke toegang). Ook de Portugese regelingen bevatten dergelijke elementen;
- Als conform de Belgische regeling euthanasie is toegepast is sprake van een natuurlijke dood voor wat betreft de overeenkomsten waarbij de patiënt partij was; ook naar de Spaanse regeling is sprake van een natuurlijke dood.
- In de Oostenrijkse regeling, die overigens alleen hulp bij zelfdoding betreft (zie nader par. 2.6), is wettelijk vastgelegd dat palliatieve sedatie met een verhaasting van de dood als gevolg, niet als euthanasie wordt gezien, mede omdat dit laatste nimmer toelaatbaar wordt geacht.
- In een recente wijziging van de Belgische regeling is vastgelegd dat een instelling een daarbinnen werkende arts niet mag afhouden van toepassing van de wet.

In relatie tot de zorgvuldigheidseisen, wilsverklaring, uitvoering

- In Nieuw-Zeeland en Australië (Victoria) worden in de wet de criteria voor wilsbekwaamheid gespecificeerd;
- De MAiD-regeling in Canada stelt niet een verzoek van de patiënt centraal maar diens ‘*informed consent*’. Ook wordt bepaald waar dat ‘*informed consent*’ precies betrekking op moet hebben;
- In de Spaanse en de Portugese regeling is het schriftelijk verzoek van de patiënt het begin van een reeks van voorgeschreven procedures en communicatie die tot de uiteindelijke beslissing moeten (kunnen) leiden dat levensbeëindiging toegelaten en verantwoord is. Meer dan in Nederland regelt c.q. eist de wet explicieter dat men als het ware naar elkaar toe groeit;¹⁵⁰
- In de wetgeving in Canada, Nieuw-Zeeland en Australië (Victoria) is geregeld dat met name de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden en de redelijkheid van alternatieven bepaalt (bijvoorbeeld Canada: “[...] suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved *under conditions that they consider acceptable*”).¹⁵¹ In Nieuw Zeeland en Australië kan dat worden verklaard doordat de wet alleen van toepassing is in een terminale fase, maar in Canada is de beperking van de wetgeving tot de terminale fase, die oorspronkelijk wel in de MAiD regeling was opgenomen, in 2021 geschrapt (vgl. par. 2.2.4);
- In de Spaanse en de Portugese regeling is het de patiënt aan wie, als aan de eisen is voldaan, de keuze wordt gelaten tussen (hulp bij) zelfdoding of euthanasie. In het Ierse voorstel voor een wettelijke regeling is dat laatste alleen toegelaten als het eerste niet mogelijk is;
- De Belgische regeling laat euthanasie toe op basis van een wilsverklaring als de patiënt in een onomkeerbare toestand van buiten bewustzijn is. In dat geval geldt *niet* de voorwaarde dat de patiënt lijdt;¹⁵²

150 Vgl. ook Oostenrijk t.a.v. de regeling hulp bij zelfdoding; de wet spreekt van het “*errichten*” (oprichten; doen ontstaan) van een *Sterbeverfügung*. Zie par. 2.6

151 Dit is ook het geval in Colombia, waar de lijdenseis aldus is omschreven: “When, as a result of [a grave and incurable illness] the person is subjected to physical and mental suffering *incompatible with their idea of dignity*”. Zie:

<https://www.latinolife.co.uk/articles/right-die-euthanasia-colombia>. In Colombia is euthanasie sinds 2014 mogelijk (J.M.

Mendoza-Villa, L.A. Herrera-Morales, Reflections on euthanasia in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology* 2016; 44: 324-329). Door recente rechtspraak (2021) is de reikwijdte van de geldende regelgeving uitgebreid tot niet-terminale situaties.

152 Deze regeling uit de Belgische wet is niet van toepassing op situaties van gevorderde dementie, omdat de patiënt dan nog niet onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Er gaan in België wel stemmen op om de betreffende wetsbepaling naar die situaties uit te breiden. Ook dan vindt men het in België niet logisch om de lijdenseis te stellen (C. Lemmens, De euthanasieverklaring ook voor dementie en andere aandoeningen? Lezing Universiteit van Antwerpen 14 oktober 2022).

- De wet in Australië (Victoria) stelt eisen aan de opleiding die de onafhankelijk consulent moet hebben genoten; de Canadese en de Spaanse regeling geven een nadere omschrijving van de vereiste onafhankelijkheid van de consulent;
- In Nieuw-Zeeland is in de wet bepaald dat de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt *niet* namens deze een verzoek om levensbeëindiging kan doen; volgens de Spaanse regeling kan dat wel; in geval van een eerdere schriftelijke wilsverklaring kan ook een arts de procedure starten om tot gelegitimeerde stervenshulp te geraken;
- De wet in Nieuw-Zeeland regelt ook dat een arts die meent dat de situatie van een patiënt niet aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet, daarover aan de patiënt uitleg moet geven; de Spaanse regeling bevat het voorschrift dat weigeringen om hulp bij levensbeëindiging te verlenen steeds schriftelijk en met redenen omkleed worden door de verantwoordelijke arts; dat laatste is voor de Spaanse regeling van belang omdat in geval van afwijzing van het verzoek beroep open staat bij de administratieve rechter;
- Naar de regeling in de Spaanse wet kan over een negatief oordeel van de consulent over het euthanasieverzoek het oordeel van de Waarborgings- en Evaluatiecommissie worden ingeroepen;
- De Canadese regeling bepaalt dat euthanasie ook doorgang kan vinden als de patiënt kort voor het moment van uitvoering het bewustzijn verliest, mits die optie tevoren met hem besproken is en de patiënt zich op het moment van uitvoering niet in woord of gebaar, of door middel van geluid, verzet;
- De Canadese regeling bepaalt voorts dat in een situatie waarin de patiënt zelf de middelen inneemt (hulp bij zelfdoding) maar niet meteen overlijdt, de arts of nurse practitioner een tweede dosis mag toedienen, als deze optie tevoren met de patiënt besproken is;
- De Australische regeling (Victoria) geeft de patiënt de mogelijkheid om bij een onafhankelijke instantie bezwaar te maken tegen het oordeel van een arts, nurse practitioner of consulent dat hij wilsonbekwaam is. In de Spaanse regeling is voorzien in het inroepen van het oordeel van de Garantie- en Evaluatiecommissie voor deze situatie.

Toetsing en handhaving

Waar het gaat om de toetsing laten de landen in Europa die al langer een euthanasiewet hebben, in het bijzonder de Belgische en de Luxemburgse wetgeving, een met de WtI vergelijkbare opzet zien: toetsing achteraf van alle meldingen door een toetsingscommissie. In beide landen gebeurt dat door één landelijke commissie. De Spaanse wet voorziet zowel in de verplichting van een positief advies van een onafhankelijk consulent als in de beoordeling *vooraf* door een commissie.¹⁵³ Als in de loop van het traject naar het toestaan van steun om te sterven de arts tot wie de aanvraag is gericht of de

¹⁵³ Kritisch over ex ante toetsing door een commissie is G. den Hartogh, *What kind of death – The ethics of determining one's own death*. Routledge, 2022, p.333.

ingeschakelde raadgevend arts oordelen dat de aanvraag moet worden gewijzigd, kan daarover het oordeel van de(zelfde) commissie worden ingeroepen. De Belgische en de Spaanse toetsingscommissies beoordelen meldingen in beginsel anoniem, dat wil zeggen zonder te weten om welke arts het gaat.¹⁵⁴ Ook de Portugese voorstellen bevatten een toetsing door een commissie vooraf.¹⁵⁵ De Spaanse regeling luidt dat de individuele casus wordt beoordeeld door twee leden uit de commissie (een arts en een jurist). Zijn zij het eens, dan kan de euthanasie doorgang vinden. Verschillen zij van mening, dan wordt de voltallige commissie geraadpleegd; tegen een negatief oordeel van de commissie staat beroep op de administratieve rechter open.

In Canada, Nieuw-Zeeland, Australië valt een behoorlijke variatie op in de vormgeving van het toetsingssysteem. In enkele landen is in de wetgeving een veel minder intensieve vorm van toetsing achteraf opgenomen dan in Nederland.¹⁵⁶

De Canadese *MAiD*-regeling bevat geen enkele vorm van toetsing of beoordeling achteraf. Dit aspect wordt overgelaten aan het beleid van de provincies, die daarvoor verschillende benaderingen hebben gekozen. In Quebec functioneert een toetsingscommissie. In Ontario beoordeelt de ‘*coroner*’ alle meldingen, en in British Columbia een selectie daarvan. In andere provincies beperkt de toetsing achteraf zich tot de beoordeling van ‘*difficult cases*’. Nova Scotia doet binnenkort een toetsing achteraf van gemelde zaken in het kader van een algemeen onderzoek naar “*the impact of the law*”.¹⁵⁷

De Nieuw-Zeelandse wet voorziet in een *Review Committee* die achteraf alleen op procedureel niveau beoordeelt of de wet goed is nageleefd. Deze commissie heeft ‘*minimal review powers*’ en kijkt uitsluitend naar de informatie in de overlijdensakte van de patiënt. Daarin staan wel de namen van de betrokken artsen, maar de verklaring bevat geen informatie over de aanleiding voor de euthanasie. Het accent in de wet uit Nieuw-Zeeland ligt geheel op de beoordeling van alle procedurele stappen door de ‘*Registrar*’, voordat de medicatie waarmee de euthanasie kan worden uitgevoerd aan de arts wordt verstrekt.

In Australië (Victoria) kiest de wetgeving voor een combinatie van toetsing vooraf en achteraf. De arts die euthanasie wil uitvoeren moet, na het doorlopen van alle procedurele stappen die de wet noemt, een ‘*government permit*’ hebben om de levensbeëindiging te mogen uitvoeren. Alleen dan mag de benodigde medicatie worden verstrekt. Dit wordt door artsen ervaren als ‘*a very rigorous and detailed review*’. Achteraf wordt elke gemelde zaak beoordeeld door de *Voluntary Assisted Dying Review Board*,

154 Hieraan komt mogelijk een einde door de uitspraak van het EHRM in de zaak *Mortier tegen België*. Juist over de implicaties van dit aspect van de Belgische toetsingsprocedure was het Hof kritisch.

155 Het Italiaanse wetsvoorstel voor een regeling inzake hulp bij zelfdoding bevat eveneens een vereiste van instemming vooraf. Zie hierna, par. 2.6.

156 G. den Hartogh, *What kind of death – The ethics of determining one’s own death*. Routledge, 2022, p.332-333 concludeert op grond van een uitvoerige analyse van Nederlandse en buitenlandse wetgeving: “*All things considered a review procedure seems an important link in the chain of safeguards*”, maar hij voegt daaraan toe: “*but only if it doesn’t merely check on formalities and procedures*”.

157 Informatie verstrekt door prof. Jocelyn Downie (Dalhousie University).

waarbij het voornamelijk gaat om een administratieve beoordeling: zijn alle eerdere procedurele stappen uit de wet juist uitgevoerd?¹⁵⁸

De oorzaken voor de verschillen met het toetsingssysteem van de Wtl lijken te zijn gelegen in de omstandigheid dat in de genoemde landen minder waarde wordt gehecht aan, en discussie plaatsvindt over, uitvoerige toetsing achteraf, mede vanwege de nadruk die in de wetgeving van sommige van deze landen wordt gelegd op de procedure voorafgaand aan de inwilliging van het verzoek van de patiënt. Daarbij gaat het om het vereiste van een schriftelijk verzoek, soms op te maken in het bijzijn van getuigen, en om het stellen van procedurele voorwaarden aan elke stap die voorafgaand aan de uitvoering door patiënt, arts, consultant of apotheker wordt gezet (bijvoorbeeld Nieuw-Zeeland: elke stap documenteren en melden bij een *Registrar*). In Spanje bevat de wettelijke regeling een vergelijkbaar systeem van gedetailleerde voorschriften voor de totstandkoming van een document/verzoek op basis waarvan stervenshulp gelegitimeerd kan worden uitgevoerd, maar dat is onverminderd gekoppeld aan toetsing van elke verleende stervenshulp achteraf en (dus) melding en rapportage ter zake.

In Australië (Victoria) voorziet de wet ook nog in een andere manier om naleving te bevorderen: de wet bepaalt dat een zorgverlener die weet of vermoedt dat een collega de bepalingen van de euthanasiewet heeft geschonden verplicht is daarvan melding te doen; iedere andere betrokkene, bijvoorbeeld een familielid van de overleden patiënt, mag ook een dergelijke melding doen.

Voor wat betreft de rechtsgevolgen van onzorgvuldigheidsoordelen maakt de Luxemburgse wet een onderscheid. In geval formele zorgvuldigheidscriteria niet in acht zijn genomen wordt de zaak op voet van art. 8 van de Euthanasiewet (zelf) niet aan het OM doorgeleid. De zaak kan slechts medisch disciplinair worden afgehandeld. In geval een schending van materiële criteria wordt geconstateerd, gaat de zaak juist wel (uitsluitend) naar het OM. Met het oog op dit verschil in rechtsgevolg zijn de beide categorieën van criteria elk in een afzonderlijk artikellid opgenomen. In het arrest van 22 oktober 2022 dwingt het Belgisch Grondwettelijk Hof tot dit onderscheid in geval van strafvervolgning van een arts in België.¹⁵⁹

Sprekend over strafrecht: de arts die conform de Spaanse regeling handelt is – naar art. 143 lid 5 van het Spaanse Wetboek van Strafrecht – niet strafrechtelijk aansprakelijk. Een aldus opgezette bepaling sluit eerder de toepassing van de delictsomschrijving van euthanasie uit dan dat sprake is van een met art. 293 lid 2 van het Nederlandse WvSr vergelijkbare strafuitsluitingsgrond ter zake van een (wel) onder de delictsomschrijving vallende gedraging. Daarop duiden ook de bewoordingen in art. 397 van het Luxemburgse wetboek.¹⁶⁰

158 B.P. White e.a, Prospective oversight and approval of assisted dying cases in Victoria, Australia: a qualitative study of doctors' perspectives. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2021;0:1–10. doi:10.1136/bmjspcare-2021-002972.

159 Grondwettelijk Hof 22 oktober 2022, arrestnr. 134/2022, rolnummer 7727: <https://www.const-court.be/public/n/2022/2022-134n.pdf>.

160 "... ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section.." (...valt niet onder het toepassingsgebied van deze afdeling..).

Tabel 2.1 Een vergelijking tussen de Wtl en buitenlandse wetgeving: enkele hoofdlijnen

	Nederland	Spanje	België	Australië (Vic.)	Nieuw-Zeeland	Canada (Fed.)
Leeftijdsgrenzen	Vanaf 12 jaar	Vanaf 18 jaar	Geen	Vanaf 18 jaar	Vanaf 18 jaar	Vanaf 18 jaar
Beperking tot terminale fase	Neen	Neen	Neen	Ja	Ja	Neen
Procedurele verschillen tussen terminale en niet-terminale fase	Neen	Ja, stervensfase kan wachtperiode verkorten.	Ja, wachtperiode en tweede onafh. arts indien niet-terminaal			Ja, wachtperiode indien niet-terminaal
Schriftelijk verzoek vereist	Neen	Ja, is begin van overlegproces		Ja	Ja	Ja
Formulering lijdenseis	<i>“dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden”</i>	<i>“Voortdurend en ondraaglijk lichamelijk of geestelijk lijden zonder mogelijkheid tot genezing of verlichting op basis van een ernstige en ongeneeslijke ziekte of van een ernstige, chronische en onmogelijk toestand, zoals nader gedefinieerd in de wet”</i>	<i>“De arts [...] er zich van verzekerd heeft dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet geneigd kan worden”</i>	<i>“Suffering to the person that cannot be relieved in a manner that the person considers tolerable”</i>	<i>“Suffering cannot be relieved in a manner that the person considers tolerable”</i>	<i>“Enduring [...] suffering that is intolerable to [the patient] and that cannot be relieved under conditions that [he/she] considers tolerable”</i>
Toetsing vooraf	Onafhankelijk arts	Onafhankelijk arts en oordeel commissie	Onafhankelijk arts	Onafhankelijk arts en procedurele ‘government permit’	Onafhankelijk arts en goedkeuring procedure-stappen door ‘Registrar’	Onafhankelijk arts
Toetsing achteraf	Regionale toetsingscommissie	Waarborgings- en Evaluatiecommissie verifieert achteraf op basis van ingezonden registratie of de verstrekking van hulp bij overlijden is uitgevoerd cfr de wet	Federale toetsingscommissie	Review Board (alleen procedureel)	Review Board (alleen procedureel)	Niet in de federale regeling voorzien, verschilt per provincie; veelal de ‘coroner’

2.6 Ruimere mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding?

Er is al langere tijd een discussie gaande over de beperkingen van de Wtl, nu deze wet alleen ruimte laat voor levensbeëindiging op verzoek door een arts, op de grondslag van medisch lijden met inachtneming van de wettelijke voorwaarden. Daarbij komt dat de Wtl geen onderscheid maakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, en voor beide handelwijzen dezelfde eisen stelt. Steeds vaker wordt ervoor gepleit juist een onderscheid te maken tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals ook in sommige andere jurisdicties gebruikelijk is, en voor het laatste meer ruimte te creëren dan voor het eerste. Daarbij wordt nogal eens gewezen op de betekenis van art. 8 EVRM.¹⁶¹ In deze paragraaf bespreken we ontwikkelingen op dit gebied, zowel binnen als buiten Nederland.

2.6.1 De zaak-Heringa en de zaak tegen leden van de coöperatie laatste wil: hulp bij zelfdoding door naasten dan wel in groepsverband

In de derde evaluatie van de Wtl werd al verslag gedaan van de zaak tegen Albert Heringa die in 2008 zijn 99 jaar oude stiefmoeder op haar uitdrukkelijke wens hielp bij haar zelfdoding, door haar een grote hoeveelheid middelen te verstrekken en haar te helpen bij het innemen daarvan. Heringa en zijn moeder hadden geprobeerd de levensbeëindiging via de Wtl te realiseren, maar hadden geen arts bereid gevonden om aan het verzoek te voldoen. Van meet af aan was duidelijk dat Heringa handelde in strijd met art. 294 lid 2 Sr. De strafvervolging spitste zich toe op de vraag of er een juridische rechtvaardiging was voor de door hem geleverde hulp bij zelfdoding als niet-arts. In de vorige onderzoeksperiode oordeelden de Rechtbank Gelderland (2013), het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden (2015) en de Hoge Raad (2017) daarover.¹⁶² Het Hof Arnhem-Leeuwarden aanvaardde in 2015 het beroep van Heringa op noodtoestand, maar in maart 2017 vernietigde de Hoge Raad dit oordeel en verwees de zaak naar het Gerechtshof Den Bosch, met als vingerwijzing dat een beroep op noodtoestand van een niet-arts “*slechts bij hoge uitzondering te aanvaarden is*”, mede “*in het licht van het (...) maatschappelijke en politieke debat dat wordt gevoerd over levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*”.¹⁶³ Het Gerechtshof Den Bosch deed op 31 januari 2018 uitspraak in deze zaak en oordeelde dat Heringa (inderdaad) geen beroep op noodtoestand toekwam. Het hof veroordeelde Heringa tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden.¹⁶⁴ De Hoge Raad verwierp het tegen deze veroordeling gerichte beroep in cassatie in zijn arrest van 16 april 2019.¹⁶⁵ De Hoge Raad herhaalde het standpunt uit zijn eerdere arrest in deze zaak: onder uitzonderlijke omstandigheden

161 Onder meer H. Mijnsen, Twee uitspraken over beëindiging van een leven – Hulp bij zelfdoding en euthanasie, *NJB* 2021, p.2034-2040. Voorts: H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.253-286.

162 B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.59-61.

163 HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR:2017:418, *GJ* 2017/52 m.nt. Schalken, *NJ* 2017/269 m.nt. Mevis. Zie ook M. Groenouwe, *Voltooid leven en de rol van de naaste*. De Hoge Raad over de grenzen van het euthanasierecht. *DD* 2017/38.

164 Gerechtshof Den Bosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:345. Uitvoeriger daarover: L. De Vito, *Reactie op de uitspraak van het Hof Den Bosch 31 januari 2018 (Heringa)*. *NJB* 2018, p.865-869.

165 HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, *GJ* 2019/77 m.nt. Schalken, *NJ* 2019/336 m.nt. Mevis. Zie ook P.A.M. Mevis, *Strafrecht en hulp bij zelfdoding*, *DD* 2018/28 onder 2, met reactie van Vink en van Heringa en een naschrift van Mevis in *DD* 2028/52, *DD* 2018/53 respectievelijk *DD* 2018/54.

kan iemand ter zake van art. 293 en 294 Sr een beroep doen op noodtoestand als rechtvaardigingsgrond (art. 40 Sr), maar mede gelet op het bestaan van de Wtl-route zal zodanige noodtoestand slechts in uitzonderlijke omstandigheden kunnen worden aangenomen.¹⁶⁶ Van die uitzondering was in de zaak Heringa, aldus het Hof Den Bosch en de Hoge Raad, geen sprake. Met verwijzing naar het overzicht van de rechtspraak van het EHRM in de conclusie van de Advocaat-Generaal bevestigde de Hoge Raad voorts het uitvoerig gemotiveerd oordeel van het hof waarin het argument van de verdediging wordt weerlegd dat toepassing van art. 294 lid 2 Sr op deze verdachte/naaste in strijd zou zijn met art. 8 EVRM. Met het hof wijst de Hoge Raad er uitdrukkelijk op dat *“de lidstaten op dit terrein een ruime margin of appreciation toekomt”*. Zie over de betekenis van het EVRM nader par. 2.6.3. Die *“margin of appreciation”* is in een zaak als deze (hulp bij zelfdoding door een naaste) van betekenis waar dergelijke hulp in bijvoorbeeld Duitsland ten principale nimmer strafbaar is (geweest), tenzij die naaste de grens van regie over de levensbeëindiging heeft overschreden; zie nader par. 2.6.4. Tegen de uitspraak van de Hoge Raad uit april 2019 is namens Heringa een klacht bij het EHRM ingediend. Ten tijde van de afronding van dit onderzoek was nog niet bekend of het EHRM deze klacht in behandeling neemt.

Betrof de zaak-Heringa hulp bij zelfdoding door een naaste, in de onderzoeksperiode ontstond voorts verontrusting over het ter beschikking stellen van ‘middel X’, door (leden van) de Coöperatie Laatste Wil (CLW). Dat betreft dan hulp bij zelfdoding in georganiseerd verband en gericht op herhaalde toepassing. Op dringende ‘aanwijzing’ van het OM staakte de CLW deze activiteiten. Nochtans is tegen enkele leden van de CLW in oktober 2022 ook strafvervolging ingesteld, en wel ter zake van art. 140 lid 1 Sr (deelnemen aan een organisatie die het plegen van misdrijven tot oogmerk heeft) en/of art. 294 lid 2 Sr.¹⁶⁷ De moeilijkheid daarbij is dat art. 140 lid 1 Sr verwijst naar nog te plegen misdrijven waar de strafbaarheid ter zake van art. 294 lid 2 Sr afhangt van de bijkomende voorwaarde voor strafbaarheid dat de zelfdoding volgt. Opsporing en vervolging ter zake van art. 294 lid 2 Sr wordt bemoeilijk doordat tegen dit feit naar de inmiddels achterhaalde verhoudingen uit 1886 respectievelijk 1926 geen voorlopige hechtenis is toegelaten. Daardoor kan iemand die verdacht wordt van het misdrijf van art. 294 lid 2 niet worden aangehouden (gearresteerd) om vervolgens op het politiebureau te worden verhoord, tenzij hij of zij op heterdaad wordt betrapt.¹⁶⁸

2.6.2 ‘Voltooid leven’

In het vorige evaluatierapport betreffende de Wtl is uitvoerig aandacht besteed aan de discussie over levensbeëindiging op grond van een ‘voltooid leven’.¹⁶⁹ In de periode waarop dat onderzoek betrekking had deden zich met betrekking tot dit onderwerp verschillende ontwikkelingen voor, waarvan de belangrijkste was dat de regering in oktober 2016, in reactie op het in januari 2016

166 In gelijke zin later: Rb. Noord-Nederland 24 juni 2022, ECLI:RBNNE:2022:2141 waarin de verdachte, na een via Facebook ontstane kennismaking, het slachtoffer hielp bij haar zelfdoding via de heliummethode.

167 Zie: <https://www.om.nl/actueel/nieuws/2022/10/20/om-wil-vervolging-tien-mensen-voor-het-in-georganiseerd-verband-verstrekken-van-een-zelfdodingsmiddel>.

168 Zie nader P.A.M. Mevis, *Strafrecht en hulp bij zelfdoding*, DD 2018/28 onder 3.

169 B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.54-59.

verschenen rapport van de Commissie-Schnabel, het standpunt innam dat, naast de Wtl, het recht op hulp bij zelfdoding wegens een 'voltooid leven' bij wet zou moeten worden geregeld.¹⁷⁰ Naar aanleiding daarvan publiceerde D66 in december 2016 een concept-initiatief wetsvoorstel 'voltooid leven', waarop van verschillende kanten werd gereageerd.¹⁷¹ Het na de Kamerverkiezingen van maart 2017 aangetreden kabinet van VVD, CDA, D66 en ChristenUnie besloot een onderzoek in te stellen naar de omvang van de groep mensen die hun leven als 'voltooid' beschouwen en om die reden een doodswens hebben. Dat onderzoek werd in januari 2020 gepubliceerd. Uit het onderzoek kwam naar voren dat naar schatting 0,18% van alle 55-plussers een wens tot levensbeëindiging heeft zonder dat zij ernstig ziek zijn. Dat komt neer op iets meer dan 10 000 mensen. Ruim een derde van deze groep zou graag hulp bij zelfdoding krijgen.¹⁷² Twee derde heeft de voorkeur om het leven zelf te beëindigen zonder hulp. Dat iemand uit deze groep een wens tot levensbeëindiging heeft, betekent volgens het onderzoek niet per definitie dat hij/zij onmiddellijk dood wil: *"De doodswens bij mensen die niet ernstig ziek zijn blijkt veranderlijk."*¹⁷³

In de kabinetsreactie op het onderzoek uit januari 2020 liet de regering weten zelf geen initiatief te nemen tot het verruimen van de Wtl of een andere wettelijke regeling voor hulp bij zelfdoding voor deze ouderen, maar dat *"laat onverlet dat de Kamer over initiatiefwetgeving zelfstandig kan beslissen"*.¹⁷⁴ In juli 2020 diende de fractie van D66 bij de Tweede kamer een initiatief-wetsvoorstel Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek (hierna: Wtlo) in.¹⁷⁵ In het regeerakkoord van het in januari 2022 aangetreden kabinet Rutte IV, een coalitie van VVD, D66, CDA en ChristenUnie, wordt het initiatief-wetsvoorstel tot een vrije kwestie verklaard: *"Een ieder zal een persoonlijke afweging maken bij het initiatiefwetsvoorstel 'toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek' (Wtlo.)"* Niet duidelijk is of in de huidige Tweede Kamer een meerderheid kan worden gevonden voor het wetsvoorstel.

De Wtlo volgt qua opzet de Wtl. Als het voorstel wordt aangenomen zal aan art. 294 Sr een tweede strafuitsluitingsgrond worden toegevoegd, op grond waarvan een levenseindebegeleider (dat hoeft dus geen arts te zijn) die handelt overeenkomstig de in de Wtlo genoemde voorwaarden hulp bij zelfdoding mag geven, in de vorm van het aan betrokkene ter beschikking stellen van middelen waarmee deze zijn leven kan beëindigen.¹⁷⁶ Daartoe bevat art. 2 Wtlo een aantal

170 *Kamerstukken II 2016/17*, 32647, nr. 55.

171 Uitvoeriger over deze ontwikkelingen: H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.287-320.

172 Van deze mensen is blijkens het onderzoek 17% 75 jaar of ouder.

173 E. van Wijngaarden e.a., *Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers*. Den Haag: ZonMw, 2020.

174 *Kamerstukken II 2020/21*, 32647, nr. 81, p.4.

175 *Kamerstukken II 2019/20*, 35534, nrs. 1-3.

176 Kritisch daarover zijn, vanuit België, K. van Assche, R. van Gucht & S. Loos, Hulp bij levensbeëindiging bij voltooid leven, in: V. Van den Eynde (ed.), *Euthanasierecht in België – De wet in verandering?* Gent: Story Publishers, 2021, p.103-132. Zij wijzen erop dat een bijzondere strafuitsluitingsgrond inzake levensbeëindiging wortelt in het erkennen van een klemmend belang, namelijk het niet op andere wijze kunnen wegnemen van onaanvaardbaar en uitzichtloos lijden. In hun visie is in de Wtlo van een dergelijk klemmend belang geen sprake, omdat deze regeling in de kern alleen de eis van een wilsbekwaam verzoek stelt. Ook om andere redenen zien zij (mensenrechtelijke) bezwaren tegen een voltooid leven-wet.

zorgvuldigheidseisen, en voorziet de wet in een procedure van toetsing door een regionale toetsingscommissie, zoals ook bij de huidige Wtl het geval is. De belangrijkste verschillen tussen de Wtlo en de Wtl zijn:

- In de Wtlo speelt de arts nauwelijks een rol.¹⁷⁷ De situatie van de persoon die op grond van deze wet hulp bij levensbeëindiging wil wordt beoordeeld door een zogenaamde levenseindebegeleider, een nieuw in de Wet Big op te nemen beroepsgroep. De levenseindebegeleider wordt bevoegd middelen tot zelfdoding voor te schrijven en deze aan betrokkene te verstrekken;
- De wettelijke vereisten zijn dat betrokkene 75 jaar of ouder is en in staat is zijn wil te bepalen. Zijn verzoek tot hulp bij levensbeëindiging moet vrijwillig, weloverwogen en duurzaam zijn. Met betrekking tot de duurzaamheid is nader bepaald dat tenminste twee maanden moeten zijn verstreken tussen het eerste verzoek van betrokkene en de verstrekking van de dodelijke middelen;
- De Wtlo stelt niet de eis dat er sprake moet zijn van lijden;
- Alvorens de levenseindebegeleider de dodelijke middelen verstrekt raadpleegt hij een andere, onafhankelijke levenseindebegeleider, die betrokkene heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de in de Wtlo genoemde zorgvuldigheidseisen;
- Als voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen in art. 2 Wtlo overlegt de levenseindebegeleider met betrokkene over het tijdstip van de zelfdoding en schrijft hij de middelen tot zelfdoding voor. Dit betekent dat betrokkene, in het geval van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, waarbij is voldaan aan de wachttijd van tenminste 2 maanden, recht op hulp bij zelfdoding heeft;
- De levenseindebegeleider dient aanwezig te zijn bij de zelfdoding door betrokkene, maar is niet bevoegd middelen zelf toe te dienen. Het gaat bij de Wtlo dan ook uitsluitend om hulp bij zelfdoding, niet om actieve levensbeëindiging door een ander dan betrokkene.

Na de indiening van wetsvoorstel 35534 besloot de Tweede Kamer te wachten op het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel en reactie van de indiener daarop. Het advies van de Raad van State werd vastgesteld in december 2020, maar werd pas openbaar in mei 2022. Tot op heden is nog geen reactie verschenen van de indiener van het wetsvoorstel.¹⁷⁸ De Raad van State is zeer kritisch over het wetsvoorstel. De Raad van State hecht blijkens het advies veel waarde aan de plicht van de overheid, samenhangend met art. 2 lid 1 EVRM, om te voorkomen dat mensen uit het leven stappen terwijl niet zeker is of zij dat werkelijk wensen. In dat licht gezien is de Raad van State van oordeel dat de zorgvuldigheidseisen uit de Wtlo, waaronder de wachttijd van twee maanden, moeten worden

177 Zie wel art. 2 onder c van het wetsvoorstel, waarin wordt bepaald dat de levenseindebegeleider zo mogelijk en voor zover de oudere daarmee heeft ingestemd overleg voert met de huisarts van de oudere.

178 Het wetsvoorstel werd in juli 2020 ingediend door het D66 Kamerlid Pia Dijkstra. Zij verliet in 2021 de Tweede Kamer. Het wetsvoorstel wordt thans verdedigd door D66 Kamerlid Paul van Meenen.

aangescherpt. Ook is de Raad van State kritisch over de (opleiding van de) levenseindebegeleider en over het ontbreken van een rol van de arts in het wetsvoorstel (onder meer waar het gaat om de samenloop met de Wtl en om eventuele medische aspecten van de stervenswens van betrokkene). De Raad van State kan zich voorstellen dat in de Wtlo een aan ouderdom gerelateerde leeftijdsgrens wordt opgenomen, maar acht de keuze voor een minimumleeftijd van 75 jaar nog niet voldoende onderbouwd.¹⁷⁹

Niet alleen de Raad van State heeft zich kritisch uitgelaten over wetsvoorstel 33534, maar ook de KNMG. De KNMG vreest vooral dat het invoeren van een wet ‘voltooid leven’ onbedoeld negatieve gevolgen heeft voor ouderen: *“De wet kan ouderdom stigmatiseren en het onwenselijke signaal geven dat het leven van ouderen minder waardevol is dan dat van jongeren. Dat kan gevoelens van onveiligheid en overbodigheid onder ouderen veroorzaken en versterken. De vrees is ook dat ouderen het gevoel zullen krijgen dat ze zich moeten verantwoorden waarom ze geen gebruik maken van deze wet. De KNMG vraagt politici om zich bewust te zijn van deze negatieve gevolgen voor ouderen”*.¹⁸⁰ In de literatuur is naar voren gebracht dat het weloverwogen en duurzame karakter van een stervenswens alleen door artsen kan worden beoordeeld en dat er geen enkele goede reden is om die taak uit te besteden aan een levenseindebegeleider met een beperkte medische opleiding.¹⁸¹

De ontwikkelingen met betrekking tot wetsvoorstel 35534 zijn in het kader van dit evaluatieonderzoek van belang omdat er sprake kan zijn van samenloop van de Wtl en Wtlo, in situaties waarin een persoon die (hulp bij) levensbeëindiging wenst zich mogelijk op beide regelingen kan beroepen. In dat kader is in de literatuur wel de vrees geuit dat de Wtlo de bestaande wet kan uithollen.¹⁸² Er zijn situaties denkbaar waarin oudere mensen met een stervenswens een beroep kunnen doen op beide wetten. In zo’n geval lijkt de Wtlo een grote aantrekkingskracht te hebben, omdat deze wet niet de eis stelt dat sprake moet zijn van lijden en daarmee, in vergelijking met de Wtl, de drempel voor het kunnen inwilligen van een verzoek om hulp bij zelfdoding verlaagt. Maar zal dat betekenen dat personen van 75 jaar of ouder in de toekomst op grote schaal de overstap zullen maken naar de Wtlo?¹⁸³ Dat is de vraag.¹⁸⁴ In de eerste plaats gaat het bij patiënten van 75 jaar of

179 Kritisch over het advies van de Raad van State zijn M. de Bontridder, Waarin schiet de kritiek van de Raad van State op het wetsvoorstel voltooid leven te kort? *NJB* 2022, p.2163-2164 en H. Mijnsen, Kanttekeningen bij het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel voltooid leven. *NJB* 2022, p.3219-3225. Zij erkennen dat een dergelijke wet moet voorzien in waarborgen die kwetsbaren beschermen, maar menen dat de Raad van State onvoldoende gewicht hecht aan het andere in het geding zijnde belang: een voorziening bieden aan hen die lijden aan het leven.

180 Zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/lijden-aan-het-leven-voltooid-leven>. De Landelijke Huisartsenvereniging heeft forse bedenkingen geuit: <https://www.lhv.nl/actueel/de-dokter/ook-interessant-uit-eerdere-nummers/wet-op-voltooid-leven-onwenselijk/>.

181 G. den Hartogh, Toegang tot dodelijke middelen – Is aanvullende wetgeving nodig om de zelfgekozen dood mogelijk te maken? *NJB* 2020, p.2136-2142. Zie ook P.A.M. Mevis, Strafrecht en hulp bij zelfdoding. *DD* 2018/28.

182 J.K.M. Gevers, Hulp bij zelfdoding bij voltooid leven: naar een nieuwe wet? *TvGR* 2017, p.112-120.

183 Uit de jaarverslagen van de Rte's kan worden opgemaakt dat in ongeveer 70% van de gemelde gevallen (in 2022: 8 720) de patiënt ouder is dan 70 jaar.

184 J. Legemaate, Hulp bij levensbeëindiging in het geval van een voltooid leven: ontwikkelingen in Nederland, in: V. Van den Eynde (ed.), *Euthanasierecht in België – De wet in verandering?* Gent: Story Publishers, 2021, p.353-361.

ouder die thans de route van de Wtl kiezen vaak om ernstige medische problematiek, die snel kan wisselen of verergeren. Voor die patiënten zal de wachttijd van de Wtlo, zeker als deze nog langer wordt dan de nu voorgestelde twee maanden, een flinke belemmering opleveren. In de tweede plaats zullen deze ouderen veel minder bij machte zijn dodelijke middelen zelf in te nemen, de enige optie die de Wtlo kent. In de derde plaats vereist de Wtlo dat betrokkene zich wendt tot een voor hem nog onbekende levenseindebegeleider, in plaats van tot de vertrouwde huisarts. Ook dit kan voor ouderen een drempel zijn. Er kan samenloop zijn tussen beide wetten, maar of die omvangrijk zal zijn blijft de vraag.

2.6.3 Steeds meer aandacht voor de rechtspraak van het EHRM

In de onderzoeksperiode is de aandacht voor de rechtspraak van het EHRM over levenseindekwesties toegenomen, zoals ook al naar voren komt in par. 2.6.1 en 2.6.2. Deze rechtspraak heeft betrekking op de artikelen 2 en 8 EVRM.¹⁸⁵ In art. 2 EVRM is het door de overheid te beschermen recht op leven geregeld. Art. 8 EVRM regelt het recht op privacy, dat in de uitleg van het EHRM in beginsel ook een recht op zelfbeschikking includeert. De discussie spitst zich toe op de vraag of deze rechtspraak een juridische opening biedt voor straffeloze hulp bij zelfdoding door niet-artsen, waaronder naasten van de persoon met een wens tot levensbeëindiging.

In 2002 deed het EHRM voor het eerst een uitspraak over deze problematiek, in de bekende zaak *Pretty v. United Kingdom*. De meest recente uitspraak van het Hof hierover is die in de zaak *Lings v. Denmark*, uit april 2022. Een uitvoerige analyse van de rechtspraak van het EHRM gaat het bestek van dit onderzoek te buiten, maar voor een goed begrip van de ontwikkelingen op dit gebied, en van de mogelijke betekenis van de rechtspraak van het EHRM voor nationale regelgeving, zijn de volgende hoofdlijnen van belang:¹⁸⁶

- In de zaak *Pretty v. United Kingdom*¹⁸⁷ uit 2002 oordeelde het EHRM dat het recht op een zelfgekozen levenseinde onder de reikwijdte van art. 8 lid 1 EVRM valt. Beperkingen van dat recht dienen te voldoen aan de voorwaarden genoemd in art. 8 lid 2. Het EVRM biedt volgens het Hof geen basis voor een ‘*right to die*’. In het algemeen kende het Hof aan de nationale wetgevers een grote ‘*margin of appreciation*’ toe, met name ook vanwege de noodzaak tot bescherming van personen die ter zake van het levenseinde niet in staat zijn een weloverwogen beslissing te nemen. Uit het *Pretty*-arrest kon worden afgeleid dat verdragsstaten die in enige mate zelfbeschikking rond het levenseinde zouden willen erkennen niet in strijd handelen met het recht op leven als bedoeld in art. 2 lid 1 EVRM. Een belangrijke algemene overweging uit het *Pretty*-arrest is: “*The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom. Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under the*

185 Zie daarover J. van den Brink, Voltooid leven of recht op leven, *NJB* 2023, p.297-301.

186 Zie voor een goed overzicht S. Loos, Assisted dying before the ECtHR: general rules for national regulations. *Medical Law International* 2022, p.1-26. Voorts: H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.278-282 en de vordering van de Procureur-Generaal tot cassatie in het belang der wet in de strafzaak betreffende euthanasie bij gevorderde dementie (ECLI:NL:PHR:2019:1338, overweging 4.7 e.v.).

187 EHRM 29 april 2002, nr. 2346/02.

- Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self and personal identity” (overweging 65);*
- In de zaak *Haas v. Switzerland*¹⁸⁸ uit 2011 herhaalde het EHRM dat “*a [competent] individual’s right to decide by what means and at what point his or her life will end*” onder de reikwijdte van art. 8 EVRM valt. Dat recht, aldus het Hof, mag niet slechts “*theoretical and illusory*” zijn. Aan de andere kant, zo maakte de uitspraak in de zaak-*Haas* duidelijk, is een overheid niet verplicht een wilsbekwame persoon die de wens heeft een einde aan zijn leven te maken de daartoe benodigde middelen te verstrekken;
 - In de zaak *Koch v. Germany*¹⁸⁹ uit 2012 stond de positie centraal van de naaste van een persoon met een stervenswens. Deze uitspraak wijst uit dat ook naasten van personen met een wens tot een zelfgekozen levenseinde een zekere mate van bescherming aan art. 8 EVRM kunnen ontleen;
 - In de uitspraak in de zaak *Gross v. Switzerland*¹⁹⁰ uit 2013 herhaalt het EHRM enkele eerder gedane algemene standpunten. Laat een nationale overheid onder omstandigheden het verstrekken van dodelijke middelen toe, dan dienen daarover volgens het hof duidelijke richtlijnen te bestaan. Die ontbraken in dit geval: “*...that Swiss law, while providing the possibility of obtaining a lethal dose of sodium pentobarbital on medical prescription, does not provide sufficient guidelines ensuring clarity as to the extent of this right. There has accordingly been a violation of Article 8 of the Convention in this respect*” (overweging 67);
 - De uitspraak in de zaak *Lings v. Denmark*¹⁹¹ uit 2022 is in de eerste plaats opmerkelijk omdat het EHRM daarin een samenvatting geeft van de wetgevingsontwikkelingen rond het zelfgekozen levenseinde in de verschillende verdragsstaten (overwegingen 26-32). Ook de hiervoor genoemde uitspraken van het Hof worden kort samengevat (overwegingen 49-53). In het voetspoor van de uitspraak in de *Pretty*-zaak herhaalt het EHRM dat het verdrag geen grond biedt voor “*a right to assisted suicide*” (overweging 52) en herhaalt het hof dat sprake is van een “*wide margin of appreciation*”: “*it is established case-law that the national authorities enjoy a wide margin of appreciation in matters of morals, particularly in an area such as the present which touches on matters of belief concerning the nature of human life*” (overweging 41).

Deze jurisprudentie kan als volgt worden samengevat: verdragsstaten hebben op grond van art. 2 EVRM de plicht om kwetsbare burgers te beschermen, maar mogen er ook voor kiezen om het

188 EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07.

189 EHRM 19 juli 2012, nr. 497/09.

190 EHRM 14 mei 2013, nr. 67810/10 (kleine kamer). Het oordeel van de grote kamer volgde op 30 september 2014, maar betrof uitsluitend procedurele kwesties.

191 EHRM 12 april 2022, nr. 15136/20, NJ 2023/73 m.nt. Mevis.

zelfgekozen levenseinde van wilsbekwame burgers wettelijk mogelijk te maken.¹⁹² Een plicht daartoe bestaat niet. Het recht op een zelfgekozen levenseinde valt onder de reikwijdte van art. 8 lid 1 EVRM en mag niet slechts “*theoretical and illusory*” zijn; verdragsstaten zijn evenwel niet verplicht aan burgers middelen te verschaffen waarmee zij een zelfgekozen dood kunnen realiseren. Deze benadering is terug te vinden in de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 14 december 2022, in een zaak waarin de Coöperatie Laatste Wil en een aantal individuele eisers via de civiele rechter een verruiming van de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding trachtten te realiseren. De rechtbank concludeert dat uit de rechtspraak van het EHRM volgt dat eenieder op grond van art. 8 EVRM het recht heeft om te beslissen op welke wijze en op welk moment zijn leven wordt beëindigd, op de voorwaarde dat die persoon in staat is vrijelijk zijn wil te bepalen en daarnaar te handelen, maar oordeelt ook dat het aan de wetgever is om te bepalen of, en zo ja op welke wijze, daarvoor in de Nederlandse wetgeving ruimte wordt geboden. De huidige wetgeving bevat volgens de rechtbank een zorgvuldig evenwicht tussen enerzijds de maatschappelijke belangen die zijn gediend met het strafrechtelijk verbod op hulp bij zelfdoding (bescherming van het leven, het voorkomen van misbruik en bescherming van kwetsbare personen) en anderzijds het belang van het individu om hulp te krijgen bij zelfdoding door een arts bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Of dat in de toekomst anders of ruimer moet, is aan de wetgever.¹⁹³

2.6.4 Straffeloze hulp bij zelfdoding in andere Europese landen; de grondslag van een (nationaal-constitutioneel) zelfbeschikkingsrecht

Zoals bekend is in een aantal ons omringende landen in recente tijden (en in Zwitserland al wat langer) op grond van het uitdrukkelijk vooropgesteld zelfbeschikkingsrecht van de burger (niet: de patiënt¹⁹⁴) in straffeloosheid van hulp bij zelfdoding (niet: aanzetten tot zelfdoding) voorzien. Ook in Zweden en Estland is hulp bij zelfdoding niet strafbaar. In verschillende landen is in de onderzoeksperiode een bestaande strafbaarstelling genuanceerd op basis van een grotere erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van burgers. In Duitsland was hulp bij zelfdoding traditioneel nimmer strafbaar, maar voorzag de wetgever in 2015 in een strafbaarstelling van het beroepsmatig verlenen van hulp bij zelfdoding. Het Duitse *BundesVerfassungsgericht* achtte deze strafbepaling in een fundamentele beslissing van 26 februari 2020 echter een te verregaande, disproportionele (niet-*verhältnismässige*) beperking van het zelfbeschikkingsrecht dat elke Duitse burger op grond van de Duitse Grondwet toekomt.¹⁹⁵ Het Duitse constitutionele hof meent dat in het algemeen

192 In zijn vordering in de strafzaak betreffende euthanasie bij gevorderde dementie wijst Procureur-Generaal Silvis erop dat ook binnen de Verenigde Naties een verschuiving gaande is in de richting van meer ruimte voor het toelaten van wettelijk geregelde euthanasie en hulp bij zelfdoding (ECLI:NL:PHR:2019:1338, overweging 4.5).

193 Rb. Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394. Zie ook de titel van het hoofdredactioneel commentaar in de Volkskrant van 16 december 2022 naar aanleiding van deze uitspraak: ‘Nu moet de Tweede Kamer zich maar eens uitspreken over het vrijwillig levenseinde’.

194 Voor de patiënt in de stervensfase (terminal ill: verwachting van overlijden binnen zes maanden) is voor Engeland en Wales een wetsontwerp in debat dat hulp bij zelfdoding mogelijk maakt op voorafgaande toets van een rechter.

195 BVerfG 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226_2bvr234715; http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html. Zie voor een Engelstalige versie http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html. Zie over die beslissing: P.A.M. Mevis,

persoonlijkheidsrecht van art. 2 lid 1 jo. art. 1 lid 1 *Grundgesetz* (GG) een “*Recht auf selbstbestimmtes Sterben*” besloten ligt. De beslissing om het eigen leven te beëindigen is een daad van autonome zelfbeschikking die als zodanig door overheid en maatschappij gerespecteerd moet worden; het betreft een beslissing die zich onttrekt aan beoordeling of waardering vanwege de Staat. Dat is inclusief de vrijwaring van een beoordeling van de aan de stervenswens ten grondslag liggende motieven. Het recht impliceert (vervolgens) de aanspraak om daarbij hulp van anderen te betrekken (“*in Anspruch zu nehmen*”) c.q. – voor anderen – om die hulp zonder bedreiging van strafbaarheid/strafvervolgning te (kunnen) verlenen. Overigens – als uitgangspunt – zonder de regie over de levensbeëindiging over te nemen of deze (zelf) uit te voeren. De strafbepaling maakte de uitoefening van dit recht naar het oordeel van het hof te zeer onmogelijk. Alleen als de toegang tot hulpmiddelen voor het zelfgekozen levenseinde enerzijds voldoende gewaarborgd is, is anderzijds wetgeving mogelijk tegen gevaarlijke vormen van hulp bij zelfdoding c.q. van het optreden van bepaalde personen of groepen die dat aanbieden. Dat kan ook strafrechtelijke wetgeving/nieuwe strafbaarstelling inhouden, zolang de daarin besloten liggende beperking maar proportioneel is ten opzichte van het zelfbeschikkingsrecht, zo luidt de redenering.

Het Oostenrijkse constitutionele gerechtshof *Verfassungsgerichtshof* (VGH) volgt met zijn beslissing van 11 december 2020¹⁹⁶ zijn Duitse evenknie en relateert de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in art. 78 van het Oostenrijkse Wetboek van Strafrecht voor zover die in de algehele strafbaarstelling van elke vorm van het verlenen van hulp bij zelfdoding voorziet (“*Hilfe... ausnahmslos verbietet*”¹⁹⁷). De argumentatie van het VGH is daarbij deels algemeen: die strafbaarstelling maakt een onevenredige inbreuk op het grondwettelijk gegarandeerd recht op gelijke behandeling en “*freie Selbstbestimmung*”.¹⁹⁸ Is ter zake sprake van een voldoende vrijwillige beslissing, dan heeft de Staat die te respecteren (inclusief de motieven) en kan hij de inwilliging ervan niet generaal verbieden met een beroep op het belang van de suïcidant of een beoordeling van zijn motief. De wet mag alleen regels bevatten om te waarborgen dat van een voldoende vrije beslissing sprake is. Anderzijds berust de argumentatie van het VGH sterk op de positie van de patiënt in het medisch recht. Op basis van dat laatste kan die patiënt steeds (verdere) behandeling weigeren, ook als dat tot de dood leidt. Ongeacht diens motief, heeft de arts die beslissing te respecteren. De patiënt kan ook medicatie gericht op pijnbestrijding accepteren die tot een bespoediging van het overlijden kan leiden. Tegen die achtergrond valt volgens het VGH niet in te zien waarom niet aan die patiënt in die situatie de aanspraak moet worden onthouden straffeloos hulp bij zelf gewenste zelfdoding in te roepen.

Ook in Italië is de reikwijdte van de algemene strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in art. 580 van het Italiaanse WvSr door het constitutioneel hof gerelativeerd.¹⁹⁹ In zijn (eerste) beslissing van 24 oktober 2018²⁰⁰ onderstreept het Italiaanse Constitutionele Hof de waarde van deze strafbepaling in

Aswoensdag in Duitsland; rechtsvorming rondom de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding, in: J. Altena e.a. (red.), *In onderlinge samenhang. Liber Amicorum Tineke Cleiren*. Den Haag: Boom Juridisch, 2021, p.375 – 388.

196 https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf.

197 Onderdeel IV, randnummer 81. Zie ook randnummer 103.

198 Zie in het bijzonder onderdeel IV, randnummer 73 en 74 van het oordeel.

199 Zie over Italië ook bij A. Hendriks, Euthanasie in Zuid-Europa. Nieuwe jurisprudentie en wetsvoorstellen. *NJB* 2020/1503, p.1736.

200 https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/doc/recent_judgments/S_207_2018_EN.pdf.

het algemeen. Het hof constateert uitdrukkelijk dat de strafbaarstelling geen schending van het EVRM oplevert, noch van art. 2 noch van art. 8 EVRM. Tegelijk opent het hof wel enige mogelijkheden voor straffeloze hulp bij zelfdoding, zij het vooral in geval van ernstig medisch lijden. Het hof wijst ter zake, net als het Oostenrijkse hof, naar het inmiddels in het Italiaanse recht ontstane recht van een patiënt om de voortgang van behandeling te weigeren. Dat kan onder omstandigheden tot de dood van die patiënt leiden en is als zodanig de uitdrukking en erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het hof neemt bovendien in aanmerking dat het toedienen van medicijnen ter verlichting van pijn toegelaten is, ook al leidt dat op termijn tot de dood van de patiënt. Het hof meent echter ook dat dit laatste geen uitkomst biedt in geval een patiënt die ernstig lijdt en die – als uitvloeisel van een *informed consent*-beslissing – een sneller einde aan zijn leven wil maken als vorm om aan de pijn een einde te maken. Onder die omstandigheden is het doel van de strafbaarstelling (bescherming tegen te gemakkelijke beslissingen tot zelfdoding) niet meer aan de orde. Het recht op zelfbeschikking, zoals inmiddels in het Italiaanse medisch recht ontwikkeld, moet er daarom toe leiden dat de onverkorte toepassing van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in dergelijke situaties van ernstig lijden van een wilsbekwame patiënt tot strijd met de Italiaanse constitutie kan leiden; hulp bij zelfdoding zou in die situaties niet altijd meer strafbaar moeten of behoeven te zijn. Op basis van deze beslissing(en) is in Italië de ernstig zieke Federico Carboni als eerste de gelegenheid geboden zijn leven te beëindigen in een procedure waarin ook een ethisch comité daar vooraf mee moet instemmen.

Uitgaande van deze jurisprudentie is in de betreffende landen de vraag gerezen naar nadere regeling, wellicht ook met strafbaarstelling, al is het maar ter regulering van de voorwaarden waaronder een vrije en bestendige wilsbeslissing tot zelfdoding en tot het – vervolgens straffeloos – verlenen van hulp door een derde, rechte kan worden gerealiseerd.²⁰¹ In Duitsland worstelt men met verschillende voorstellen voor nadere wetgeving; er zijn drie, inhoudelijk nogal verschillende voorstellen bij de Duitse Bondsdag in discussie. Een ervan bevat een nieuwe strafbaarstelling van beroepsmatige hulp bij zelfdoding met een uitzondering als aan nadere procedureregels voldaan is. In Oostenrijk leidde de beslissing van de constitutionele rechter tot het *Sterbeverfügungsgesetz* (StVfG) van 31 december 2021 dat op 1 januari 2022 in werking is getreden. De regeling maakt daadwerkelijke, fysieke hulp bij zelfdoding onder omstandigheden straffeloos door het tot stand komen (opstellen en afgeven: ‘*errichten*’) van een ‘*Sterbeverfügung*’ door een in het StVfG gedefinieerde ‘documenterende persoon’ (een notaris of juridische medewerker van een patiëntenorganisatie). Aan het tot stand brengen van deze *Sterbeverfügung* ligt (de erkenning van) een stervensverzoek ten grondslag. Dat wordt met zoveel woorden uitgedrukt in art. 1 lid 1 van het StVfG: “*Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen zum Nachweis eines dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung.*” De documenterende persoon moet er voor in staan dat alle voorschriften, opgesteld als waarborg voor een voldoende vrijwillige beslissing, zijn nageleefd; deze voorschriften zijn deels tot hem gericht. De reikwijdte van de regeling is (reeds) beperkt op basis van een gehanteerd lijdensbegrip. Een *Sterbeverfügung* kan alleen worden verzocht door een persoon die lijdt aan een niet te genezen, tot de dood leidende ziekte dan wel aan een ernstige, voortdurende ziekte die het leven van de patiënt

201 Zie D.A. Jones, L. Palazzani, F.J. Bormann, S. Hofmann, Legal Challenges to Restrictions on Assistance in Suicide in Italy, Germany and Austria: An Ethico-Legal Analysis. *Eur J Health Law*. 2022, doi: 10.1163/15718093-bja10086.

voortdurend beïnvloedt en die voor die persoon een niet anderszins af te wenden lijden met zich brengt. Voor deze situatie voorziet de wettelijke regeling in een uitvoerig opgeschreven en uitgebreid geheel van voorschriften. Die zijn met name bedoeld om te verzekeren dat van een voldoende vrijwillige beslissing van de suïcidant sprake is. Komt een *Sterbeverfügung* tot stand, dan kan een apotheker op basis daarvan dodelijke medicijnen verstrekken, maar binnen 12 weken na de eerste voorgeschreven voorlichting door een arts. Een afgegeven *Sterbeverfügung* verliest na een jaar zijn geldigheid. In reactie op deze wetgeving is uiteraard de vraag opgeworpen of de beperking van de reikwijdte van het StVfG tot situaties van 'lijden' wel in overeenstemming is met de Oostenrijkse grondwet naar de uitleg ervan door het VGH. Het geheel van gedetailleerde voorschriften die moeten garanderen dat van een voldoende vrijwillige beslissing sprake is c.q. de vraag wanneer de derde die hulp verleent daarvan uit mag gaan, is buitengewoon complex. De vele stappen doen de vraag rijzen of het door het VGH gearticuleerde recht op zelfbeschikking als uitgangspunt in een dergelijke regeling wel voldoende overeind blijft. De verwachting is dat de toepassing van het nieuwe StVfG aan het VGH zal worden voorgelegd.

In Italië is ter uitvoering van de beslissingen van de Italiaanse rechters in mei 2021 een wetsvoorstel aan het parlement voorgelegd dat in maart 2022 door een van de beide Kamers van het Italiaanse parlement is geaccepteerd en bij de afsluiting van dit rapport nog bij de andere Kamer (de Senaat) in discussie is. Het gaat vooral om hulp bij zelfdoding in de door het constitutionele hof genoemde situatie van ernstig lijden. De regeling voorziet, anders dan voor veel andere landen het geval is, in een toets vooraf: een in de wet voorzien ethisch comité moet, op verzoek van de arts, vooraf bepalen of aan de eisen van de wet voldaan is. Bij een negatieve beslissing (of in geval de arts weigert een verzoek in het dienen) staat voor de betrokkene een gang naar de rechter open.

Tegen deze achtergrond valt op dat in Zwitserland geen nadere uitvoeringsregeling noodzakelijk wordt geacht, althans niet in het publieke recht. Hulp bij zelfdoding is, naar art. 114 van het Zwitserse Wetboek van Strafrecht alleen strafbaar indien die hulp is verleend 'met egoïstische motieven'. Uit de bewoordingen van deze strafbepaling wordt afgeleid dat hulp bij zelfdoding uit andere dan '*selbstsüchtigen Beweggründen*' (zelfzuchtige, egoïstische motieven) niet strafbaar is. Deze strafbepaling laat daarmee veel ruimte voor dergelijke, straffeloze hulp bij zelfdoding, ook beroepsmatig verleend, door individuele personen (niet alleen artsen) en organisaties en ook buiten de situatie van ernstig en ondraaglijk of uitzichtloos lijden op medische grondslag.²⁰² In Zwitserland heeft de wetgever in 2009 overwogen of (met name: georganiseerde) hulp bij zelfdoding nader gereguleerd of verboden zou moeten worden (zoals in het Duitse art. 217 StGB uit 2015), maar daar is in Zwitserland van af gezien. Helemaal ongereguleerd is het aspect van de bescherming van een voldoende vrije en weloverwogen beslissing in Zwitserland overigens niet. Elk van de aldaar optredende organisaties die in hulp bij zelfdoding voorzien kan zichzelf nadere beperkingen opleggen, bijvoorbeeld ten aanzien van een eis van een bepaalde mate van al dan niet uitsluitend medisch lijden. Van dergelijke 'zelfbeperking' is doorgaans inderdaad sprake. Voorts kunnen de middelen voor zelfdoding uitsluitend op recept van een arts worden verkregen. Dat vergt samenwerking tussen de organisaties en artsen, waarbij artsen het verzoek en de patiënt nader hebben te en plegen te onderzoeken alvorens het recept te geven. Anders dan in Nederland hoeft de arts overigens niet bij de

202 Zie nader M. van Twillert, Niet artsen maar leken als spil in hulp bij zelfdoding. *Medisch Contact*, 8 november 2018, p.14-18.

uitvoering van de hulp bij zelfdoding aanwezig te zijn. Verder bestaat, althans ter zake van hulp bij zelfdoding, in Zwitserland de situatie dat er zowel een publiekrechtelijke weg van straffeloosheid is voor elke burger, op grond van het zelfbeschikkingsrecht van die burger en de – beperkte – bewoording van de strafbaarstelling van art. 114 van het Zwitsers Wetboek van Strafrecht, als – daarnaast – een ‘medische’ route voor de arts. In geval van (ernstig) lijden, in het bijzonder in de stervensfase, kan de dan reeds als behandelend arts van de medische aandoening(en) betrokken medicus voor de vraag komen te staan of zijn medewerking als medicus aan levensbeëindiging door zelfdoding aangewezen is, in plaats van de patiënt ter zake aan de niet-medische ‘variant’ van hulp bij zelfdoding door een van de stervenshulporganisaties over te laten en de patiënt daarheen te verwijzen. In die laatste benadering is hulp bij de door de patiënt gewenste zelfdoding teneinde aan zijn ernstig lijden een einde te maken dus geen onderdeel meer van het ‘totaalpakket’ van hetgeen in de medische behandeling van deze patiënt beschikbaar is. Mede daarom bestaan er door de Zwitserse Academie voor Medische Wetenschappen (*Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*; SAMW) uitgevaardigde richtlijnen voor het handelen van de arts in deze situatie(s). Hoewel daarin voorop wordt gesteld dat het verlenen van hulp bij zelfdoding niet behoort tot het medisch beroepsdomein van de arts, kunnen er toch redenen zijn om de gewetensbeslissing van de arts om, gegeven de wil en het verzoek van de patiënt, die hulp toch te verlenen, te respecteren is. In zoverre is ook de aldus handelende arts straffeloos, omdat hij (immers) vrij van ‘egoïstische verwerpelijke motieven’ in de zin van art. 114 van het Zwitsers Wetboek van Strafrecht handelt. Naar de beroepsregels van de SAMW moet het voor het medisch beroeps- en dus ook tuchtrecht dan wel gaan om situaties van ernstig lijden.

Alle drie de constitutionele gerechtshoven beroepen zich voor wat betreft het zelfbeschikkingsrecht op de betreffende bepaling c.q. het betreffende recht in de eigen, nationale Grondwet, niet op het EVRM/EHRM. Met name de Duitse beslissing laat er geen twijfel over bestaan dat dit recht c.q. de uitwerking ervan nimmer toelaat dat het wordt beperkt, bijvoorbeeld alleen maar zou toekomen aan burgers boven een bepaalde leeftijd, zoals in de hierboven beschreven Wtlo. Het Oostenrijkse recht en de discussie in het Duitse recht laten zien dat bij de ‘constitutionele uitvoeringswetgeving’ nog wel het nodige komt kijken. De Oostenrijkse en (mogelijke) Italiaanse uitvoeringswetgeving is toch weer tot de situatie van ernstig lijden beperkt, hetgeen in Nederland al onder de Wtl is voorzien. Van belang is voorts het besef van de complexiteit van de materie die geregeld moet worden alvorens – in elk geval – de Oostenrijkse, maar ook de Duitse en de Italiaanse wetgever het (kennelijk) verantwoord vindt om een tot straffeloze hulp bij zelfdoding te kunnen aannemen. Niet alleen moet daartoe de beslissing van de suïcidant van garanties worden voorzien, dat geldt (vervolgens) ook voor de eisen die aan de hulpverlener worden gesteld alvorens die mag aannemen dat sprake is van een rechtens te respecteren verzoek. Die eisen liggen in beide categorieën aanzienlijk hoger dan het enkele vermoeden van misbruik of van niet-toelaatbare beïnvloeding. De wetgever wenst ter zake geen risico te nemen, noch de suïcidant noch degene die aan hem of haar hulp bij zelfdoding verleent krijgt in dit opzicht het voordeel van de twijfel.

2.7 Slot

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van een veelheid van juridische ontwikkelingen in relatie tot de Wtl in de periode 2017-2022. Veel van deze ontwikkelingen staan op zichzelf, maar er zijn ook enkele meer algemene thema's te ontwaren.

Een daarvan is dat in de genoemde periode een aantal discussies over juridische thema's is verdiept. Dat is in belangrijke mate toe te schrijven aan de rechterlijke uitspraken in de zaak-Arends, de eerste strafvervolging op grond van de Wtl sinds 2002, en uiteindelijk resulterend in de twee uitspraken van de Hoge Raad van 21 april 2020. Daarmee kwamen enkele specifieke zorgvuldigheidseisen uit de Wtl in de schijnwerpers te staan, met name ter zake van euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring als bedoeld in art. 2 lid 2 Wtl. De Hoge Raad vulde het 'van overeenkomstige toepassing' in art. 2 lid 2 Wtl nader en concreet in, rekening houdend met de van art. 2 lid 1 Wtl afwijkende context. Die jurisprudentie leent zich mogelijk voor codificatie, zoals dat ook gold voor de aan de thans 20-jarige Wtl voorgaande jurisprudentie. Maar ook de discussie over meer procedurele kwesties werd er mee geïntensiveerd: over de rol van de Rte's en over de verhoudingen in de driehoek Rte-tuchtrecht-strafrecht. Ook over daaraan gerelateerde kwesties, zoals de strafbaarstelling van artsen bij schending van zorgvuldigheidseisen ontstond discussie.

Een volgend thema is de wijze waarop de zorgvuldigheidscriteria zich ontwikkelen. De in de Wtl genoemde criteria zijn open normen, waarmee de wetgever twintig jaar geleden bewust ruimte wilde bieden voor zich ontwikkelende opvattingen in de samenleving. Van die zich ontwikkelende opvattingen blijkt zeker sprake te zijn, bijvoorbeeld waar het gaat om de betekenis die moet worden gegeven aan de mening van de patiënt bij het beoordelen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Dit thema komt niet alleen naar voren uit analyses van de oordelen van de Rte's (zie daarover ook de hoofdstukken 6 en 8 van dit rapport), maar ook uit de in dit hoofdstuk beschreven wettelijke regelingen uit andere landen. Dit is een van de punten waar rechtsvergelijking kan bijdragen aan verbreding en verdieping van het Nederlandse debat. De rechtsontwikkeling door de interpretatie van de Wtl door de Rte's leidde ook tot aandacht voor de reflectie daarop.

Een derde onderwerp is de sterk toegenomen aandacht voor de rechtspraak van enkele constitutionele gerechtshoven en van het EHRM over het recht op zelfbeschikking van een burger met betrekking tot het levenseinde (het moment en de manier waarop). Dit klinkt niet alleen door in het in 2020 bij de Tweede Kamer ingediende initiatief-wetsvoorstel 'voltooid leven', maar ook in maatschappelijke actie die erop is gericht, om naast de Wtl, ook nog ruimere mogelijkheden voor de effectuering van een '*a right to die*' te realiseren. Kijkend naar de uitspraken van het Europese Hof sluit het EVRM zo'n ontwikkeling niet uit, maar is het wel zo dat elke nationale wetgever zelf dient te bepalen of, en in hoeverre en mits voorzien van garanties, uitzonderingen worden gemaakt op wettelijke bepalingen die euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar stellen. De discussie over inrichting van dergelijke wetgeving is ook in Nederland nadrukkelijk aan de orde, en dat zal de komende jaren niet anders zijn.

3

De praktijk van euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere medische beslissingen rond het levenseinde

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het sterfgevallenonderzoek centraal. Doel van het sterfgevallenonderzoek is het in kaart brengen van ontwikkelingen in de praktijk van euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere beslissingen rond het levenseinde. Om de ontwikkelingen in die praktijk goed te kunnen duiden is het van belang om ook inzicht te hebben in ontwikkelingen rond andere medische beslissingen die het levenseinde kunnen bespoedigen. In het sterfgevallenonderzoek wordt daarom niet alleen aandacht besteed aan euthanasie en hulp bij zelfdoding, maar ook aan levensbeëindiging door een arts zonder dat een patiënt daar uitdrukkelijk om heeft gevraagd, intensieve vormen van pijn- en/of symptoombestrijding, palliatieve sedatie, en het niet instellen of staken van potentieel levensverlengende behandeling. Daarnaast is er aandacht voor het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging enerzijds en reguliere pijn- en/of symptoombestrijding anderzijds. Sinds 2010 wordt in het sterfgevallenonderzoek ook gevraagd of de arts aanwijzingen had dat de patiënt zelf, zonder directe hulp van een arts, opzettelijk een einde aan zijn of haar leven had gemaakt. Bijzonder aan het sterfgevallenonderzoek 2021 is dat het plaatsvond tijdens de COVID-19 pandemie. Daarom is er ten slotte aandacht voor COVID-19 in relatie tot medische beslissingen rond het levenseinde.

Voor het sterfgevallenonderzoek heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) een gestratificeerde steekproef uit doodsoorzaakverklaringen uit de periode augustus tot en met november 2021 getrokken. De arts die betrokken was bij een sterfgeval uit de steekproef kreeg een vragenlijst gestuurd. Een meer gedetailleerde beschrijving van de opzet van het sterfgevallenonderzoek is te vinden in bijlage C. De vragenlijst voor het sterfgevallenonderzoek is opgenomen als bijlage D. In 2021 was de respons van het sterfgevallenonderzoek 29%. Dit is aanmerkelijk lager dan in eerdere jaren: in 2015 was de respons nog 78%. Hierbij speelt zeker mee dat het door strengere privacy regels dan in eerdere jaren moeilijker was de behandelend arts te vinden wanneer de aangeschreven arts niet de behandelend arts was. Daarnaast zijn mogelijke verklaringen voor de lage respons dat de vragenlijst voor het eerst digitaal verstuurd is en dat de dataverzameling tijdens de COVID-19 pandemie plaatsvond. Doordat in het sterfgevallenonderzoek weging toegepast

wordt waarbij rekening wordt gehouden met de stratificatie, de respons en verschillende demografische kenmerken van de overledenen, geeft het sterfgevallenonderzoek toch een representatief beeld voor alle sterfgevallen in Nederland in 2021. Wel is het zo dat door de lage respons er bij medische beslissingen rond het levenseinde die weinig voorkomen zo weinig casussen zijn waargenomen in het onderzoek dat de gegevens daarover met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt en situaties waarin de patiënt zelf, zonder directe hulp van een arts, opzettelijk zijn of haar leven heeft beëindigd.

Om de gegevens in dit hoofdstuk goed te kunnen interpreteren is het ook goed om kort stil te staan bij een aantal algemene ontwikkelingen in sterftepatronen in Nederland (tabel 3.1). Allereerst valt de toename in het absolute aantal sterfgevallen op. Tussen 1990 en 2015 is dat aantal geleidelijk opgelopen, van 128 824 sterfgevallen in 1990 tot 147 134 sterfgevallen in 2015; in 2021 is het aantal weer sterk toegenomen, tot 170 972 sterfgevallen. Er zijn geen grote verschillen tussen 2021 en 2015 in leeftijdsverdeling, hoofddiagnose en specialisme van de arts die bij het sterfgeval betrokken was. Het aandeel van longziekten bij de hoofddiagnosen is met 18% relatief groot in 2021. Dit komt doordat 12% van de sterfgevallen in 2021 het gevolg was van een COVID-19 infectie.

Tabel 3.1 Algemene ontwikkelingen in de sterfte in Nederland^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
Aantal overledenen	170 972	147 134	136 058	136 402	140 3771	135 675	128 824
	%	%	%	%	%	%	%
Leeftijd							
0-64 jaar	14	16	19	19	20	20	22
65-79 jaar	32	30	31	32	35	36	38
80 jaar en ouder	54	54	51	48	46	44	39
Geslacht							
Man	50	48	49	49	49	50	52
Vrouw	50	52	52	51	51	50	48
Herkomst							
Niet-westerse migratie-achtergrond	5	3	3	3	—	—	—
Westerse migratie-achtergrond, Nederlands	95	96	97	97	—	—	—
Hoofddiagnose							
Kanker	26	30	31	29	27	27	29
Hart- en vaatziekte	17	20	22	32	25	29	30
Ziekte van het zenuwstelsel	10	12	10	3	11	11	12
Longziekte	18	9	10	10	10	9	7
Anders	29	29	27	26	27	24	22
Specialisme behandelend arts							
Huisarts	47	49	45	41	41	42	41
Medisch specialist	23	24	29	33	36	42	42
Specialist ouderengeneeskunde	28	27	26	26	23	17	17
Onbekend	2	—	—	—	—	—	—

a Op basis van de sterfgevallenonderzoeken in het betreffende jaar, gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar

3.2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

3.2.1 Aantal wel en niet uitgevoerde verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding

In het sterfgevallenonderzoek is de frequentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding bepaald op grond van informatie over het feitelijke handelen van de arts, de intentie die de arts daarbij had, en het door de arts veronderstelde effect van dat handelen. Daartoe zijn in de vragenlijst de volgende vragen gesteld:

“Was het overlijden het gevolg van het gebruik van een middel dat door u of een andere arts werd voorgeschreven, verstrekt of toegediend met het uitdrukkelijke doel het leven te bespoedigen (of de patiënt zelf in staat te stellen het leven te beëindigen)?”

“Is de beslissing over de (laatstgenoemde) handelwijze op grond van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt genomen?”

De termen euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn in deze vragen niet gebruikt, omdat deze misverstanden kunnen oproepen. Als een arts beide vragen met “ja” beantwoordde werd het handelen geassocieerd als (1) euthanasie indien een ander dan de patiënt het middel had toegediend (eventueel samen met de patiënt), en als (2) hulp bij zelfdoding indien de patiënt het middel zelf had ingenomen. De vragen die in het sterfgevallenonderzoek worden gesteld om de frequentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding te bepalen zijn ongewijzigd sinds het eerste sterfgevallenonderzoek in 1990.

Sinds 2005 zijn er ook gegevens over het totaal aantal verzoeken om euthanasie dat voorafgaand aan het overlijden door patiënten is gedaan, doordat er een vraag is toegevoegd aan de vragenlijst: *“Heeft de patiënt een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging gedaan dat niet is ingewilligd?”*. De gevallen waarin deze vraag met “ja” was beantwoord vormen samen met de gevallen waarin het tot uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding kwam het totaal aantal uitdrukkelijke verzoeken. Het is belangrijk dat het hierbij uitsluitend gaat om uitdrukkelijke verzoeken van mensen die zijn overleden. Het sterfgevallenonderzoek geeft geen inzicht in uitdrukkelijke verzoeken van mensen die niet zijn overleden, bijvoorbeeld omdat het verzoek niet is ingewilligd en zij niet ernstig ziek waren. Dit is een verschil met bevindingen over het aantal verzoeken in het artsenonderzoek die in hoofdstuk 4 worden beschreven.

Tabel 3.2 Aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding en aantal niet uitgevoerde uitdrukkelijke verzoeken^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=3 718	n=7 661	n=6 861	n=9 965	n=5 617	n=5 146	n=5 197
	%	%	%	%	%	%	%
Euthanasie	5,3	4,5	2,8	1,7	2,6	2,4	1,7
Hulp bij zelfdoding	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Niet-uitgevoerde uitdrukkelijke verzoeken	2,6	3,8	3,7	3,4	—	—	—
Totaal aantal uitdrukkelijke verzoeken	8,0	8,4	6,7	5,2	—	—	—

a Gewogen afgeronde percentages van het totaal aantal sterfgevallen in het desbetreffende jaar

— Geen gegevens beschikbaar.

Uit tabel 3.2 blijkt dat de frequentie van euthanasie in 2021 weer is toegenomen, van 4,5% van alle sterfgevallen in 2015 naar 5,3% van alle sterfgevallen in 2021. Dit komt neer op ongeveer 9 025 gevallen in 2021 ten opzichte van 6 650 gevallen in 2015. Het percentage hulp bij zelfdoding is gelijk

gebleven op 0,1% van alle sterfgevallen. Dit komt neer op ongeveer 250 gevallen in 2021. In eerdere jaren was er een stijging van het totale aantal uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding (die al dan niet werden uitgevoerd), van 5,2% in 2005 tot 8,4% in 2015. Deze stijging heeft zich in 2021 niet doorgezet: in 2021 was 8,0% van de sterfgevallen voorafgegaan door een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Door het toegenomen totale aantal sterfgevallen betekent dit overigens wel een absolute stijging van het aantal verzoeken om euthanasie: van ongeveer 12 300 verzoeken in 2015 tot ongeveer 13 750 in 2021. Het percentage verzoeken dat daadwerkelijk tot euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft geleid is hoger geworden in de loop der jaren: in 2021 werd 67% van de verzoeken ingewilligd, terwijl dit in 2015 nog 55%, in 2010 45% en in 2005 37% was.

Uit tabel 3.3 blijkt dat in 2021 net als in voorgaande jaren euthanasie en hulp bij zelfdoding in het overgrote deel van de gevallen werden uitgevoerd door huisartsen. Zij kregen ook het grootste aantal verzoeken. Ook verhoudingsgewijs voerden zij het vaakst een verzoek uit: het percentage uitgevoerde verzoeken was 72% voor huisartsen (61% in 2015). Vergeleken met eerdere jaren voerden medisch specialisten in 2021 vaker verzoeken uit: 64% van de verzoeken in 2021 versus 33% in 2010. Specialisten ouderengeneeskunde voerden in 2021 net als in eerdere jaren de meeste verzoeken niet uit: het percentage verzoeken dat wel was uitgevoerd was voor deze artsen 28% in 2021 en 23% in 2015.

Tabel 3.3 Aandeel van huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde bij uitgevoerde en niet-uitgevoerde uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderengeneeskunde	Totaal
	n=1 700	n=693	n=802	n=3 718
	% ^a	% ^a	% ^a	% ^b
Euthanasie	91	6	3	5,3
Hulp bij zelfdoding	83	0	17	0,1
Niet-uitgevoerde verzoeken	76	6	18	2,6
Totaal uitdrukkelijke verzoeken	86	6	8	8,0

a Gewogen afgeronde rijpercentages.

b Gewogen afgeronde kolompercentages.

In het sterfgevallenonderzoek is aandacht besteed aan complexe situaties door te vragen:

“Welke van de volgende situaties waren van toepassing op de patiënt?

- Patiënt had een (ernstige) somatische aandoening
- Patiënt had een psychiatrische aandoening
- Patiënt had een stapeling van ouderdomsaandoeningen
- Patiënt had dementie
- Geen van deze situaties”

Artsen konden meer dan een antwoordoptie aankruisen. Tabel 3.4 laat zien hoe vaak er van elk van deze situaties sprake was bij patiënten die voor hun overlijden een euthanasieverzoek hadden gedaan. Een ruime meerderheid van deze patiënten (90%) had een (ernstige) lichamelijke aandoening. De andere situaties kwamen veel minder voor, bij 14% was sprake van een stapeling van ouderdomsaandoeningen, bij 8% van dementie en bij 4% van een psychiatrische aandoening. Er zijn verschillen tussen verzoeken die wel en niet tot euthanasie leidden. Het percentage patiënten met een (ernstige) lichamelijke aandoening was iets hoger bij verzoeken die wel tot euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben geleid dan bij verzoeken die daar niet toe hebben geleid (92% versus 86%). Dit is steeds andersom voor patiënten voor wie (ook) een van de andere situaties van toepassing was. Het percentage patiënten met dementie, bijvoorbeeld, was lager voor verzoeken die tot euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben geleid dan voor verzoeken die niet tot uitvoering hebben geleid (5% versus 13%).

Tabel 3.4 Situaties die van toepassing waren op patiënten die een verzoek om euthanasie hadden gedaan^a

	Verzoeken die niet tot euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben geleid	Verzoeken die wel tot euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben geleid	Alle verzoeken
	n=98	n=353	n=451
	%	%	%
Een (ernstige) lichamelijke aandoening	86	92	90
Een psychiatrische aandoening	8	3	4
Een stapeling van ouderdomsaandoeningen	18	12	14
Dementie	13	5	8

a Gewogen afgeronde percentages; een of meer antwoorden mogelijk.

3.2.2 Kenmerken van gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding

Tabel 3.5 laat zien dat er vergeleken met 2015 weinig verschuivingen zijn in de kenmerken van patiënten bij wie euthanasie was uitgevoerd of aan wie hulp bij zelfdoding was verleend. Wel was het percentage patiënten van 80 jaar of ouder bij wie euthanasie of hulp bij zelfdoding was uitgevoerd in 2021 wat lager dan in 2015 (29% versus 35%). De trend naar een iets kleiner aandeel van patiënten met kanker lijkt zich in de loop der jaren door te zetten. In 2021 had de patiënt in 62% van alle gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding kanker, tegenover 84% in 2005 en 66% in 2015. Vergeleken met alle sterfgevallen is het overigens nog steeds zo dat euthanasie en hulp bij zelfdoding relatief vaker voorkomen bij jongere mensen en mensen met kanker. Tenslotte valt op dat, terwijl bij de meeste gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding de geschatte levensbekorting nog steeds minder dan een maand is (in 2021 in 61% van de gevallen), het aandeel van gevallen waarin de geschatte levensbekorting meer dan een half jaar is, is toegenomen van 8% in 2015 tot 19% in 2021. Wanneer het leven met meer dan een half jaar werd bekort, had de patiënt wat minder vaak een ernstige lichamelijke aandoening (74% versus 92% bij patiënten met een levensverwachting tussen

de een en zes maanden). De belangrijkste reden voor het uitvoeren van euthanasie was in deze groep minder vaak pijn (15% versus bijvoorbeeld 48% bij patiënten met een levensverwachting van 1 tot 4 weken) en vaker verlies van waardigheid (77% versus bijvoorbeeld 46% bij mensen met een levensverwachting van een week of minder).

Tabel 3.5 Kenmerken van patiënten bij wie euthanasie was uitgevoerd of aan wie hulp bij zelfdoding was verleend^a

	Alle Sterf- gevallen 2021 %	Euthanasie en hulp bij zelfdoding						
		2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
		n=353	n=851	n=496	n=311	n=335	n=282	n=182
	%	%	%	%	%	%	%	
Leeftijd								
Tot 65 jaar	13	18	23	35	38	37	37	34
65-79 jaar	32	53	42	41	39	41	42	44
80 jaar of ouder	54	29	35	24	23	22	20	22
Geslacht								
Man	50	52	54	57	56	54	44	58
Vrouw	50	48	46	43	44	46	56	42
Herkomst								
Niet-westerse migratieachtergrond	5	2	1	1	2	—	—	—
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	95	98	99	99	98	—	—	—
Hoofddiagnose								
Kanker	26	62	66	79	84	77	80	70
Hart- en vaatziekten	17	5	5	4	6	4	3	8
Ziekten van het zenuwstelsel	10	10	9	6	6	5	4	3
Longziekten	18	5	7	5	2	4	2	7
Anders/onbekend	29	18	13	6	2	10	11	12
Levensbekorting								
24 uur of minder	—	5	10	8	11	9	17	21
Een tot zeven dagen	—	24	26	33	35	36	42	38
Een tot vier weken	—	32	36	38	46	39	32	25
Vier weken tot zes maanden	—	21	19	18	8	13	8	1
Meer dan zes maanden	—	19	8	3	0	2	1	15

a Gewogen afgeronde percentages.

Uit tabel 3.6 blijkt dat de meest genoemde redenen voor het uitvoeren van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding door de arts waren dat er geen uitzicht was op verbetering (89%), dat de patiënt dit wenste (77%), verlies van waardigheid (64%) en ernstige symptomen (63%). Voor de

meeste redenen zijn geen grote verschuivingen te zien in de loop der jaren. Het grootste verschil zit in 'verwacht lijden van de patiënt', dat in 2021 in 55% van de gevallen een belangrijke reden was, vergeleken met 44% in 2015.

Tabel 3.6 Belangrijkste redenen voor het uitvoeren van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding^a

	2021	2015	2010
	n=353	n=851	n=488
	%	%	%
Er was geen uitzicht op verbetering	89	82	82
Verzoek of wens van de patiënt	77	80	85
Verlies van waardigheid	64	59	61
(Ernstige) symptomen (excl. pijn)	63	60	63
Verwacht lijden van de patiënt	55	44	50
(Ernstige) pijn	41	40	49
Verdere behandeling was te belastend	17	15	15
Verzoek of wens van de familie	5	8	14
Anders	4	6	3

a Gewogen afgeronde percentages.

Tabel 3.7 laat zien dat in 2021 de arts bijna altijd had overlegd met een of meer collega's (86%) en ook bijna altijd een SCEN-arts had geconsulteerd (81%). Hierin zijn geen verschuivingen opgetreden ten opzichte van eerdere jaren. Met verpleegkundigen of verzorgenden was in 2021 in 23% van de gevallen overlegd. Dit is een stijging ten opzichte van het vorige sterfgevallenonderzoek; in 2015 was het percentage 15%. Het percentage waarin was overlegd met naasten neemt geleidelijk af in de loop der jaren, van 86% in 1990 naar 62% in 2015 en 57% in 2021.

Tabel 3.7 Overleg en consultatie over de uitvoering van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=353	n=851	n=496	n=311	n=335	n=282	n=182
Overlegd met:	%	%	%	%	%	%	%
Collega('s)	86	89	94	88	91	85	85
Consultatie SCEN-arts	81	78	80	75	—	—	—
Consultatie andere arts	1	11	4	7	—	—	—
Verpleegkundige(n) of verzorgende(n)	23	15	21	24	30	34	38
Naasten	57	62	71	75	96	70	86
Niemand	4	3	3	4	0	4	3

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

Tabel 3.8 Meest passende term volgens de arts bij gevallen die in het sterfgevallenonderzoek als euthanasie of hulp bij zelfdoding zijn geclassificeerd^a

	2021	2015	2010	2005
	n=353	n=851	n=496	n=311
	%	%	%	%
Euthanasie, hulp bij zelfdoding of levensbeëindiging	86	81	79	76
Palliatieve sedatie	13	17	18	17
Symptoombestrijding	1	2	2	6
Onbekend	0	0	2	1

a Gewogen afgeronde percentages.

Zoals in paragraaf 3.2.1 werd beschreven zijn in het sterfgevallenonderzoek beslissingen rond het levenseinde als euthanasie of hulp bij zelfdoding geclassificeerd op basis van antwoorden van de respondenten op vragen waarin de woorden euthanasie en hulp bij zelfdoding niet voorkwamen. Artsen is wel gevraagd wat zij zelf de meest passende term voor hun handelwijze vonden. Uit tabel 3.8 blijkt dat artsen in 2021 in 86% van de in het onderzoek als euthanasie of hulp bij zelfdoding geclassificeerde gevallen dit ook de meest passende term vonden voor hun handelwijze. Dit percentage is door de jaren geleidelijk iets toegenomen (76% in 2005). In 2021 vond 13% van de artsen in deze situatie palliatieve sedatie de meest passende term en 1% koos voor symptoombestrijding.

Tabel 3.9 Middelen gebruikt bij euthanasie^a

	2021				2015	2010	2005	2001	1995
	Huisartsen	Medisch specialisten	Spec. ouderengeneeskunde	Totaal					
	n=286	n=11	n=6	n=353	n=851	n=451	n=245	n=310	n=257
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Spierverslappers, alle combinaties	81	33	83	79	78	76	71	70	51
Barbituraten, alle combinaties excl. spierverslappers	7	0	9	7	5	4	3	6	8
Morfine, alle combinaties excl. spierverslappers en barbituraten	10	67	17	13	14	17	18	23	41
Benzodiazepinen, alle combinaties excl. spierverslappers, barbituraten en morfine	1	0	0	1	2	2	7	0	0
Overige middelen	1	0	0	1	1	1	0	1	0

a Gewogen afgeronde percentages.

De Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (KNMG/KNMP, 2021) adviseert dat bij euthanasie een spierverslappend middel dient te worden toegediend nadat de patiënt met een barbituraat in een coma is gebracht en dat bij hulp bij zelfdoding barbituraten gebruikt dienen te worden. In 2021 werden in 79% van de gevallen spierverslappers toegediend, al dan niet in combinatie met andere middelen, en in 7% barbituraten (zonder spierverslappers) (tabel 3.9). Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2015, 2010, 2005 en 2001 en hoger dan in 1995. Morfine wordt in de loop der jaren steeds minder gebruikt. Medisch specialisten gebruikten minder vaak de geadviseerde middelen en vaker morfine dan specialisten ouderengeneeskunde en vooral huisartsen. Enige voorzichtigheid bij het interpreteren van de percentages is hierbij geboden omdat het aantal waargenomen gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding door medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde klein is.

De gebruikte middelen hangen samen met de term die artsen het meest passend vonden voor hun handelwijze. In alle gevallen waarin zij spierverslappers gebruikten vonden zij de term euthanasie het meest passend en wanneer zij barbituraten hadden gegeven was het percentage 87%. Wanneer zij morfine of benzodiazepinen hadden gebruikt, vonden zij in slechts 3% van de gevallen de term euthanasie het meest passend.

3.2.3 Kenmerken van verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding die niet tot uitvoering hebben geleid

Niet uitvoeren van een euthanasieverzoek had volgens artsen verschillende redenen (tabel 3.10). Het vaakst werd genoemd dat de patiënt overleed voordat het tot inwilliging kon komen (59%), op afstand gevolgd door dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan volgens de arts (29%) en dat de patiënt het verzoek introk (12%). Deze gegevens zijn vergelijkbaar met eerdere jaren.

Tabel 3.10 Redenen waarom euthanasieverzoeken niet tot uitvoering hebben geleid^a

	2021	2015	2010	2005
	n=98	n=296	n=262	n=222
	%	%	%	%
Patiënt overleed voordat het tot inwilliging kon komen	59	57	44	39
Niet aan zorgvuldigheidseisen voldaan volgens arts:				
Patiënt trok verzoek in	12	20	13	6
Arts had persoonlijke principiële bezwaren	2	2	5	3
Vanwege instellingsbeleid	2	0	3	2
Anders	5	7	21	13

a Gewogen afgeronde percentages; een of meer antwoorden mogelijk.

Uit tabel 3.11 blijkt dat in 2021 het percentage verzoeken dat wel of niet tot uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding leidde verschilde naar leeftijd en hoofddiagnose. Bij patiënten tussen de 65 en 79 jaar werden relatief de meeste verzoeken uitgevoerd (77%); bij patiënten tot 65 jaar was dit percentage 68% en bij patiënten van 80 jaar of ouder 55%. Dit beeld is vergelijkbaar met 2015, al waren toen de percentages ingewilligde verzoeken voor alle groepen wat lager. Vergeleken met andere diagnoses leidden verzoeken van patiënten met ziekten van het zenuwstelsel (81%) of kanker (72%) in 2021 het vaakst tot uitvoering van euthanasie. Dit was ook zo in 2015 (respectievelijk 77% en 59%).

Tabel 3.11 Kenmerken van euthanasieverzoeken die wel en niet tot uitvoering hebben geleid^a

	2021		
	N	Wel uitgevoerd % ^a	Niet uitgevoerd % ^a
Leeftijd			
Tot 65 jaar	85	68	32
65-79 jaar	218	77	23
80 jaar of ouder	148	55	45
Geslacht			
Man	226	67	33
Vrouw	225	68	32
Hoofddiagnose			
Kanker	284	72	28
Hart- en vaatziekten	22	45	55
Ziekten ademhalingsorganen	22	60	40
Ziekten zenuwstelsel	49	81	19
Anders/onbekend	74	58	42

a Gewogen afgeronde rijpercentages.

3.3 Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek

Wanneer een arts in de vragenlijst aangaf dat het overlijden van een patiënt het gevolg was van een middel dat was toegediend met het uitdrukkelijke doel het leven te beëindigen alsmede dat deze beslissing niet op grond van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt was genomen, werd het handelen geïnclassificeerd als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. In totaal werden in het onderzoek negen gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek waargenomen. Na weging betekent dat, net als in 2015, dat 0,3% van alle overlijdens in 2021 het gevolg was van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek (tabel 3.12). Dit komt overeen met ongeveer 520 gevallen. Dit aantal is door het toegenomen totale aantal sterfgevallen absoluut wat hoger dan in 2015, toen het ongeveer 430 gevallen betrof.

Tabel 3.12 Aantal gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=3 718	n=7 661	n=6 861	n=9 965	n=5 617	n=5 146	n=5 197
	%	%	%	%	%	%	%
Levensbeëindiging zonder verzoek	0,3	0,3	0,2	0,4	0,7	0,7	0,8

a Gewogen afgeronde percentage van het totaal aantal sterfgevallen in het desbetreffende jaar.

Vanwege het kleine aantal waargenomen gevallen worden de belangrijkste kenmerken van deze praktijk beschreven aan de hand van ongewogen gegevens (tabel 3.13). De aantallen zijn daardoor

niet representatief voor de totale praktijk van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Deze beschrijving dient alleen om de variatie in deze praktijk weer te geven. Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek werd uitgevoerd door zowel huisartsen, medisch specialisten als specialisten ouderengeneeskunde en de betreffende patiënten kwamen uit alle leeftijdscategorieën. Kanker was de hoofddiagnose in vijf van de negen gevallen. In enkele gevallen was er weliswaar geen uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, maar was er wel overleg geweest met de patiënt over de bespoediging van het levenseinde. Wanneer er niet was overlegd met de patiënt, was er soms wel een wens van de patiënt bekend. Redenen om niet te overleggen waren dat de patiënt dementie had of comateus was. Voor zover bekend was in vier gevallen wel overlegd met collega-artsen, in twee gevallen met verpleegkundigen en in vier gevallen met familie; in twee gevallen was er met niemand overlegd. In alle gevallen was de verwachte levensbekorting minder dan een week, waarvan drie keer minder dan 24 uur. Artsen gaven meestal meer dan een reden voor hun handelwijze. Zij labelden hun handelwijze als palliatieve sedatie (zes keer) of symptoombestrijding (twee keer). In eerdere jaren werd een vergelijkbare variatie aan kenmerken gevonden.

Tabel 3.13 Kenmerken van negen gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek^a

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Specialisme arts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Specialist ouderen- geneeskunde	Huisarts	Medisch specialist	Medisch specialist	Medisch specialist	Huisarts
Leeftijd patiënt	17-64	65-79	65-79	65-79	65-79	80+	17-64	65-79	80+
Hoofddiagnose	Kanker	Kanker	Kanker	Kanker	COVID-19	Kanker	Anders	Hart- en vaatziekte	Ziekte van zenuwstelsel
Overlegd met patiënt?	Nee, wel wens bekend	?	?	Nee	Ja, enige tijd tevoren	Nee, geen wens bekend	Ja, enige tijd tevoren	Ja, enige tijd tevoren	Nee, wel wens bekend
Reden geen overleg	Coma	?	?	Dementie	-	Dementie, coma	-	-	Dementie
Was patiënt wilsbekwaam?	Nee	?	?	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee
Overleg met anderen									
Met collega- arts(en)	Nee	?	?	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee
Met verpleeg- kundige(n)/ verzorgende(n)	Nee	?	?	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Met partner/ familie	Nee	?	?	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Toegediend middel ^b	Morfine + benzodiaz	Morfine	Morfine + benzodiaz	Morfine	Morfine + benzodiaz	Morfine	Morfine	Morfine + benzodiaz	Morfine + benzodiaz
Levensbekorting	1-7 dgn	?	?	Wrs geen	<24u	1-7 dgn	1-7 dgn	1-7 dgn	<24 u
Reden handelwijze ^b	Pijn, waardigh wens pat, wens fam, verw lijd, uitzichtl	?	?	Wens fam, uitzichtl, belast behan	Pijn, sympt, verw lijd, uitzichtl, belast beh	Wens pat, wens fam, verw lijd, uitzichtl, belast beh	Sympt, wens pat, wens fam, verw lijden, uitzichtl	Sympt, verw lijd, uitzichtl	Pijn, wens pat, wens fam, ver lijd
Labeling handelwijze	Palliatieve sedatie	Palliatieve sedatie	?	Symptoom- bestrijding	Symptoom- bestrijding	Palliatieve sedatie	Palliatieve sedatie	Palliatieve sedatie	Palliatieve sedatie

a Een vraagteken betekent dat de betreffende vraag niet is beantwoord; - betekent niet van toepassing.

b Benzodiaz = benzodiazepine, pijn = (ernstige) pijn, sympt = andere (ernstige) symptomen, waardigh = verlies van waardigheid, wens pat = verzoek of wens van de patiënt, wens fam = verzoek of wens van de familie, verw lijd = verwacht lijden, uitzichtl = er was geen uitzicht op verbetering, belast beh = verdere behandeling was te belasten.

3.4 Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding

Voor het bestrijden van ernstige symptomen in de laatste levensfase kan het soms nodig zijn medicatie toe te dienen die bespoediging van het levenseinde als neveneffect zou kunnen hebben. Als bespoediging van het levenseinde niet het doel van het handelen is valt intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding onder 'normaal' medisch handelen. In de vragenlijst van het sterfgevallenonderzoek werd intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding met bespoediging van het levenseinde als mogelijk neveneffect als volgt uitgevraagd:

“Heeft u of een andere arts een of meer van de volgende handelwijzen uitgevoerd (of doen uitvoeren), rekening houdend met de waarschijnlijkheid of zekerheid dat deze handelwijze het levenseinde van de patiënt zou bespoedigen?”

De optie met betrekking tot intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding was:

“Het intensiveren van pijn- en/of symptoombestrijding d.m.v. een of meer middelen?”

Deze vraag kon met “ja” of “nee” worden beantwoord. Als het antwoord “ja” was volgde de vraag:

“Was het bespoedigen van het levenseinde mede het doel van de (bij de vorige vraag) aangegeven handelwijze?”

Ook deze vraag kon met “ja” of “nee” worden beantwoord.

Op grond van de beantwoording van deze vragen wordt het percentage sterfgevallen waarbij intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding met bespoediging van het levenseinde als mogelijk gevolg de belangrijkste medische beslissing rond het levenseinde was voor 2021 geschat op 30% van het totaal aantal sterfgevallen in dat jaar (tabel 3.14). Hiermee is het nog steeds de meest voorkomende medische beslissing rond het levenseinde. Wel is het percentage lager dan in 2015 en 2010, toen het 36% was. Absoluut gaat het om ongeveer 51 250 gevallen in 2021. Dit is vergelijkbaar met de geschatte 52 600 gevallen in 2015.

Tabel 3.14 Aantal gevallen van intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=3 718	n=7 661	n=6 861	n=9 965	n=5 617	n=5 146	n=5 197
	%	%	%	%	%	%	%
Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding	30	36	36	25	21	19	19

a Gewogen afgeronde percentages

Evenals in voorgaande jaren was bespoediging van het levenseinde in slechts een klein deel van de gevallen mede het doel van de arts: in 95% van de gevallen werd pijn- en/of symptoombestrijding geïntensiveerd rekening houdend met bespoediging van het levenseinde, in 5% mede met het doel

het levenseinde te bespoedigen. In ongeveer de helft van de gevallen (47%) was de intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding uitgevoerd door huisartsen. Het aandeel van medisch specialisten was 18% en van specialisten ouderengeneeskunde 35%. Dit is vergelijkbaar met 2015 (respectievelijk 51%, 17% en 32%).

Tabel 3.15 Kenmerken van patiënten bij wie intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding was toegepast^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=950	n=2 465	n=2 202	n=1 478	n=1 312	n=1 161	n=1 166
	%	%	%	%	%	%	%
Leeftijd							
0-64 jaar	13	13	15	17	19	22	23
65-79 jaar	30	29	30	33	35	38	40
80 jaar of ouder	57	58	55	50	46	40	37
Geslacht							
Man	43	45	46	47	46	50	48
Vrouw	57	55	54	53	54	51	52
Herkomst							
Niet-westerse migratie-achtergrond	4	3	2	2	—	—	—
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	96	97	98	98	—	—	—
Hoofddiagnose							
Kanker	35	41	41	43	47	54	55
Hart- en vaatziekte	12	12	13	18	14	12	15
Anders	53	47	46	38	39	34	31
Levensbekorting							
Minder dan een week	94	88	86	81	76	81	80
Een tot vier weken	2	2	2	2	4	3	5
Meer dan vier weken	1	1	1	1	2	1	2
Onbekend	3	9	11	16	18	15	14

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

Tabel 3.15 laat zien dat er ten opzichte van vorige jaren geen duidelijke verschuivingen zijn in kenmerken van patiënten bij wie intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding plaatsvond. Het aandeel van patiënten met kanker is in 2021 wel weer wat kleiner geworden: dit percentage was 35%, vergeleken met onder andere 55% in 1990 en 41% in 2015. De diagnose 'anders' betreft in 2021 in 13% van de gevallen patiënten met COVID-19 en in 40% patiënten met andere aandoeningen. In 2021 was de levensbekorting volgens de arts in 94% van de gevallen minder dan een week. Dit percentage is in de loop der jaren geleidelijk opgelopen.

Uit tabel 3.16 blijkt dat mogelijke bespoediging van het overlijden als gevolg van de intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding vaker met de patiënt was overlegd door huisartsen (64%) dan door medisch specialisten (55%) en vooral specialisten ouderengeneeskunde (29%). Wanneer er niet was overlegd was de patiënt meestal niet (volledig) wilsbekwaam. Met collega-artsen was vaker overlegd door medisch specialisten (65%) dan door huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (24% en 25%). Met familie was in 50% tot 62% van de gevallen overlegd.

Ongeveer negen van de tien patiënten bij wie intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding had plaatsgevonden, hadden morfine gekregen in de laatste 24 uur van het leven. Relevant voor de inschatting of het aannemelijk is dat de toediening van morfine het levenseinde bespoedigt is de vraag of de dosering van morfine gedurende laatste dagen sterk was verhoogd of toediening op de laatste dag was gestart. Ook de vraag of er meer morfine was gegeven dan nodig voor het bestrijden van symptomen is relevant. In 57-63% van de gevallen gaf de arts aan dat de dosering van de morfine gedurende de laatste drie dagen van het leven niet was verhoogd, in 28-31% dat er sprake was van een geleidelijke verhoging en in 8-16% dat de dosering sterk was verhoogd of dat de toediening van morfine op de laatste dag van het leven was gestart. In 1% van de gevallen was de dosering van de morfine hoger dan nodig om pijn en/of andere symptomen te bestrijden. In 2015 en 2010 waren de cijfers over de dosering van morfine vergelijkbaar.

Tabel 3.16 De uitvoering van intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderengeneeskunde
	n=472	n=168	n=306
	%	%	%
De (mogelijke) bespoediging van het levenseinde is overlegd met patiënt			
Ja	64	55	29
Nee	33	39	69
Onbekend	3	6	2
Indien niet overlegd:	n=145	n=61	n=201
Patiënt was niet (volledig) wilsbekwaam	61	97	91
Reden waarom niet met patiënt is overlegd:			
Patiënt was (sub)comateus of buiten bewustzijn	26	65	34
Handelwijze was duidelijk het beste voor patiënt	16	10	8
Patiënt was dement	22	13	69
Overleg zou patiënt meer schaden dan goeddoen	2	4	1
Patiënt had een verstandelijke beperking	8	4	1
Patiënt had een psychiatrische stoornis	1	4	2
Anders	44	36	20
Overleg met anderen			
Collega-arts(en)	24	65	25
Verpleegkundige(n) of verzorgende(n)	23	40	38
Partner/familie	50	62	57
Niemand	35	10	32
Patiënt kreeg morfine of een morfine-achtig middel gedurende de laatste 24 uur voor het overlijden	90	95	89
Indien patiënt morfine kreeg:	n=424	n=150	n=273
Verloop dosering in de laatste drie dagen voor het overlijden:			
Geen verhoging	62	57	63
Geleidelijke verhoging	31	27	28
Sterke verhoging/gestart op de laatste dag	8	16	9
Hogere dosering gegeven dan nodig om pijn en/of andere symptomen te bestrijden	1	1	1

^a Gewogen afgeronde percentages.

3.5 Afzien van levensverlengende behandeling

Ook beslissingen om af te zien van de inzet van potentieel levensverlengende medische behandelingen behoren tot medische beslissingen rond het levenseinde. Het kan daarbij gaan om het

staken van reeds ingezette behandeling of om het niet instellen van een nieuwe of vervolgbehandeling. De vragen naar deze handelwijzen luiden als volgt:

'Heeft u of een andere arts een of meer van de volgende handelwijzen uitgevoerd (of doen uitvoeren), rekening houdend met de waarschijnlijkheid of zekerheid dat deze handelwijze het levenseinde van de patiënt zou bespoedigen?'

De opties ten aanzien van behandelbeslissingen waren:

'Het niet instellen van een behandeling?'

'Het staken van een behandeling?'

Beide vragen konden met "ja" of "nee" worden beantwoord. Daarnaast werd gevraagd:

'Was het overlijden het gevolg van een of meer van de volgende handelwijzen, waartoe door u of een andere arts is besloten met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen?'

Ook hier waren de opties:

'Het niet instellen van een behandeling?'

'Het staken van een behandeling?'

Bij beide vragen was in voetnoten aangegeven dat het ging om "het levenseinde niet te bespoedigen of het leven niet te verlengen", en dat kunstmatige toediening van voeding of vocht in het onderzoek ook als een behandeling wordt gezien.

Tabel 3.17 Aantal gevallen waarin was afgezien van levensverlengende behandeling^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=3 718	n=7 661	n=6 861	n=9 965	n=5 617	n=5 146	n=5 197
	%	%	%	%	%	%	%
Afzien van levensverlengende behandeling	18	17	18	16	20	20	18

a Gewogen afgeronde percentages.

Het percentage sterfgevallen waarbij een niet-behandelbeslissing de belangrijkste medische beslissing rond het levenseinde was, was in 2021 met 18% stabiel ten opzichte van eerdere jaren (tabel 3.17). In verband met de stijging van het totale aantal sterfgevallen was er wel een lichte stijging van het absolute aantal gevallen: 30 570 in 2021 ten opzichte van 25 650 in 2015. In 33% van de gevallen was rekening gehouden met bespoediging van het levenseinde en in 68% van de gevallen was rekening gehouden met bespoediging van het levenseinde het uitdrukkelijke doel. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de percentages in 2015. Niet-behandelbeslissingen werden net als in eerdere jaren relatief vaak

genomen door medisch specialisten: zij waren verantwoordelijk voor 41% van de gevallen, huisartsen voor 26% en specialisten ouderengeneeskunde voor 33%.

Tabel 3.18 Kenmerken van patiënten bij wie was afgezien van levensverlengende behandeling^a

	2021	2015	2010	2005	2001	1995	1990
	n=517	n=1 041	n=974	n=767	n=1 210	n=1 097	n=991
	%	%	%	%	%	%	%
Leeftijd							
0-64 jaar	12	10	14	16	16	14	16
65-79 jaar	28	32	29	30	32	31	32
80 jaar en ouder	60	58	57	54	52	55	54
Geslacht							
Man	53	46	46	44	44	42	46
Vrouw	47	54	54	56	56	58	55
Herkomst							
Niet-westerse migratie-achtergrond	5	3	3	3	—	—	—
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	95	97	97	97	—	—	—
Hoofddiagnose							
Kanker	16	22	22	22	24	24	30
Hart- of vaatziekte	15	18	21	31	14	16	19
Anders	69	60	57	47	62	60	52
Levensbekorting							
Minder dan een week	77	75	77	73	70	70	69
Een tot vier weken	11	8	9	8	11	15	14
Meer dan vier weken	12	6	9	6	8	8	7
Onbekend	0	11	6	13	10	7	9

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

De kenmerken van patiënten bij wie niet-behandelbeslissingen werden genomen in 2021 zijn vergelijkbaar met de kenmerken van deze groep in eerdere jaren. De hoofddiagnose 'anders' komt met 69% relatief vaak voor; dit heeft waarschijnlijk deels te maken met het aandeel patiënten met COVID-19 in deze groep (16% COVID-19 versus 53% met een andere hoofddiagnose) (tabel 3.18).

Tabel 3.19 geeft tenslotte inzicht in de mate waarin de arts overlegd had met de patiënt en anderen. Het blijkt dat huisartsen in 63% van de gevallen met de patiënt hadden overlegd over mogelijke bespoediging van het levenseinde. Dat is wat vaker dan medisch specialisten (54%) en vooral specialisten ouderengeneeskunde (40%). Reden om niet te overleggen met de patiënt was bijna altijd dat de patiënt niet (volledig) wilsbekwaam was.

Tabel 3.19 Overleg over afzien van behandeling^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde
	n=143	n=200	n=170
	%	%	%
De (mogelijke) bespoediging van het levenseinde is overlegd met patiënt			
Ja	63	54	40
Nee	36	44	59
Onbekend	1	2	1
Indien niet overlegd:	n=47	n=81	n=94
Patiënt was niet (volledig) wilsbekwaam	85	98	97
Reden waarom niet met patiënt is overlegd:			
Patiënt was (sub)comateus of buiten bewustzijn	58	77	40
Handelwijze was duidelijk het beste voor patiënt	17	6	1
Patiënt was dement	32	9	69
Patiënt had een verstandelijke beperking	0	2	0
Patiënt had een psychiatrische stoornis	0	5	2
Anders	22	24	13
Overleg met anderen			
Collega-arts(en)	30	83	32
Verpleegkundige(n) of verzorgende(n)	19	43	42
Partner/familie	56	75	74
Niemand	3	2	2

a Gewogen afgeronde percentages.

3.6 Palliatieve sedatie

Volgens de richtlijn van de KNMG/IKNL is palliatieve sedatie het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase.²⁰³ Het doel hiervan is om het lijden te verlichten. Het verlagen van het bewustzijn is het middel om dat te bereiken. Voorwaarde voor de toepassing van palliatieve sedatie is dat de patiënt een maximale levensverwachting van twee weken heeft. Palliatieve sedatie die lege artis wordt toegepast bekort volgens de KNMG het leven niet. De patiënt komt te overlijden aan de onderliggende ziekte. Uit tal van onderzoeken is gebleken dat artsen palliatieve sedatie soms wel percipiëren als een praktijk die het overlijden kan bespoedigen.

De vraag naar palliatieve sedatie in het onderzoek luidde: *‘Werd de patiënt tot aan het overlijden continu in diepe sedatie gehouden?’*. Tevens werd gevraagd welke middelen daarbij werden gebruikt, hoe lang de sedatie duurde, of de patiënt daarbij kunstmatig voeding of vocht kreeg toegediend, en of

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

de arts rekening hield met bespoediging van het overlijden dan wel of bespoediging van het overlijden het doel van de palliatieve sedatie was.

In 2021 was er opnieuw een sterke stijging van het percentage sterfgevallen waarbij palliatieve sedatie was toegepast: het betrof 23% van alle sterfgevallen, terwijl het percentage in 2015 18% was (tabel 3.20). In absolute aantallen komt dit neer op 38 850 gevallen in 2021. In bijna alle gevallen was palliatieve sedatie uitgevoerd als of in combinatie met een medische beslissing rond het levenseinde: meestal betrof dat intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding (12%) of een niet-behandelbeslissing (6%).

Tabel 3.20 Aantal overledenen bij wie palliatieve sedatie was toegepast^a

	2021	2015	2010	2005	2001
	n=3 718	n=7 661	n=6 861	n=9 965	n=5 617
	%	%	%	%	%
Continue diepe sedatie	23	18	12	8	—
Continue diepe sedatie in combinatie met een medische beslissing rond het levenseinde	19	17	11	7	6

a In dit rapport wordt met de term palliatieve sedatie continue diepe sedatie tot aan het overlijden bedoeld; gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

In 2021 werd de sedatie in 52% van de gevallen uitgevoerd door de huisarts, in 27% door een medisch specialist en in 21% door een specialist ouderengeneeskunde. In 2015 waren deze percentages vergelijkbaar.

De kenmerken van patiënten bij wie in 2021 palliatieve sedatie was uitgevoerd zijn vergelijkbaar met die in 2015 (tabel 3.21). Wel is het aandeel patiënten met kanker gedaald van 47% naar 38%, terwijl het aandeel van patiënten met een andere diagnose, waaronder COVID-19, is gestegen van 42% naar 50%.

Tabel 3.21 Kenmerken van patiënten bij wie palliatieve sedatie was uitgevoerd^a

	2021	2015	2010	2005
	n=716	n=1 288	n=789	n=521
	%	%	%	%
Leeftijd				
0-64 jaar	19	16	21	26
65-79 jaar	35	36	39	38
80 jaar en ouder	47	48	40	36
Geslacht				
Man	52	50	50	53
Vrouw	48	50	50	47
Herkomst				
Niet-westerse migratieachtergrond	4	2	2	—
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	96	98	98	—
Hoofddiagnose				
Kanker	38	47	47	46
Hart- of vaatziekte	12	11	16	18
Anders	50	42	37	36

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

Uit tabel 3.22 blijkt dat palliatieve sedatie bijna altijd was uitgevoerd door toediening van een benzodiazepine (95%), in ongeveer de helft van de gevallen in combinatie met morfine (45%). Toediening van alleen morfine gebeurde bij 4% van de gevallen en kwam met name bij sedatie door medisch specialisten voor (13%). Medisch specialisten zijn ook de enige groep waarbij palliatieve sedatie in een aanzienlijk deel van de gevallen gepaard ging met kunstmatige toediening van vocht of voeding (43%). Patiënten overleden in 60% van de gevallen binnen 24 uur na de start van de sedatie. Dit percentage is in de loop van de jaren geleidelijk opgelopen (47% in 2005). In 4% van de gevallen duurde de sedatie langer dan een week. In 72% van de gevallen ging de arts ervan uit dat de sedatie het levenseinde niet zou bespoedigen. Dit percentage is een toename vergeleken met 2015 (60%). In 2021 hield de arts in 28% van de gevallen wel rekening met bespoediging van het levenseinde (38% in 2015). In 2021 waren er in het sterfgevallenonderzoek geen gevallen waarbij bespoediging van het levenseinde het doel van de sedatie was (2% in 2015).

Tabel 3.22 De uitvoering van palliatieve sedatie^a

	2021				2015	2010	2005
	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderengeneeskunde	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal
	n=405	n=168	n=140	n=716	n=1 288	n=789	n=521
	%	%	%	%	%	%	%
Gebruikte middelen							
Benzodiazepinen in combinatie met morfine	44	57	34	45	52	52	51
Benzodiazepinen	55	28	63	50	41	41	32
Morfine	1	13	3	4	4	6	15
Ander middel	1	3	0	1	3	1	2
Patiënt kreeg kunstmatig vocht of voeding toegediend	1	43	0	12	9	21	34
Duur sedatie tot aan het overlijden							
0-24 uur	59	62	59	60	53	51	47
1-7 dagen	41	28	41	37	45	46	47
1-2 weken	1	5	0	2	1	2	4
Meer dan 2 weken	0	5	0	2	0	1	2
Bespoediging van het levenseinde							
Ervan uitgegaan dat het levenseinde niet zou worden bespoedigd	66	76	82	72	60	61	—
Rekening gehouden met bespoediging van het levenseinde	34	24	18	28	38	38	—
Met het doel het levenseinde te bespoedigen	1	0	0	0	2	2	—

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar.

3.7 Het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging en symptoombestrijding

Het is voor artsen (en onderzoekers) niet altijd eenvoudig om een eenduidige beschrijving van medische handelwijzen rond het levenseinde te geven. Hierdoor is de afbakening tussen levensbeëindiging enerzijds en symptoombestrijding anderzijds niet altijd duidelijk. Er is een 'grijs gebied' waar het op grond van de combinatie van de intentie van de arts en het gebruikte middel niet helemaal duidelijk is of het gaat om levensbeëindiging of symptoombestrijding. Sinds 2010 kunnen we dit 'grijze gebied' kwantificeren door te kijken naar combinaties van antwoorden op vragen. Het

gaat daarbij om de vragen naar de handelwijze van de arts, de intentie van de arts, en de gebruikte middelen.

In tabel 3.23 is de op deze wijze berekende omvang van het 'grijze gebied' weergegeven. Het blijkt dat van alle in het stergevallenonderzoek als euthanasie of hulp bij zelfdoding geclassificeerde handelwijzen 12% in het 'grijze gebied' viel omdat bespoediging van het levenseinde wel het uitdrukkelijke doel was, maar er geen reguliere euthanatica waren gebruikt, maar bijvoorbeeld morfine; in 2015 was dit percentage 18%. Van de in het onderzoek als levensbeëindiging zonder verzoek geclassificeerde handelwijzen viel 94% in het 'grijze gebied' omdat geen reguliere euthanatica werden gebruikt; in de overige 6% waren er ook geen reguliere euthanatica gebruikt, maar wel morfine in een dosering hoger dan nodig voor symptoombestrijding. In 2015 waren in 12% van de gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek wel reguliere euthanatica gebruikt, maar dat kwam in 2021 dus niet meer voor. Van de gevallen van intensivering van pijn en/of symptoombestrijding viel 1% in het 'grijze gebied' omdat er meer morfine was toegediend dan nodig was voor symptoombestrijding. Het 'grijze gebied' betreft in 2021 1,1% van alle sterfgevallen; in 2010 was dit percentage 1,2% en in 2015 was het 1,8%. Het 'grijze gebied' is dus iets kleiner geworden in de afgelopen jaren.

Tabel 3.23 Het ‘grijze gebied’ tussen levensbeëindiging en symptoombestrijding

	2021			2021	2015	2010
	Euthanasie en hulp bij zelfdoding	Levensbeëindiging zonder verzoek	Intensivering pijn- en/of symptoombestrijding	Alle sterfgevallen		
	n=297	n=9	n=950	n=3 718	n=7 661	n=6 292
	%	%	%	%	%	%
Levensbeëindiging						
Bespoediging levenseinde uitdrukkelijke doel, reguliere euthanatica	88	0	—	4,7	3,7	2,4
Bespoediging levenseinde uitdrukkelijke doel, morfine in een hoger dosering dan nodig voor symptoombestrijding	0	6	—	0,1	0,1	0,2
Grijze gebied						
Bespoediging levenseinde uitdrukkelijke doel, geen reguliere euthanatica	12	94	—	0,9	1,1	0,6
Bespoediging levenseinde niet uitdrukkelijke doel, morfine in een hoger dosering dan nodig voor symptoombestrijding	—	—	1,0	0,3	0,7	0,6
Symptoombestrijding						
Bespoediging levenseinde niet uitdrukkelijke doel, morfine niet in een hoger dosering dan nodig voor symptoombestrijding	—	—	99	30	35	36

3.8 COVID-19 en medische beslissingen rond het levenseinde

Het jaar 2021 onderscheidt zich van de eerdere jaren waarin het sterfgevallenonderzoek is uitgevoerd door de COVID-19 pandemie. Om te garanderen dat er voldoende personen die als gevolg van COVID-19 waren overleden in de steekproef zouden zitten is een stratum ‘COVID-19’ toegevoegd. Hierdoor is het mogelijk om te onderzoeken of er bij patiënten die overleden aan COVID-19 meer, minder of andere medische beslissingen rond het levenseinde werden genomen dan bij patiënten met een andere doodsoorzaak. Dit is voorstelbaar, bijvoorbeeld vanwege het snelle beloop van COVID-19 waarbij IC opname nodig kan zijn.

In tabel 3.24 worden allereerst enkele algemene kenmerken van patiënten die overleden aan COVID-19 vergeleken met die van patiënten die overleden aan andere aandoeningen. Patiënten die overleden aan COVID-19 waren vaker 80 jaar of ouder (63% versus 53%), vaker man (55% versus 50%) en hadden vaker een medisch specialist (40% versus 21%) of specialist ouderengeneeskunde als behandelend arts (35% versus 27%) dan patiënten die overleden aan een andere aandoening.

Tabel 3.24 Kenmerken van patiënten met COVID-19 en andere hoofddiagnosen^a

	COVID-19	Andere hoofddiagnose	Totaal
	n=330	n=3 388	n=3 718
	%	%	%
Leeftijd			
0-64 jaar	8	14	14
65-79 jaar	29	33	32
80 jaar en ouder	63	53	54
Geslacht			
Man	55	50	50
Vrouw	45	50	50
Herkomst			
Niet-westerse migratieachtergrond	8	5	5
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	92	95	95
Specialisme behandelend arts			
Huisarts	24	50	47
Medisch specialist	40	21	23
Specialist ouderengeneeskunde	35	27	28
Onbekend	1	2	2

a Gewogen afgeronde percentages.

Tabel 3.25 laat zien dat er verschillen zijn in het aantal medische beslissingen rond het levenseinde bij patiënten die overleden aan COVID-19 en andere overledenen. Zo zijn er in het onderzoek geen gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding waargenomen bij patiënten met COVID-19. Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding (34% versus 29%) en afzien van potentieel levensverlengende behandeling (25% versus 17%) kwamen daarentegen vaker voor bij patiënten met COVID-19.

Tabel 3.25 Medische beslissingen rond het levenseinde bij patiënten met COVID-19 en patiënten met een andere hoofddiagnose^a

	COVID-19	Andere hoofddiagnose	Totaal
	n=330	n=3 388	n=3 718
	%	%	%
Medische beslissingen rond het levenseinde	59	54	54
Euthanasie	0	6	5,3
Hulp bij zelfdoding	0	0,2	0,1
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt	0,1	0,3	0,3
Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding met bespoediging van het levenseinde als mogelijk neveneffect	34	29	30
Afzien van potentieel levensverlengende behandeling	25	17	18
Continue diepe sedatie	28	22	23

a Gewogen afgeronde percentages.

In tabel 3.26 is te zien dat er geen duidelijke verschillen zijn in kenmerken van patiënten die wel of niet overleden aan COVID-19 bij wie pijn- en/of symptoombestrijding was geïntensiveerd, behalve dat het percentage mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond wat hoger is bij mensen die overleden aan COVID-19 (10% versus 3%). Voor afzien van potentieel levensverlengende behandeling geldt hetzelfde, al valt daar wel op dat de geschatte levensbekorting bij patiënten met COVID-19 vaker minder dan een week was dan bij patiënten met een andere hoofddiagnose (94% versus 75%).

Tabel 3.26 Kenmerken van patiënten met en zonder COVID-19 bij wie intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding of afzien van behandeling was toegepast^a

	Intensivering pijn- en/of symptoombestrijding		Afzien van behandeling	
	COVID-19 n=115 %	Andere hoofddiagnose n=835 %	COVID-19 n=79 %	Andere hoofddiagnose n=438 %
Leeftijd				
0-64 jaar	6	14	9	13
65-79 jaar	37	29	31	27
80 jaar of ouder	57	57	60	60
Geslacht				
Man	39	43	60	52
Vrouw	61	57	40	48
Herkomst				
Niet-westerse migratieachtergrond	10	3	5	5
Westerse migratieachtergrond, Nederlands	90	97	95	95
Levensbekorting				
Minder dan een week	97	94	94	75
Een tot vier weken	3	2	4	12
Meer dan vier weken	0	1	2	13
Onbekend	0	3	0	0

a Gewogen afgeronde percentages.

— Geen gegevens beschikbaar

Tabel 3.27 laat ten slotte zien dat kenmerken van de besluitvorming, zowel ten aanzien van intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding als van afzien van behandeling, voor een groot deel vergelijkbaar zijn voor patiënten die wel of niet overleden zijn aan COVID-19. Met patiënten met COVID-19 is wel wat vaker niet overlegd omdat de patiënt comateus was dan met patiënten met een andere hoofddiagnose (bijvoorbeeld bij intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding 49% versus 34%). Ook overlegden artsen bij patiënten met COVID-19 vaker met collega-artsen en verpleegkundigen (bijvoorbeeld bij afzien van behandeling 66% versus 50% overleg met een collega-arts).

Tabel 3.27 Overleg over intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding en afzien van behandeling bij patiënten met en zonder COVID-19^a

	Intensivering pijn- en/of symptoombestrijding		Afzien van behandeling	
	COVID-19	Andere hoofddiagnose	COVID-19	Andere hoofddiagnose
	n=115	n=835	n=79	n=438
	%	%	%	%
De (mogelijke) bespoediging van het levenseinde is overlegd met patiënt				
Ja	43	51	52	53
Nee	56	46	48	46
Onbekend	1	3	0	1
Indien niet overlegd:	n=57	n=352	n=41	n=183
Patiënt was niet (volledig) wilsbekwaam	84	74	98	87
Reden waarom niet met patiënt is overlegd:				
Patiënt was (sub)comateus of buiten bewustzijn	49	34	65	56
Handelwijze was duidelijk het beste voor patiënt	18	10	2	7
Patiënt was dement	39	46	49	36
Patiënt had een verstandelijke beperking	10	3	0	3
Patiënt had een psychiatrische stoornis	0	2	2	
Anders	27	30	21	19
Overleg met anderen				
Collega-arts(en)	37	32	66	50
Verpleegkundige(n) of verzorgende(n)	43	30	41	36
Partner/familie	59	54	70	70
Niemand	22	31	11	16

a Gewogen afgeronde percentages.

3.9 Levensbeëindiging door de patiënt zelf

In het sterfgevallenonderzoek wordt sinds 2010 de volgende vraag gesteld over levensbeëindiging door de patiënt zelf:

“Heeft u aanwijzingen dat de patiënt zelf (zonder directe hulp van een arts) opzettelijk een einde aan zijn of haar leven heeft gemaakt?”

In een vervolgvraag wordt nagegaan welke methode daarbij was gebruikt: stoppen met eten of drinken, al dan niet met begeleiding van een arts, of innemen van (zelf gespaarde) middelen. Andere, veelal gewelddadige, methoden om zelf een einde aan het leven te maken vallen buiten het bestek van dit onderzoek.

Tabel 3.28 Aantal personen dat zelf opzettelijk een einde aan het leven maakte^a

	2021	2015	2010
	n=3 718	n=7 661	n=6 861
	%	%	%
Gestopt met eten en drinken	—	0,5	0,4
(Zelf gespaarde) middelen ingenomen	0,2	0,2	0,2
Andere methode of onbekend ^b	1,0	1,2	1,0

a Gewogen afgeronde percentages.

b Veelal gewelddadige methoden zoals verhangings, voor een trein springen, gebruik van helium.

— Geen schatting voor 2021 omdat er in het onderzoek maar 2 gevallen zijn waargenomen.

In 2021 zijn er slechts twee gevallen van bewust stoppen met eten en drinken waargenomen in het sterfgevallenonderzoek. Daarom was het niet mogelijk voor die handelwijze in 2021 een betrouwbare frequentieschatting te maken. Tabel 3.28 bevat wel schattingen voor 2021 van het percentage sterfgevallen waarin de arts aanwijzingen had dat de overleden persoon zelf zijn of haar leven had beëindigd met behulp van (zelf gespaarde) middelen (0,2%) of een andere methode (1,0%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met eerdere jaren. Voor deze schattingen geldt dat ze voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden gezien de lage respons op de vragenlijst in combinatie met het weinig voorkomen van deze handelwijze.

Tabel 3.29 bevat kenmerken van mensen die hun leven beëindigden met behulp van zelf opgespaarde middelen. Het blijkt dat net als in eerdere jaren zij relatief vaak jonger dan 65 jaar waren (54% in 2021) en relatief vaak een psychische stoornis hadden (49%). Zij hadden zelden voor hun overlijden een euthanasieverzoek gedaan dat niet was ingewilligd (7%).

Tabel 3.29 Kenmerken van patiënten die zelf opzettelijk een einde aan hun leven maakten met behulp van (gespaarde) middelen^a

	2021	2015	2010
	n=23	n=73	n=47
	%	%	%
Leeftijd			
0-64 jaar	54	79	46
65-79 jaar	31	13	9
80 jaar en ouder	14	8	45
Geslacht			
Man	59	35	49
Vrouw	41	65	51
Situatie die van toepassing was op de patiënt^b			
(Ernstige) somatische aandoening	25	25	—
Psychiatrische stoornis	49	75	—
Stapelning van ouderdomsklachten	10	5	—
Dementie	8	0	—
Euthanasieverzoek gedaan dat niet was ingewilligd	7	11	8

a Gewogen afgeronde percentages.

b Een of meer antwoorden mogelijk.

— Gegevens niet beschikbaar.

3.10 Slot

Het sterfgevallenonderzoek 2021 laat zien dat de frequentie van euthanasie als percentage van alle sterfgevallen weer was gestegen sinds de vorige wetsevaluatie, van 4,5% in 2015 tot 5,3% in 2021, terwijl de frequentie van hulp bij zelfdoding hetzelfde is gebleven (0,1%). Het percentage patiënten dat voorafgaand aan het overlijden een uitdrukkelijke verzoek om bespoediging van het levenseinde had gedaan was met 8,0% in 2021 niet gestegen. Dit betekent dat het percentage verzoeken dat daadwerkelijk tot euthanasie leidde is gestegen, van 55% in 2015 tot 67% in 2021. Het is niet duidelijk wat ten grondslag ligt aan deze stijging; wel is duidelijk dat er geen grote verschillen zijn tussen 2021 en 2015 in kenmerken van wel en niet ingewilligde verzoeken.

Er zijn vergeleken met 2015 weinig verschuivingen in kenmerken van patiënten bij wie euthanasie was uitgevoerd of aan wie hulp bij zelfdoding was verleend. Hoewel nog steeds de meeste patiënten kanker hadden, zet de trend naar een iets kleiner aandeel van patiënten met kanker door. Daarnaast was het aandeel van gevallen waarin de geschatte levensbekorting meer dan een half jaar was nog steeds relatief klein, maar wel toegenomen, van 8% in 2015 tot 19% in 2021. Van de patiënten bij wie het leven met meer dan zes maanden werd bekort had de meerderheid een ernstige lichamelijke aandoening; pijn was een relatief weinig voorkomende reden voor het uitvoeren van euthanasie bij deze patiënten.

In 86% van de gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding vond de arts zelf euthanasie of hulp bij zelfdoding ook de meest passende term, in de overige gevallen vond men meestal palliatieve sedatie een passender term (13%). Hieraan gerelateerd gebruikten artsen bij handelwijzen die zij zelf kwalificeren als euthanasie of hulp bij zelfdoding meestal reguliere euthanatica (spierverlappers en barbituraten) (83%), al geldt dit het minst voor medisch specialisten (33%).

Levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek betrof in 2021, net als in 2015, 0,3% van alle sterfgevallen. Doordat er in het onderzoek slechts negen gevallen werden aangetroffen is het lastig goed inzicht te krijgen in kenmerken van dit soort situaties. In alle gevallen bestond de handelwijze uit het toedienen van morfine, soms in combinatie met een benzodiazepine, en zes van de negen keer koos de arts voor 'palliatieve sedatie' als meest passende kwalificatie van de handelwijze.

De frequentie van intensieve pijn- en/of symptoombestrijding waarbij de arts rekening houdt met bespoediging van het levenseinde als mogelijk neveneffect was afgenomen van 36% in 2015 tot 30% in 2021. Het ging hierbij vrijwel altijd om de toediening van morfine: in 8% van de gevallen van intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding was deze toediening gestart of was de dosering sterk verhoogd op de laatste dag voor overlijden en in 1% was de dosering hoger dan nodig om pijn en/of andere symptomen te bestrijden. In de overige gevallen is het minder aannemelijk dat het overlijden bespoedigd was door de toediening van het betreffende middel.

Over de jaren is het beeld ten aanzien van afzien van potentieel levensverlengende behandelingen stabiel, zowel wat betreft frequentie (18% in 2021) als wat betreft kenmerken van patiënten en de besluitvorming.

De frequentie van continue diepe sedatie daarentegen is in de afgelopen jaren weer toegenomen en was in 2021 23%. De sedatie duurde in 97% van de gevallen maximaal een week en in 28% was rekening gehouden met bespoediging van het levenseinde door de sedatie. Dat laatste percentage is kleiner dan in 2015, toen het 38% was.

Het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging en symptoombestrijding bestaat enerzijds uit gevallen van levensbeëindiging die veel op intensieve symptoombestrijding lijken omdat er geen reguliere euthanatica gebruikt worden (12% van de gevallen van euthanasie en 94% van de gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek; ofwel 0,9% van alle sterfgevallen) en anderzijds uit gevallen van intensieve symptoombestrijding die mogelijk beschouwd moeten worden als levensbeëindiging omdat er meer morfine is gegeven dan nodig voor pijn- en/of symptoombestrijding (1% van de gevallen van intensieve pijn- en/of symptoombestrijding; ofwel 0,3% van alle sterfgevallen). Dit 'grijze gebied' is in vergelijking met 2015 kleiner geworden (1,1% versus 1,8%).

Bij patiënten die overleden aan COVID-19 was vaker intensieve pijn- en/of symptoombestrijding, afzien van behandeling en palliatieve sedatie toegepast dan bij patiënten met een andere hoofddiagnose. In het sterfgevallenonderzoek werden geen gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gevonden bij patiënten met COVID-19. Deze verschillen zijn waarschijnlijk gerelateerd aan

het snelle beloop van COVID-19, waarbij een hoge symptoomlast kan optreden en er soms lastige behandelkeuzes gemaakt moeten worden.

Ten slotte moeten de cijfers over personen die zelf opzettelijk een einde aan hun leven maakten voorzichtig geïnterpreteerd worden vanwege de lage respons. Net als in 2010 en 2015 hadden artsen in 0,2% van alle sterfgevallen aanwijzingen dat de patiënt zelf met middelen zijn of haar leven had beëindigd. In ongeveer de helft van deze gevallen betrof het personen jonger dan 65 jaar en mensen met een psychische stoornis.

4

Ervaringen en opvattingen van artsen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen en opvattingen van artsen over euthanasie en hulp bij zelfdoding en ontwikkelingen daarin beschreven. De gepresenteerde gegevens zijn grotendeels afkomstig uit een vragenlijstonderzoek dat in 2022 is uitgevoerd onder huisartsen, medisch specialisten (cardiologen, chirurgen, ic-artsen, internisten, longartsen, neurologen) en specialisten ouderengeneeskunde. De vragenlijst kwam waar nodig en mogelijk overeen met de vragenlijsten uit voorgaande onderzoeken (2016, 2011, 2005, 2001, 1995, 1990) om vergelijking mogelijk te maken. Vanwege nieuwe ontwikkelingen zijn ook nieuwe vragen toegevoegd. Daarnaast zijn bij sommige vragen de termen ‘stapeling van ouderdomsaandoeningen’ en ‘voltooid leven’ toegevoegd, waar in eerdere onderzoeken veelal werd gesproken over ‘geen ernstige lichamelijke of psychische aandoeningen’. Aan het begin van de vragenlijst is aangegeven dat korthedshalve werd gesproken over euthanasie en dat daarmee zowel euthanasie als hulp zelfdoding werden bedoeld. Ook in dit hoofdstuk wordt veelal gesproken over euthanasie, waarmee zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding worden bedoeld.

Bij de analyse van het vragenlijstonderzoek zijn weegfactoren toegekend om de responderende artsen representatief te maken voor alle artsen met de geselecteerde specialismen werkzaam in Nederland. De opzet van het onderzoek en een toelichting op de wegingsprocedure worden beschreven in bijlage C. De vragenlijst is opgenomen in bijlage E. Tabel 4.1 toont een aantal achtergrondkenmerken van de responderende artsen.

Tabel 4.1 Achtergrondkenmerken van artsen^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal 2022
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
Geslacht				
Man	40	55	37	46
Vrouw	60	45	63	54
Anders	0.2	0	0	0.1
Werkervaring				
< 10 jaar	25	14	2	20
10-20 jaar	36	36	24	35
20-30 jaar	26	29	39	28
> 30 jaar	13	21	34	17
Aanhanger van een bepaald geloof of levensbeschouwing	30	24	49	29
Rol bij zorg of besluitvorming in de laatste levensfase				
SCEN arts	3	0.7	5	2
Consulent palliatieve zorg	2	2	7	2
Onderdeel palliatief team	1	9	5	4

a Gewogen afgeronde percentages

In aanvulling op het vragenlijstonderzoek zijn er verdiepende interviews afgenomen bij 15 artsen die in de vragenlijst hadden aangegeven daartoe bereid te zijn (acht huisartsen, drie medisch specialisten en vier specialisten ouderengeneeskunde). De gegevens uit dit interviewonderzoek worden gebruikt om de bevindingen uit het vragenlijstonderzoek te duiden en te illustreren.

4.2 Ervaringen met euthanasie

4.2.1 Ervaringen met het krijgen en uitvoeren van verzoeken

Op basis van het vragenlijstonderzoek onder artsen is het mogelijk een schatting te maken van het aantal (al dan niet uitgevoerde) verzoeken om euthanasie. Artsen werd gevraagd naar verzoeken die zij hadden gekregen van patiënten in de voorafgaande 12 maanden, waaronder ook verzoeken die niet waren uitgevoerd. In de vragenlijst werd onderscheid gemaakt tussen “*verzoeken om euthanasie te zijner tijd (waarbij de patiënt het nog niet op korte termijn wil, maar bijvoorbeeld wanneer het lijden te erg zou worden)*” en “*uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie op afzienbare termijn (waarbij de patiënt op korte termijn euthanasie wil)*”.

Tabel 4.2 toont het geschatte aantal verzoeken dat huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde in Nederland gezamenlijk kregen in de verschillende jaren waarin dit onderzoek

is uitgevoerd. Beide typen verzoeken zijn in 2022 toegenomen ten opzichte van eerdere jaren. Het aantal verzoeken te zijner tijd is toegenomen van 25 100 in 1990 tot 87 800 in 2022, terwijl het aantal uitdrukkelijke verzoeken toenam van 8 900 tot 21 600. De toename tussen 2016 en 2022 is minder groot dan de toename tussen 2011 en 2016. De grootste toename in het aantal verzoeken te zijner tijd, zowel in absolute aantallen als procentueel, vond plaats tussen 2011 en 2016, toen het aantal verzoeken bijna verdubbelde van 33 900 naar 67 700. De grootste toename in het aantal uitdrukkelijke verzoeken vond plaats tussen 2005 en 2011, van 8 400 verzoeken naar 13 400. Huisartsen kregen het grootste deel van deze verzoeken: in 2022 ging het om 88% van de verzoeken te zijner tijd en 82% van de uitdrukkelijke verzoeken. In het sterfgevallenonderzoek (zie hoofdstuk 3) werd ook een stijging gevonden van het absolute aantal overleden personen dat voorafgaand aan het overlijden om euthanasie had verzocht (van 12 300 in 2015 naar 13 750 in 2021). Deze toename is kleiner dan die in het artseneronderzoek, doordat het sterfgevallenonderzoek enkel verzoeken betreft van personen die zijn overleden terwijl in het artseneronderzoek ook verzoeken worden meegenomen van personen die niet waren overleden. Uit het sterfgevallenonderzoek blijkt dat het percentage overleden personen dat om euthanasie had verzocht is toegenomen ten opzichte van 2015, door de toename van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland. Het is daarom aannemelijk dat de toename in het absolute aantal verzoeken om euthanasie in het artseneronderzoek deels voortkomt uit de toename in sterfgevallen in Nederland in 2022 in vergelijking met 2016.

Tabel 4.2 Geschatte aantal verzoeken in Nederland^a

	2022	2016	2011	2005	2001	1995	1990
	n=746	n=1 167	n=1 456	n=1 032	n=410 ^b	n=405 ^b	n=405 ^b
Aantal verzoeken te zijner tijd	87 800	67 700	33 900	28 600	34 700	34 500	25 100
Aantal uitdrukkelijke verzoeken op afzienbare termijn	21 600	17 900	13 400	8 400	9 700	9 700	8 900

a Gewogen afgeronde aantallen.

b Gegevens op basis van artsenerinterviews.

In tabel 4.3 wordt weergegeven welk percentage artsen ooit een verzoek om euthanasie had gekregen en welk percentage artsen een of meer verzoeken had uitgevoerd. In 2022 had 80% van alle artsen ooit een verzoek om euthanasie te zijner tijd gekregen en 76% ooit een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie op afzienbare termijn. Van alle artsen had 55% ooit euthanasie uitgevoerd, wat vergelijkbaar is met eerdere jaren; 36% had in de voorafgaande 12 maanden euthanasie uitgevoerd. Het percentage artsen dat in de voorafgaande 12 maanden euthanasie had uitgevoerd is iets toegenomen ten opzichte van eerdere jaren: het percentage was 28% in 2011, 31% in 2016 en 36% in 2022. Uit tabel 4.4 blijkt dat huisartsen het vaakst ooit een verzoek om euthanasie hadden gekregen en uitgevoerd, gevolgd door specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten. Het percentage huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde dat in 2022 aangaf ooit een verzoek om euthanasie te hebben gehad of te hebben uitgevoerd was vergelijkbaar met 2016. Vergeleken met 2016, is het percentage huisartsen dat de voorafgaande 12 maanden een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie had gekregen of euthanasie had uitgevoerd iets toegenomen. Het percentage medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde dat de voorafgaande 12 maanden een uitdrukkelijk verzoek had gekregen is ook iets toegenomen.

Tabel 4.3 Ervaringen van artsen met euthanasie^a

	2022	2016	2011	2005	2001	1995	1990
	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal
	n=746	n=1 167	n=1 456	n=1 032	n=410 ^b	n=405 ^b	n=405 ^b
	%	%	%	%	%	%	%
Ooit een verzoek om euthanasie te zijner tijd gehad	80	81	82	84	90	88	84
Ooit een uitdrukkelijk verzoek gehad	76	75	77	67	77	77	76
In het afgelopen jaar een uitdrukkelijk verzoek op afzienbare termijn gehad	57	52	51	41	—	—	—
Ooit euthanasie uitgevoerd	55	57	60	51	57	53	54
In het afgelopen jaar uitgevoerd	36	31	28	19	21	22	—

a Gewogen afgeronde percentages.

b Gegevens op basis van artseninterviews.

— Gegevens niet beschikbaar

Tabel 4.4 Ervaringen van artsen met euthanasie per artsengroep^a

	Huisartsen				Medisch specialisten				Specialisten ouderengeneeskunde			
	2022	2016	2011	2005	2022	2016	2011	2005	2022	2016	2011	2005
	n=402	n=607	n=708	n=264	n=196	n=331	n=461	n=527	n=144	n=209	n=287	n=212
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ooit een verzoek om euthanasie te zijner tijd gehad	98	98	98	95	51	51	56	65	84	85	75	74
Ooit een uitdrukkelijk verzoek op afzienbare termijn gehad	91	93	93	78	50	44	53	48	81	77	71	63
In het afgelopen jaar een uitdrukkelijk verzoek op afzienbare termijn gehad	77	69	67	51	27	23	25	22	47	45	39	33
Ooit euthanasie uitgevoerd	75	78	79	64	25	22	34	30	43	48	37	25
In het afgelopen jaar uitgevoerd	57	48	42	27	6	6	9	5	14	18	14	7

a Gewogen afgeronde percentages.

Uit tabel 4.5 blijkt dat huisartsen in 2022 gemiddeld zeven á acht verzoeken om euthanasie te zijner tijd kregen en een á twee uitdrukkelijk verzoeken om euthanasie op afzienbare termijn. Zij voerden gemiddeld een keer per jaar euthanasie uit. Voor medisch specialisten en specialisten

ouderengeneeskunde liggen deze gemiddelden aanzienlijk lager. Het aantal verzoeken dat alle artsen samen gemiddeld kregen is vergelijkbaar met 2016, maar toegenomen vergeleken met 2011.²⁰⁴

Tabel 4.5 Gemiddeld aantal verzoeken per arts^a

Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderengeneeskunde	Totaal 2022	Totaal 2016	Totaal 2011 ^b
n=402	n=196	n=144	n=746	n=1 167	n=1 456
Aantal per arts (SD)	Aantal per arts (SD)	Aantal per arts (SD)	Aantal per arts (SD)	Aantal per arts (SD)	Aantal per arts (SD)
Aantal verzoeken te zijner tijd					
7,5 (7,7)	1,2 (2,5)	2,2 (5,6)	4,9 (6,9)	4,6 (6,4)	2,5 (3,0)
Aantal uitdrukkelijke verzoeken op afzienbare termijn					
1,7 (1,6)	0,5 (1,0)	0,9 (1,7)	1,2 (1,5)	1,1 (1,8)	1,0 (1,4)
Uitvoering van euthanasie					
1,0 (1,2)	0,1 (0,3)	0,4 (1,5)	0,6 (1,1)	0,5 (1,0)	0,4 (0,7)

a Gewogen aantallen.

b In 2011 niet aan alle artsen gevraagd, n=1 234. Bij de weging rekening mee gehouden.

4.2.2 Bereidheid tot het uitvoeren van euthanasie

Uit tabel 4.6 blijkt dat in 2022 27% van alle artsen nog nooit euthanasie had uitgevoerd maar het wel denkbaar vond dit in de toekomst te doen. Daarnaast gaf 18% aan nooit euthanasie uit te zullen voeren. Van deze laatstgenoemde groep artsen gaf 99% aan de patiënt wel te zullen doorverwijzen.

In tabel 4.7 worden deze gegevens uitgesplitst voor huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde. Medisch specialisten geven het vaakst aan nooit euthanasie te zullen uitvoeren (30%), gevolgd door specialisten ouderengeneeskunde (28%) en huisartsen (10%). Vergeleken met 2016 is dit percentage onder medisch specialisten iets afgenomen van 37% naar 30%. Het percentage medisch specialisten dat ooit euthanasie had uitgevoerd of het denkbaar vond dit in de toekomst te doen is toegenomen in vergelijking met 2016.

204 Het gemiddelde aantal uitdrukkelijke verzoeken op afzienbare termijn is nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2016, terwijl het absolute aantal uitdrukkelijk verzoeken in die periode is toegenomen van 17 900 naar 21 600. Dat het gemiddelde aantal verzoeken niet is gestegen komt hoofdzakelijk doordat er meer artsen binnen de geselecteerde artsgroepen werkzaam waren in 2022 dan in 2016 (ruim 2 000 meer).

Tabel 4.6 Bereidheid van artsen tot het uitvoeren van euthanasie^a

	2022	2016	2011	2005	2001	1995	1990
	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal
	n=746	n=1 167	n=1 456	n=1 032	n=410 ^b	n=405 ^b	n=405 ^b
	%	%	%	%	%	%	%
Ooit euthanasie uitgevoerd	55	57	60	51	57	53	54
Nooit uitgevoerd maar wel denkbaar	27	24	25	33	32	35	34
Nooit uitgevoerd en ondenkbaar	18	19	15	15	11	12	12

a Gewogen afgeronde percentages.

b Gegevens op basis van artseninterviews

Tabel 4.7 Bereidheid van artsen tot het uitvoeren van euthanasie per artsengroep^a

	Huisartsen				Medisch specialisten				Specialisten ouderengeneeskunde			
	2022	2016	2011	2005	2022	2016	2011	2005	2022	2016	2011	2005
	n=402	n=607	n=708	n=264	n=196	n=331	n=461	n=527	n=144	n=209	n=287	n=212
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ooit euthanasie uitgevoerd	75	78	79	64	25	22	34	30	42	48	37	25
Nooit uitgevoerd maar wel denkbaar	15	13	13	27	45	40	40	42	30	29	50	49
Nooit uitgevoerd en ondenkbaar	10	9	7	8	30	37	26	27	28	23	13	26

a Gewogen afgeronde percentages.

In de interviews gaf een aantal artsen die wel eens euthanasie hadden uitgevoerd of bereid waren dit in de toekomst te doen aan dat in hun afweging om een verzoek wel of niet in te willigen de belangrijkste vraag is of kan worden voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen:

“Ik heb heel veel steun aan de zorgvuldigheidscriteria. Dat geeft heel duidelijk aan waar de grenzen zijn en wanneer een verzoek niet ingewilligd kan worden. Dat geeft mij veel houvast in het omgaan met vragen naar euthanasie. [...] Dat rijtje. Met name uitzichtloos lijden, ondraaglijk lijden en een weloverwogen duurzaam verzoek. [...] Ondraaglijk lijden is wel het meest subjectief. Dus het vraagt de meeste energie om erachter te komen of daar sprake van is en of je dat ook invoelbaar vindt. Dus dat wel... Maar dat maakt het niet formeel belangrijker dan de andere criteria.” (Huisarts)

Artsen die specifiek een van de zorgvuldigheidseisen eruit lichten als het belangrijkste voor hun afweging om een verzoek wel of niet in te willigen, benoemden daarbij het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en met name de invoelbaarheid daarvan:

“Ik denk, het belangrijkste is toch een bepaalde overtuiging die ik krijg. En daar heb ik tijd voor nodig, daar heb ik begrip voor nodig. Is het een verzoek en geen opdracht, geen bepaald recht dat mensen hebben. Dan word ik altijd een beetje, dan denk ik ho eens eventjes. Ik mag er ook nee op zeggen. Dus het is echt een bepaalde overtuiging in mij, een bepaald gevoel van, ik ga die patiënt niet in de steek laten. [...] Dus dat ik het invoelbaar vind dat de persoon niet meer verder wil leven.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Enkele artsen gaven in het interview aan dat zij vonden dat zij ‘ruim’ met de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden omgaan:

“Dan ben ik, denk ik, qua ondraaglijk lijden best bereid om ruim te zijn, zeg maar. Maar als het echt iets is wat iemand wil en die persoon kan me daarvan overtuigen. En is ook bereid om dat ook bij herhaling te doen en mij daar ook de ruimte voor te geven, om daar overtuigd van te raken. Ja, dan ben ik eigenlijk altijd wel bereid om het te doen.” (Huisarts)

In de interviews noemden artsen ook een aantal factoren waardoor hun bereidheid om een verzoek in te willigen kan afnemen, zoals druk van de patiënt op de arts, een verzoek om euthanasie dat meer van naasten lijkt te komen dan van de patiënt, een lange levensverwachting, en de administratieve belasting die het uitvoeren van euthanasie met zich meebrengt. Artsen noemden ook aspecten die juist bijdragen aan hun bereidheid om een euthanasieverzoek in te willigen. Als bevorderend werd onder andere genoemd dat een SCEN-arts oordeelt dat aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan, een goede (en lange) behandelrelatie met de patiënt, respect van de patiënt voor de positie van de arts in het proces en een korte levensverwachting van de patiënt.

Een aantal artsen gaf aan dat hun bereidheid om euthanasie uit te voeren was toegenomen in de loop van de tijd. De voornaamste reden hiervoor was het toenemende aantal positieve ervaringen met de uitvoering van euthanasie:

“Nou, eerder zei ik altijd wel, ik ben niet tegen euthanasie, dus ik wil dat met u bespreken. Wel een bepaalde spanning ofzo, van ‘ben ik dan daadwerkelijk wel in staat tot ...’. Ik merk dat als ik nu met familie spreek dat ik zeg joh, ik heb het wel eens gedaan. Ik sta erg achter de wetgeving dus laten we dat gesprek met elkaar voeren. Dus ik ben daar nog meer van overtuigd denk ik, nog meer in mijn vezels, dat ik denk ja, maar als het klopt, dan doe ik het. Dus niet meer een theoretische ja, ik sta erachter. Ja, misschien nog meer een volmondiger ja, ik vind het goed dat het er is en ik zal er voor u zijn als we met elkaar echt vinden dat dat het beste is wat we kunnen doen.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Ook werd genoemd dat positieve ervaringen van collega's en verhalen in de media ertoe leiden dat de bereidheid om euthanasie uit te voeren toeneemt.

Uit tabel 4.8 blijkt dat 60% van alle artsen wel eens een uitdrukkelijk verzoek had geweigerd en dat 32% dat in de voorafgaande 12 maanden had gedaan. Specialisten ouderengeneeskunde gaven het vaakst aan ooit een uitdrukkelijk verzoek te hebben geweigerd, gevolgd door huisartsen en medisch specialisten. Sommige verzoeken werden geweigerd omdat volgens de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan. In 2022 gaf 23% van de artsen aan wel eens een uitdrukkelijk verzoek te hebben geweigerd terwijl volgens de arts wel aan de zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan. Deze artsen werd gevraagd tegen welke grenzen zij aanliepen bij deze geweigerde verzoeken. In 30% van deze gevallen noemde de arts de aandoening van de patiënt, waaronder dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen, psychiatrische aandoening. In 22% van de gevallen gaf de arts aan nooit euthanasie uit te voeren. Dat het lijden van de patiënt niet invoelbaar was noemde 17% van de artsen als reden om te weigeren. In 15% van de gevallen noemde de arts een reden die aansluit bij één van de zorgvuldigheidseisen, maar niet als zodanig werd benoemd door de arts (bijvoorbeeld "inconsistentie van de euthanasievraag"). Ten slotte gaf 11% van de artsen aan een verzoek te hebben geweigerd omdat de patiënt en/of naasten te veel druk uitoefenden. De overige redenen werden door minder dan 10% van de artsen genoemd.

Tabel 4.8 Ervaring met weigeren van verzoeken om euthanasie^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderengeneeskunde	Totaal 2022
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
Ooit een uitdrukkelijk verzoek gehad	91	50	81	76
Ooit een uitdrukkelijk verzoek geweigerd ^{b,c}	76	27	82	60
In het afgelopen jaar een uitdrukkelijk verzoek geweigerd ^b	41	14	44	32
Ooit een uitdrukkelijk verzoek geweigerd terwijl aan de zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan	33	7	31	23
Redenen waarom verzoeken werden geweigerd, terwijl volgens de arts wel aan zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan: ^d				n=170
Er was sprake van lijden op basis van dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen, of een psychiatrische aandoening				30
Arts voert nooit euthanasie uit				22
Niet invoelbaar				17
Niet voldaan aan zorgvuldigheidseis ^e				15
Te veel druk ervaren				11
Geen goede behandelrelatie met patiënt (te korte behandelrelatie, slechte relatie)				7
In dit geval emotioneel te belastend				5
Twijfel aan zorgvuldigheidseisen				4
Angst voor toetsing en consequenties				4
Beleid van de instelling waar ik werk(te)				1
Anders				8
Geen reden gegeven				1

a Gewogen afgeronde percentages.

b Deze vraag is alleen in de online versie van de vragenlijst gesteld: huisartsen n=246; medisch specialisten n=113; specialisten ouderengeneeskunde n=115. Bij de weging rekening mee gehouden.

c Indien alleen artsen worden meegenomen die ooit een uitdrukkelijk verzoek hebben gehad hebben de volgende percentages artsen wel eens een verzoek geweigerd: huisartsen 80%, medisch specialisten 45%, specialisten ouderengeneeskunde 91%, totaal 73%.

d Open vraag ("Tegen welke grenzen liep u aan toen u een euthanasieverzoek weigerde waarin wel aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan?"). Ongewogen percentages. Een of meer antwoorden mogelijk.

e Artsen gaven bij deze vraag soms een antwoord dat aansloot bij een van de zorgvuldigheidseisen, zoals "inconsistentie van de euthanasie vraag".

Artsen werd gevraagd of zij in alle gevallen waarin zij een verzoek om euthanasie weigeren de patiënt doorverwijzen naar een andere arts. In tabel 4.9 is te zien dat in 2022 55% van alle artsen aangaf dit altijd te zullen doen. Ten opzichte van 2011 en 2016 is dit percentage iets toegenomen (49% in 2016 en 38% in 2011). Het percentage artsen dat niet in alle situaties zal doorverwijzen nam daarentegen

af, van 60% in 2011 en 50% in 2016 tot 45% in 2022. Slechts 0,4% van de artsen gaf aan nooit te zullen doorverwijzen na weigering van een verzoek om euthanasie.

Tabel 4.9 Denkbaarheid van het doorverwijzen van patiënten met een verzoek om euthanasie na een weigering van een verzoek^{a,b}

	Huisartsen n=246 %	Medisch specialisten n=113 %	Specialisten ouderen- geneeskunde n=115 %	Totaal 2022 n=476 %	Totaal 2016 n=1 167 %	Totaal 2011 n=1 043 %
Ik zal nooit doorverwijzen	1	0	0	0,4	1	2
Ik zal niet in alle situaties doorverwijzen, nl. niet als: ^c	43	46	48	45	50	60
als de patiënt in een te slechte conditie is	10	17	15	13	11	10
als ik zeker weet dat niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is	31	32	36	32	36	43
als ik de patiënt op een andere manier goed kan begeleiden	21	21	21	21	32	43
andere situaties	2	2	0	2	3	8
Ik zal altijd doorverwijzen	56	54	52	55	49	38

a Gewogen afgeronde percentages.

b Deze vraag is in 2022 alleen in de online versie van de vragenlijst gesteld: huisartsen n=246; medisch specialisten n=113; specialisten ouderengeneeskunde n=115. Bij de weging rekening mee gehouden.

c Een of meer antwoorden mogelijk.

Artsen gaven het vaakst aan niet te zullen doorverwijzen als zij zeker weten dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan (32%) en als zij menen dat de patiënt goed op een andere manier kan worden begeleid (21%). Huisartsen gaven het vaakst aan altijd te zullen doorverwijzen (56%), gevolgd door medisch specialisten (55%) en specialisten ouderengeneeskunde (51%).

In de interviews gaf een aantal artsen aan dat ze met patiënten het gesprek aangaan als zij het verzoek om euthanasie niet kunnen of willen inwilligen. In een dergelijk gesprek legt een arts bijvoorbeeld uit dat er aan zorgvuldigheidseisen moet worden voldaan en dat dat in de situatie van de betreffende patiënt volgens de arts niet kan. Ook kan het voorkomen dat er wel kan worden voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, maar dat de arts om andere redenen geen euthanasie wil uitvoeren, bijvoorbeeld vanwege zijn geloofsovertuiging of vanwege ervaren druk vanuit patiënt en/of naasten.

Uit de interviews blijkt dat artsen in dit soort gevallen vaak wijzen op alternatieven, zoals bijvoorbeeld palliatieve sedatie of stoppen met eten en drinken. Ook vertelden artsen dat ze in veel gevallen

uitleggen aan de patiënt dat doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie ook een mogelijkheid is:

“Ik spreek dat zo uit. Ik geef aan van: 'ik zie in dit geval geen mogelijkheden om euthanasie uit te voeren.' En we kunnen eventueel ... het ligt er een beetje aan hè. Als het gewoon duidelijk is dat niet aan de wettelijke criteria voldaan wordt, dan spreek ik dat gewoon zo uit. Heb ik andere motieven om het niet uit te voeren, omdat ik een situatie bijvoorbeeld van dementie niet zo zou inschatten dat ik dat zou kunnen doen, dan wil ik daar wel het Expertisecentrum voor vragen. Dat communiceer ik ook met hen. Ik heb ook al patiënten geadviseerd om het Expertisecentrum in te schakelen.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Volgens diverse geïnterviewde artsen draagt een dergelijke uitgebreide uitleg over het algemeen bij aan begrip bij patiënten.

4.3 Verzoeken vanuit verschillende groepen

In het vragenlijstonderzoek werd artsen gevraagd welke grondslag het lijden had bij de uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie die zij in de voorafgaande 12 maanden hadden gekregen. Uit tabel 4.10 blijkt dat de meerderheid van de verzoeken kwam van patiënten met kanker (55%) of een andere levensbedreigende aandoening (15%), gevolgd door verzoeken van patiënten met dementie (12%) of een stapeling van ouderdomsaandoeningen (10%). Verzoeken van mensen met een psychiatrische aandoening of een ‘voltooid leven’ kwamen minder vaak voor (respectievelijk 5% en 4%). In vergelijking met eerdere jaren nam het aandeel verzoeken van patiënten met kanker of andere levensbedreigende lichamelijke aandoeningen af, van 72% in 2011 en 67% in 2016 naar 55% in 2022. Het aandeel verzoeken van mensen met dementie nam toe, van 3% in 2016 naar 12% in 2022. In 2022 is voor het eerst expliciet gevraagd naar stapeling van ouderdomsaandoeningen en ‘voltooid leven’ als grondslag van het lijden, terwijl in voorgaande onderzoeken was gevraagd naar situaties waarin er ‘geen ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening’ was. Als we aannemen dat deze laatstgenoemde categorie voor een groot deel bestaat uit stapeling van ouderdomsaandoeningen en ‘voltooid leven’, dan is het aantal verzoeken met deze grondslag toegenomen vergeleken met 2011 en 2016, van 3% in 2011 en 6% in 2016 naar 14% in 2022. Bij een ruime meerderheid van de uitgevoerde verzoeken in 2022 had de patiënt kanker (74%) of een andere levensbedreigende aandoening (16%). Aanzienlijk minder vaak kwamen de uitgevoerde verzoeken voort uit een stapeling van ouderdomsaandoeningen (6%), dementie (3%) of een psychiatrische aandoening (1%).

Tabel 4.10 Aard van het lijden dat ten grondslag lag aan (al dan niet uitgevoerde) uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie^a

	(Al dan niet uitgevoerde) uitdrukkelijke verzoeken			Uitgevoerde verzoeken ^b	
	2022	2016	2011	2022	2016
	n=746	n=1 167	n=1 456	n=746	n=1 167
	%	%	%	%	%
Kanker	55	67	72	74	78
Andere levensbedreigende lichamelijke aandoening ^c	15	21	19	16	20
Psychiatrische aandoening	5	4	2	1	1
Dementie	12	3	4	3	1
Stapeling van ouderdomsaandoeningen ^d	10	—	—	6	—
Voltooid leven ^d	4	—	—	0	—
Er was geen ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening ^d	—	6	3	-	1

a Gewogen percentages.

b Gegevens niet beschikbaar voor 2011

c In 2016 en 2011 is gevraagd naar 'een andere lichamelijke aandoening'

d In 2022 is gevraagd naar de categorieën 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' en 'voltooid leven', en in 2016 en 2011 is gevraagd naar de categorie 'er was geen ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening'

— Gegevens niet beschikbaar.

In het vragenlijstonderzoek werd gevraagd of artsen ervaring hadden met het uitvoeren van euthanasie bij verschillende groepen en, indien dat niet het geval was, of de arts het denkbaar vond dit in de toekomst te zullen doen. Uit tabel 4.11 blijkt dat het percentage artsen dat ooit euthanasie had uitgevoerd het hoogst was voor patiënten met kanker (54%), gevolgd door patiënten met een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening (39%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met eerdere jaren. Bij alle andere aandoeningen waren de percentages veel lager, tussen 14% bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen en 0% bij gevorderde dementie op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring waarbij er geen sprake was van een bijkomende ernstige aandoening. Deels is dit te verklaren doordat artsen minder vaak verzoeken kregen van patiënten uit deze groepen. Ook vonden artsen het vaker ondenkbaar bij patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen, dementie, 'voltooid leven' of een psychiatrische aandoening euthanasie uit te voeren (tussen 46% en 78%), dan bij patiënten met kanker of een andere levensbedreigende aandoening (beide 20%). Vergeleken met eerdere jaren is het percentage artsen dat het denkbaar vond in de toekomst euthanasie uit te voeren bij patiënten met beginnende en gevorderde dementie toegenomen. Ook bij patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen ligt het percentage artsen dat aangaf het denkbaar te vinden euthanasie uit te voeren in 2022 hoger (41%) dan in 2016 (23%). Ten slotte is het percentage artsen dat het denkbaar vond om euthanasie uit te voeren bij mensen met een 'voltooid leven' zonder medische grondslag toegenomen van 14% in 2016 tot 20% in 2022.

Tabel 4.12 toont de percentages huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde die euthanasie hadden uitgevoerd of het denkbaar vonden dit in de toekomst te doen bij verschillende groepen. Bij bijna alle groepen waren de percentages voor medisch specialisten het laagst, gevolgd door specialisten ouderengeneeskunde. Voor patiënten met gevorderde dementie op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring, waarbij er al dan niet sprake is van een ernstige bijkomende aandoening, gaven huisartsen het vaakst aan ooit euthanasie te hebben uitgevoerd of dit denkbaar te vinden (met ernstige bijkomende aandoeningen 51% en zonder ernstige bijkomende aandoeningen 32%), gevolgd door medisch specialisten (42% en 32%) en specialisten ouderengeneeskunde (29% en 15%).

Tabel 4.11 Ervaring met en denkbaarheid van uitvoeren van euthanasie bij verschillende patiëntgroepen^a

	Ooit euthanasie uitgevoerd			Nooit uitgevoerd, maar wel denkbaar			Nooit uitgevoerd, en ondenkbaar		
	2022	2016	2011	2022	2016	2011	2022	2016	2011
	n=746	n=1167	n=1456	n=746	n=1167	n=1456	n=746	n=1167	n=1456
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lijden op basis van:									
Kanker	54	51	56	26	29	29	20	20	15
Een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening ^b	39	36	31	40	42	51	20	22	18
Een psychiatrische aandoening	2	3	2	34	34	32	64	63	66
Beginnende dementie, waarbij de patiënt nog wilsbekwaam is	7	5	3	42	37	37	52	58	60
Gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring waarbij er sprake was van een bijkomende ernstige aandoening ^c	0,3	3	1	46	36	32	54	61	67
Gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring, waarbij er geen sprake was van een bijkomende ernstige aandoening	0	1	1	31	21	28	69	78	71
Stapelning van ouderdomsaandoeningen ^d	14	—	—	41	—	—	46	—	—
'Voltooid leven' ^d	2	—	—	20	—	—	78	—	—
Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', met een medische grondslag voor het lijden maar zonder ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening ^d	—	5	3	—	23	24	46	72	73
Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', zonder medische grondslag voor het lijden ^d	—	2	2	—	14	16	—	84	82
Bij een patiënt jonger dan 18 jaar	0,2	3	—	38	38	—	62	59	—

a Gewogen afgeronde percentages.

b In 2016 en 2011 is gevraagd naar 'een andere lichamelijke aandoening'

c Vanaf 2016 expliciet toegevoegd: 'waarbij er sprake was van een bijkomende ernstige aandoening'; in 2011 ontbrak deze toevoeging.

d In 2022 is gevraagd naar de categorieën 'stapelning van ouderdomsaandoeningen' en 'voltooid leven', en in 2016 en 2011 is gevraagd naar de categorieën 'Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', met een medische grondslag voor het lijden maar zonder ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening' en 'Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', zonder medische grondslag voor het lijden'.

— Gegevens niet beschikbaar.

Tabel 4.12 Ervaring met en denkbaarheid van uitvoeren van euthanasie bij verschillende patiëntgroepen, per artsengroep^a

	Huisartsen			Medisch specialisten			Specialisten ouderengeneeskunde		
	2022	2016	2011	2022	2016	2011	2022	2016	2011
	n=402	n=607	n=708	n=196	n=331	n=461	n=144	n=209	n=287
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lijden op basis van:									
Kanker	90	91	92	64	64	69	71	77	86
Een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening ^b	89	89	87	66	61	67	71	78	86
Een psychiatrische aandoening	44	47	37	23	20	19	38	45	43
Beginnende dementie, waarbij de patiënt nog wilsbekwaam is	59	52	44	31	25	25	54	53	47
Gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring waarbij er sprake was van een bijkomende ernstige aandoening ^c	51	45	31	42	24	25	29	19	10
Gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring, waarbij er geen sprake is van een bijkomende ernstige aandoening	32	24	34	32	23	29	15	18	14
Stapeling van ouderdomsaandoeningen ^d	66	—	—	36	—	—	54	—	—
'Voltooid leven' ^d	24	—	—	19	—	—	15	—	—
Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', met een medische grondslag voor het lijden maar zonder ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening ^d	—	37	31	—	27	16	—	16	27
Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', zonder medische grondslag voor het lijden ^d	—	19	18	—	11	11	—	13	12
Bij een patiënt jonger dan 18 jaar	51	55	—	22	23	—	17	19	—

a Gewogen afgeronde percentages.

b In 2016 en 2011 is gevraagd naar 'een andere lichamelijke aandoening'

c Vanaf 2016 expliciet toegevoegd: 'waarbij er sprake was van een bijkomende ernstige aandoening'; in 2011 ontbrak deze toevoeging.

d In 2022 is gevraagd naar de categorieën 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' en 'voltooid leven', en in 2016 en 2011 is gevraagd naar de categorieën 'Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', met een medische grondslag voor het lijden maar zonder ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening' en 'Lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven', zonder medische grondslag voor het lijden'.

— Gegevens niet beschikbaar.

In de interviews gaf een aantal artsen aan ervoor open te staan om alle verzoeken om euthanasie in overweging te nemen, ongeacht de onderliggende aandoening. Wel gaven sommige van deze artsen

aan het minder ingewikkeld te vinden een verzoek van een patiënt met kanker of bijvoorbeeld een ernstige hartaandoening in te willigen, dan van een patiënt met een psychiatrische aandoening, dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, omdat ze in de eerste situatie het lijden beter kunnen invoelen:

“In zijn algemeenheid, het inwilligen van een euthanasieverzoek is aanmerkelijk makkelijker bij iemand met een duidelijke somatische diagnose, dan bij iemand met een opeenstapeling van ouderdomsziekten. Ik heb in het verleden wel euthanasie gedaan bij een opeenstapeling van ouderdomsziekten. Dat is heel ingewikkeld. Daar ben ik echt veel langer afwachting mee. Dementie vind ik helemaal ingewikkeld. Dat zal ik niet zo snel doen. [...] Kijk, ik doe in principe alleen maar euthanasie als ik van tevoren zeker weet dat ik er later niet wakker van lig. Dus dat betekent dat het voor mij makkelijker invoelbaar is bij een duidelijke lichamelijke diagnose, en dat kan zijn COPD en natuurlijk kanker.” (Huisarts)

Artsen ervaren diverse moeilijkheden bij euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie, of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, of mensen met een ‘voltooid leven’. Een van de moeilijkheden die artsen in de interviews noemden bij de besluitvorming over euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening is het gebrek aan expertise om bijvoorbeeld te bepalen of er geen redelijke andere oplossingen zijn:

“Ja, dat [een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychiatrische aandoening] vind ik een hele moeilijke, want voor mezelf kan ik moeilijk inschatten of alle psychische mogelijkheden, therapieën al geprobeerd zijn. Nogmaals, bij kanker is het vaak duidelijk. Dan heb je de academische ziekenhuizen, als je daar bent, dan weet je dat er daarna niks meer is. Dat vind ik bij psychiatrie veel moeilijker, omdat er heel veel verschillende soorten therapieën zijn. Dat heeft helemaal niks met ernst te maken, maar met de mogelijkheden soms. Dat vind ik ook een moeilijke keuze. Dat staat voor mij wel voorop: je moet wel zeker weten dat er geen therapie meer mogelijk is.” (Huisarts)

Andere moeilijkheden die bij euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening werden genoemd waren dat het lastig te bepalen is of het lijden uitzichtloos is, dat het lijden moeilijker invoelbaar kan zijn, en dat het oordeelsvermogen van de patiënt moeilijk te bepalen is:

“Maar je hebt ook verzoeken van mensen die psychiatrische problemen hebben, die het leven niet meer zien zitten en die vijf jaar later weer gelukkig zijn. Ik vind dat een heel gevaarlijk punt.” (Huisarts)

Enkele artsen zouden het denkbaar vinden om euthanasie uit te voeren bij patiënten met een psychiatrische aandoening in nauwe samenwerking met de behandelend psychiater, of na uitgebreide consultatie van een psychiater.

Bij verzoeken van patiënten met dementie noemden artsen in de interviews ook verschillende moeilijkheden. Zo gaven sommigen aan het moeilijk te vinden om het moment van het uitvoeren van euthanasie te bepalen bij een patiënt met dementie: als de patiënt nog wilsbekwaam is, in staat is om

zijn wens mondeling te bevestigen en het lijden voornamelijk bestaat uit angst voor toekomstig lijden, of als de patiënt wilsonbekwaam geworden is en de situatie die in de schriftelijke euthanasieverklaring staat beschreven aanwezig is maar de patiënt het verzoek niet meer mondeling kan bevestigen. Ook zeiden een aantal artsen het moeilijk te vinden om te bepalen of een wilsonbekwame patiënt met dementie wel echt dood wil en uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, ook als de situatie zoals beschreven in de schriftelijke euthanasieverklaring er is:

“In het algemeen vind ik dat moeilijk. Want in het beginstadium zal ik het moeilijk vinden omdat de mensen dan eigenlijk nog heel goed zijn. Als zij dan tegen mij zeggen: ‘Ja dokter, maar ik wil nu niet verder.’ Ja weet je, dat vind ik dan voor mezelf heel lastig. En in een vergevorderd stadium denk ik dat ik het heel moeilijk vind om het leven in te schatten. Soms kun je dat heel goed inschatten, maar soms zitten mensen met vergevorderde dementie vrolijk in een hoek te plassen in het bejaardentehuis en denk ik: is het dan nog lijden? Dus ik heb het bij dementie eigenlijk nog niet gedaan.” (Huisarts)

Een aantal artsen gaf aan om die reden bij wilsonbekwame patiënten ook nog een verbale of non-verbale bevestiging te willen van een actuele doodswens, alvorens tot uitvoering van euthanasie over te kunnen gaan:

“Ja, ze zijn best wel gelukkig op hun manier. Lijden ze dan? Op dat moment zie ik geen lijden. Die grens vind ik heftig. Dus ik vind het belangrijk dat op dat moment iemand mij kenbaar maakt dat het hevig lijden is dat ik kan verlichten en een soort bericht of een knik of iets, dat ik weet van, die patiënt die voor mij zit is ook klaar met het leven. Niet iemand die vrolijk André Hazes mee aan het zingen is terwijl hij dat vroeger verschrikkelijk zou vinden, stiekem een infuus inbrengen. Nee. Ja, ik moet toch iets van een informed consent op dat moment hebben.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Sommige artsen gaven aan druk te hebben ervaren van naasten van wilsonbekwame patiënten met dementie met een schriftelijke euthanasieverklaring, omdat volgens die naasten de patiënt de situatie waarin hij was komen te verkeren nooit had gewild, terwijl de arts zelf twijfelde of de patiënt op dat moment euthanasie wilde:

“Dat is ook een lastige, want sommige mensen willen op een bepaald moment niet meer en maken een rustige indruk, lijken in het dagelijks bestaan eigenlijk wel tevreden met hun toestand van dementie als ze maar verzorgd worden. Moet je die mensen dan ook euthanasie geven? Er is dan wel al sprake van een uitzichtloze toestand, maar niet van uitzichtloos lijden en dan is vaak een beetje het probleem dat de familie vaak een beetje gaat drukken, omdat zij vinden dat het voor hen eigenlijk een ondraaglijke toestand is in plaats van dat het voor de patiënt zo is. Dat moeten we wel van elkaar proberen te scheiden.” (Medisch specialist)

Ook gaven enkele artsen aan dat naasten van wilsonbekwame patiënten met dementie zonder schriftelijke euthanasieverklaring soms druk uitoefenen om euthanasie uit te voeren.

Enkele artsen die euthanasie hadden uitgevoerd bij patiënten met dementie of dit denkbaar vonden, gaven aan dat de invoelbaarheid van het lijden daarbij een belangrijke rol speelt. Een arts legde uit euthanasie te hebben uitgevoerd bij een patiënt met een zeldzame vorm van dementie:

“Dat was iemand die had [een zeldzame vorm van dementie]. Die raakte helemaal in paniek daarvan en die kon niet meer functioneren. Die is enorm angstig geworden en daarbij denk ik wel terecht euthanasie te hebben uitgevoerd, terwijl ze nog in een vroeg stadium zat. Het gaat dus wel om invoelbare lijdensdruk, denk ik.” (Medisch specialist)

Onder de huidige wetgeving is euthanasie bij patiënten die hun leven als ‘voltooid’ beschouwen zonder medische grondslag niet toegestaan. De meeste geïnterviewde artsen gaven aan het niet wenselijk te vinden dat levensbeëindiging op verzoek bij mensen met een ‘voltooid leven’ wettelijk toegestaan wordt. Volgens deze artsen ligt de oplossing voor mensen met een ‘voltooid leven’ niet in het medische domein en zijn er alternatieve manieren van levensbeëindiging voor deze groep:

“Dat [abstineren of stoppen met eten en drinken] is ook een menswaardige mogelijkheid om het leven te beëindigen. Moeten we het dan trekken in een medische handeling als iemand het beseft heeft: mijn leven is voltooid, ik wil nu overlijden. Dan zou ik meer een voorstander zijn van ... Is het dan niet fijn dat we wat kunnen aanreiken: er bestaan mogelijkheden zoals abstineren en stoppen met eten en drinken. En als je dan refractaire symptomen krijgt, dan kun je altijd zeggen: nu ga je sederen en komen we in een levenseindsituatie. Ik zou dat veel eleganter vinden.” (Huisarts)

Ook gaven de meeste artsen in interviews aan het lijden bij mensen met een ‘voltooid leven’ niet invoelbaar te vinden en levensbeëindiging op verzoek bij deze groep daarom niet denkbaar vinden:

“En ik heb nu een meneer, een hele vriendelijke, lieve meneer die alleen woont op een woonbootje hier, en die oud wordt, en die eigenlijk eenzaamheidsproblematiek heeft. Die meneer wil ook niet zoveel, hij staat niet open voor aandacht en hulp, dan zegt hij altijd ‘Ja dat wil niet, ik wil niet naar het ziekenhuis en ik wil niet naar de dokter’. [...] Die man is al vijftig jaar lid van de euthanasievereniging en die meneer vraagt nu elke keer als ik hem zie, hij komt bijna elke week om maar aan te geven, om het prikje. Ja ... daar ben ik nog niet aan toe. Want die man is voornamelijk eenzaam en dat vind ik niet invoelbaar. [...] En de basis is dat ik mezelf er goed bij moet voelen als ik het doe. [...] Ja, ik weet niet wat mijn ethische rol daarin is, maar ik heb daar wel grenzen in.” (Huisarts)

Enkele artsen gaven aan het wel denkbaar te vinden in de toekomst levensbeëindiging op verzoek uit te voeren bij mensen met een ‘voltooid leven’ omdat zij zich kunnen voorstellen dat iemand klaar is met leven en wil sterven:

“Ik kan me levendig voorstellen dat je er klaar mee bent. En ik zal er ook zeer zeker niet negatief tegenover staan. We moeten wel goed definiëren, wat maakt het nu en waarom nu. Wat maakt het dat het gewoon klaar is. Maar ik denk, daar moet je zeer zeker serieus mee omgaan en die mensen, die gun ik ook wel dat ze in bed mogen gaan liggen, spuitje krijgen en er dan niet meer

zijn. En niet dat ze moeten rommelen met allerlei medicatie om er zelf maar een einde aan te maken. Het zijn intensieve trajecten. Je moet goed beargumenteren waarom, maar ik sta er zeer zeker wel open voor.” (Specialist ouderengeneeskunde)

4.4 Ervaringen met druk

Artsen werd gevraagd of zij zich de voorafgaande vijf jaar wel eens onder druk gezet hadden gevoeld bij de besluitvorming over een verzoek om euthanasie. Uit tabel 4.13 blijkt dat 25% van de artsen zich in de voorafgaande vijf jaar wel eens onder druk gezet voelde door een patiënt om tot euthanasie te besluiten, en 33% door naasten. Ook voelde 41% van de artsen zich wel eens onder druk gezet om euthanasie zo snel mogelijk uit te voeren. Het percentage artsen dat druk van patiënten en naasten had ervaren om tot euthanasie te besluiten was het hoogst onder specialisten ouderengeneeskunde (druk van patiënten 44% en van naasten 57%), gevolgd door huisartsen (32% en 42%) en medisch specialisten (10% en 15%). Huisartsen voelden zich het vaakst onder druk gezet door patiënten of naasten om de euthanasie zo snel mogelijk uit te voeren (56%). Medisch specialisten gaven het minst vaak aan druk te hebben ervaren. Minder dan 4% van alle artsen had in de voorafgaande vijf jaar druk vanuit collega's of het management ervaren. Er zijn geen grote veranderingen in het percentage artsen dat druk ervaarde ten opzichte van 2016.

Tabel 4.13 Door artsen in de afgelopen vijf jaar ervaren druk bij besluitvorming over verzoeken om euthanasie^{a,b}

	Huisartsen n=246	Medisch specialisten n=113	Specialisten ouderen- geneeskunde n=115	Totaal 2022 n=476	Totaal 2016 n=1 167
Ervaringen in de afgelopen vijf jaar:	%	%	%	%	%
Ik voelde me onder druk gezet door..					
.. de patiënt om tot euthanasie te besluiten	32	10	44	25	29
.. naasten om tot euthanasie te besluiten	42	15	57	33	34
.. de patiënt of diens naasten om euthanasie zo snel mogelijk uit te voeren	56	17	41	41	44
.. naasten om het verzoek af te wijzen	4	4	4	4	4
.. collega's om tot euthanasie te besluiten	3	2	4	3	2
.. collega's om het verzoek af te wijzen	1	2	0	1	2
.. het management om tot euthanasie te besluiten	1	0	0	0,4	—
.. het management om het verzoek af te wijzen	0	4	0	1	1

a Gewogen afgeronde percentages.

b Deze vraag is in 2022 alleen in de online versie van de vragenlijst gesteld. Bij de weging rekening mee gehouden.

— Gegevens niet beschikbaar.

In interviews vertelden diverse artsen dat het ze een onprettig gevoel geeft als patiënten en/of naasten druk uitoefenen om euthanasie uit te voeren:

“Ik heb dan veel steun aan die zorgvuldigheidsregels om mij daar goed bij te voelen en te beargumenteren dat mijn standpunt goed is. Dus dat helpt mij enorm. Maar dat druk uitoefenen ... In essentie blijft dat toch wel onaangenaam.” (Huisarts)

Een aantal artsen gaf aan dat hun bereidheid om een verzoek in te willigen afneemt als zij druk ervaren. Ze voelden bij druk weerstand om het verzoek om euthanasie in te willigen:

“Dan [als een patiënt en/of naasten druk uitoefenen] ben ik eerder geneigd om het niet te doen. [...] Dat werkt behoorlijk averechts, want ik merk dan echt dat ik een soort emotionele blokkade krijg, van wat ben jij eigenlijk een vervelende man. Waarom zou ik je überhaupt helpen, want ja,

het is een verzoek wat je kunt doen. Het is geen plicht, maar als je zo doet heb ik daar eigenlijk helemaal geen zin in.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Ook is artsen in het vragenlijstonderzoek gevraagd of zij druk ervaren vanuit de maatschappij om euthanasie uit te voeren. Van alle artsen ervoer 33% druk vanuit de maatschappij. Dit percentage was het hoogst onder specialisten ouderengeneeskunde (50%), gevolgd door huisartsen (40%) en medisch specialisten (16%)

In de interviews vertelden sommige artsen dat ze niet zozeer maatschappelijke druk ervaren om euthanasie uit te voeren, maar dat ze wel het idee hebben dat mensen euthanasie de afgelopen 10 à 20 jaar normaler zijn gaan vinden en vaker als een recht zien:

“Ik denk dat mensen zich niet goed realiseren dat degene aan wie ze het vragen, gewoon een mens van vlees en bloed is en opgeleid is om mensen beter te maken en klachten te verlichten, maar dat we niet per se opgeleid zijn om zoiets bijzonders te doen. En dat het echt een verzoek is en dat we ja en nee kunnen zeggen en dat dat alle twee mag. Dus ik denk soms, het is bijna te normaal geworden dat mensen denken, ja doe maar kuurtje antibiotica of doe maar euthanasie.” (Specialist ouderengeneeskunde)

4.5 Ervaringen met het Expertisecentrum Euthanasie

Sinds 2012 kunnen artsen contact opnemen met het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen de Levensindekliniek) voor doorverwijzing van een patiënt met een euthanasieverzoek. Doorverwijzing kan betekenen dat het Expertisecentrum Euthanasie de casus overneemt of dat het de arts ondersteunt in het besluitvormings- en uitvoeringsproces. Op basis van dit onderzoek kan geen onderscheid gemaakt worden tussen deze twee vormen van doorverwijzing.

Uit tabel 4.14 blijkt dat 47% van alle artsen wel eens een patiënt had doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie; 46% had dit nog nooit gedaan maar vond het wel denkbaar om dit in de toekomst te doen. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hadden vaker wel eens doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie dan medisch specialisten (71% en 63% versus 6%). Zeven procent van de artsen gaf aan nooit te zullen doorverwijzen naar het Expertisecentrum Euthanasie. Het percentage artsen dat wel eens een patiënt had doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie (47%) was aanzienlijk toegenomen vergeleken met 2016 (18%), terwijl het percentage artsen dat het ondenkbaar vond dit ooit te zullen doen was afgenomen, van 15% in 2016 naar 7% in 2022. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hadden het vaakst doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie of vonden doorverwijzing denkbaar bij patiënten met psychiatrische aandoeningen (66% en 56%). Medisch specialisten hadden het vaakst doorverwezen of vonden doorverwijzing denkbaar bij patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen, stapeling van ouderdomsaandoeningen of ‘voltooid leven’ (4-5%).

Tabel 4.14 Ervaring met en denkbaarheid van het doorverwijzen van een patiënt naar het Expertisecentrum Euthanasie^{a,b}

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal 2022	Totaal 2016
	n=246	n=113	n=115	n=474	n=1 167
	%	%	%	%	%
Ooit doorverwezen					
Ja	71	6	63	47	18
Nee, maar wel denkbaar	27	79	37	46	67
Nee, en niet denkbaar	2	15	0	7	15
Situaties waarin doorverwijzen denkbaar / ooit gedaan is					
Een levensbedreigende aandoening ^c	12	2	22	9	35
Psychiatrische aandoening	66	4	56	43	55
Dementie	56	4	52	37	45
Stapelning van ouderdomsaandoeningen ^d	45	4	37	30	—
Voltooid leven ^d	58	5	44	38	—
Lijden aan het leven ^d	—	—	—	—	53

a Gewogen afgeronde percentages.

b Deze vraag is in 2022 alleen in de online versie van de vragenlijst gesteld. Bij de weging rekening mee gehouden.

c In 2016 'somatisch lijden'

d In 2022 is gevraagd naar de categorieën 'stapelning van ouderdomsaandoeningen' en 'voltooid leven', en in 2016 is gevraagd naar de categorie 'Lijden aan het leven'.

— Gegevens niet beschikbaar.

Artsen is ook gevraagd in hoeverre zij het eens waren met de stelling: 'Sinds de komst van het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levensindekliniek) ben ik eerder geneigd om euthanasieverzoeken te weigeren'. Zeven procent van alle artsen was het hiermee eens en 64% was het hiermee oneens.

In de interviews gaven artsen aan het vaakst door te verwijzen of dit denkbaar te vinden bij patiënten met psychiatrische aandoeningen en dementie, omdat zij op dat vlak kennis missen om een goed besluit te kunnen nemen over een euthanasieverzoek. Bij psychiatrische aandoeningen vinden veel artsen het bijvoorbeeld lastig om te bepalen of er nog een redelijke andere oplossing is en bij wilsonbekwame patiënten met dementie of deze nog steeds achter hun schriftelijke euthanasieverklaring staan. Sommige artsen vertelden dat dit patiënten zijn waarbij ze voor het bestaan van het Expertisecentrum Euthanasie zouden hebben aangegeven dat ze niet in aanmerking komen voor euthanasie:

"Ik vind niet dat ik voor een situatie die overduidelijk is het Expertisecentrum moet inschakelen. Ik vind, als ik denk dat het Expertisecentrum de euthanasie zou kunnen uitvoeren, dan moet ik

me altijd afvragen of ik dat zelf ook zou kunnen. Dus alle situaties waarin ik voorheen het Expertisecentrum niet nodig had en voor mezelf zei 'hier doe ik aan euthanasie', daarin doe ik het nu ook. Wat daar nu bij komt, is dat het Expertisecentrum voor hele complexe situaties in beeld komt. Mensen met een psychiatrische aandoening, mensen met een cognitieve stoornis, waar ik als specialist oudergeneeskunde zeg van: 'ik vind dit te complex worden.' Dan ga ik wel naar het Expertisecentrum. Dat zijn situaties waarvan ik vroeger gezegd zou hebben: 'die komen niet in aanmerking.'” (Specialist oudergeneeskunde)

Een aantal artsen roept in sommige situaties het Expertisecentrum Euthanasie ook in voor advies, bijvoorbeeld omdat zij expertise missen om een euthanasieverzoek goed te kunnen beoordelen.

Verscheidene artsen gaven in de interviews aan over het algemeen positieve ervaringen te hebben met het Expertisecentrum Euthanasie. Ze hebben de indruk dat het Expertisecentrum Euthanasie gedegen onderzoek doet en veel tijd neemt om meermaals met patiënten in gesprek te gaan. Minder positieve aspecten die genoemd werden waren de lange wachttijd, een te 'lage lat' om in aanmerking te kunnen komen voor euthanasie, en een gebrek aan terugkoppeling van het Expertisecentrum Euthanasie aan de arts nadat een patiënt was doorverwezen.

Een deel van de artsen heeft in het vragenlijstonderzoek vragen ingevuld over een specifieke patiënt bij wie de arts in de voorafgaande vijf jaar een verzoek om euthanasie had geweigerd. Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen over verzoeken van patiënten met dementie en een stapeling van ouderdomsaandoeningen was de online vragenlijst zo ingesteld dat artsen vragen kregen over het meest recente (al dan niet geweigerde) verzoek van een patiënt met dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, tenzij de arts geen ervaring had met een van deze twee aandoeningen. In het laatste geval kregen zij vragen over het meest recente (al dan niet geweigerde) verzoek van een patiënt met een andere aandoening. Van de artsen die in de voorafgaande vijf jaar een verzoek om euthanasie hadden geweigerd, hebben 27 artsen vragen ingevuld over een verzoek van een patiënt met dementie, 68 artsen vragen over een patiënt met een stapeling ouderdomsaandoeningen en 32 artsen vragen over een patiënt met een andere aandoening. Door de hierboven beschreven selectie is de verhouding tussen verschillende soorten situaties niet representatief voor Nederland. Dit neemt niet weg dat een vergelijking van kenmerken van patiënten die doorverwezen zijn naar het Expertisecentrum Euthanasie, doorverwezen zijn naar een andere arts of die niet zijn doorverwezen goed mogelijk is.

Van de beschreven patiënten was 57% doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie, 13% naar een andere arts en 30% was niet doorverwezen. Uit tabel 4.15 blijkt dat patiënten die waren doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie minder vaak jonger dan 65 jaar waren dan patiënten die waren doorverwezen naar een andere arts of niet waren doorverwezen (4% versus 36% en 20%). De meeste patiënten die naar het Expertisecentrum Euthanasie waren doorverwezen hadden een stapeling van ouderdomsaandoeningen (78%) of dementie (21%). Minder dan 10% van deze patiënten had kanker, een andere (levensbedreigende) lichamelijke aandoening, een psychiatrische aandoening of psychosociale of existentiële problemen. In vergelijking met verzoeken van patiënten die waren doorverwezen naar een andere arts of niet waren doorverwezen, kwamen verzoeken van patiënten die waren doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie vaker voort

uit een stapeling van ouderdomsaandoeningen (78% versus 43% en 48%) en minder vaak uit kanker (2% versus 43% en 10%). Van de patiënten die waren doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie had 88% een levensverwachting van een jaar of meer; dat was meer dan in de andere twee groepen (29% en 63%). Ten slotte is 52% van de patiënten die waren doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie uiteindelijk overleden door euthanasie; 4% had door bewust af te zien van eten en drinken het leven beëindigd.

Tabel 4.15 Kenmerken van patiënten die na afwijzing van hun verzoek doorverwezen zijn naar het Expertisecentrum Euthanasie, naar een andere arts of niet doorverwezen zijn^{a,b}

	Expertise- centrum Euthanasie	Andere arts	Niet door- verwezen	Totaal
	n=68	n=15	n=42	n=125
	%	%	%	%
Leeftijd				
Tot 65 jaar	4	36	20	13
65-79 jaar	29	14	20	24
80 jaar of ouder	67	50	60	63
Geslacht				
Man	35	53	30	36
Vrouw	65	47	70	64
Situatie(s) van toepassing op de patiënt^c				
Kanker	2	43	10	10
Andere (levensbedreigende) lichamelijke aandoening	7	21	10	10
Psychiatrische aandoening	7	7	7	7
Dementie	21	0	23	18
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	78	43	48	64
Psychosociale of existentiële problemen	3	0	7	4
Anders	2	0	10	4
Levensverwachting ten tijde van verzoek				
Minder dan een maand	2	7	13	6
Een tot zes maanden	0	36	13	9
Zes tot 12 maanden	11	29	10	13
Een jaar of meer	88	29	63	72
Patiënt overleden?				
Nee	26	8	37	27
Weet ik niet	2	0	17	6
Ja, natuurlijke dood	17	8	33	21
Ja, door euthanasie	52	77	7	41
Ja, door stoppen met eten en drinken	4	8	3	4
Ja, door inname van zelfverkregen dodelijke middelen	0	0	3	1
Ja, door (een andere vorm van) suïcide	0	0	0	0

a Gewogen afgeronde percentages.

b Gebaseerd op casusbeschrijving van meest recente afgewezen verzoek dat aan een deel van de artsen is gevraagd. Er is een overrepresentatie van casussen van patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en dementie, omdat hierop geselecteerd is.

c Een of meer antwoorden mogelijk.

4.6 Slot

Uit het artsenonderzoek komt naar voren dat de toename van het aantal verzoeken om euthanasie doorzet. Dit betreft een toename van zowel het aantal verzoeken te zijner tijd als het aantal uitdrukkelijke verzoeken op afzienbare termijn. Waarschijnlijk komt deze toename deels voort uit een toename van het aantal sterfgevallen in het algemeen (van 147 134 in 2015 naar 170 972 in 2021). Het grootste deel van de verzoeken komt nog steeds van patiënten met kanker of een andere levensbedreigende aandoening (70%), maar het aandeel uitdrukkelijke verzoeken van patiënten met dementie en stapeling van ouderdomsaandoeningen is gestegen, en vormde in 2022 22% van het totaal aantal uitdrukkelijke verzoeken. Deze laatste verzoeken leiden relatief weinig tot uitvoering, want ze vormen 9% van het totaal aantal uitgevoerde verzoeken. Negen van de 10 uitgevoerde verzoeken betroffen patiënten met kanker of een andere levensbedreigende aandoening. Uit de interviews blijkt dat een deel van de artsen moeilijkheden ervaart bij de besluitvorming over het al dan niet inwilligen van verzoeken om euthanasie van patiënten met dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen of een psychiatrische aandoening. Zo vinden zij bijvoorbeeld de uitzichtloosheid van het lijden lastig te beoordelen en voelen zij zich niet bekwaam om te bepalen of er redelijke andere oplossingen zijn.

De bereidheid om euthanasie uit te voeren bij patiënten met dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen is in vergelijking met eerdere jaren groter. De afgelopen jaren is er via rechtsspraak en herziene richtlijnen, zoals de zaak-Arends (zie par. 2.3.2) en de *Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (zie par. 2.2.3), meer duidelijkheid gekomen over euthanasie bij patiënten met deze aandoeningen. Het aandeel specialisten ouderengeneeskunde dat ervaring heeft met de uitvoering van euthanasie bij patiënten met dementie, of het denkbaar vindt dit in de toekomst te doen, is lager dan het aandeel bij andere specialismen, met name huisartsen. Mogelijk komen specialisten ouderengeneeskunde relatief vaak in aanraking met deze patiëntengroep en zijn zij zich meer bewust van de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie, of zien ze meer mogelijkheden om het lijden op een andere manier te beïnvloeden.

Een aanzienlijk deel van de artsen had in de vijf jaar voorafgaand aan het onderzoek wel eens druk ervaren bij de besluitvorming over en uitvoering van euthanasie: 25% had wel eens druk ervaren van patiënten en 33% van naasten om tot euthanasie te besluiten, en 41% had wel eens druk ervaren om de euthanasie zo snel mogelijk uit te voeren. Het aandeel artsen dat wel eens druk had ervaren is vergelijkbaar met het aandeel in 2016.

Aanzienlijk meer artsen hadden in 2022 wel eens een patiënt doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie: dit percentage steeg van 18% in 2016 naar 47% in 2022. Dit komt mogelijk doordat het Expertisecentrum Euthanasie de afgelopen jaren meer bekendheid heeft verkregen onder artsen, artsen meer vertrouwen hebben gekregen in het Expertisecentrum Euthanasie, en artsen vaker te maken krijgen met verzoeken om euthanasie van patiënten met dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

5

Melden van euthanasie en hulp bij zelfdoding

5.1 Inleiding

Voor het bereiken van een open en gecontroleerde praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding is het essentieel dat artsen gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding melden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aantallen gemelde gevallen per jaar en het meldingspercentage (par. 5.2). Dit gebeurt op basis van gegevens over gemelde gevallen van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) en het sterfgevallenonderzoek.²⁰⁵ Ook wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste kenmerken van gemelde gevallen en ontwikkelingen hierin door de jaren heen (jaarverslagen Rte's). In par. 5.3 laten we zien welke redenen artsen hebben om niet te melden en welke verschillen en overeenkomsten er zijn tussen gemelde en niet-gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek. In par. 5.4 wordt ingegaan op de ervaringen van artsen met het systeem van melding en toetsing, op grond van het vragenlijst- en interviewonderzoek onder artsen dat deel uitmaakte van deze wetsevaluatie.²⁰⁶

5.2 Aantallen gemelde gevallen en meldingspercentage

In figuur 5.1 wordt het aantal gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding sinds 1990 weergegeven. Daarnaast wordt het aantal gevallen dat in het sterfgevallenonderzoek (zie hoofdstuk 3) werd gevonden weergegeven, voor de jaren waarin dat onderzoek plaatsvond.²⁰⁷ Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding nam in de onderzoeksperiode van 2017 tot 2022 aanvankelijk af, maar steeg na 2018 weer. Uiteindelijk steeg het aantal meldingen van 6 585 in 2017 tot 8 720 in 2022. Dat is een stijging van 32,4% in een periode van vijf jaar. Uitgedrukt als percentage van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland is het beeld wat wisselend, zoals te zien is in figuur

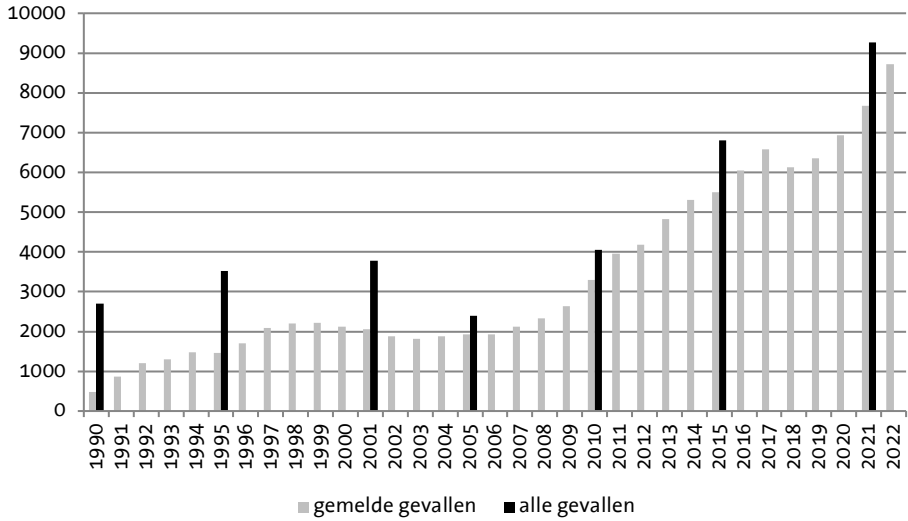
205 Het sterfgevallenonderzoek komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 3. Zie voor de onderzoeksopzet en de vragenlijst bijlage C en D.

206 Zie voor de opzet en de vragenlijst van het artsenonderzoek bijlage C en E.

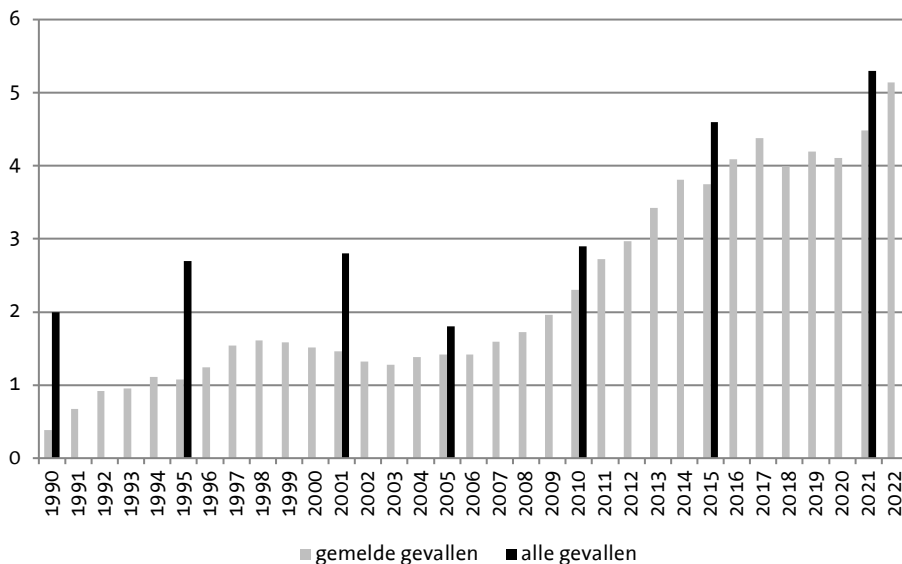
207 In het sterfgevallenonderzoek wordt een handelwijze van een arts als euthanasie of hulp bij zelfdoding geclassificeerd als de vragen 'Was het overlijden het gevolg van het gebruik van een middel dat door u of een andere arts werd voorgeschreven, verstrekt of toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen (of de patiënt in staat te stellen zelf het leven te beëindigen)?' en 'Is de beslissing over die laatstgenoemde handelwijze op grond van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt genomen?' beide met 'ja' werden beantwoord.

5.2: de jaarlijkse stijging tot 2017 van het aantal meldingen als percentage van alle sterfgevallen heeft zich in de huidige onderzoeksperiode aanvankelijk niet voortgezet, maar in de jaren 2021 (4,5%) en 2022 (5,1%) was wel weer sprake van een duidelijke stijging. De totale stijging in het relatieve aantal meldingen in de periode 2017-2022 was daarmee 17%.

Figuur 5.1 Aantal gemelde gevallen en totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, 1990-2022 (jaarverslagen Rte's + sterfgevallenonderzoeken)

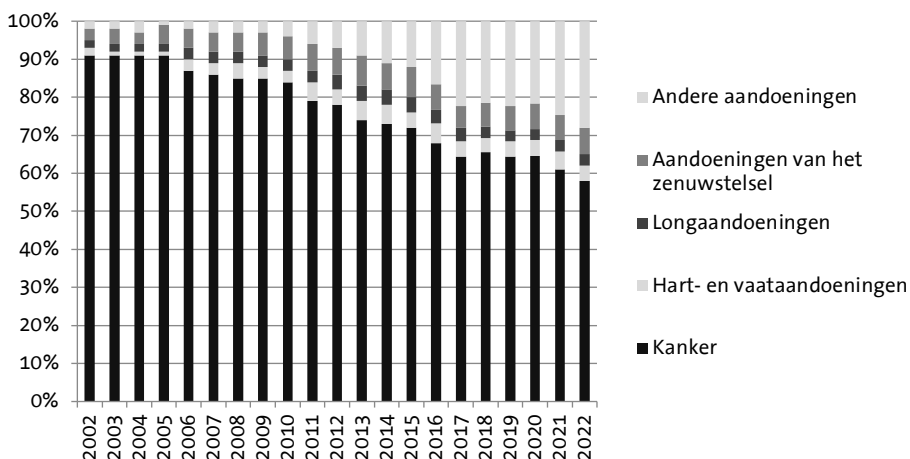


Figuur 5.2 Aantal gemelde gevallen en totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding als percentage van alle sterfgevallen in Nederland, 1990-2022 (jaarverslagen Rte's + sterfgevallenonderzoeken)



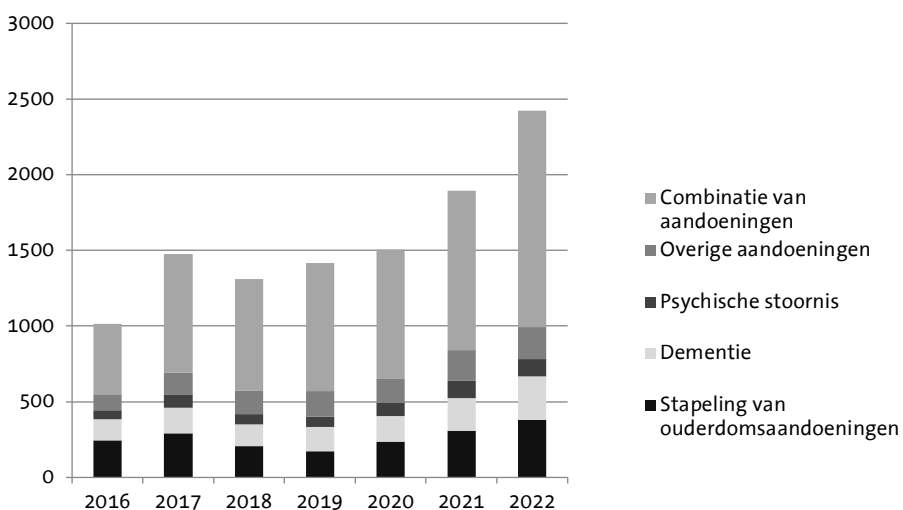
In figuur 5.3 is te zien dat de meerderheid van de gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding nog steeds personen met kanker betreft, maar dat het aandeel van die groep in de loop der jaren wel afneemt. In 2022 betrof het 5 046 personen (58% van het totaal aantal meldingen). Het aandeel van personen met een hart- of vaataandoening (in 2022: 359 personen, 4,1%), een longaandoening (in 2022: 277 personen, 3,2%) of een aandoening van het zenuwstelsel, zoals de ziekte van Parkinson, MS of ALS (in 2022: 615 personen, 7,0%) blijft ongeveer gelijk, terwijl het aandeel van personen met andere aandoeningen dan de hiervoor genoemde duidelijk is toegenomen (2022: 2 423 personen, 28%).

Figuur 5.3 Gemelde gevallen naar aard van de aandoening, 2002-2022 (jaarverslagen Rte's)



In figuur 5.4 wordt de onderverdeling van de categorie van personen met ‘andere aandoeningen’ getoond, in absolute aantallen. Het grootste deel betreft personen met een combinatie van aandoeningen. Het aantal gemelde gevallen dat personen met een psychische stoornis, dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen betreft, stijgt over meerdere jaren wel, maar blijft relatief klein. In 2022 betrof het 115 personen bij wie het lijden zijn grondslag vond in een psychische stoornis; 288 personen met dementie, van wie er zeven gevorderde dementie hadden; en 379 personen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Figuur 5.4 Onderverdeling van de categorie ‘andere aandoeningen’ bij gemelde gevallen 2016-2022 (absolute aantallen, jaarverslagen Rte's)



5.3 Melden en niet melden

In tabel 5.1 zijn op basis van gegevens uit de jaren waarin het sterfgevallenonderzoek plaatsvond de meldingspercentages voor die jaren berekend. Het in het sterfgevallenonderzoek geschatte aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2021 was 9 275 (zie par. 3.2.1). Aangezien er in dat jaar 7 666 meldingen waren, betekent dat een meldingspercentage van 83% voor dat jaar. Dat is vergelijkbaar met meldingspercentages uit eerdere onderzoeksjaren na de inwerkingtreding van de Wtl.

Tabel 5.1 Totaal aantal gevallen, aantal meldingen en meldingspercentage van euthanasie en hulp bij zelfdoding

	1990	1995	2001	2005	2010	2015	2021
Totaal aantal gevallen ^a	2 700	3 600	3 800	2 425	4 050	6 800	9 275
Aantal meldingen ^b	486	1 466	2 054	1 933	3 136	5 516	7 666
Meldingspercentage (95% BI) ^c	18 (16-23%)	41 (35-49%)	54 (50-67%)	80 (72-90%)	77 (72-92%)	81 (74-91%)	83 (72-94%)

a Bron: sterfgevallenonderzoeken.

b Bron: jaarverslagen Rte's.

c BI = betrouwbaarheidsinterval.

In het sterfgevallenonderzoek werd voor elk sterfgeval waarbij sprake was van een medische beslissing rond het levenseinde gevraagd of de arts het desbetreffende sterfgeval had gemeld bij een Rte. Als er volgens de in het onderzoek gehanteerde classificatie sprake was van euthanasie of hulp bij zelfdoding, beantwoorde 87% van de artsen deze vraag met 'ja'. Dit percentage is vergelijkbaar met het meldingspercentage zoals berekend op basis van het aantal meldingen bij de Rte's. In 22 gevallen werd de vraag over melding met 'nee' beantwoord: als reden voor niet-melden gaf de arts in 20 van de 22 gevallen aan dat hij of zij vond dat er geen sprake was van levensbeëindigend handelen en één keer gaf de arts aan dat de reden was dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan (in een geval was de vraag niet beantwoord). Het beeld dat hieruit naar voren komt is vergelijkbaar met dat in 2015.

In tabel 5.2 wordt nagegaan of een aantal kenmerken van de handelwijze van de arts samenhangt met de waarschijnlijkheid dat het handelen bij de Rte's wordt gemeld als levensbeëindiging op verzoek. De vergelijking tussen wel en niet gemelde handelwijzen dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, vanwege het kleine aantal (22) niet-gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek. De term die de arts kiest als meest passend bij zijn of haar handelwijze is duidelijk geassocieerd met wel en niet melden: alle 276 gevallen waarin artsen hun handelwijze kwalificeerden als 'euthanasie of hulp bij zelfdoding' werden gemeld, maar dat geldt voor slechts 4% van de 23 gevallen waarin de arts meende dat er sprake was van 'symptoombestrijding' of 'palliatieve of terminale sedatie'.

Daarnaast zijn ook de gebruikte middelen duidelijk gerelateerd aan melden. Van de 269 gevallen waarin spierverslappers en/of barbituraten werden gebruikt werd 99% gemeld; van de 19 gevallen

waarin morfine was gebruikt werd 19% gemeld. In slechts drie gevallen werden benzodiazepinen gebruikt en geen van die gevallen was gemeld.

Consultatie van een SCEN-arts werd in 100% van de 258 gevallen gevolgd door melding, consultatie van een andere arts vond slechts twee keer plaats en in beide gevallen was er niet gemeld. In negen gevallen gaf de arts in de vragenlijst aan dat er geen consultatie in het kader van de toetsingsprocedure had plaatsgevonden: in die situatie werd in 25% van de gevallen gemeld.²⁰⁸

De geschatte mate van levensverkorting is ook gerelateerd aan al dan niet melden: als die meer dan vier weken was werd altijd gemeld, bij een levensverkorting van een tot vier weken werd 96% gemeld en bij een levensverkorting van minder dan een week 57%.

De verschillen in handelwijze tussen wel en niet gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2021 zijn vergelijkbaar met het beeld dat in 2015 en 2010 werd aangetroffen.

²⁰⁸ Het is niet onwaarschijnlijk dat er in (een deel van) deze situaties wel een tweede arts was geraadpleegd, maar bijvoorbeeld voorafgaand aan het 'formeel' in gang zetten van het traject naar levensbeëindiging.

Tabel 5.2 Kenmerken van het handelen bij wel en niet gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding (sterfgevallenonderzoek)^a

	2021		2015		2010				
	Wel gemeld		Niet gemeld		Wel gemeld		Niet gemeld		
	n	%	%	n	%	%	n	%	
Meest passende term volgens arts									
Euthanasie of hulp bij zelfdoding	276	100	0	768	99	1	433	100	0
Levensbeëindiging	0	—	—	6	100	0	9	64	36
Symptoombestrijding, palliatieve of terminale sedatie	23	4	96	55	0	100	46	1	99
Gebruikte middelen									
Spierverslappers en barbituraten, alle combinaties	269	99	1	756	97	3	424	100	0
Morfine, alle combinaties excl. spierverslappers en barbituraten	19	9	91	41	0	100	33	0	100
Benzodiazepinen, excl. spierverslappers, barbituraten en morfine	3	0	100	7	0	100	7	0	100
Overig en onbekend	4	100	0	5	100	0	24	31	69
Consultatie in het kader van de toetsingsprocedure									
SCEN-arts ^b	258	100	0	753	99	1	440	97	3
Andere arts	2	0	100	139	77	23	11	5	95
Geen consultatie	9	25	75	33	7	93	37	7	93
Levensverkorting									
Meer dan vier weken	123	100	0	253	99	1	112	99	1
Een tot vier weken	107	96	4	317	92	8	208	95	5
Minder dan een week	70	57	43	257	58	42	166	55	45

a Gewogen afgeronde rijpercentages.

b SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland.

5.4 Ervaringen van artsen met melding en toetsing

In het vragenlijstonderzoek onder artsen dat deel uitmaakte van deze wetsevaluatie is aan artsen die in de voorafgaande vijf jaar een geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding hadden gemeld bij de Rte's gevraagd hoe zij de procedure rond melding en toetsing hadden ervaren (tabel 5.3). Van de artsen met deze ervaring gaf 69% aan dat zij de procedure als neutraal hadden ervaren, maar 20% vond het wel tijdrovend. Vijftien procent van de meldend artsen vond de procedure belastend. Weinig artsen vonden de procedure opluchtend, verhelderend of ondersteunend. Geen enkele deelnemer aan dit vragenlijstonderzoek had de procedure als incriminerend ervaren. Medisch specialisten lijken wat uitgesprokener in hun ervaringen dan huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, zowel in negatieve als in positieve zin, maar omdat het aantal medisch specialisten dat in dit onderzoek rapporteerde over hun ervaringen erg klein was moeten die bevindingen met voorzichtigheid worden

geïnterpreteerd. De ervaringen van artsen met melding en toetsing zijn niet duidelijk veranderd ten opzichte van 2016.

Tabel 5.3 Ervaringen van artsen met melding en toetsing^{a,b}

	Huisartsen n=91 %	Medisch specialisten n=15 %	Specialisten ouderen- geneeskunde n=24 %	Totaal 2022 n=131 %	Totaal 2016 n=359 %
Hoe heeft u de gehele procedure rond deze melding in het algemeen ervaren?^c					
Neutraal	76	34	70	69	77
Tijdrovend	16	39	22	20	10
Belastend	13	26	22	15	5
Opluchtend	6	11	9	7	8
Ondersteunend	5	20	4	7	13
Verhelderend	4	3	0	3	2
Inbreuk op privacy	1	5	0	2	1
Incriminerend	0	0	0	0	1
Hoe heeft u de rol van de gemeentelijk lijkschouwer ervaren?^c					
Als hulp bij de juridische afhandeling	63	66	61	63	63
Als controle van mijn handelen	47	21	26	42	38
Als belangrijk voor de afronding van de levensbeëindiging	28	29	44	29	33
Als inbreuk op de intimiteit van het overlijden van deze patiënt	4	0	0	3	4
Wat vond u van de brief met het oordeel van de toetsingscommissie?^c					
Goed	49	50	57	50	59
Standaardtekst	45	39	22	43	38
Zakelijk	15	24	22	17	14
Informatief	13	8	22	13	14
Weinig invoelend	2	0	4	2	0
Onduidelijk	0	0	0	0	0

a Gewogen afgeronde percentages.

b Alleen aan artsen gevraagd die in de voorafgaande vijf jaar een euthanasieverzoek hadden ingewilligd.

c Meer dan een antwoord mogelijk.

In het interviewonderzoek dat in vervolg op het vragenlijstonderzoek werd uitgevoerd onder 15 artsen met verschillende specialismen gaven alle deelnemers aan het systeem van melding en toetsing nuttig te vinden, voor zichzelf en ten behoeve van het maatschappelijke vertrouwen:

“Ik vind het een gedegen, doordacht en zorgvuldig systeem. Met een soort toetsing van tevoren door de onafhankelijke arts. En een formele toetsing achteraf door de toetsingscommissie. Ja, ik vind het een mooi, zorgvuldig systeem.” (Huisarts)

“Ja, je moet daar echt mee bezig zijn, je moet noteren, je moet er over nadenken. Je wordt echt gedwongen een protocol te volgen. En ik denk dat dat heel veilig en goed is.” (Huisarts)

Melding is voor artsen dan ook een vanzelfsprekendheid. Een specialist ouderengeneeskunde zei daarover:

“Hoe vaak heb ik de afgelopen vijf jaar euthanasie gedaan? Een keer of 10 denk ik. Ik zal nooit euthanasie doen en dat niet melden. Ik vind melding gewoon onderdeel van de euthanasiewetgeving.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Enkele artsen waren kritisch ten aanzien van het systeem van toetsing:

“Er wordt op geen enkele manier getoetst op de inhoud. En dat kan ook niet, want er is niemand die bij de intimiteit van die gesprekken kan zijn, van die begeleiding [...]. Er wordt alleen maar op de vorm getoetst.” (Huisarts)

“Dat ik denk ja, het is ook een beetje op de blauwe ogen toetsen. Als ik niks opschrijf dan bestaat het niet. Dus als ik het zo opschrijf dat ik aan de zorgvuldigheidseisen voldoe, voldoet het. Dus dit is natuurlijk een hele papieren exercitie. [...] Het belangrijkste vind ik de SCEN-arts. Die vind ik eigenlijk nog belangrijker dan wat een toetsingscommissie vindt op basis van de papieren die ik dan invul.” (Specialist ouderengeneeskunde)

En een andere specialist ouderengeneeskunde zei, refererend aan de zaak-Arends.²⁰⁹

“Het moet natuurlijk getoetst worden. Maar we moeten ons ook realiseren, we zijn dokters [...] volgens mij doen we alles omdat we iemand willen helpen. En iemand kan daarin iets fout doen of iets over het hoofd hebben gezien of iets niet handig hebben aangepakt, maar dat betekent niet dat je iemand helemaal kapot moet maken. Want dan ga je mensen tegenhouden, om mensen op deze manier te helpen.”

De rol van de gemeentelijk lijkschouwer in de procedure van melding werd in het vragenlijstonderzoek door 63% van de artsen als ‘hulp bij de juridische afhandeling’ gekwalificeerd en door 42% als ‘controle van mijn handelen’ (zie tabel 5.3). Negenentwintig procent vond de rol van de gemeentelijk lijkschouwer ‘belangrijk voor de afronding van de levensbeëindiging’. Zelden werd

209 Zie voor een uitvoerige bespreking van deze zaak hoofdstuk 2, par. 2.3.2.

aangegeven dat het bezoek van de lijkshouwer een ‘inbreuk op de intimiteit van het overlijden van de patiënt’ had gevormd. In de interviews gaven enkele artsen aan het vervelend te vinden als de handelingen van de gemeentelijk lijkshouwer ter plaatse van de levensbeëindiging veel tijd in beslag nemen.

De kennis van de geïnterviewde artsen van de verschillende rollen van de gemeentelijk lijkshouwer, het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) wisselde:

“Dat zijn een soort van instanties die op de achtergrond betrokken zijn [...]. Het is niet dat ik denk dat het een soort boze mannen of vrouwen zijn, [...] maar het zou best interessant zijn om eens te zien wat zij nou precies doen als zij zo’n verslag binnenkrijgen, hoe ze dat behandelen. Ik durf niet te zeggen hoe dat dan gaat.” (Huisarts)

“Ja natuurlijk weet ik dat. De toetsingscommissie bepaalt in eerste instantie of er zorgvuldig of niet zorgvuldig gehandeld is. En bij niet zorgvuldig handelen wordt het eerst uitgebreid besproken door de voorzitters van de verschillende toetsingscommissies van Nederland. En pas daarna wordt er melding gemaakt bij de inspectie en bij justitie.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Het oordeel van artsen over de brief waarmee zij door de Rte werden geïnformeerd over de beoordeling van het levensbeëindigend handelen was neutraal tot positief (zie tabel 5.3). Vijftig procent van de artsen vond de brief ‘goed’, 43% vond het een ‘standaardtekst’, 17% had de brief als ‘zakelijk’ ervaren en 13% vond hem ‘informatief’. De brief werd zelden als ‘weinig invoelend’ ervaren en geen enkele arts vond hem ‘onduidelijk’.

Uit de interviews bleek dat artsen vaak wel enige spanning ervaren in afwachting van het oordeel van de Rte, maar dat zij toch ook vertrouwen op hun eigen beoordeling en besluitvormingsproces:

“Ik vind het niet spannend, want eigenlijk is het spannender van tevoren. Het is wel... Het geeft wel een goed gevoel dat er nog zorgvuldig naar wordt gekeken en dat het op die manier wordt afgesloten.” (Huisarts)

“Je voelt je schuldig eigenlijk, dat je een soort van moord hebt gepleegd, en het is toch wel dat schuldgevoel dat op je schouders drukt totdat die brief er is. Ik denk dat er meer van ons zijn die dat hebben, dat je een tijdje een beetje slapeloze nachten hebt.” (Medisch specialist)

“Ik weet zo van mezelf dat ik alles goed heb gedaan dat ik daar nooit bang over ben geweest. Ik heb wel een keer een vraag vergeten in te vullen en [...] dan krijg je opeens een andere soort brief terug. Toen schrok ik wel, ja. [...] Die vraag ben ik daarna nooit meer vergeten.” (Huisarts)

5.5 Slot

Een belangrijke bevinding in dit hoofdstuk is dat het aantal meldingen van euthanasie in de onderzoeksperiode is gestegen van 6 585 in 2017 tot 8 720 in 2022. In 2017 betrof het 4,4% van alle

sterfgevallen in dat jaar en in 2022 was dat 5,1%. De meerderheid van de meldingen betrof evenals voorheen patiënten met kanker, maar het aandeel van patiënten met andere aandoeningen nam wel toe. Het aantal gemelde gevallen dat personen met een psychische stoornis, dementie of een stapeling van ouderdomsaandoeningen betreft, steeg ook, maar bleef relatief klein. Het meldingspercentage in 2021 wordt geschat op 83% en is daarmee vergelijkbaar met het meldingspercentage in 2015. Niet melden betrof vrijwel uitsluitend handelwijzen die door de arts zelf niet als euthanasie of hulp bij zelfdoding werden gekwalificeerd, maar als symptoombestrijding of palliatieve/terminale sedatie. Er werden dan ook andere middelen dan spierverslappers of barbituraten gebruikt, zoals morfine en/of benzodiazepinen, en de geschatte mate van levensbekorting is in deze situatie doorgaans beperkt tot minder dan een week. Van de gevallen waarin wel spierverslappers of barbituraten werden gebruikt werd 99% gemeld. Artsen blijken doorgaans neutraal tot positief te staan tegenover het systeem van melding en toetsing van levensbeëindiging op verzoek. De procedure is volgens sommigen tijdrovend en/of belastend, maar werd niet als incriminerend ervaren.

6

De praktijk van toetsing

6.1 Inleiding

De Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) hebben de wettelijke taak om meldingen van artsen van een door hen uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding te toetsen aan de in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) geformuleerde zorgvuldigheidseisen.

In dit hoofdstuk wordt besproken in hoeverre de huidige structuur, organisatie en uitvoering van de toetsing leiden tot een coherente, uniforme, doelmatige, transparante en haalbare toetsingspraktijk. Daartoe wordt nagegaan welke procedurele en organisatorische veranderingen de Rte's hebben doorgevoerd na de derde wetsevaluatie, dat wil zeggen in de periode 2017-2022, mede met het oog op de in die evaluatie geconstateerde knelpunten en daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Ook wordt beschreven welke ontwikkelingen zich sinds de vorige wetsevaluatie hebben voorgedaan wat betreft de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's, in het bijzonder met betrekking tot meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij mensen met dementie, mensen met een psychische stoornis en mensen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De kenmerken van meldingen die als 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' worden beoordeeld en het beloop van het beoordelingsproces in deze zaken worden besproken. Tot slot worden de opvattingen van de Rte-leden over de huidige toetsingspraktijk onderzocht.

Voor dit deelonderzoek is een analyse uitgevoerd van de jaarverslagen die de Rte's in de onderzoeksperiode hebben uitgebracht, met bijzondere aandacht voor procedurele en organisatorische veranderingen. Ook werd een schema gemaakt waarin de huidige werkwijze van de Rte's is weergegeven. Daarnaast is een steekproef van meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij personen met bijzondere problematiek (dementie, psychische stoornis of een stapeling ouderdomsaandoeningen²¹⁰) geanalyseerd. De interpretatie van de zorgvuldigheidseisen die in deze groepen volgens de toetsingscommissies "extra" of "grote" behoedzaamheid vereisen stond daarbij

210 In de EuthanasieCode 2022 wordt door de Rte's niet meer gesproken over patiënten met psychiatrische aandoeningen, maar over patiënten met psychische stoornissen.

centraal.²¹¹ Vervolgens wordt verslag gedaan van een analyse van alle oordelen ‘niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen’ in de onderzoeksperiode. Ervaringen met en opvattingen over het toetsingsstelsel van Rte-leden werden in kaart gebracht door middel van een vragenlijstonderzoek.

6.2 De werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie

6.2.1 Organisatie

Voor elk van de vijf Rte's zijn drie juristen, drie artsen en drie ethici werkzaam, die ter beoordeling van meldingen in wisselende samenstelling met telkens één jurist, tevens voorzitter, één arts, en één ethicus in een vergadering bijeen komen. De coördinerend voorzitter van de Rte's, tevens voorzitter van een van de vijf commissies, zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor, waarbij ook steeds een vertegenwoordiger van de artsen en de ethici aanwezig is. De commissies worden ondersteund door een (sinds 2021) landelijk georganiseerd secretariaat met ongeveer 25 medewerkers, waaronder een algemeen secretaris (jurist), secretarissen (juristen) voor elke commissie en administratief medewerkers (procesondersteuners).²¹² De secretarissen van de commissies hebben een raadgevende stem in de commissievergadering. Commissieleden worden voor vier jaar benoemd door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) en Justitie & Veiligheid (J&V). Ze kunnen eenmaal worden herbenoemd.

Met het publiceren van jaarverslagen geven de Rte's invulling aan de opdracht verantwoording af te leggen *“aan samenleving en politiek over de wijze waarop zij inhoud [hebben] gegeven aan [hun] wettelijke taak.”*²¹³ In de jaarverslagen wordt ook weergegeven welke procedurele en organisatorische veranderingen er in het betreffende jaar hebben plaatsgevonden.

In het Jaarverslag 2016 staat dat er vanwege het groeiende aantal meldingen een werkgroep is ingesteld om *“de organisatie van de RTE en de toekomstbestendigheid ervan tegen het licht te houden”*, waarna er onder andere voorstellen uitgewerkt zijn voor het optimaliseren van het toetsingsproces en het verbeteren van interne overlegstructuren.²¹⁴ Ook werd in 2016 een vernieuwde website in gebruik genomen met een nieuw zoekstelsel om de door de Rte's voor publicatie geselecteerde geanonimiseerde oordelen beter vindbaar en toegankelijk te maken.²¹⁵

In het Jaarverslag 2018 staan veranderingen aangekondigd die *“de kwetsbaarheid van de (te) kleine gedecentraliseerde eenheden verminderen en de lopende professionalisering van het secretariaat van de RTE bevorderen.”*²¹⁶ De bestuursraad van VWS besloot tot een reorganisatie door het secretariaat, dat voorheen op drie locaties gevestigd was – Groningen, Arnhem en Den Haag –, integraal in Utrecht te

211 In de EuthanasieCode 2022 wordt door de Rte's niet meer gesproken over “extra” behoedzaamheid, maar over “grote” behoedzaamheid. Wij gebruiken in dit hoofdstuk beide termen.

212 Jaarverslag Rte's 2021, p.24.

213 Jaarverslag Rte's 2021, p.7.

214 Jaarverslag Rte's 2016, p.21.

215 Zie: www.euthanasiecommissie.nl.

216 Jaarverslag Rte's 2018, p.26.

vestigen.²¹⁷ Per maart 2021 is deze verhuizing gerealiseerd.²¹⁸ Commissievergaderingen vinden vanaf dat moment eveneens allemaal in Utrecht plaats.

6.2.2 Algemene werkwijze

De werkwijze van de toetsingscommissies is in detail weergegeven in figuur 6.1. Sinds 2012 maken de toetsingscommissies na binnenkomst van een melding onderscheid tussen vragen oproepende (VO) en niet vragen oproepende (NVO) meldingen. Deze eerste selectie wordt door de secretaris van de commissie, een jurist, uitgevoerd. Wanneer de secretaris de inschatting maakt dat de melding geen vragen oproept, wordt de melding als NVO gekwalificeerd. De beoordeling door de leden van de betreffende toetsingscommissie vindt dan digitaal plaats.

Wanneer een commissielid van mening is dat een door de secretaris als NVO gekwalificeerde melding toch vragen oproept wordt de betreffende melding alsnog als VO gekwalificeerd. In 2022 gebeurde dat bij 40 meldingen (0,5%). Meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij mensen met gevorderde dementie, een psychische stoornis, of bij minderjarigen worden per definitie als VO aangemerkt. De categorie van meldingen van personen met beginnende dementie waarbij geen enkele twijfel is over de wilsbekwaamheid ter zake van de patiënt is sinds medio 2019 niet meer VO, maar NVO.

Het aandeel NVO en VO meldingen in de periode 2017-2022 is weergegeven in tabel 6.1. Daarin is ook de gemiddelde doorlooptijd van meldingen vermeld, dat wil zeggen de tijd tussen binnenkomst van de melding bij de Rte's en het versturen van het oordeel. De wettelijk vastgestelde termijn voor deze doorlooptijd is maximaal zes weken. Deze termijn kan eenmaal met ten hoogste zes weken worden verlengd (art. 9 lid 3 Wtl).

Tabel 6.1 Niet vragen oproepende meldingen (NVO), vragen oproepende meldingen (VO) en de gemiddelde doorlooptijd in de periode 2017-2022^a

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Niet vragen oproepende meldingen	80%	85%	90,1%	95,5%	94,6%	95,9%
Vragen oproepende meldingen	20%	15%	9,9%	4,5%	5,4%	4,1%
Gemiddelde doorlooptijd (dagen)	52	37	29	29	32	34

a Bron: Jaarverslagen Rte's 2017 - 2022

Niet vragen oproepende meldingen

Het aandeel NVO meldingen is in de onderzoeksperiode toegenomen van 80% tot bijna 96%. De doorlooptijd van meldingen nam af van gemiddeld 52 dagen in 2017 tot gemiddeld 34 dagen in 2022.

217 Jaarverslag Rte's 2018, p.26.

218 Jaarverslag Rte's 2021, p.24.

Oorzaken van deze kortere doorlooptijd zijn *“een efficiëntere toedeling van meldingen aan commissieleden en wijziging in de administratieve verwerking daarvan.”*²¹⁹

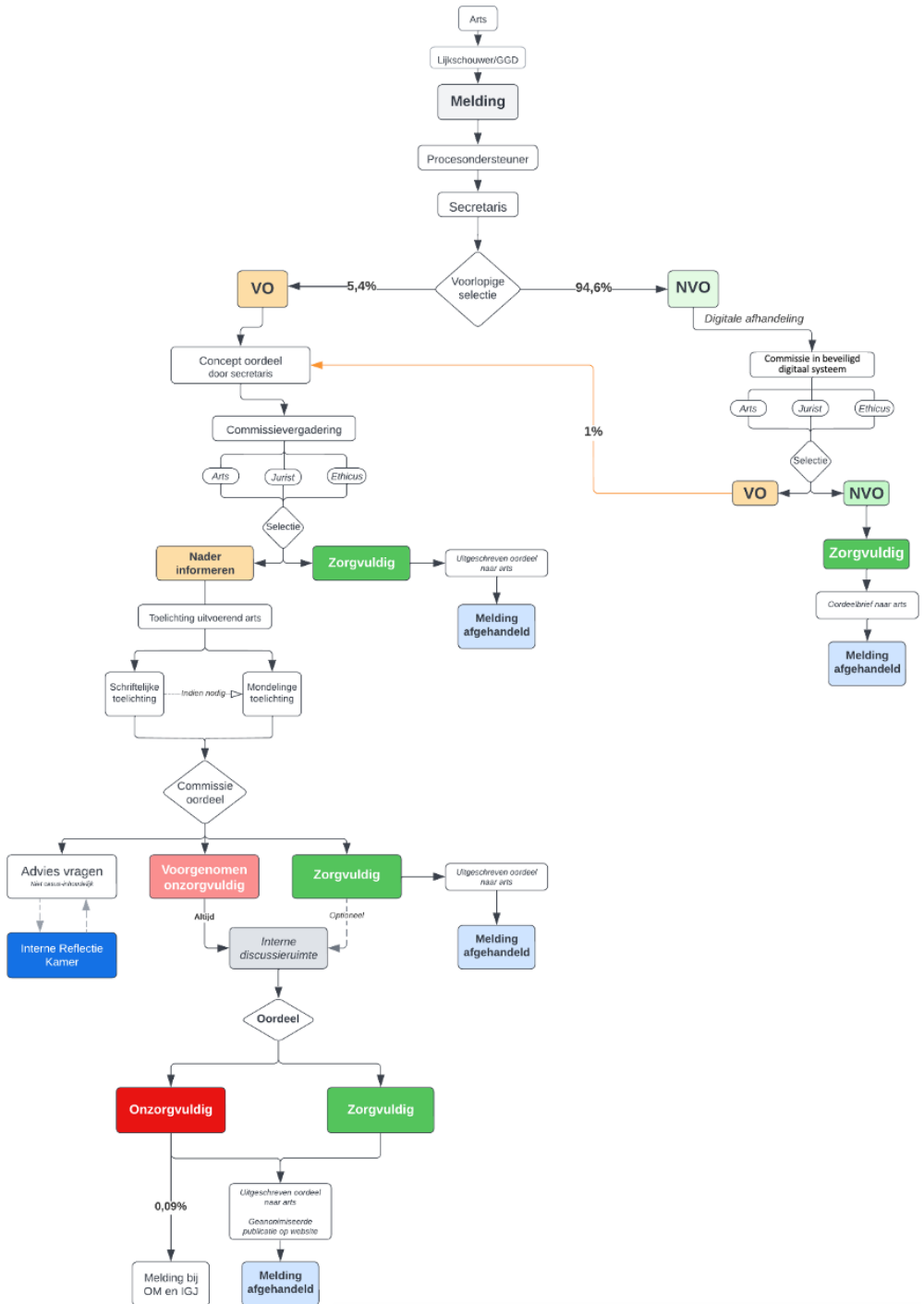
Zo werden de oordelen over NVO meldingen voorheen uitgeschreven, maar is sinds medio 2018 een nieuwe werkwijze geïntroduceerd: de verkorte oordeelbrief. In de verkorte oordeelbrief wordt aangegeven dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan zonder in te gaan op de details van de melding. In eerste instantie werd deze verkorte oordeelbrief alleen gebruikt bij NVO meldingen waarbij kanker, ALS, COPD, hartfalen of een combinatie van twee of meer van die aandoeningen aan het lijden van de patiënt ten grondslag lag. In 2020 is besloten om de arts bij alle NVO meldingen op deze manier te berichten.²²⁰ Het template van de verkorte oordeelbrief is opgenomen als bijlage H.

De *“efficiëntere toedeling”* betreft een wijziging in de manier waarop de te beoordelen meldingen door de procesondersteuners worden toegewezen aan de Rte-leden. Sinds enkele jaren gebeurt het verdelen van de werkvoorraad niet meer per regio, maar aan de hand van de beschikbaarheid van alle Rte-leden uit alle regio's. Daardoor kan een beoordelende commissie bestaan uit leden die zijn aangesloten bij verschillende regio's en wordt er in zekere zin 'regio-overstijgend' gewerkt.

²¹⁹ Jaarverslag Rte's 2018, p.23.

²²⁰ Jaarverslag Rte's 2020, p.20.

Figuur 6.1 Werkwijze Rte's²²¹



221 Genoemde cijfers en percentages zijn afkomstig uit Jaarverslag Rte's 2021.

Vragen oproepende meldingen

VO meldingen worden door de beoordelende commissie besproken in een fysieke vergadering en het oordeel over VO meldingen wordt in detail uitgeschreven. Een van de aanbevelingen van de derde evaluatie van de Wtl was verbetering en verheldering van de formulering van oordelen over VO meldingen. De Rte's hebben hun oordelen met ingang van november 2019 aangepast. De beoordelende toetsingscommissie maakt sindsdien bij VO meldingen *“meer dan voorheen inzichtelijk welk aspect van de melding vragen oproep en welke overwegingen haar heeft doen besluiten over dat aspect tot het oordeel ‘voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ dan wel ‘niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen’ te komen”*.²²² Later wordt daar aan toegevoegd: *“De commissie beperkt zich daarbij tot het aspect dat vragen oproep.”*²²³

In de voor dit onderzoek bestudeerde meldingen (par. 6.3) is deze wijziging zichtbaar: de oordelen worden vanaf eind 2019 uitgeschreven volgens een ander (nieuw) format, waarbij de overwegingen van de toetsingscommissie worden weergegeven aan de hand van de zorgvuldigheidseisen die in deze specifieke melding aandacht vereisten of vragen oproepen. Zo werden bij alle in dit onderzoek bestudeerde meldingen uit bijzondere categorieën de overwegingen betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek beschreven in het uitgeschreven oordeel dan wel (beknopt) in de interne communicatie van de Rte's. Bij de categorie psychische stoornissen werden daarnaast de overwegingen betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van redelijke andere oplossingen beschreven. Bij de categorie gevorderde dementie werden overwegingen betreffende alle zorgvuldigheidseisen beschreven.

VO meldingen die als bijzonder complex worden gezien en waarbij de beoordelende commissie behoefte heeft aan intern debat, worden op het intranet, dat toegankelijk is voor alle Rte-leden, geplaatst. Zo kunnen de leden van alle Rte's meedenken en reageren. Het betreft daarbij bijvoorbeeld zaken waarin euthanasie is toegepast bij een wilsonbekwame patiënt op basis van diens schriftelijke wilsverklaring en zaken waarin een commissie meent dat een meldend arts niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Alle leden en secretarissen kunnen reageren op de in die discussieruimte geplaatste voorgenomen oordelen. Zij worden met een mailbericht geattendeerd op een nieuw geplaatst voorgenomen oordeel. Verder is er per 2017 een rooster van leden die in een bepaalde periode worden geacht te reageren op alle in de discussieruimte geplaatste oordelen. Zo wordt een hoge respons op de in de discussieruimte geplaatste voorgenomen oordelen gewaarborgd.

Jaarlijks worden gemiddeld zo'n 20 zaken op deze manier op het intranet bediscussieerd. De laatste jaren is sprake van een stijgende lijn: in 2021 zijn 30 meldingen en in 2022 zijn 34 meldingen op deze wijze bediscussieerd.

222 Jaarverslag Rte's 2019, p.21.

223 Jaarverslag Rte's 2022.

6.2.3 Reflectiekamer

In 2016 besloten de Rte's om een interne reflectiekamer in te stellen met onder meer als doel de onderlinge afstemming en harmonisatie tussen de toetsingscommissies te bevorderen. De reflectiekamer – bestaande uit twee juristen, twee artsen, twee ethici en een secretaris – is in de loop van 2017 actief geworden. De commissies kunnen de reflectiekamer raadplegen in het geval van een “complex vraagstuk” dat een individuele melding overstijgt.²²⁴ In de onderzoeksperiode 2017-2022 is dat in totaal vijf keer gebeurd. Na een evaluatie van de reflectiekamer onder de commissieleden werd geconcludeerd dat deze haar bestaansrecht heeft bewezen. Zo heeft de reflectiekamer in 2020 advies uitgebracht “over de gevolgen van de in april 2020 gewezen arresten van de Hoge Raad voor de toetsingspraktijk. Naar aanleiding van dat advies is de EuthanasieCode 2018 herzien.”²²⁵ Inmiddels is de EuthanasieCode opnieuw geactualiseerd. Deze geactualiseerde EuthanasieCode is in juli 2022 gepubliceerd.²²⁶

6.3 Beoordeling van de zorgvuldigheidseisen bij meldingen in bijzondere categorieën

In de onderzoeksperiode 2017-2022 zijn er in totaal 42 396 meldingen binnengekomen bij de toetsingscommissies. Daarvan behoorden er 3 287 (7,8%) tot ‘bijzondere’ categorieën van meldingen waaraan in de jaarverslagen van de Rte's en in de achtereenvolgende EuthanasieCodes steeds specifiek aandacht wordt besteed en waarbij op een aantal punten extra behoedzaamheid van de arts is vereist. Het gaat om meldingen met betrekking tot personen met beginnende of gevorderde dementie (beginnende dementie: 1 143 meldingen (2,7%), en gevorderde dementie 21 meldingen (0,05%)), een psychische stoornis (536 meldingen (1,3%)) of een stapeling van ouderdomsaandoeningen (1 591 meldingen (3,8%)). Om na te gaan hoe de Rte's de zorgvuldigheidseisen interpreteren bij deze bijzondere categorieën is een analyse uitgevoerd van steekproeven van meldingen uit de periode 2017-2021.²²⁷ Voor de categorieën beginnende dementie, psychische stoornissen en stapeling van ouderdomsaandoeningen werd een steekproef van 20 meldingen verspreid over de onderzoeksperiode en toetsingscommissies bestudeerd; voor de categorie gevorderde dementie werden alle 15 meldingen uit de onderzoeksperiode bekeken. Zowel de oordelen over deze zaken als, waar van toepassing, de interne communicatie van de Rte's die daaraan vooraf ging werden geanalyseerd. Deze interne communicatie betreft eventuele vragen en opmerkingen van Rte-leden en onderlinge discussies over individuele meldingen in het beveiligde digitale systeem van de Rte's. Kenmerken van de meldingen in de steekproeven zijn weergegeven in tabel 6.2.

224 Jaarverslag Rte's 2021, p.22.

225 Jaarverslag Rte's 2020, p.26.

226 EuthanasieCode 2022.

227 Deze periode is uit praktische overwegingen gekozen: de onderzoekers voerden de dataverzameling en analyse in 2022 uit.

Tabel 6.2 Kenmerken van geanalyseerde meldingen uit bijzondere categorieën

		Beginnende dementie	Gevorderde dementie	Psychische stoornis(sen)	Stapelings van ouderdomsaandoeningen
		n=20	n=15	n=20	n=20
		n	n	n	n
Type melding	Niet vragen oproepend (NVO)	6	0	0	15
	Vragen oproepend (VO)	14	15	20	5
Oordeel	Zorgvuldig	20	14	20	20
	Onzorgvuldig	0	1	0	0
Afhandeling oordeel	Verkorte oordeelbrief	6	0	0	8
	Uitgeschreven oordeel	14	15	20	12
Uitvoering	Euthanasie	16	14	14	20
	Hulp bij zelfdoding	4	1	4	0
	Combinatie	0	0	2	0
Geslacht patiënt	Man	9	6	3	5
	Vrouw	11	9	17	15
Leeftijd patiënt	< 60	1	0	13	0
	60-80	9	9	5	0
	> 80	10	6	2	20
Functie arts	Huisarts	8	8	4	11
	Psychiater	0	0	11	0
	Specialist ouderengeneeskunde	3	4	3	4
	Medisch specialist	1	0	0	0
	Anders ^a	8	3	2	5
Verbonden aan Expertise-centrum Euthanasie	Ja	12	11	14	8
	Nee	8	4	6	12

a Meestal betreft dit artsen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie.

6.3.1 Patiënten met dementie

Bij meldingen van personen voor wie dementie de grondslag was van het lijden dat aanleiding was voor het verzoek om levensbeëindiging wordt door de toetsingscommissies onderscheid gemaakt in beginnende dementie en gevorderde dementie. Bij beginnende dementie is de patiënt nog wilsbekwaam ter zake van het verzoek en bij gevorderde dementie is de patiënt niet meer wilsbekwaam ter zake van het verzoek. In het laatste geval is levensbeëindiging op verzoek alleen mogelijk indien er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is die de patiënt heeft opgesteld toen hij nog wel wilsbekwaam ter zake was. Deze wilsverklaring kan dan de plaats innemen van het

mondelinge verzoek om levensbeëindiging (zie hierover ook par. 2.3.2). Art. 2 lid 2 Wtl bepaalt dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring de overige zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Dat betekent dat de zorgvuldigheidseisen *“zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn.”*²²⁸

De EuthanasieCode 2018/2020 schrijft voor dat er bij patiënten met dementie extra behoedzaamheid is vereist ten aanzien van het vrijwillig en weloverwogen verzoek (waaronder ook de wilsbekwaamheid valt) en het ondraaglijk lijden. In de EuthanasieCode wordt geen bijzondere aandacht besteed aan de uitzichtloosheid van het lijden. De arts moet zich er van vergewissen dat de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek om levensbeëindiging. De patiënt moet op begrijpelijke wijze communiceren over het verzoek, relevante informatie over zijn situatie begrijpen, ziekte-inzicht hebben en duidelijk weten te maken waarom hij euthanasie wil.²²⁹ Als de patiënt niet meer goed kan communiceren maar nog wel andere (non)verbale signalen kan geven die op een doodswens wijzen, kan de arts er alsnog van overtuigd raken dat er een consistente doodswens aanwezig is. Anderzijds moet de arts ook rekening houden met de aanwezigheid van eventuele contra-indicaties *“zoals blijkend uit verbale uitingen en gedragingen van de patiënt”* die erop kunnen wijzen dat de patiënt geen doodswens meer heeft en niet meer achter het euthanasieverzoek staat.²³⁰ Er wordt in de EuthanasieCode een onderscheid gemaakt tussen contra-indicaties uit de periode waarin de patiënt (nog) wel en niet (meer) wilsbekwaam is. In het laatste geval kunnen contra-indicaties *“niet meer worden opgevat als de intrekking of aanpassing van de schriftelijke wilsverklaring. Ze kunnen wel worden opgevat als een indicatie die, in samenhang met het hele ziektebeeld en gedrag van de patiënt, relevant is voor de beoordeling van de actuele lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt. Deze beoordeling is tevens relevant in verband met de hierna aan de orde komende beantwoording van de vraag of er sprake is van ondraaglijk lijden van de patiënt.”*²³¹ Het kan zijn dat een patiënt nog wel wilsbekwaam is ter zake van zijn verzoek maar niet meer ten aanzien van andere beslissingen.²³² Als de patiënt zijn wil ter zake van het verzoek niet meer kan uiten zal dit *“doorgaans aanleiding geven om een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ter zake te raadplegen.”*²³³

Zoals in par. 6.2.2 al werd besproken, werden meldingen van euthanasie bij personen met dementie tot 2019 per definitie als VO gekwalificeerd en afgehandeld met een uitgeschreven oordeel. Daarna wordt een melding met betrekking tot beginnende dementie waarbij geen twijfel bestaat over de wilsbekwaamheid van patiënt en verder ook aan alle zorgvuldigheidseisen lijkt te zijn voldaan als

228 Toelichting op het amendement dat leidde tot de opnemings in art. 2 lid 2 Wtl van de zinsnede over de “overeenkomstige toepassing” (Kamerstukken II, 26691, nr. 35). Zie nader H2, par. 2.3.2.

229 EuthanasieCode 2018/2020, p.19.

230 EuthanasieCode 2018/2020, p.40. In de EuthanasieCode 2022 is nog toegevoegd dat de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt “zodanig kan zijn dat de arts tot de conclusie moet komen dat de door de patiënt in zijn wilsverklaring voorziene situatie, waarin hij zijn leven beëindigd wil zien, zich niet voordoet. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer duidelijke verbale uitingen of consequent gedrag van de patiënt niet met de strekking van het verzoek overeenstemmen.”, p.42.

231 EuthanasieCode 2018/2020, p.40.

232 EuthanasieCode 2018/2020, p.19.

233 EuthanasieCode 2018/2020, p.41, p.47.

NVO beschouwd. Sinds 2020 worden deze meldingen afgedaan met een verkorte oordeelbrief aan de arts. Meldingen met betrekking tot gevorderde dementie worden nog wel altijd als VO gekwalificeerd en afgedaan met een uitgeschreven oordeel.

6.3.1.1 Beginnende dementie

In de steekproef van 20 meldingen met betrekking tot beginnende dementie werden er 14 als VO gekwalificeerd en zes als NVO. Alle meldingen werden uiteindelijk als conform de zorgvuldigheidseisen beoordeeld. Bij 12 van de 20 meldingen was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie. De meest genoemde redenen voor doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie waren dat de eigen arts de zaak te complex vond of geen ervaring had met levensbeëindiging op verzoek bij patiënten uit deze groep. De meeste van deze artsen stonden ondanks de doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie wel achter de inwilliging van het verzoek van de patiënt en enkelen bleven ook nog betrokken bij de patiënt nadat deze een traject bij het Expertisecentrum Euthanasie was gestart.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Aan de wilsbekwaamheid van de patiënt werd in alle 20 meldingen door de betreffende Rte in meer of mindere mate aandacht besteed. In de meldingen die werden afgehandeld met een verkorte oordeelbrief was in de interne communicatie van de Rte te lezen dat arts en consulent(en) geen twijfel hadden over de wilsbekwaamheid van de patiënt. In de uitgeschreven oordelen werd uitgebreid stilgestaan bij de overwegingen met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis. Bij enkele meldingen was er enige twijfel over de wilsbekwaamheid. Dat betrof bijvoorbeeld een melding waarbij de SCEN-arts, een specialist ouderengeneeskunde, de patiënte "partieel wilsbekwaam" vond. De communicatie verliep moeizaam door afasie en cognitieve beperkingen bij de patiënte. Patiënte kon haar wens alleen nog bevestigen met "ja" of "nee", maar was daarin wel zeer stellig. De consulent vond dat zij helder van geest was. Ook had zij haar wens over een periode van verschillende jaren consistent en concreet duidelijk gemaakt. Op basis van deze informatie en het uitgebreide verslag van twee ter zake deskundige consultants oordeelde de Rte in deze zaak dat aan de zorgvuldigheidseis betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek was voldaan.

In een andere zaak verschilden de meldend arts en de eerste consulent van mening: de consulent vond dat de patiënt zijn verzoek niet goed onder woorden kon brengen en de consequenties van het verzoek niet kon overzien. Patiënt begreep niet waarom de consulent langs kwam, maar wel dat hij zou overlijden na "een spuitje." Op advies van de eerste consulent werd een tweede consulent, een geriater, ingeschakeld. Deze merkte op dat patiënt een nerveuze indruk maakte maar wel kon aangeven dat hij geen grip meer had op zijn leven, al ontkende hij dat hij dementie had. De patiënt uitte in het gesprek met de consulent meerdere malen een doodswens. In het oordeel over deze zaak wordt door de Rte geconcludeerd dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek: *"De arts verschilde met de eerste consulent van mening over de wilsbekwaamheid van patiënt en heeft mede op advies van de eerste consulent besloten om een tweede consulent, tevens geriater te raadplegen. De commissie is van oordeel dat de arts met de hiervoor beschreven handelswijze uitgebreid heeft gereflecteerd op de vraag of patiënt wilsbekwaam was ten*

aanzien van zijn verzoek. Hiertoe heeft hij ook een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd.”

In een derde zaak ging het om een duo-euthanasie. Dit komt voor wanneer twee partners tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen en op beide verzoeken wordt ingegaan. In dit geval had de meldend arts uitvoerig onderzocht of er (geen) sprake was van wederzijdse beïnvloeding. In het oordeel werd geschreven: *“De commissie leest in het dossier dat de arts zich hiervan rekenschap heeft gegeven en dit een aantal keren nadrukkelijk aan de orde heeft gesteld. Patiënte reageerde daarop telkens dat zij weliswaar veel met haar echtgenoot - die zij sterk toegenegen was en met wie zij een uitstekende verstandhouding had - over het onderwerp euthanasie had gesproken en dat zij bij voorkeur gelijktijdig wilden te komen overlijden, maar dat aan haar verzoek haar eigen lijden ten grondslag lag. Patiënte benoemde dat lijden gedetailleerd en consistent. Ook volgens de SCEN-arts, medisch specialist ouderengeneeskunde, kwam het verzoek van patiënte uit haarzelf voort en was van oneigenlijke beïnvloeding geen sprake; patiënte benoemde duidelijk haar cognitieve achteruitgang tijdens het gesprek, dat zij bovendien buiten afwezigheid van haar echtgenoot voerde.”* De Rte oordeelde op basis hiervan dat de arts inderdaad tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De EuthanasieCode 2018/2020 stelt dat de ervaring van lijden individueel bepaald is en dat mensen verschillen in wat zij als ondraaglijk lijden beschouwen. Het lijden wordt daarbij bepaald door zowel somatische als psychische factoren. Angst voor verdere aftakeling en verlies van essentiële waarden kunnen een onderdeel vormen van lijden. Of er sprake is van ondraaglijk lijden wordt daarom door arts en patiënt samen vastgesteld op basis van *“biografie, persoonlijkheid en waardepatroon”* van de patiënt en de invoelbaarheid van het lijden voor de arts.²³⁴

De ondraaglijkheid van het lijden werd in een enkel geval door de Rte-leden bediscussieerd in de interne discussieruimte. Dat betrof bijvoorbeeld een situatie waarin een commissielid twijfelde of er sprake was van ondraaglijk lijden omdat het lijden van de patiënt vooral bestond uit angst voor toekomstig lijden en *“vrees voor de meelijwekkende blik van de omgeving”*. Andere commissieleden deelden deze twijfel, maar doorslaggevend was *“dat hij [de patiënt] vanuit zijn eigen persoonlijkheid heeft bepaald wat voor hem ondraaglijk was.”*

Een andere zaak betrof een patiënt van wie de eerste consulent vond dat hij zich *“zeer wisselend bewust was van zijn lijdensdruk”*, waardoor de consulent niet overtuigd was van de ondraaglijkheid van het lijden. De tweede, ter zake deskundige, consulent constateerde dat de patiënt zich door de dementie slecht kon uitdrukken over het ondraaglijk lijden, maar dat patiënt zich er wel degelijk van bewust was *“dat hij steeds minder inhoud aan zijn leven kon geven en dat hij toenemend afhankelijk werd van zijn vrouw”*, daarnaast verlies van waardigheid ervoer en leed als gevolg van fysieke achteruitgang. De commissie oordeelde als volgt: *“De commissie is van oordeel dat uit de verslagen van de arts, ondersteund door de verslagen van tweede consulent tevens geriater en de onafhankelijk*

234 EuthanasieCode 2018/2020, p.25.

specialist ouderengeneeskunde, een duidelijk beeld naar voren komt van een patiënt met grote lijdensdruk. Patiënt ervoer een enorm verlies van regie over zijn leven. De eerste consulent was weliswaar niet overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden maar zij zag wel dat patiënt het heel moeilijk had. Naar het oordeel van de commissie volgt uit het voorgaande dat de arts ook ten aanzien van het vaststellen van de ondraaglijkheid van het lijden de bedoelde grote behoedzaamheid in acht heeft genomen. De arts heeft immers stilgestaan bij de vraag of het lijden van patiënt voor hem ondraaglijk was en heeft hiervan een duidelijk beeld geschetst in het modelverslag en de overige verslagen. Daarbij heeft de arts gereflecteerd op zijn voorgenomen handelen door naast een eerste ook een tweede consulent en een specialist ouderengeneeskunde te raadplegen.” Volgens de commissie kon de arts op basis hiervan tot de overtuiging komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

De uitzichtloosheid van het lijden werd bij de 14 uitgeschreven oordelen die betrekking hadden op beginnende dementie nauwelijks besproken door de Rte's. Zo was in de meeste uitgeschreven oordelen de standaardzin opgenomen dat de arts ervan overtuigd was *“dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was”,* waarna volgde dat de arts *“gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden [...] tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van [...] uitzichtloos en ondraaglijk lijden.”* In enkele uitgeschreven oordelen is een andere formulering te lezen: *“De commissie stelt voorop dat de uitzichtloosheid van het lijden gelet op de aard van de aandoening evident is en geen nadere motivering behoeft”,* of: *“De commissie stelt voorop dat dementie niet te genezen is, zodat de uitzichtloosheid van het lijden geen verdere bespreking behoeft.”*

Consultatie

Sinds de *Code of Practice* 2015 is de opvatting van de Rte's over de consultatie bij een verzoek om levensbeëindiging van een persoon met beginnende dementie dat volstaan kan worden met een reguliere consultatie als er geen twijfel bestaat over de wilsbekwaamheid van de patiënt. In de EuthanasieCode 2022 staat: *“Als een patiënt met dementie nog wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek voldoet in het algemeen de reguliere consultatieprocedure. Nodig is dan wel dat de diagnose dementie lege artis (op de gebruikelijke medische wijze) is gesteld. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid wat betreft het euthanasieverzoek van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een onafhankelijk deskundige vraagt.”*²³⁵

Bij vier van de 14 uitgeschreven oordelen uit deze steekproef werd de consultatie door de Rte's besproken. Bij twee daarvan ging het om de vraag of de consulent voldoende onafhankelijk was en een derde zaak betrof de eerder genoemde duo-euthanasie. In de vierde zaak was de eerste consulent van mening dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot wilsbekwaamheid en ondraaglijk lijden was voldaan en adviseerde hij om een tweede consulent in te schakelen. De Rte gaf in haar oordeel aan dat het volgens de richtlijnen mogelijk is dat een tweede consulent wordt ingeschakeld indien de eerste consulent het oneens is met de meldend arts.²³⁶ De zaak kan dan alsnog zorgvuldig bevonden worden, mits de arts het advies van de eerste consulent mee laat wegen en het besluit uitvoerig motiveert. Uiteindelijk concludeerde de Rte in dit geval dat de meldend arts correct

235 EuthanasieCode 2022, p.49.

236 EuthanasieCode 2018/2020, p.30.

had gehandeld omdat hij “*uitgebreid gereflecteerd heeft op zijn handelswijze*” en een onafhankelijk specialist met passende expertise had ingeschakeld.

Overige zorgvuldigheidseisen

Bij de bestudeerde zaken ontstond bij de Rte's geen aan de problematiek van beginnende dementie gerelateerde discussie over de overige zorgvuldigheidseisen, te weten die over voorlichting aan de patiënt over diens situatie en vooruitzichten, het al dan niet bestaan van redelijke andere oplossingen en de uitvoering van de levensbeëindiging.

6.3.1.2 Gevorderde dementie

De meldingen van personen met gevorderde dementie zijn volgens het afgesproken beleid allemaal bestempeld als VO en afgedaan met een uitgeschreven oordeel. In 11 van de 15 gevallen was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie. Eén geval werd als niet conform de zorgvuldigheidseisen beoordeeld en leidde tot een tuchtzaak: deze melding wordt besproken in par. 6.4. Wat bij de analyse opviel was dat met name over de recentere meldingen uitvoerige discussie plaatsvond binnen de Rte's.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Bij gevorderde dementie is de patiënt niet meer wilsbekwaam ter zake van het verzoek om levensbeëindiging en is dus een schriftelijke wilsverklaring vereist die de plaats inneemt van het mondelinge verzoek. De overige zorgvuldigheidseisen zijn van overeenkomstige toepassing. De schriftelijke wilsverklaring speelt tevens een belangrijke rol bij het beoordelen van het lijden en bij het bepalen van het moment waarop eventueel tot levensbeëindiging kan worden overgegaan. Het is volgens de Rte's dan ook belangrijk dat de patiënt in zijn verklaring zo duidelijk mogelijk aangeeft onder welke concrete omstandigheden zijn verzoek ten uitvoer zou moeten worden gebracht. Er is geen wettelijk vereiste dat een schriftelijke wilsverklaring op bepaalde momenten moet worden geactualiseerd. Toch zal er volgens de Rte's meer waarde kunnen worden gehecht aan een schriftelijke wilsverklaring wanneer de patiënt deze regelmatig heeft geactualiseerd, of na het opstellen ervan de inhoud mondeling heeft herbevestigd.²³⁷

Sinds de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends op 21 april 2020 wordt daar door de commissies in de oordeelbrieven regelmatig naar verwezen. Een voorbeeld: *“In zijn uitspraak van 21 april 2020 heeft de Hoge Raad geoordeeld dat de schriftelijke wilsverklaring uitgelegd dient te worden met het oog op het achterhalen van de bedoeling van patiënt. Daarbij moet de arts letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek. Er is dus ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring.”*

237 EuthanasieCode 2018/2020, p.38. In EuthanasieCode 2022 wordt nog vermeld “dat onduidelijkheden of tegenstrijdigheden van wezenlijke aard in een schriftelijke wilsverklaring ertoe kunnen leiden dat er geen gevolg kan worden gegeven aan het verzoek”, p.63.

De schriftelijke wilsverklaringen in de onderzochte gevallen dateerden van zes jaar tot een jaar voor het overlijden. Over enkele meldingen ontstond binnen de Rte's discussie over de verouderde staat, de vorm of de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. Zo werd in enkele gevallen door de commissies opgemerkt dat de inhoud van de wilsverklaring summier was of in algemene bewoordingen was opgesteld. In andere gevallen ging het om de vraag of de patiënt (nog) wilsbekwaam was ten tijde van het opstellen van de wilsverklaring. Zo was in een melding (veel) interne discussie over de vraag of de meest recente schriftelijke wilsverklaring mocht worden meegewogen in de beoordeling van het euthanasieverzoek, omdat volgens verschillende leden niet genoeg kon worden onderbouwd dat patiënte op dat moment nog wilsbekwaam was. Dit werd 'opgelost' doordat patiënte nog wel wilsbekwaam was ten tijde van het opstellen van een eerdere schriftelijke wilsverklaring. De Rte schrijft hierover: *"De commissie is op basis van alle gegevens ervan overtuigd geraakt dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden die patiënte in haar schriftelijke wilsverklaringen van 2000 en 2013 had beschreven. Het staat niet met zekerheid vast dat patiënte ten tijde van de aanvulling euthanasieverzoek in 2017 nog steeds wilsbekwaam ter zake was maar deze aanvulling was wel volledig in lijn met de verklaringen in 2000 en 2013 zodat deze aanvulling door de arts wel bij zijn beoordeling kon worden betrokken."*

Ook was er een patiënte die *"op de valreep van haar wilsbekwame zijn"* een verzoek om euthanasie op schrift zette waarvan de commissie zich afvroeg of het alleen voor dat moment bedoeld was (als uiting van haar lijden op dat moment), of ook voor de toekomst. Daarbij had het niet de vorm van een traditionele wilsverklaring en ontbrak een omschrijving van wat patiënte als ondraaglijk lijden aanmerkte. In het oordeel dat volgt wordt door de commissie uitgebreid aandacht besteed aan de geldigheid en de status van deze 'afwijkende' wilsverklaring, waarbij naast observaties van de geraadpleegde deskundige (een behandelend specialist ouderengeneeskunde) en een behandelend psycholoog ook gebruik wordt gemaakt van door de dochters gemaakte videobeelden van de patiënte om de consistentie van haar euthanasieverzoek en haar wilsbekwaamheid aan te tonen. De Rte concludeert uiteindelijk dat de arts overtuigd kon zijn van het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte: *"[...] met andere woorden; het zijn niet alleen de schriftelijke wilsverklaringen maar ook de uitlatingen zelf van patiënte tegen de arts en de SOG die samen bepalend zijn. Vanwege de mondelinge uitlatingen mocht de arts aan de beperkte brieven de waarde toekennen van volwaardige schriftelijke wilsverklaringen."*

Ook wanneer er geen twijfels rezen over de status of de inhoud van de wilsverklaring, werd er in de uitgeschreven oordelen uitgebreid afgewogen in hoeverre het euthanasieverzoek in de schriftelijke wilsverklaring kon worden opgevat als van toepassing zijnde op de actuele situatie van de patiënt, met name als er geruime tijd zat tussen het opstellen en ondertekenen van de wilsverklaring en het moment van besluitvorming over het euthanasieverzoek. Er werd in deze zaken veel aandacht besteed aan de interpretatie van en toelichting op de wilsverklaring door zowel arts en consulent(en) als naasten en andere betrokken zorgverleners. Een voorbeeld hiervan betrof de uitleg van de term 'onafwendbare ontluistering' die in een schriftelijke wilsverklaring vermeld stond: *"De commissie heeft uitvoerig stilgestaan bij de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring van patiënt. Het moet immers gaan om een duidelijke verklaring die onmiskenbaar van toepassing is op de ontstane situatie. Op basis van alle gegevens is de commissie ervan overtuigd dat op het moment van de uitvoering van de levensbeëindiging sprake was van de omstandigheden, in het bijzonder 'de onafwendbare ontluistering',*

die patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring uit 2016 had bedoeld. Uit de informatie van de huisarts, familie en verzorgenden van patiënt kon de arts afleiden wat patiënt verstond onder de 'onafwendbare ontluistering'. De commissie weegt hierbij mee dat er sprake was van een wilsverklaring zonder voorwaarden en dat zowel de geraadpleegde consulent, tevens specialist ouderengeneeskunde, als de onafhankelijk psychiater ervan overtuigd waren dat de situatie waarin patiënt verkeerde, de situatie was die patiënt in zijn schriftelijke wilsverklaring had bedoeld."

In bijna alle gevallen werd het verzoek aan de arts om gehoor te geven aan het euthanasieverzoek zoals geformuleerd in de schriftelijke wilsverklaring, gedaan door familie van de patiënt. In enkele gevallen was er in de beoordeling aandacht voor mogelijke druk van naasten. Zo schreef de Rte in een oordeel dat de echtgenote van een patiënt druk uitoefende op de arts om het euthanasieverzoek te honoreren. De echtgenote zag het als haar taak om de laatste wil van haar man uitgevoerd te zien worden. In een mondelinge toelichting had de arts echter aangegeven dat hij geen druk van de echtgenote had gevoeld. Volgens de arts begreep zij dat hij zijn eigen afwegingen moest maken. In een ander oordeel werd genoemd dat de zoons van een patiënte een "sterke wens" hadden dat het euthanasieverzoek van hun moeder zou worden gehonoreerd en dat een eerdere behandelaar van de patiënte druk voelde van de familie "die voortgang wilde in het proces." De uitvoerend arts voelde echter geen druk. In beide gevallen gingen de Rte's akkoord met deze overwegingen van de arts.

Na de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends worden in de oordelen van de Rte's bij de categorie gevorderde dementie mogelijke contra-indicaties als aparte overweging opgenomen en wordt ook telkens de uitspraak van de Hoge Raad aangehaald. Een voorbeeld: "Volgens de EuthanasieCode 2018/2020, inzake euthanasie bij patiënten met voortgeschreden dementie, par. 4.1 dient de arts te kijken of de wilsonbekwame patiënt duidelijke tekenen geeft dat hij geen levensbeëindiging wil. De Hoge Raad heeft dit in voornoemde uitspraak bevestigd. De Hoge Raad overwoog daarbij dat uitingen van de patiënt niet meer konden worden opgevat als een wilsuiting expliciet gericht op het intrekken of aanpassen van het eerdere verzoek. Echter, verbale of andere uitingen van de patiënt kunnen wel degelijk van wezenlijk belang zijn, zowel bij de beoordeling van mogelijke contra-indicaties als bij de beoordeling van het actuele lijden van de patiënt."

Bij een melding was sprake van twijfel bij de commissieleden over mogelijke contra-indicaties: patiënte zou naarmate het dementeringsproces vorderde minder stellig zijn geworden in haar euthanasieverzoek en had nooit instemmend geantwoord op vragen van zowel de arts als de consulent of ze dood wilde. In het uiteindelijke oordeel wordt door de Rte, in lijn met de beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Arends, besloten: "Het is voor de commissie duidelijk geworden dat patiënte haar verzoek niet meer rechtstreeks kon bevestigen maar dat haar schriftelijke wilsverklaring daarvoor in de plaats trad. Een arts is in dergelijke omstandigheden niet verplicht om te verifiëren of een patiënt een actuele stervenswens heeft. De uitspraken van patiënte dat zij niet wist of ze dood wilde, deed zij in de fase dat zij door de artsen niet meer wilsbekwaam werd geacht. Zoals hiervoor reeds overwogen kunnen dergelijke uitlatingen niet meer worden opgevat als een intrekking of aanpassing van de eerdere schriftelijke wilsverklaring."

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing

In de EuthanasieCode wordt zoals eerder beschreven geen bijzondere aandacht besteed aan de uitzichtloosheid van het lijden bij dementie. In de oordelen is met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis, net als bij de categorie beginnende dementie, vanaf 2020 de volgende standaardzin opgenomen: *“De commissie stelt voorop dat de uitzichtloosheid van het lijden gelet op de aard van de aandoeningen evident is en geen nadere motivering behoeft.”* In twee (latere) oordelen uit 2022 is de tekst iets aangepast: *“De commissie stelt voorop dat dementie een progressieve neurologische aandoening is, waarvan iemand niet kan genezen. Behandeling en begeleiding zijn gericht op vertraging van het proces en op het optimaal ondersteunen van de patiënt.”*²³⁸

Wat de ondraaglijkheid van het lijden betreft werd in de *Code of Practice* 2015 aangegeven dat er bij levensbeëindiging op verzoek op grond van een schriftelijke wilsverklaring sprake moet zijn van een situatie waarin vaststaat *“of aannemelijk is”* dat de patiënt ondraaglijk lijden ervaart.²³⁹ In de EuthanasieCode 2018/2020 wordt gesteld dat de arts zorgvuldig dient *“vast te stellen”* of er daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden. Ook is toegevoegd dat overleg met andere betrokken hulpverleners en met familie en naasten hierbij een belangrijke rol kan spelen. Verder benadrukken de Rte's dat de vaststelling of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden een *“medisch-professioneel oordeel”* is en dat de toetsing achteraf neerkomt op de vraag of de arts *“in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.”*²⁴⁰ In een van de oordelen is te lezen dat er door een geconsulteerde specialist ouderengeneeskunde mogelijkheden werden genoemd om de situatie van de patiënt te verbeteren: *“[...] onder andere dat medicatie met meer sederende eigenschappen geprobeerd zou kunnen worden, dat patiënt met een geestelijk verzorger zou kunnen praten en dat daginvulling verder geoptimaliseerd zou kunnen worden.”* De arts achtte dit echter geen redelijke alternatieven voor de betreffende patiënt en kon dit motiveren. Zo is te lezen: *“Voorts is uit de stukken duidelijk geworden dat uitgebreid is getracht de situatie van patiënt draaglijk te maken, maar dit niet mogelijk was gebleken. De arts vond voor zijn overtuiging ook steun in het dossier van de behandelend specialist ouderengeneeskunde en verzorgend personeel en in verklaringen van de naasten van patiënt.”* De commissie onderschrijft vervolgens de overtuiging van de arts.

Bij twee meldingen was er twijfel over het ondraaglijk lijden. Dit betreft de (tucht)zaak die in par. 6.4 wordt besproken en de melding die eerder werd besproken naar aanleiding van twijfel bij de Rte over mogelijke contra-indicaties. Bij deze melding stond de Rte uitgebreid stil bij de vraag of er sprake was

238 Deze oordelen vielen buiten de periode waarop het onderzoek naar meldingsdossiers betrekking had.

239 Code of Practice 2015, p.23.

240 EuthanasieCode 2018/2020, p.40,41; in de EuthanasieCode 2022 wordt in dit kader benadrukt dat het “een zorgvuldige beoordeling vergt van de actuele toestand van de patiënt op basis van alle omstandigheden van het concrete geval. De arts kan zich hierbij baseren op zijn eigen beoordeling van het medisch dossier en de concrete situatie van de patiënt. Daarbij kunnen alle (non)verbale uitingen van de patiënt een rol spelen. [...]”, en: “dat indien een patiënt niet lijdt aan de fysieke gevolgen van zijn aandoeningen er sprake kan zijn van actueel ondraaglijk lijden als de patiënt in de situatie verkeert die hij in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden en uit het bestendig gedrag van de patiënt kan worden afgeleid dat hij ondraaglijk lijdt”, p.63,64.

van actueel ondraaglijk lijden, omdat de consulent hierover twijfelde. In diens gesprekken met familie, behandelaren en verzorgenden werd het lijden van patiënte verschillend beoordeeld, en “er waren ook waarneembaar prettige momenten voor patiënte”, maar “de consulent was overigens wel van mening dat de árts overtuigd kon zijn van de ondraaglijkheid van het lijden.”

In de overwegingen van de Rte wordt genoemd “dat de WTL niet vereist dat het lijden zonder onderbreking voortdurend aanwezig moet zijn” en dat de arts “uitgebreid heeft stilgestaan bij de vraag of het lijden van patiënte voor haar ondraaglijk was ondanks dat patiënte haar lijden niet meer adequaat mondeling kon verwoorden.” De Rte oordeelde uiteindelijk dat de arts zowel in het dossier als in de mondelinge toelichting “aannemelijk heeft gemaakt dat hij, met inachtneming van de vereiste grote behoedzaamheid, tot de overtuiging kon komen dat patiënte actueel ondraaglijk leed.”

De arts moet samen met de patiënt tot de overtuiging komen dat er geen redelijke andere oplossing is voor de actuele situatie van de patiënt. De *Code of Practice* 2015 stelt dat het hierbij gaat om een gezamenlijke opvatting van arts en patiënt, en dat veel betekenis toekomt aan wat de patiënt hierover in de schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen. In de EuthanasieCode 2018/2020 wordt toegevoegd dat ook overleg met betrokken hulpverleners en familie en naasten kan helpen om vast te stellen of er nog andere redelijke oplossingen mogelijk zijn. In de oordelen koppelen de toetsingscommissies deze zorgvuldigheidseis aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Er was in één geval twijfel over het ontbreken van een redelijke andere oplossing, dit betrof opnieuw de zaak die in par. 4.4 wordt besproken.

Voorlichting over situatie en vooruitzichten

De *Code of Practice* 2015 schrijft voor dat de arts de patiënt moet hebben voorgelicht over diens situatie en vooruitzichten. In de EuthanasieCode 2018/2020 is daar aan toegevoegd dat de patiënt ook moet zijn voorgelicht over de betekenis en de consequenties van de schriftelijke wilsverklaring en dat de arts zich, binnen de beperkingen die het onvermijdelijke gevolg zijn van de toestand van patiënt, moet inspannen om hierover betekenisvol te communiceren met de patiënt.

Uit de oordelen blijkt dat in alle gevallen de patiënt volgens de toetsingscommissies was voorgelicht over diens situatie en vooruitzichten toen hij nog wilsbekwaam was. Om dit oordeel te ondersteunen werd verwezen naar notities in het patiëntjournaal en naar de mondelinge toelichting van de arts. Dat patiënt de betekenis en consequenties van de schriftelijke wilsverklaring begreep werd onderbouwd door te verwijzen naar gesprekken over de wilsverklaring tussen arts en patiënt. Een voorbeeld: “De commissie is van oordeel dat uit het dossier blijkt dat patiënt na het bekend worden van de diagnose en de jaren daarna goed was voorgelicht door zijn huisarts, geriater en specialist ouderengeneeskunde. [...] Patiënt verkeerde ten tijde van het eerste bezoek van de arts in een tussenfase qua wilsbekwaamheid. Zijn wilsbekwaamheid ging almaar achteruit. [...] De arts trachtte op allerlei manieren met patiënt te communiceren. Toen woorden te complex voor hem werden, maakte zij gebruik van pictogrammen om betekenisvol contact te krijgen. Dat lukte aanvankelijk nog. De arts heeft patiënt niet meer diepgaand kunnen voorlichten over zijn situatie en vooruitzichten. De commissie maakt uit de gespreksverslagen van de huisbezoeken op, dat de arts heeft gedaan wat onder omstandigheden mogelijk was, om contact te leggen met patiënt.”

Consultatie onafhankelijke arts

Zowel in de *Code of Practice* 2015 als in de EuthanasieCode 2018 wordt aangegeven dat de arts in geval van een patiënt met gevorderde dementie naast de reguliere consulent ook een ter zake deskundige arts dient te raadplegen, zoals een klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een internist-ouderengeneeskunde. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan het raadplegen van één consulent die over de genoemde deskundigheid beschikt volstaan. De consulent beoordeelt in het bijzonder de wilsbekwaamheid van de patiënt, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het al dan niet ontbreken van redelijke alternatieven. In de EuthanasieCode 2018/2020 wordt de formulering 'dient te raadplegen' vervangen door 'zal doorgaans aanleiding geven om': *"De omstandigheid dat de patiënt zijn wil niet meer kan uiten zal doorgaans aanleiding geven om een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ter zake te raadplegen."*²⁴¹

Uit de bestudeerde oordelen blijkt dat in twee van de 15 gevallen twijfel bestond bij de Rte's of aan de zorgvuldigheidseis van consultatie was voldaan, omdat er geen ter zake deskundige specialist was geadviseerd. In de eerste zaak baseerde de commissie zich op de *Code of Practice* 2015, en in de tweede zaak op de EuthanasieCode 2018/2020. In beide zaken werd de melding uiteindelijk toch als conform de zorgvuldigheidseisen beoordeeld. In de eerste zaak kwam de Rte tot dit oordeel *"gezien de zorgvuldige wijze waarop het contact tussen arts en patiënt de afgelopen jaren vorm heeft gekregen, en gezien de zorgvuldige verslagen van de consulent en de mondelinge toelichtingen."* Wel voegde de commissie toe dat het inschakelen van een deskundige in een latere fase van dementie een vereiste is en dat de arts zich bij toekomstige meldingen diende te conformeren aan de toen vigerende *Code of Practice* 2015. In de tweede zaak oordeelde de commissie: *"Hoewel hiermee geen ter zake deskundige is geraadpleegd zoals doorgaans wel gebruikelijk wordt geacht indien sprake is van een patiënte met vergevorderde dementie, kwam de commissie uiteindelijk toch tot het oordeel dat de arts op zorgvuldige wijze de ondraaglijkheid van het lijden heeft onderzocht en onderbouwd."* Dit oordeel werd uitvoerig toegelicht. De commissie noemde als doorslaggevende factor dat de arts het verloop van het lijden van de patiënte nauwgezet had kunnen volgen en had vastgelegd. Ook werden genoemd de uitgebreide en gedetailleerde verslaglegging van de in deze casus betrokken casemanager dementie en het feit dat de tweede consulent zich goed had georiënteerd op de casus door gesprekken met de arts, de casemanager en de naasten van patiënte. Tot slot noemde de commissie in het oordeel dat de arts de casus had doorgesproken met een arts van het Expertisecentrum Euthanasie, waarbij ook de ondraaglijkheid van het lijden aan de orde was gekomen.

Medisch zorgvuldige uitvoering

De interpretatie van de zorgvuldigheidseis met betrekking tot de uitvoering van levensbeëindiging op grond van een schriftelijke wilsverklaring heeft een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. Waar in de *Code of Practice* 2015 nog staat dat deze zorgvuldigheidseis *"in de situatie van levensbeëindiging op basis van een schriftelijke wilsverklaring geen bijzonderheden op[levert]"*²⁴² wordt in de EuthanasieCode 2018 aangegeven dat het kan voorkomen dat wanneer een patiënt zich van de

²⁴¹ EuthanasieCode 2018/2020, p.41.

²⁴² Code of Practice 2015, p.24.

uitvoering van de euthanasie niet bewust is, hij of zij als reactie op pijn of van schrik weerstand lijkt te bieden. De code vermeldt dat het geven van premedicatie dan *“niet ongebruikelijk”* is en onderdeel kan zijn van goed medisch handelen *“als de arts verwacht dat de patiënt bij de uitvoering met pijn- of schrikreacties zou kunnen reageren.”*²⁴³ In de EuthanasieCode 2018/2020 is naar aanleiding van de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends vermeld dat de toepassing van euthanasie op een *“voor de patiënt zo comfortabel mogelijke manier [moet] gebeuren.”*²⁴⁴ De arts dient zowel bij de voorbereiding als bij de uitvoering van de levensbeëindiging rekening te houden met *“mogelijk irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt”* en kan concluderen dat premedicatie aangewezen is wanneer er *“aanwijzingen zijn dat onrust, agitatie of agressie kan ontstaan bij de uitvoering van euthanasie.”*²⁴⁵ Tevens is de arts bij een (wat euthanasie betreft) wilsonbekwame patiënt niet verplicht om met de patiënt te overleggen over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd *“als er geen betekenisvolle communicatie mogelijk is met de patiënt als gevolg van de situatie waarin de patiënt zich bevindt.”*^{246,247}

Vanaf 2018 wordt er in zes dossiers melding gemaakt van toediening van premedicatie voorafgaand aan de uitvoering. In alle gevallen werd mogelijk onvoorspelbaar gedrag van de patiënt als reden genoemd, waarbij soms de aanvulling volgde dat premedicatie gewenst was om een rustig en ongecompliceerd verloop van de euthanasie te waarborgen. Vanaf 2019 wordt er in een aantal meldingen gesproken van een *“draaiboek”* dat de arts voorafgaand aan de uitvoering heeft opgesteld dan wel besproken met betrokkenen. Dit draaiboek diende als handvat om te kunnen anticiperen op mogelijk irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt. Bij één melding vertoonde de patiënt na inname van premedicatie onrustig gedrag. Volgens de arts kon dit niet worden opgevat als verzet tegen de euthanasie, het gedrag lag in lijn met dagelijks gedrag en werd volgens de arts mogelijk veroorzaakt door drukte op de kamer. De patiënt kreeg hierop midazolam en morfine toegediend, waarna hij in slaap viel. In de overige meldingen werden geen complicaties genoemd bij de uitvoering.

Bij één melding was sprake van hulp bij zelfdoding. De arts besloot de barbituraatdrank aan de patiënt te overhandigen en pas wanneer deze suf zou worden een infuus in te brengen voor het geval de patiënt niet zou overlijden. Deze patiënt was zeer angstig voor aanraking en prikkels, en de arts verwachtte dat het onrust bij patiënt zou veroorzaken wanneer hij het infuus zou inbrengen voorafgaand aan de procedure. De patiënt dronk de drank zonder problemen op. De beoordeling van deze gang van zaken door de Rte luidde: *“De arts is in de voorbereiding van de Richtlijn afgeweken om rekening te houden met de bijzondere situatie waarin patiënt verkeerde. [...] Naar het oordeel van de commissie heeft de arts in dit bijzondere geval de hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd. De*

243 EuthanasieCode 2018, p.38.

244 EuthanasieCode 2018/2020, p.42.

245 EuthanasieCode 2018/2020, p.42 en EuthanasieCode 2022, p.45.

246 EuthanasieCode 2018/2020, p.42.

247 De EuthanasieCode 2022 voegt hieraan toe: *“Uitgangspunt is dat de arts zich inspant om betekenisvol te communiceren met de patiënt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd, waaronder de eventuele toediening van premedicatie, tenzij dat voor de patiënt nadelig is, bijvoorbeeld omdat een gesprek hierover hevige agitatie of onrust veroorzaakt.”*, p.45.

arts had de uitvoering in deze bijzondere situatie goed voorbereid en goed doorgesproken met naasten en betrokkenen.”

Bij een andere melding valt ten slotte op dat de arts er mee had ingestemd dat de zoon van de patiënt, die professioneel verpleegkundige was, in het bijzijn van de arts de infuusnaald inbracht bij de patiënt. De verwachting was dat de patiënt zich hierbij prettiger zou voelen. De arts heeft daarna de euthanasie uitgevoerd.

6.3.2 Patiënten met een psychische stoornis

Meldingen waarbij het verzoek om levensbeëindiging (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een of meer psychische stoornissen worden naar Rte-beleid standaard als VO bestempeld. De EuthanasieCode schrijft voor dat er bij patiënten met een psychische stoornis extra behoedzaamheid is vereist ten aanzien van het vrijwillig en weloverwogen verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.²⁴⁸ De invulling die de Rte's geven aan deze extra behoedzaamheid is sinds de *Code of Practice* 2015 ongewijzigd. Zo moet worden uitgesloten dat het oordeelsvermogen van de patiënt is aangetast door de psychische stoornis. De arts moet zich er van vergewissen dat de patiënt relevante informatie kan bevatten, ziekte-inzicht heeft en consistent is in zijn overwegingen. Wat de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing betreft dient de arts nauwkeurig te onderzoeken of er nog mogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt op te heffen of te verminderen, *“het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen en interventies moet ondergaan.”*²⁴⁹ Naast de reguliere consulent dient de arts ook altijd een onafhankelijke psychiater te raadplegen. In de EuthanasieCode 2018/2020 werd nog aangegeven dat het raadplegen van één (SCEN-)consulent die tevens psychiater is voldoende is als contact met én een consulent én een psychiater tot onoverkomelijke belasting voor de patiënt zou leiden. In de EuthanasieCode 2022 wordt aangegeven dat de arts zelf mag beslissen of hij een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is raadpleegt of naast de (SCEN-)consulent ook een onafhankelijke psychiater.²⁵⁰

In de EuthanasieCode wordt in het kader van patiënten met een psychische stoornis ook de categorie 'combinatie van aandoeningen' genoemd: *“Het komt ook regelmatig voor dat de lijdensdruk van de patiënt vooral door somatische aandoeningen wordt veroorzaakt, maar de patiënt daarnaast psychische problemen heeft. Die problemen kunnen ook bijdragen aan de door de patiënt ervaren lijdensdruk. Ook in deze gevallen zullen de arts en de consulent nadrukkelijk moeten overwegen of de psychiatrische problematiek van de patiënt de vrijwilligheid of de weloverwogenheid van zijn verzoek mogelijk in de weg staat.”*²⁵¹ In de hier onderzochte steekproef was bij drie meldingen sprake van een combinatie van somatische aandoeningen en psychische stoornissen.

248 EuthanasieCode 2022, p.46-48.

249 EuthanasieCode 2022, p.47.

250 EuthanasieCode 2022, p.64-65.

251 EuthanasieCode 2022, p.48.

Alle meldingen in de steekproef werden door de Rte's als conform de zorgvuldigheidseisen beoordeeld (zie tabel 6.2). Bij 14 van de 20 meldingen was de uitvoerend arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie. Bij tien van die meldingen werden in de interne communicatie van de Rte's of in het oordeel redenen genoemd voor doorverwijzen naar of zich richten tot het Expertisecentrum Euthanasie: de eigen arts vond de situatie te complex, de eigen arts wilde vanwege emotionele overwegingen geen euthanasie uitvoeren, de eigen arts beschikte naar eigen zeggen over te weinig expertise, de eigen arts wilde geen levensbeëindiging uitvoeren bij psychiatrische problematiek, de eigen arts was niet overtuigd van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden of de eigen arts voerde om principiële redenen geen euthanasie uit.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

In de oordelen tot halverwege 2019 werd de eis van het vrijwillig en weloverwogen verzoek, en daarmee de wilsbekwaamheid van de patiënt, veelal vrij algemeen besproken door de Rte's. Na een beschrijving van de opvattingen van de arts en de geraadpleegde consulent(en) ter zake volgde dan de standaardzin: *“Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt [...]”*

In andere oordelen werd door de commissie opgemerkt dat de arts met grote behoedzaamheid dient om te gaan met een euthanasieverzoek *“in het geval van een psychiatrische stoornis”*, waarna werd toegelicht waarom volgens de commissie aan die voorwaarde was voldaan. Zo was in een oordeel te lezen: *“De arts heeft immers, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een onafhankelijke psychiater geconsulteerd, die concludeerde dat patiënte weliswaar depressief was maar dat zij voldoende in staat was over haar stoornis te reflecteren. Patiënte was in staat om de gevolgen van haar verzoek te overzien, haar wens was consistent en al langere tijd aanwezig. Zowel de arts als de consulent als de onafhankelijke psychiater stelden vast dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Patiënte had haar verzoek vrijwillig en weloverwogen geuit.”*

In de uitgeschreven oordelen vanaf eind 2019 werd het verzoek volgens het nieuwe format gestructureerder en soms ook uitgebreider besproken. Bij één melding was in de interne communicatie van de Rte's te lezen: *“Onafhankelijk psychiater geraadpleegd. Opvallend dat deze geen uitspraak wilde doen over de wilsbekwaamheid van pte.”* In het oordeel over deze zaak werd gesproken over een *“expliciete weigering van de onafhankelijke psychiater.”* Na deze weigering raadpleegde de arts een consulent, tevens psychiater, die de patiënte wilsbekwaam achtte. Die conclusie werd door zowel de arts als de consulent gebaseerd op de consistentie van het euthanasieverzoek, het zeer bewust bezig zijn met het afscheid door patiënte, de afwezigheid van tekenen van druk van de omgeving en de duidelijke opvatting van patiënte over haar afwezige kwaliteit van leven. De arts had deze consulent echter niet gevraagd om ook op te treden als 'deskundige', zoals de toen vigerende EuthanasieCode 2018 voorschreef. De Rte voegde in het oordeel een verbeterpunt voor de arts toe: *“Gezien de weigering van de onafhankelijk psychiater om een uitspraak te doen over de wilsbekwaamheid van patiënte ter zake van een verzoek om euthanasie, was het beter geweest als de arts de consulent expliciet gevraagd had op te treden als deskundige die een oordeel diende te geven*

over de wilsbekwaamheid van patiënte, nu de onafhankelijke psychiater deze vraag niet had beantwoord.”

In een ander oordeel kwam naar voren dat de eerste consulent twijfelde over de weloverwogenheid van het euthanasieverzoek en adviseerde om een tweede consulent te raadplegen. De twijfel kwam voort uit een volgens de eerste consulent *“merkwaardige contradictie.”* De patiënt zou meerdere keren gezegd hebben dat hij hoopte dat zijn verzoek door de consulent zou worden afgewezen *“omdat hij het [levensbeëindiging] dan zelf kon doen.”* Hierop organiseerde de arts, die verbonden was aan het Expertisecentrum Euthanasie, een multidisciplinair overleg binnen het Expertisecentrum Euthanasie, waarna het advies volgde het euthanasieverzoek van de patiënt af te wijzen *“temeer nu hij opgelucht leek met het negatieve SCEN-advies.”* Echter, de patiënt bleek in een daaropvolgend gesprek *“juist erg overtuurd en boos over en wanhopig door het negatieve SCEN-advies.”* Zo begreep hij niet *“dat er een negatief advies was afgegeven omdat hij juist altijd eerlijk was geweest over zijn verlangen naar een gewelddadige dood. Voor zijn naasten was hij juist bereid daar van af te zien en het zware euthanasietraject te doorlopen. Het werd de arts duidelijk dat patiënt wilde overlijden (bij voorkeur) door euthanasie. Hierop raadpleegde de arts, conform het advies van de eerste consulent, een onafhankelijke SCEN-arts, tevens psychiater als tweede consulent.”* Deze tweede consulent concludeerde dat de patiënt wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek *“en dat zijn wens concreet en consistent was. Patiënt had er lang en grondig over nagedacht en dat kwam op de tweede consulent overtuigend over.”*

In de beoordeling door de Rte werd vervolgens opgemerkt: *“Door deze handelwijze heeft de arts niet alleen extra gereflecteerd, maar ook op inzichtelijke wijze gemotiveerd waarom zij de beoordeling van de eerste consulent terzijde heeft geschoven. Daarbij wordt door de commissie bovendien in aanmerking genomen dat de arts, de onafhankelijk psychiater en de tweede consulent allen psychiaters zijn en vanuit hun deskundigheid hebben geconcludeerd dat het verzoek van patiënt vrijwillig én weloverwogen was.”*

Ondraaglijk lijden

De ondraaglijkheid van het lijden werd in diverse oordelen uit de steekproef beknopt beschreven met een verwijzing naar de introductietekst of naar de aangeleverde stukken, waarna bijvoorbeeld de volgende tekst volgde: *“De commissie is van oordeel dat de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte uit de stukken voldoende duidelijk is geworden. Daarbij wordt tevens in aanmerking genomen dat alle bij de casus betrokken artsen ervan overtuigd waren dat het lijden voor deze patiënte ondraaglijk was. De commissie zal hierover dan ook niet nader motiveren.”*

Bij sommige meldingen deden zich bijzonderheden voor betreffende het ondraaglijk lijden. Zo had in een casus de eerste geconsulteerde SCEN-arts twijfels over de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, *“enerzijds door zijn houding en gedrag gedurende de consultatie, anderzijds door zijn stelling dat hij wel zou willen blijven leven als hij veel geld zou hebben en zijn leven volgens zijn ideaalbeeld zou kunnen inrichten.”* De commissie oordeelde uiteindelijk dat wel aan de zorgvuldigheidseis van ondraaglijk lijden was voldaan, omdat de overige betrokken artsen *“vanuit hun specifieke deskundigheid als psychiater het lijden voor patiënt als ondraaglijk beoordeelden. Zij concludeerden*

allen, onafhankelijk van elkaar, dat het negatief zelfbeeld van patiënt niet te beïnvloeden is gebleken en dit voor patiënt onverdraaglijk was.”

Uitzichtloos lijden en ontbreken van een redelijke andere oplossing

In de oordelen tot en met 2019 werd door de Rte's niet altijd op de zorgvuldigheidseis betreffende het uitzichtloos lijden ingegaan. Een voorbeeld waarbij dat wel het geval was betreft een situatie waarin de eigen arts van de patiënt niet overtuigd was van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en daarom niet tot uitvoering van het verzoek wilde overgaan, waarna de patiënt zich tot de toen nog zo geheten Stichting Levensindekliniek²⁵² (SLK) wendde. De door de SLK geconsulteerde psychiater was van mening dat er nog behandelingen mogelijk waren voor de depressieve klachten van de patiënt, *“haar persoonlijkheidsstoornis leek hem echter onbehandelbaar. Hij vond het voorstelbaar dat patiënte behandelmogelijkheden voor haar depressieve klachten niet wilde benutten.”* De hierna geraadpleegde SCEN-arts, tevens psychiater, stelde vast dat het lijden *“uitzichtloos en onbehandelbaar”* was. De Rte oordeelde vervolgens: *“Om patiënte te behandelen zou volgens de consulent een dwangbehandeling moeten worden gestart met behulp van gerechtelijke maatregelen. Echter, dan zou het nog steeds zeer twijfelachtig zijn of dit zou aanslaan vanwege haar volstrekt niet gemotiveerde en in verzet vastzittende karakter. De consulent was bovendien van mening dat indien de waan van patiënte behandelbaar zou zijn, het lijden aan haar persoonlijkheid nog aanwezig zou blijven gelet op het feit dat zij nooit contacten had kunnen aangaan.”*

In de oordelen vanaf halverwege 2019 wordt naar het nieuwe format het uitzichtloos lijden samen met het ontbreken van een redelijke andere oplossing besproken. Er zijn in de bestudeerde oordelen grofweg drie situaties te onderscheiden wat betreft het ontbreken van een redelijke andere oplossing: de patiënt had onvoldoende motivatie en/of draagkracht om een nieuwe behandeling aan te gaan, er waren ten tijde van het euthanasietraject geen behandelingen meer mogelijk, en/of tijdens het euthanasietraject werd nog een behandeling geprobeerd zonder voldoende resultaat.

Bij sommige meldingen zag een consulent nog een redelijke andere oplossing voor de patiënt in de vorm van behandeling. Echter, wanneer de arts zich daar niet in kon vinden, dit kon beargumenteren en hierna nog een tweede consulent raadpleegde die bevestigde dat er geen redelijke andere oplossing was, oordeelden de Rte's dat er zorgvuldig was gehandeld door de arts. Zo werd in een zaak intensieve behandeling in een gespecialiseerde traumakliniek voorgesteld door de consulent, omdat eerdere traumatherapie was onderbroken en nooit meer hervat. Echter, na raadplegen van een klinisch psycholoog die concludeerde dat dergelijke behandeling niet meer zinvol was, kwam de consulent *“in het addendum aan zijn verslag tot de conclusie dat nu op adequate wijze was vastgesteld dat er bij patiënte geen sprake was van [diagnose], dat er geen behandelmogelijkheden meer waren en dat nu wel aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.”*

Een ander voorbeeld betreft een patiënt voor wie er volgens de geraadpleegde onafhankelijk psychiater nog reële behandelopties waren. De arts en de consulent waren het hier niet mee eens. De Rte schreef hier over: *“Een arts mag het oordeel van een onafhankelijk psychiater terzijde schuiven mits*

252 Inmiddels het Expertisecentrum Euthanasie.

hij zijn overwegingen zorgvuldig en uitvoerig beargumenteert. De arts heeft gemotiveerd weerlegd waarom de voorgestelde behandelopties niet als redelijk behandelperspectief konden worden beschouwd. De behandelopties zouden niet leiden tot een wezenlijke vermindering van het ondraaglijk lijden. Daarbij was de voorgestelde interventie riskant en zeer belastend voor patiënte. Volgens een door de SCEN-arts geraadpleegde psycholoog en deskundige op het gebied van [...] is een sterke motivatie een onvoorwaardelijke eis om resultaat te kunnen boeken. Patiënte had niet meer de veerkracht en motivatie om de voorgestelde behandeling te kunnen volgen.”

De Rte oordeelde vervolgens dat de arts “gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden” tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In weer een andere zaak, waarin de arts door de Rte werd uitgenodigd voor een mondelinge toelichting, kwamen de bevindingen van de geraadpleegde consultants niet overeen en was er voor de Rte onduidelijkheid over de diagnose, de uitzichtloosheid van het lijden en de behandelmogelijkheden. Het oordeel luidde daarna als volgt: *“De commissie heeft kennisgenomen van de argumentatie van de arts dat patiënte weliswaar niet door een psychiater behandeld is en nooit opgenomen was geweest, maar wel jarenlang verschillende psychotherapeutische behandelingen conform het vigerende protocol op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, heeft ondergaan bij klinisch psychologen/psychotherapeuten. Ondanks maximale behandeling, namelijk twintig jaar psychotherapie, bleven het lijden en de doodswens van patiënte bestaan. Op het laatst was patiënte ook niet meer intrinsiek gemotiveerd om zich wéér te laten behandelen. [...] Voor de commissie is duidelijk geworden dat de arts zich veel moeite heeft getroost om te onderbouwen dat er geen redelijke behandelingen meer aanwezig waren.”*

Voorlichting over situatie en vooruitzichten

In de oordelen uit de steekproef bespraken de toetsingscommissies geen bijzonderheden over de zorgvuldigheidseis betreffende de voorlichting aan de patiënt over diens situatie en vooruitzichten.

Combinatie van aandoeningen

Bij drie meldingen uit de steekproef was sprake van een combinatie van somatische en psychische aandoeningen en werd door de Rte's (uitgebreid) stilgestaan bij de uitzichtloosheid van het lijden en eventuele redelijke andere oplossingen. In een geval kwam het euthanasieverzoek van de patiënt volgens zowel de behandelend psychiater als de consultant voort uit lijden aan somatische aandoeningen waarvoor geen behandelingen meer mogelijk waren. Daarnaast had de patiënt een persoonlijkheidsstoornis. De behandelend psychiater stelde *“dat als het verzoek om euthanasie alleen zou voortkomen uit het lijden op psychiatrische grond, [...] veel nauwgezetter zou moeten worden gekeken naar de psychiatrische aspecten van zijn situatie.”* Nu het euthanasieverzoek niet voortkwam *“uit lijden op psychiatrische grond”* was er volgens hem echter *“geen aanleiding om te stellen dat er nog sprake was van behandelbare psychiatrische problematiek.”* De Rte oordeelde dat er zorgvuldig was gehandeld. In de andere twee gevallen kwam het lijden van de patiënt niet geheel, maar wel ‘in overwegende mate’ voort uit de psychische stoornis. Zo werd in de ene melding door de geraadpleegde onafhankelijk psychiater geconstateerd dat er bij patiënte mogelijk sprake was van

beperkte coping als gevolg van een persoonlijkheidsstoornis die de behandeling van haar somatische klachten in de weg stond, en werd geadviseerd om hiernaar verder onderzoek te doen en een behandeling te starten. Na bevestiging van dit advies door de geraadpleegde consulent, tevens psychiater, werd patiënte verwezen naar een centrum voor psychosomatische klachten waar nader onderzoek werd gedaan. *“Onderzoek aldaar wees uit dat er geen aanknopingspunten te vinden waren voor het inzetten van behandeling gericht op de pijn. Patiënte was daarnaast onvoldoende belastbaar voor het volgen van intensieve behandeling.”* Hierop constateerde de consulent ten aanzien van de redelijke andere oplossing dat *“patiënte een uitputtend aantal interventies van verschillende aard had ondergaan, zonder enig resultaat”*, en dat *“toen duidelijk was geworden dat er binnen de gespecialiseerde psychiatrie geen kans op een succesvolle behandeling was, het lijden voor patiënte uitzichtloos was geworden.”* In de andere melding stelde de geraadpleegde onafhankelijke psychiater vast dat er sprake was van *“een complex aan klachten en stoornissen, welke op elkaar ingrepen en die na langdurige en intensieve behandelingen, niet behandelbaar waren gebleken.”* Wel werd nog onderzocht of er nog een ander antidepressivum zou kunnen worden ingezet voor de psychische klachten, maar na raadpleging van diverse collega's kwam de onafhankelijk psychiater tot de conclusie *“dat er medisch gezien sprake was van onbehandelbaarheid”* en werd zowel het somatisch als het psychisch lijden tot uitzichtloos bestempeld. De twee geraadpleegde consulenten kwamen ook tot deze conclusie. In beide meldingen oordeelden de Rte's dat er zorgvuldig was gehandeld.

Consultatie onafhankelijke arts

Uit de bestudeerde oordelen bleek dat artsen, conform de EuthanasieCode, naast een reguliere consulent veelal ook een onafhankelijk psychiater raadpleegden om een of meer van de zorgvuldigheidseisen die grote behoedzaamheid vereisen te beoordelen. De consultaties riepen weinig discussie op bij de beoordeling.

Bij een melding werd de onafhankelijkheid van de consulent door de Rte betwijfeld: *“De arts en de onafhankelijk psychiater hebben tot elf jaar voor het overlijden jarenlang voor dezelfde organisatie gewerkt.”* In het oordeel dat volgde beschreef de Rte dat de arts had verklaard dat er geen sprake was van een relatie in de privésfeer en dat de arts de betreffende psychiater benaderde vanwege diens specifieke expertise. De Rte kwam op basis hiervan tot het oordeel *“dat de arts hiermee de onafhankelijkheid jegens elkaar voldoende heeft toegelicht. Daarbij geeft de inhoud van het verslag van de onafhankelijk psychiater geen aanleiding eraan te twijfelen dat hij zich niet vrij zou hebben geacht in zijn conclusies en advies.”*

Medisch zorgvuldige uitvoering

In de meeste oordelen was een standaardzin opgenomen met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering, namelijk: *“De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.”* Daarna volgde het oordeel dat de arts de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig had uitgevoerd.

Bij sommige meldingen werd in de interne communicatie van de Rte's een opmerking gemaakt over de uitvoering. Voorbeelden hiervan zijn: *“De arts heeft alleen de coma-inductor toegediend”*, *“Combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek in verband met lang uitblijven van het overlijden”* en: *“Hulp bij zelfdoding - tijdstip van inname drank is niet opgeschreven, waardoor niet duidelijk is hoeveel tijd er tussen inname en overlijden.”* Deze situaties leidden niet tot discussie wat betreft deze zorgvuldigheidseisen.

6.3.3 Patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen

De EuthanasieCode 2018/2020 schrijft voor dat in gevallen waarin het lijden voortkomt uit een stapeling van ouderdomsaandoeningen extra behoedzaamheid is vereist bij de beoordeling van de medische grondslag van het lijden.²⁵³ Tot en met 2019 werden alle meldingen in deze categorie afgedaan met een uitgeschreven oordeel, waarin uitgebreid werd stilgestaan bij het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Vanaf 2020 werden NVO-meldingen afgedaan met een verkorte oordeelbrief. Van de 20 hier bestudeerde meldingen werden er vijf, allemaal van voor 2020, als VO behandeld: in een geval was er sprake van een op het eerste gezicht onduidelijke diagnose, in de vier overige gevallen betrof het een melding van een arts verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie die daarom als VO werd behandeld. Alle onderzochte meldingen werden als conform de zorgvuldigheidseisen beoordeeld.

In deze steekproef was de uitvoerend arts bij acht meldingen verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie. Doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie vond vooral plaats omdat de eigen huisarts de stapeling van ouderdomsaandoeningen ‘te complex’ vond, of vond dat er sprake was van ‘voltooid leven problematiek’.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Het vrijwillig en weloverwogen verzoek is in deze categorie geen specifiek aandachtspunt voor de Rte's. Bij zes meldingen werd de wilsbekwaamheid van de patiënt wel besproken door de Rte's. In een enkel geval is hier door de meldend arts ook nader onderzoek naar gedaan, bijvoorbeeld door raadpleging van een psychiater of een klinisch geriater om de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het verzoek te beoordelen.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Volgens de EuthanasieCode 2018/2020 is het *“de optelsom van een of meerdere 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.”*²⁵⁴ Hoewel de patiënten in deze categorie gemiddeld een hoge leeftijd hebben en vaak aangeven ‘op’ en ‘klaar met het leven’ te zijn, onderscheidt deze categorie zich van ‘voltooid leven’ problematiek in engere zin doordat er

253 EuthanasieCode 2018/2020, p.23.

254 EuthanasieCode 2020, p.23.

steeds ook een medische grondslag van het lijden is. In de oordelen wordt aan deze zorgvuldigheidseis dan ook ruim aandacht besteed.

Bij recentere meldingen die zijn afgedaan als NVO, zien we in de interne communicatie zinnen als *“evident ziektebeeld, overduidelijke stapeling van ouderdomsaandoeningen.”* Bij eerdere zaken was er soms discussie of de melding een persoon met een *“stapeling van ouderdomsaandoeningen”* betrof, of iemand met een *“combinatie van aandoeningen.”* In een geval gaf de Rte aan dat, hoewel de patiënt zelf zei ‘op’ te zijn, de ‘impact van de symptomen zeer voorstelbaar was’.

De vereiste medische grondslag van het lijden werd bij vier meldingen nader besproken door de Rte’s. In twee gevallen ging het om een melding van een arts van het Expertisecentrum Euthanasie, waarbij de eigen arts van patiënt vond dat het om ‘voltooid leven’ problematiek ging. In het derde geval gaf de meldend arts aan dat er in het eerste gesprek met patiënt twijfel was of diens lijden een medische grondslag had en over de daarbij horende behandelalternatieven. De Rte geeft bij deze melding aan dat de arts daarbij overweegt dat *“gelet op hoge leeftijd en al doorlopen GRZ-traject²⁵⁵ (zonder significant herstel autonomie) de kans dat er nog alternatieven zijn om de zorgafhankelijkheid positief te beïnvloeden uiterst gering is. Tijdens de twee vervolgesprekken staat de medische grondslag niet meer ter discussie.”* Het laatste geval betrof een zaak waarbij de diagnose die ten grondslag lag aan het lijden op het eerste gezicht niet duidelijk was voor de Rte. De meldend arts schreef dat er sprake was van *“uitputting door sepsis en pneumonie, waardoor hij in zo’n afhankelijke toestand is gekomen, dat dit voor hem ondraaglijk is.”* Er was sprake van een ‘verslechterende conditie’, de prognose was infaust.

In de uitgeschreven oordelen in deze categorie werd veel aandacht besteed aan de autonomie van de patiënt en gaven de Rte’s blijk van een brede interpretatie van lijden. Zo sprak de Rte over *“lijden onder zorgafhankelijkheid”* en *“lijden onder verlies van autonomie.”* Het belang van autonomie voor een patiënt werd in een aantal meldingen benadrukt met de zin *“patiënt, die altijd een zelfstandige man [of vrouw] was geweest.”* Een voorbeeld van een melding waarbij het verlies van autonomie een centrale rol speelde betrof een patiënte wier lijden bestond uit functieverlies van een arm en been, alsmede visus- en gehoorverlies, vermoeidheid, benauwdheid, pijn en volledige ADL-afhankelijkheid. Patiënte gaf aan vooral te lijden onder de *“toenemende zorgafhankelijkheid”* en haar steeds *“kleiner wordende leefwereld.”* In het oordeel stond hierover: *“Patiënte kon niet meer lezen of tv kijken. Ook tv of luisterboeken beluisteren vermoeide haar te veel. Patiënte bracht nagenoeg de hele dag door op haar stoel in afwachting tot zij ’s avonds weer naar bed werd gebracht. Zij voelde zich totaal uitgeput en ervoer geen kwaliteit van leven meer. Zij leed onder het verlies van waardigheid en de uitzichtloosheid van haar situatie.”*

Voorlichting over situatie en vooruitzichten

In een melding gaf de meldend arts aan geen voorlichting te hebben gegeven aan de patiënt, terwijl de SCEN-arts aangaf dat de uitvoerend arts wel voorlichting had gegeven. De Rte gaf in de interne communicatie aan dit wel te begrijpen: *“Er is niet echt één overheersend ziektebeeld en eigen huisarts*

255 GRZ staat voor Geriatrische revalidatiezorg.

heeft met haar haar situatie afdoende besproken.” Een lid van de commissie voegt toe: “*Ter attentie van de opmerkingen over ‘voorlichting’ denk ik dat de arts hier subtiel laat weten dat de bewoording van de betreffende vraag niet helemaal passend is op de specifieke situatie van deze mevrouw. Ik kan hem daarin niet helemaal ongelijk geven, omdat – zoals hij het zelf ook uitlegt – er geen sprake was van een heel duidelijk omljnd ziekteproces.*”

Geen redelijke andere oplossing

Bij de zorgvuldigheidseis van afwezigheid van een redelijke andere oplossing om het lijden te verminderen speelt het perspectief van de patiënt een centrale rol. Bij een melding schreef de Rte over het oordeel van de onafhankelijk arts: “*De specialist ouderengeneeskunde concludeerde dat voor patiënte – die door een stapeling van klachten ernstig werd beperkt in haar kwaliteit van leven – er wel enige verbetermogelijkheden waren, maar dat hij geen behandelopties meer zag die patiënte een dusdanige verbetering van haar kwaliteit van leven zouden geven waardoor zij in een voor haar acceptabele toestand verder zou willen en kunnen leven.*” De Rte concludeerde daarop dat er geen redelijke alternatieven meer waren.

Consultatie

In de EuthanasieCode 2018/2020 worden geen extra voorwaarden gesteld aan de consultatie van een onafhankelijke arts in het geval van een stapeling van ouderdomsaandoeningen. In enkele van de zaken die voor dit onderzoek werden geanalyseerd werd een psychiater geraadpleegd omdat er (in het verleden) sprake was geweest van een depressie, waarna werd geconcludeerd dat deze vroegere depressie geen invloed had op het actuele verzoek. In twee gevallen werd op verzoek van de consulent een specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd om het bestaan van redelijke alternatieven uit te sluiten.

In een oordeel complimenteerde de Rte de meldend arts met een “*mooi voorbeeld van zorgvuldig onderzoek bij stapeling van ouderdomsaandoeningen.*” Dit betrof een arts die naast een reguliere consulent ook een psychiater en een specialist ouderengeneeskunde had geraadpleegd om de uitzichtloosheid van het lijden te beoordelen, redelijke alternatieven te onderzoeken en een depressie uit te sluiten. Volgens de Rte “*verdient deze arts een compliment*” en geeft het een “*goed beeld van hoe een arts met stapeling van ouderdomsziekten om kan gaan.*”

Medisch zorgvuldige uitvoering

Er worden in de EuthanasieCode geen extra voorwaarden gesteld aan de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek van mensen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. In de bestudeerde meldingen werden op dit punt geen bijzonderheden aangetroffen.

6.3.4 Slot

De ontwikkeling van de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's vindt zijn weerslag in de EuthanasieCodes, die sinds de vorige wetsevaluatie drie keer zijn geactualiseerd, mede naar aanleiding van maatschappelijke ontwikkelingen en jurisprudentie. Met name op het gebied van de

bijzondere categorieën gevorderde dementie en psychische stoornissen zijn wijzigingen en aanvullingen aangebracht. Uit de analyse van dossiers van bijzondere categorieën van meldingen blijkt dat de EuthanasieCodes een goede indruk geven van de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's en dat er weinig licht zit tussen de EuthanasieCodes en wat de Rte's feitelijk doen. Als artsen bij hun levensbeëindigend handelen afwijken van wat er in de vigerende versie van EuthanasieCode is aangegeven krijgen zij daar van de Rte's enige ruimte voor, mits zij duidelijk kunnen maken waarom zij zijn afgeweken en dat zij de benodigde zorgvuldigheid in acht hebben genomen in hun besluitvorming.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat wanneer de arts, consulent en eventueel geraadpleegde deskundige het met elkaar eens zijn over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan, de Rte's daarin mee gaan en de melding als conform de zorgvuldigheidseisen beoordelen. Als een van de partijen twijfelt of een andere mening heeft doen de Rte's veel moeite om de overwegingen van alle partijen tegen elkaar af te wegen. Als er een extra (tweede) consulent is ingeroepen, omdat de eerste consulent een andere mening had dan de meldend arts, en deze tweede consulent het eens is met de meldend arts wegen de Rte's uitgebreid af of het oordeel van de eerste consulent overtuigend wordt weerlegd door de meldend arts. De procedurele zorgvuldigheid van de arts, dat wil zeggen het met grote behoedzaamheid afwegen van de zorgvuldigheidseisen en in het meldingsverslag duidelijk - en liefst ook uitgebreid - uiteenzetten waarom er aan is voldaan in de betreffende casus, weegt in de toetsing door de Rte's zwaar.

Bij de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het vrijwillig en weloverwogen verzoek in het geval van gevorderde dementie richten de Rte's zich op de wilsbekwaamheid van patiënt ten tijde van het opstellen de verklaring en op de vraag of de inhoud van die verklaring van toepassing is op de situatie van de patiënt ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging. Bij een verouderd, summier of in algemene bewoordingen opgesteld verzoek moet de arts extra zijn best doen om dat aan te tonen. De Rte's geven de arts, zeker na de beslissingen van de Hoge Raad ter zake, wel ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring, bijvoorbeeld door de betekenis ervan te bespreken met naasten en andere betrokken zorgverleners.

De zorgvuldigheidseisen betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden levert voor wat betreft de categorie gevorderde dementie weinig twijfel of discussie op in de toetsing door de Rte's. Met name de uitzichtloosheid van het lijden wordt als evident gezien vanwege het ziektebeeld. In de meest recente oordelen (die buiten de periode van het dossieronderzoek vallen) wordt niet meer gesproken van 'evident lijden vanwege het ziektebeeld dat geen nadere motivering behoeft', maar van 'een ongeneeslijke (neurologische en progressieve) aandoening waarbij behandeling en begeleiding zijn gericht op vertraging van het proces en het optimaal ondersteunen van de patiënt'. De ondraaglijkheid van het lijden wordt vooral getoetst aan de vraag of de actuele situatie van de patiënt overeenkomt met wat er in de schriftelijke wilsverklaring staat. De vraag of de meldend arts heeft kunnen vaststellen dat patiënt op het moment van besluitvorming over het verzoek daadwerkelijk *ondraaglijk* leed, is moeilijk te beantwoorden maar lijkt minder zwaar te wegen.

Ook in de categorie psychische stoornissen wordt de ondraaglijkheid van het lijden weinig besproken en lijkt die voor de toetsingscommissies op basis van de melding in vrijwel alle gevallen evident. Bij de

beoordeling van meldingen in deze categorie ligt het accent op de wilsbekwaamheid en het weloverwogen verzoek van de patiënt. Het bestaan van reële alternatieven om het lijden te verminderen wordt wel regelmatig besproken in het geval van psychiatrische problematiek, maar er is zelden twijfel of de zorgvuldigheidseisen op dit punt geschonden is.

Bij meldingen met betrekking tot een stapeling van ouderdomsaandoeningen speelt in de beoordeling vooral de vraag naar de medische grondslag van het lijden een rol, omdat er vaak overlap met 'voltooid leven' problematiek is.

6.4 Oordelen 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' in de periode 2017-2022

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van een dossieronderzoek bij de Rte's naar oordelen 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' en de afhandeling van die oordelen door de Inspectie (tot oktober 2017 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), daarna Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)) en het Openbaar Ministerie (OM).

6.4.1 Overzicht oordelen 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen'

In de periode 2017-2022 hebben de Rte's in 44 van de in totaal 42 396 zaken geoordeeld dat de levensbeëindiging op verzoek niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen was uitgevoerd (12 in 2017, zes in 2018, vier in 2019, twee in 2020, zeven in 2021 en 13 in 2022). Het gaat deze onderzoeksperiode om zes jaar (in plaats van vijf jaar in de vorige evaluatieonderzoeken) waardoor het totaal aantal zaken logischerwijs wat hoger is dan in de vorige evaluaties. Net als in de vorige evaluatieonderzoeken gaat het om een heel klein deel van het totaal aantal meldingen. In tabel 6.3 is weergegeven aan welke zorgvuldigheidseisen in deze onderzoeksperiode volgens de Rte's niet was voldaan indien het oordeel 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' was.

Tabel 6.3 Overzicht Rte-oordelen ‘niet conform de zorgvuldigheidseisen’

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totaal 2017- 2022	Totaal 2012- 2016	Totaal 2007- 2011
Vrijwillig en weloverwogen verzoek	2	1			2	5	10	4	2
Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	4	3			2	5	14	8	3
Voorlichting over situatie en vooruitzichten		1					1	2	0
Geen redelijke andere oplossing	2	3			2	5	12	7	2
Consultatie onafhankelijke arts	2	1	3	1	2	6	15	11	15
Medisch-zorgvuldige uitvoering	6	2	1	1	2	1	13	14	17
Totaal aantal oordelen							44	33	35
Niet conform één zorgvuldigheidseis	9	3	4	2	5	8	31	25	
Niet conform twee of meer zorgvuldigheidseisen	3	3			2	5	13	8	

Het aantal keer dat bepaalde zorgvuldigheidseisen geschonden zijn ligt deze onderzoeksperiode (2017-2022) dicht bij elkaar. Een uitzondering vormt de eis dat de arts de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten, die slechts een keer geschonden werd. De zorgvuldigheidseis die het vaakst geschonden werd is, net als in de vorige evaluatieonderzoeken, de eis dat de arts ten minste een andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Opvallend is dat de eis dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt deze onderzoeksperiode op de tweede plaats staat.

In de vorige evaluatieonderzoeken werd benadrukt dat de meeste zaken waarin de Rte's tot het oordeel kwamen dat niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen was gehandeld, *niet* de substantiële zorgvuldigheidseisen van de Wtl betreffen. De cijfers van deze onderzoeksperiode leveren een ander beeld op. De substantiële zorgvuldigheidseisen zijn blijkens de OM Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek de eis dat – naar de overtuiging van de arts – het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en de eis dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Verdenking van art. 293 lid 1 of art. 294 lid 2 Sr wegens schending van een van deze twee substantiële zorgvuldigheidseisen leidt op basis van de aanwijzing, behoudens uitzonderingen, tot strafrechtelijke vervolging. Bij schending van een andere zorgvuldigheidseis is dat niet het geval en is eerder een (voorwaardelijk) sepot aan de orde.²⁵⁶ Het aantal oordelen waarin de Rte's tot het oordeel kwamen dat niet overeenkomstig een van de substantiële zorgvuldigheidseisen is gehandeld, is deze periode relatief hoog. Dat geldt met name voor de eis met betrekking tot het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (14 van de 44 oordelen). Voorts oordeelden de Rte's deze periode relatief vaak dat de arts niet tot de

256 Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Stcrt. 2017, 27069.

overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (tien van de 44 oordelen).

De Rte's gaan in alle oordelen waarin de conclusie luidt dat niet is gehandeld conform een of meer zorgvuldigheidseisen uitgebreid in op de geschonden zorgvuldigheidseis(en). De beoordeling van de overige zorgvuldigheidseisen komt in de oordelen uit 2017-2019 ook (kort) aan bod. Vanaf 2020 volstaan de Rte's met de mededeling dat aan de overige zorgvuldigheidseisen is voldaan en dat die eisen geen nadere motivering behoeven.

In een aantal door de Rte's als 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' beoordeelde meldingen, kon volgens de door de uitvoerend arts geraadpleegde consulent niet worden voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Het valt op dat in die zaken naar het oordeel van de Rte's sprake is van schending van verschillende zorgvuldigheidseisen. Hoewel 'toestemming' voor euthanasie van de consulent niet vereist is, had de arts in die gevallen naar het oordeel van de Rte's onvoldoende onderbouwd dat – in afwijking van het oordeel van de consulent – aan bepaalde zorgvuldigheidseisen was voldaan. Oordelen waarin volgens de Rte's in totaal drie of vier zorgvuldigheidseisen zijn geschonden, hebben te maken met het niet betrachten van de extra behoedzaamheid die in bepaalde gevallen verwacht mag worden, zoals het inschakelen van een consulent met een specifieke deskundigheid. Volgens een van de oordelen heeft de consulent de arts niet adequaat geadviseerd, maar de arts blijft naar het oordeel van de Rte zelf verantwoordelijk voor het euthanasietraject. De arts had zich volgens de Rte zelf op de hoogte moeten stellen van de relevante wet- en regelgeving.

Per zorgvuldigheidseis kan met betrekking tot de Rte-oordelen dat niet conform de betreffende eis is gehandeld, het volgende beeld worden geschetst, waarbij wat uitgebreider wordt stilgestaan bij de substantiële zorgvuldigheidseisen.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek (art. 2 lid 1 sub a Wtl)

In tien zaken zijn de Rte's tot het oordeel gekomen dat niet is voldaan aan de eis dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. In de meeste gevallen (acht van de tien) is er sprake van een combinatie met een schending van een of meer andere zorgvuldigheidseisen.

Zes van de tien zaken zien op de situatie dat de arts naar het oordeel van de Rte's niet met de vereiste grote behoedzaamheid te werk is gegaan door geen onafhankelijk deskundige te raadplegen inzake de vraag of de patiënt met een psychische stoornis ten aanzien van het euthanasieverzoek wilsbekwaam kon worden geacht. Door bij een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychische stoornis geen (extra) onafhankelijke deskundige met een specifieke deskundigheid te raadplegen die beoordeelt of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek kon de arts naar het oordeel van de Rte's niet overtuigd zijn van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt.

In een oordeel uit 2022 (2022-007) blijkt hoezeer een arts *zelf* overtuigd moet zijn van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het euthanasieverzoek. De uitvoerend arts was overtuigd van een

doodswens van patiënte, maar meende tegelijkertijd dat eenzaamheid en/of depressie een rol moet hebben gespeeld in het verzoek. Hoewel de door de arts geconsulteerde onafhankelijke psychiater tot de conclusie kwam dat er geen sprake was van een depressieve stoornis en de consultant oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan (inclusief het vrijwillig en weloverwogen verzoek), bleek de uitvoerend arts zich daar niet helemaal in te kunnen vinden. Door het verlenen van hulp bij zelfdoding (in plaats van euthanasie) meende de uitvoerend arts tot een compromis te komen met zijn patiënte: door het zelf innemen van de euthanatica bleek van een echt intrinsieke wens van patiënte. Voor de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen maakt dat echter geen verschil. Voor euthanasie en hulp bij zelfdoding gelden dezelfde zorgvuldigheidseisen. De Rte benadrukt dat er geen sprake kan zijn van een compromis in het kader van de Wtl. De arts had met de patiënte moeten bespreken dat hij niet overtuigd was en had niet over mogen gaan tot het honoreren van het verzoek. Het is de uitvoerend arts zelf die de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Een uitvoerend arts moet echter ook voldoende openstaan voor het oordeel van andere betrokken artsen, bijvoorbeeld wat betreft de wilsbekwaamheid zoals beoordeeld door een psychiater. De uitvoerend arts uit oordeel 2022-017 twijfelde gedurende het gehele euthanasietraject van twee jaar geen moment over de wilsbekwaamheid van een patiënt met een psychische stoornis ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Een door de arts geraadpleegde onafhankelijke psychiater, dacht daar, twintig maanden voor het overlijden van de patiënt, anders over. Ook de behandelend psychiater achtte de patiënt niet wilsbekwaam ter zake. De consultant, niet zijnde een psychiater, was er wel van overtuigd dat patiënt wilsbekwaam was. De Rte vraagt zich af of de uitvoerend arts voldoende heeft opengestaan voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid door de betrokken psychiaters en komt tot de conclusie dat de arts niet de vereiste grote behoedzaamheid heeft betracht voor wat betreft de zorgvuldigheidseisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek. De Rte komt tot het oordeel dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts had wel gehandeld overeenkomstig de overige zorgvuldigheidseisen.

Twee zaken hebben betrekking op een schriftelijke wilsverklaring. In een oordeel uit 2017 ontbreekt de schriftelijke wilsverklaring bij een patiënte met een verlaagd bewustzijn terwijl er nog geen voornemen tot uitvoering is. De schriftelijke wilsverklaring zou er volgens de familie wel zijn, maar was niet te vinden. Toen de arts patiënte twee dagen voor overlijden bezocht en vroeg of zij euthanasie wilde, reageerde zij met hoofdknikken en handknijpen. De arts zag daarin een duidelijke bevestiging van het euthanasieverzoek. De Rte oordeelt dat de arts niet tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Het hoofdknikken en handknijpen was in deze specifieke situatie, waarin de duiding van de communicatie niet van tevoren was vastgesteld, volgens de Rte onvoldoende als bevestiging van de euthanasiewens. Onder deze omstandigheden is een schriftelijke wilsverklaring een vereiste, benadrukt de Rte. Een schriftelijke wilsverklaring geldt als belangrijke indicator van de wil van de patiënt.

In een ander oordeel uit 2017 kon een arts ook niet in redelijkheid vaststellen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De inhoud van de schriftelijke wilsverklaring, die zes jaar oud was en daarna niet meer was herbevestigd, was volgens de Rte onvoldoende als grondslag voor de arts om in redelijkheid te kunnen vaststellen dat deze uitdrukking gaf aan de blijvende wil van

patiënte tot aan het moment waarop zij haar wilsbekwaamheid verloor. De huisarts had bovendien geen contact gezocht met de voormalige huisarts en behandelend specialist van patiënte om zich een beeld te vormen van haar wil. Belangrijk is dat de Rte tot dit oordeel omtrent het vrijwillig en weloverwogen verzoek is gekomen in de periode voorafgaand aan de beslissingen van de rechter in de zaak-Arends (zoals ook blijkt uit de beslissing van het OM naar aanleiding van dit Rte-oordeel).

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden (art. 2 lid 1 sub b Wtl) en geen redelijke andere oplossing (art. 2 lid 1 sub d Wtl)

Veertien oordelen betreffen schending van de eis dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de uitzichtloosheid en anderzijds de ondraaglijkheid van het lijden.

Het oordeel dat niet voldaan is aan de eis van uitzichtloosheid van het lijden, hangt blijkens de onderzochte dossiers grotendeels samen met schending van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat. Zo dient nauwkeurig te worden onderzocht of er nog behandelalternatieven bestaan. Wijst de patiënt een redelijk alternatief af, dan zal volgens oordelen van de Rte's niet gesproken kunnen worden van uitzichtloos lijden. Indien het euthanasieverzoek voortkomt uit lijden als gevolg van een psychische stoornis, dient de arts naast een reguliere consulent, ook een onafhankelijke psychiater te raadplegen die beoordeelt of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. In de meeste dossiers inzake schending van de eis dat sprake moet zijn van (uitzichtloos) lijden is door de arts geen onafhankelijke psychiater geraadpleegd waardoor de arts zijn overtuiging dat bij de patiënt sprake was van uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was naar het oordeel van de Rte's onvoldoende heeft kunnen onderbouwen.

De zaken betreffende de *ondraaglijkheid* van het lijden zien doorgaans op een meningsverschil tussen arts en consulent over de desbetreffende eis. In één casus, met betrekking tot euthanasie bij gevorderde dementie (oordeel 2017-103), stonden de arts en consulent wat betreft het ondraaglijk lijden van de patiënt 'lijnrecht' tegenover elkaar. Volgens de consulent was er op basis van zijn bezoek aan patiënt en het beschikbare beeldmateriaal, geen sprake van ondraaglijk lijden. De uitvoerend arts had, ondanks het negatieve advies van de consulent besloten tot uitvoering over te gaan, omdat een door haar geraadpleegde collega-arts van de SLK²⁵⁷ haar mening deelde dat sprake was van ondraaglijk lijden. Volgens de Rte biedt het beeldmateriaal in deze zaak niet eenduidig richtinggevende steun voor het oordeel van de arts dat er bij patiënte sprake was van ondraaglijk lijden, daarnaast was de wilsverklaring van patiënte tamelijk summier wat betreft het lijden. Een collega-arts kan bovendien niet als onafhankelijke consulent worden aangemerkt en daarbij komt dat het verslag van de collega zeer summier was zonder voldoende te onderbouwen waarom er volgens haar sprake was van door patiënte ervaren ondraaglijk lijden. Al met al komt de Rte tot de conclusie dat de uitvoerend arts onvoldoende heeft onderbouwd waarom het waargenomen gedrag van

257 Inmiddels het Expertisecentrum Euthanasie.

patiënte kon worden aangemerkt als ondraaglijk lijden. In deze zaak is door de Inspectie een tuchtklacht ingediend (zie nader par. 6.4.2)

Voorlichting over situatie en vooruitzichten (art. 2 lid 1 sub c Wtl)

Slechts een oordeel ziet op schending van de eis dat de arts de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten. Het betreft een zaak uit 2018 over euthanasie bij een patiënt met een psychische stoornis. In deze zaak had de uitvoerend arts nagelaten om naast de reguliere consulent een onafhankelijke psychiater te raadplegen die een eigen oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen. Nu dat niet is gebeurd, heeft de arts naar het oordeel van de Rte onvoldoende kunnen onderbouwen dat was voldaan aan de eerste vier eisen, waaronder de eis dat de patiënt voldoende moet worden ingelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en voldoende inzicht heeft in de ziekte, de gestelde diagnoses, prognose en behandel mogelijkheden.

Consultatie onafhankelijke arts (art. 2 lid 1 sub e Wtl)

In 15 zaken kwamen de Rte's tot het oordeel dat niet aan de consultatie-eis is voldaan. Dit is de meest geschonden eis in de onderzoeksperiode. De betreffende zaken zien op verschillende situaties.

De meeste oordelen met betrekking tot schending van de consultatie-eis zien op de *onafhankelijkheid* van de geraadpleegde arts; daarvan is blijkens de oordelen geen sprake als de SCEN-arts een praktijkgenoot is van de meldend arts, of als de consulent als patiënt staat ingeschreven in de praktijk van de meldend arts.

Het oordeel dat niet is gehandeld overeenkomstig de consultatie-eis betreft ook zaken waarin naar het oordeel van de Rte geen toetsing van de zorgvuldigheidseisen heeft plaatsgevonden door een consulent. De Rte's misten in deze zaken de mogelijkheid van reflectie voor de meldend arts. In een oordeel uit 2018 had de familie van een patiënt met dementie een SLK-arts benaderd, die in de rol van behandelaar – niet als consulent – de patiënt bezocht voor een oriënterend gesprek. De SLK-arts had een verslag opgesteld, waarin hij tot de (voorlopige) conclusie kwam dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De nieuwe huisarts van de patiënt nam op een gegeven moment de begeleiding en de uitvoering van het euthanasietraject over van de SLK-arts. De arts wilde het verslag van de SLK-arts in eerste instantie als ondersteuning van zijn eigen besluitvorming aanwenden, maar gebruikte het uiteindelijk als consultatieverslag en raadpleegde geen consulent omdat hij de angstige, onrustige patiënt niet met nog een arts wilde confronteren. Gebruik van het verslag van de SLK-arts was naar het oordeel van de Rte niet voldoende om aan de consultatie-eis te voldoen. De arts had een onafhankelijke arts moeten raadplegen. In een van de zaken uit 2019, met betrekking tot een patiënt met een psychische stoornis, heeft de meldend arts weliswaar twee onafhankelijke psychiaters geraadpleegd die hun oordeel hebben gegeven over de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid en behandel mogelijkheden, maar is geen consulent benaderd die een oordeel heeft gegeven over *alle* zorgvuldigheidseisen ter zake. Daarmee kan de Rte niet anders dan concluderen dat niet is voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen van de consultatie.

In een ander oordeel uit 2019 had niet de uitvoerend arts (de huisarts van de patiënt), maar de behandelend psychiater een SCEN-arts geraadpleegd. De behandelend psychiater had het hele euthanasietraject begeleid maar had enkele weken voor de uitvoering met de arts afgesproken dat de arts de euthanatica zou toedienen. De arts en de behandelend psychiater hebben zich beiden niet gerealiseerd dat de uitvoerend arts de SCEN-arts had moeten raadplegen en kennis had moeten nemen van diens verslag. Hoewel er volgens de Rte sprake was van de beste intenties, komt de commissie tot het oordeel dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseis van consultatie.

Verder ziet schending van deze eis op het gegeven dat de door de arts geraadpleegde consulent de patiënt niet heeft bezocht. Op grond van art. 2 lid 1 sub e Wtl dient de arts een onafhankelijke arts te raadplegen die de patiënt heeft *gezien*. De Rte laat in een oordeel uit 2018 blijken begrip te hebben voor het feit dat een bezoek van een consulent belastend kan zijn voor een patiënt maar geeft tegelijkertijd aan te menen dat alleen in uitzonderlijke situaties afgezien kan worden van een dergelijk bezoek (daarvan was in casu geen sprake). In een oordeel uit 2019 benadrukt de Rte, verwijzend naar de wetsgeschiedenis, dat *“de term ‘zien’ inhoudt dat de consulent zich dient te vergewissen van de medische situatie van de patiënt en diens stervensfase door deze persoonlijk te bezoeken.”* Een eventuele uitzondering daarop komt niet ter sprake. In casu had de consulent van een verpleegkundige van de afdeling van het ziekenhuis waar patiënte verbleef vernomen dat patiënte wel bij bewustzijn was maar niet meer in staat was om te communiceren. De consulent bezocht de patiënte daarom niet. Hij baseerde zijn oordeel vervolgens op een gesprek met de echtgenoot en de kinderen van patiënte, de schriftelijke wilsverklaring van patiënte en de toelichting daarop door haar naasten, en een gesprek met de arts over de toestand van patiënte. Toch had hij de patiënte moeten bezoeken en zelf moeten gaan kijken hoe zij eraan toe was: door dat niet te doen is niet voldaan aan de wettelijke eis van consultatie. In een oordeel uit 2022 had de consulent de patiënt enkel telefonisch gesproken omdat de consulent corona-klachten had. De Rte is van oordeel dat een telefonisch consult niet voldoet aan de eisen die de Wtl stelt.²⁵⁸ Uit deze zaken blijkt wederom dat de meldend arts eindverantwoordelijk is, ook waar het gaat om de consultatie en het consultatieverslag.

Deze periode deed zich een geval van duo-euthanasie voor waarbij één en dezelfde consulent is geraadpleegd.²⁵⁹ In het specifieke geval van duo-euthanasie dient de arts (of dienen de artsen) voor ieder van de partners een andere consulent te raadplegen, om te waarborgen dat iedere casus afzonderlijk wordt beoordeeld. Beide consulenten moeten zich ervan vergewissen dat er geen oneigenlijke druk bestaat van de ene partner op (het euthanasieverzoek van) de andere partner.

Tot slot deed zich blijkens een dossier uit 2017 de vraag voor of raadpleging van een onafhankelijke psychiater in het kader van de besluitvorming over een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychische stoornis, hoewel niet opgenomen als zorgvuldigheidseis in de wet, materieel gesproken rechtens als zorgvuldigheidseis mag gelden. Deze vraag is voorgelegd aan de reflectiekamer van de Rte's. In een uitgebreid verslag beantwoordt de reflectiekamer de vraag bevestigend. In de desbetreffende zaak komt de Rte vervolgens tot het oordeel dat de arts – nu deze niet over de nodige

258 Rte oordeel 2022-69.

259 Rte oordeel 2022-098 en 2022-099.

deskundigheid beschikt en de geraadpleegde SCEN-arts geen psychiater is – niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij een verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis verwacht mag worden. De arts had naast de reguliere consulent ook zelf nog een onafhankelijke psychiater moeten raadplegen en daarom komt de Rte in deze zaak tot het oordeel dat sprake is van een schending van het consultatievereiste. Dat een arts volgens de Rte's niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan door bij een patiënt met een psychische stoornis geen onafhankelijke psychiater te hebben geraadpleegd, leidt in de oordelen vanaf 2018 doorgaans tot een schending van andere zorgvuldigheidseisen dan het consultatievereiste, te weten het vrijwillig en weloverwogen verzoek, het lijden en het ontbreken van een redelijke, andere oplossing.

Medisch zorgvuldige uitvoering (art. 2 lid 1 sub f WtI)

Schending van de eis van de medisch zorgvuldige uitvoering (in totaal 13 oordelen) deed zich met name voor in 2017 maar kwam in de jaren daarna ook nog voor. De desbetreffende oordelen zien met name op handelen dat afwijkt van de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals geen reserve-set van euthanatica voorhanden hebben en de patiënt vervolgens verlaten om een nieuwe set te halen, niet in de directe nabijheid van de patiënt blijven na hulp bij zelfdoding, of het (laten) toedienen van euthanatica door een (ambulance)verpleegkundige.

6.4.2 Afhandeling door Inspectie en OM van door de Rte's voorgelegde zaken

De zaken waarin de Rte's tot het oordeel zijn gekomen dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen worden op grond van art. 9 lid 2 WtI zowel aan de Inspectie als het OM toegezonden. Beide instanties beoordelen vervolgens naar eigen bevoegdheid en verantwoordelijkheid of, en zo ja welke, stappen tegen de arts worden ondernomen.²⁶⁰ De afhandeling door de Inspectie en het OM van Rte-oordelen uit 2022 heeft nog niet in alle zaken plaatsgevonden c.q. is bij afsluiting van dit onderzoek nog niet bekend.

Afhandeling door de Inspectie

Na ontvangst van het Rte-oordeel nodigt de Inspectie de arts uit voor een gesprek over het oordeel en de zienswijze van de arts. In het gesprek staan de bedoelingen van de arts (integer handelen), het leren van ervaringen en openstaan voor toetsing centraal.²⁶¹ De Inspectie kan tot het indienen van een tuchtklacht overgaan. Dat is naar aanleiding van één van de Rte-oordelen uit deze onderzoeksperiode (oordeel 2017-103) gebeurd. Het betreft een zaak van euthanasie bij gevorderde dementie. De wijze waarop de arts had gehandeld was volgens de Inspectie in strijd met de professionele standaard, mede gelet op de verstrekkende aard van (levensbeëindigend) handelen bij een (bijzonder kwetsbare) wilsonbekwame patiënt met gevorderde dementie. Daarnaast verwacht de Inspectie dat een oordeel van het tuchtcollege in deze zaak een verdere bijdrage kan leveren aan

²⁶⁰ Zie nader hoofdstuk 2, par.2.4.

²⁶¹ Zie: <https://www.igj.nl/onderwerpen/euthanasie>.

duidelijkheid over de grenzen van het medisch-professioneel handelen op dit gebied. De tuchtrechter heeft de arts een waarschuwing opgelegd.²⁶²

In de overige zaken waarvan de uitkomst reeds bekend is, concludeerde de Inspectie op basis van haar onderzoek, gelet op de reflectie van de arts, dat er *“geen sprake was van een situatie die een ernstige bedreiging kan betekenen voor de veiligheid van cliënten of de zorg”*. De Inspectie beëindigde het onderzoek naar de melding op grond van artikel 8.23 Uitvoeringsbesluit Wkkgz²⁶³ (vanaf 2019 gebruikt men deze standaardformulering, daarvoor variaties zoals ‘verantwoorde zorg’/‘patiëntveilige zorg’/‘goede zorg’ of enkel ‘bedreiging voor de veiligheid van cliënten of de zorg’ zonder het woord ‘ernstige’). In een zaak vermeldt de Inspectie dat de casus nogmaals duidelijk maakt wat de impact van een dergelijke procedure kan zijn op zorgverleners. De Inspectie wil (volgens een brief aan de betreffende arts en de Rte’s) bij de beroepsgroepen aandacht vragen voor de begeleiding en coaching van artsen indien zij worden gehoord door de Rte naar aanleiding van een VO melding.

De doorlooptijd van een euthanasiezaak bij de Inspectie is doorgaans tussen de drie en de acht maanden. Bij enkele Rte-oordelen uit 2017 is de doorlooptijd flink opgelopen (een daarvan betreft de casus waarin een tuchtklacht is ingediend). De Rte-oordelen uit 2021 kennen weer een wat kortere doorlooptijd bij de Inspectie.

Afhandeling door het OM

Na kennisname van het Rte-oordeel en het door de Rte meegezonden dossier beoordeelt het OM (College van procureurs-generaal) of vanwege de door de Rte geconstateerde schending van een of meer zorgvuldigheidseisen de arts een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt en, zo ja, of het opportuun is de arts te vervolgen. Het Rte-oordeel is voor de beoordeling door het OM belangrijk, maar niet doorslaggevend. De beoordeling door het OM is sterk afhankelijk van de waardering van de concrete omstandigheden van het geval. Het OM kan besluiten een opsporingsonderzoek te starten alvorens definitief te beslissen, de zaak al dan niet onder bepaalde (bijzondere) voorwaarden te seponeren of de arts te vervolgen (dagvaarden).²⁶⁴

Bij geen van de Rte-oordelen uit de periode 2017-2021 dat niet aan een of meer zorgvuldigheidseisen was voldaan is het OM tot strafrechtelijke vervolging overgegaan. Dat geldt ook voor de zaken uit 2022 waarvan de afhandeling door het OM bij afronding van dit evaluatieonderzoek reeds bekend was.²⁶⁵ In alle zaken hield de eindbeslissing een sepot in, in de meeste gevallen een onvoorwaardelijk sepot.

In negen gevallen heeft het OM bepaalde voorwaarden aan het sepot verbonden vanwege de ernst van de zaak, doorgaans met een proeftijd van een jaar met (enkel) de algemene voorwaarde dat de

262 RTG Amsterdam 17 augustus 2020, ECLI:NL:TGZRAMS:2020:93.

263 Wkkgz staat voor Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

264 Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Stcrt. 2017, 27069.

265 Rte-oordeel 2016-85 ter zake waarvan wel strafvervolging werd ingesteld (de zaak-Arends) valt buiten deze onderzoeksperiode.

desbetreffende arts zich gedurende een jaar niet schuldig maakt aan een vergelijkbaar strafbaar feit. Dit betekent dat wanneer de arts zich binnen de proeftijd wel schuldig maakt aan een nieuw vergelijkbaar strafbaar feit, hij ook voor het oude feit alsnog vervolgd kan worden. In één zaak gaat het om een langere proeftijd (drie jaar) met de voorwaarde dat de arts zich onthoudt van betrokkenheid bij euthanasiezaken. De zaken waarin het OM heeft besloten voorwaardelijk te seponeren zijn verschillend van aard. Het betreft niet enkel schendingen van substantiële zorgvuldigheidseisen, het weloverwogen en vrijwillig verzoek of het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Integendeel, zeven van deze negen zaken zien op de schending van de eis inzake de consultatie of de eis met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering. Wat betreft de uitvoering gaat het om zaken waarin naar het oordeel van het OM door de arts een te groot risico is genomen op mogelijke complicaties en pijn bij de patiënt. In een beslissing van het OM met betrekking tot de consultatie gaat het OM in op het gegeven dat de wetgever deze zorgvuldigheidseis weliswaar heeft gezien als een meer procedurele eis, die uiteraard serieus genomen moet worden, maar dat schending ervan minder ernstig is dan wanneer de materiële zorgvuldigheidseisen in het geding zijn. In een andere beslissing licht het OM toe dat een schending van het consultatievereiste *in beginsel* geen schending van een substantiële zorgvuldigheidseis is. Omdat in de betreffende casus de consulent de patiënte niet heeft gezien en zich niet op grond van eigen waarneming een beeld heeft kunnen vormen van het lijden, kan schending van deze eis volgens het OM wel raken aan de substantiële zorgvuldigheidseis van artikel 2 lid 1 onder b Wtl, in dit geval het actueel en ondraaglijk lijden. Die beslissing van het OM toont een zekere verwevenheid van zorgvuldigheidseisen, waardoor het scherpe onderscheid tussen substantiële en niet-substantiële eisen in bepaalde gevallen enigszins gerelativeerd kan worden.

In een zaak waarbij niet de arts maar een *physician assistant* (PA) een slaapmiddel en euthanaticum aan de patiënte toediende en daarmee de euthanasie uitvoerde, was de Rte (die zich wel bevoegd achtte) volgens het OM niet bevoegd om een oordeel te geven. Volgens het OM is een Rte enkel bevoegd een oordeel te geven over een euthanasie die is uitgevoerd door een arts. Wel is het OM het eens met de Rte dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. Het OM heeft besloten zowel de arts als de PA niet te vervolgen, met name omdat er, behalve wat betreft de uitvoering door een onbevoegd persoon, geen enkele twijfel bestond over de correcte naleving van de overige zorgvuldigheidseisen. Daarnaast zien zowel de arts als de PA in dat ze een fout hebben gemaakt. Ten aanzien van de uitvoering van de euthanasie door de PA besloot het OM tot een 'onvoorwaardelijk sepot', omdat de PA verklaarde niet geweten te hebben dat hij de handeling niet mocht uitvoeren en het ook niet van hem verwacht kon worden dat hij wist dat hij niet bevoegd was. Er was sprake van een acute en onverwachte situatie waarbij de middelen hem werden aangereikt door de huisarts. De zaak van de huisarts is voorwaardelijk geseponeerd wat betreft het overlaten van euthanasie aan een niet-arts: de arts had volgens het OM beter moeten weten. Daarnaast had de arts het formulier van de Rte fout ingevuld: genoteerd stond dat zij de euthanasie zelf had uitgevoerd. Het OM is van oordeel dat er onvoldoende bewijs is om aan te nemen dat de arts de Rte met opzet onjuist heeft geïnformeerd. De arts bleek het formulier voorafgaand aan de euthanasie te hebben ingevuld, zij had er nadien niet meer aan gedacht om het aan te passen. Wel had zij op het formulier een algemene opmerking gemaakt over betrokkenheid van de ambulancedienst en had zij, na vragen van de Rte, naar waarheid gezegd dat de PA de middelen had toegediend. Het onjuist informeren van de Rte via het

meldingsformulier is onvoorwaardelijk geseponneerd vanwege gebrek aan bewijs voor valsheid in geschrift (art. 225 Sr).

Het OM informeert zowel de arts, de Rte's als de Inspectie over beslissingen. Sinds 2017 worden de afhandelingen doorgaans (geanonimiseerd) op de website van het OM gepubliceerd, onder verwijzing naar het nummer van het Rte-oordeel.²⁶⁶

Over het algemeen zijn de doorlooptijden bij het OM relatief kort in zaken die niet de substantiële zorgvuldigheidseisen betreffen (dat geldt met name voor eis f, de medisch zorgvuldige uitvoering). In zaken naar aanleiding van een Rte-oordeel waarin wel sprake is van schending van een of twee substantiële zorgvuldigheidseisen, is de doorlooptijd bij het OM doorgaans aanzienlijk langer (meer dan een jaar, soms meer dan twee jaar). In een van die zaken, heeft het OM blijkens het dossier oog voor de zware wissel die de duur van het strafrechtelijk onderzoek op de arts heeft getrokken. Het OM licht toe dat een grondig (opsporings)onderzoek, waartoe de Rte's bevoegdheid noch mogelijkheden hebben, is uitgevoerd om de feiten en omstandigheden preciezer vast te stellen en te duiden. Het strafrechtelijk onderzoek dient daarmee ook het belang van de arts. In deze zaak was de euthanasie in 2017 uitgevoerd, het besluit van het OM (voorwaardelijk sepot) kwam eind 2020.

In besluiten die zijn genomen na het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2020 in de zaak Arends houdt het OM expliciet rekening met de overweging van de Hoge Raad dat de strafrechter een terughoudende opstelling past bij de beoordeling van het medisch handelen van de arts.²⁶⁷

6.4.3 Slot

De Rte's oordeelden in de periode 2017-2022 in een zeer beperkt aantal gevallen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Het gaat het vaakst om schending van het consultatievereiste, maar ook het aantal schendingen van een *substantiële* zorgvuldigheidseis (met name uitzichtloos en ondraaglijk lijden maar ook het vrijwillig en weloverwogen verzoek) is in deze periode relatief hoog. Schendingen van die eisen hebben in overwegende mate te maken met het niet raadplegen van een extra consulent met een specifieke deskundigheid, zoals een psychiater ter beoordeling van het lijden en/of de wilsbekwaamheid van de patiënt, waarmee niet de vereiste behoedzaamheid is betracht in gevallen waarin dat aangewezen is. Oordelen waarin diverse zorgvuldigheidseisen zijn geschonden, zien grotendeels op een verschil van mening tussen de arts en consulent(en). De Rte's blijken veel waarde te hechten aan de (mogelijkheid van) reflectie door de uitvoerend arts op het oordeel van de consulent(en). Uitvoerend arts en consulent hoeven het niet eens te zijn. Bij het niet-raadplegen van een (extra) consulent of het – naar het oordeel van de Rte – ontbreken van voldoende onderbouwing door de arts bij een afwijkend oordeel van de consulent(en) ligt schending van een of meer eisen op de loer. Een positief oordeel van de consulent(en) is overigens geen garantie dat volgens de Rte's wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

²⁶⁶ Zie: <https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/beslissingen-van-het-college-van-procureurs-generaal>.

²⁶⁷ HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, r.o. 4.11.

De beoordeling van de Rte-oordelen door de Inspectie en het OM leidt zelden tot formele vervolgstappen. De Inspectie heeft naar aanleiding van één oordeel uit de periode 2017-2022 een tuchtklacht ingediend. Het OM houdt in beslissingen genomen na april 2020 expliciet rekening met de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends. Tot slot blijkt uit een beslissing van het OM dat het scherpe onderscheid tussen substantiële en niet-substantiële eisen in bepaalde gevallen enigszins gerelativeerd kan worden.

6.5 Ervaringen en opvattingen binnen de toetsingscommissies

6.5.1 Vragenlijstonderzoek

Om een indruk te krijgen van de ervaringen van de leden van de toetsingscommissies met de huidige structuur, organisatie en uitvoering van de toetsing is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder leden en secretarissen van toetsingscommissies. De vragenlijst werd online voorgelegd en is ingevuld door 54 personen: 11 secretarissen en 43 leden, waaronder 15 juristen, 12 artsen en 11 ethici (vijf respondenten hebben de vraag over hun rol bij de toetsingscommissies niet beantwoord). In de vragenlijst werd gevraagd naar de visie van de respondenten op de kwaliteit en transparantie van het systeem van melding en toetsing, naar enkele aspecten van de toetsing van meldingen met betrekking tot bijzondere categorieën, en naar opvattingen over de WtI en de houdbaarheid daarvan in het algemeen. Vragen over de weging en het belang van verschillende zorgvuldigheidseisen worden besproken in hoofdstuk 8. Hierna wordt naar de respondenten binnen dit onderzoek kortheidshalve verwezen als ‘commissieleden’ of ‘respondenten’.

6.5.2 Kwaliteit en transparantie

In tabel 6.4 is te zien dat de meeste commissieleden vonden dat de kwaliteit van de meldingsverslagen en de verslagen van consultants in de loop der jaren gelijk is gebleven of is toegenomen. In de toelichting op hun antwoord gaven veel respondenten aan dat de kwaliteit wel sterk wisselt en dat artsen soms te bondig zijn in de beantwoording van de vragen in het verslagmodel. De consultantverslagen zijn meestal veel uitgebreider, waarbij de introductie van het verslagmodel door SCEN enkele jaren geleden volgens sommigen heeft bijgedragen aan de helderheid ervan. Er is wel een aantal commissieleden dat in hun toelichting kritisch was ten aanzien van de kwaliteit van sommige consultaties: *“Helaas komt het ook voor dat de SCEN-arts verkeerd adviseert en niet goed op de hoogte blijkt van de EuthanasieCode.”*

De vraag of het in het algemeen lukt om de te beoordelen meldingen zorgvuldig door te nemen beantwoordden vrijwel alle commissieleden bevestigend. Een aantal van hen zei daarbij dat het hen wel meer tijd kost dan ervoor staat en dat de werkdruk weer toeneemt door het stijgende aantal meldingen.

De commissieleden zijn vrijwel allemaal tevreden over de kwaliteit van de beoordeling van zowel NVO als VO meldingen. Twee commissieleden vinden dat meldingen te vaak als NVO worden gekwalificeerd en vijf leden vinden dat ze te vaak als VO worden gekwalificeerd. Veel commissieleden spreken bij deze vraag hun waardering uit voor de zorgvuldige voorselectie door de secretaris van hun

commissie. Een aantal van hen geeft aan dat het beleid om meldingen betreffende personen met een psychische stoornis standaard als VO meldingen te behandelen niet noodzakelijk te vinden. Alle commissieleden op een na voelen zich vrij om een aanvankelijk als NVO gekwalificeerde melding toch als VO te bestempelen.

Een derde van de respondenten gaf aan dat er wel eens meldingen als ‘conform de zorgvuldigheidseisen’ worden beoordeeld die zij zelf als ‘niet-conform de zorgvuldigheidseisen’ zien, en vice versa. Deze respondenten lichtten daarbij toe dat het om een “*zeer klein aantal*” gaat, dat “*je het niet altijd over alles eens kunt zijn*”, dat “*ruimte voor uitwisseling en gesprek (...) belangrijker (is) dan dat je het altijd helemaal eens bent*”, en dat het hierbij om de procedurele zorgvuldigheidseisen gaat: enkele respondenten vinden collega’s wat betreft die procedurele eisen soms “*erg recht in de leer*”. Op de vraag of er systematische verschillen zijn tussen de beoordelingen van de verschillende toetsingscommissies antwoorden zeven respondenten bevestigend. Velen geven aan dat de interne discussieruimte en het gegeven dat commissies in wisselende samenstelling oordelen bijdragen aan de “*kalibrering*” van de beoordeling.

De oordelen van de toetsingscommissies worden volgens vrijwel alle respondenten altijd of meestal goed gemotiveerd naar de meldend arts. Alle respondenten zijn (redelijk) tevreden over de EuthanasieCode: zij vinden het een “*helder en leesbaar*” document, het is “*bruikbaar voor de Rte’s zelf en vermoedelijk ook voor artsen*”, “*het kan altijd beter*” en “*het moet geen wetboek worden*”.

Twaalf respondenten vinden niet dat de toetsingscommissies voldoende doen om de samenleving duidelijk te maken wat er mogelijk is wat betreft levensbeëindiging op verzoek. Veel van hen lichtten daarbij toe dat zij dit geen taak vinden van de Rte’s.

Tabel 6.4 Opvattingen van Rte-leden en secretarissen over het functioneren van de Rte’s

	n (%)
Wat vindt u van de kwaliteit van de meldingsverslagen van artsen? Is die in de loop der jaren:	
Toegenomen	16 (30)
Gelijk gebleven	35 (66)
Afgenomen	2 (4)
Wat vindt u van de kwaliteit van de verslagen van consulenten? Is die in de loop der jaren:	
Toegenomen	10 (19)
Gelijk gebleven	35 (66)
Afgenomen	8 (15)
Lukt het u in het algemeen om alle te beoordelen meldingen zorgvuldig door te nemen?	
Ja	51 (94)
Nee	2 (4)
Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van de beoordeling door de toetsingscommissies van niet vragen oproepende meldingen?	
Goed	50 (94)
Redelijk	3 (6)
Matig	—

Onvoldoende	—
Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van de beoordeling door de toetsingscommissies van vragen oproepende meldingen?	
Goed	47 (87)
Redelijk	5 (9)
Matig	1 (2)
Onvoldoende	—
Meldingen worden te vaak als niet vragen oproepend gekwalificeerd	
(Zeer) eens	2 (4)
Niet eens, niet oneens	4 (8)
(Zeer) oneens	47 (89)
Meldingen worden te vaak als vragen oproepend gekwalificeerd	
(Zeer) eens	5 (9)
Niet eens, niet oneens	7 (13)
(Zeer) oneens	41 (77)
Voelt u zich altijd vrij om een aanvankelijk als NVO gekwalificeerde melding toch als VO melding te bestempelen? ^a	
Ja	41 (98)
Nee	1 (2)
Worden er wel eens meldingen als ‘conform de zorgvuldigheidseisen’ beoordeeld die u als ‘niet-conform de zorgvuldigheidseisen’ ziet?	
Ja	18 (35)
Nee	34 (65)
Worden er wel eens meldingen als ‘niet-conform de zorgvuldigheidseisen’ beoordeeld die u als ‘conform de zorgvuldigheidseisen’ ziet?	
Ja	17 (33)
Nee	35 (67)
Heeft u de indruk dat er systematische verschillen zijn tussen de beoordelingen van de verschillende toetsingscommissies?	
Ja	7 (14)
Nee	45 (87)
Vindt u dat de oordelen van de toetsingscommissies naar de meldend artsen toe voldoende gemotiveerd worden?	
Altijd	30 (58)
Meestal	21 (40)
Soms	1 (2)
Nooit	—
Bent u tevreden over de EuthanasieCode?	
Tevreden	39 (77)
Redelijk tevreden	12 (24)
Matig tevreden	—
Niet tevreden	—

Vindt u dat de toetsingscommissies voldoende doen om de samenleving duidelijk te maken wat er mogelijk is wat betreft levensbeëindiging op verzoek?

Ja	39 (77)
Nee	12 (24)

a Betreft alleen commissieleden, niet secretarissen

6.5.3 Meldingen in 'bijzondere' categorieën

In het vragenlijstonderzoek werden aan de commissieleden enkele stellingen voorgelegd over het toetsen van meldingen met betrekking tot personen uit 'bijzondere' groepen (tabel 6.5). Vrijwel alle respondenten zijn het (zeer) eens met de stelling 'binnen de toetsingscommissies is er voldoende deskundigheid om meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij 'bijzondere gevallen' te kunnen beoordelen'. Twee respondenten merken op dat een psychiater toegevoegde waarde zou kunnen hebben bij het beoordelen van meldingen betreffende personen met een psychische stoornis, maar anderen zeggen dat niet van de Rte verwacht kan worden dat ze een "medische second opinion" uitvoeren en dat het voor "toetsen aan de zorgvuldigheidseisen" niet nodig is om expert te zijn in het betreffende medische gebied. De meeste respondenten waren het (zeer) eens met de stelling 'De arresten van de Hoge Raad inzake de 'koffie-euthanasie zaak' hebben de grenzen en mogelijkheden van euthanasie bij mensen met gevorderde dementie verhelderd'.²⁶⁸ Een commissielid is wel kritisch bij dit arrest:

"Ik vroeg me bij het lezen met regelmaat af of de schrijvers van deze arresten enig idee hebben hoe de zorg voor mensen met gevorderde dementie eruitziet. Het lijkt er soms op dat het criterium van het vrijwillig en weloverwogen verzoek (eens schriftelijk geuit, en daarmee zware rechtsgeldigheid) de overhand krijgt als criterium. De vraag of de persoon die ooit zijn/haar handtekening zette onder de verklaring, nog dezelfde is als de huidige patiënt - die veel familieleden, en regelmatig ook artsen en andere zorgverleners, beantwoorden met 'nee' - komt totaal niet in beeld. Dat doet wel vragen rijzen bij het maatschappelijk draagvlak voor zo'n uitspraak."

Over de stelling 'het is wenselijk dat in de EuthanasieCode concreter beschreven wordt waar een schriftelijke wilsverklaring aan moet voldoen' wisselden de meningen. Enkele respondenten waarschuwden dat de schriftelijke wilsverklaring een persoonlijk document moet blijven en niet moet verworden tot een "invuloefening".

Ook de stelling 'Als een arts levensbeëindiging op verzoek overweegt bij een patiënt met een psychische stoornis dient hij conform het advies van de KNMG een reguliere consulent en een tweede consulent die psychiater is in te schakelen' leverde wisselende reacties op. Uit de toelichtingen is af te leiden dat de respondenten over het algemeen van mening zijn dat er in elk geval één psychiater geconsulteerd dient te worden.

²⁶⁸ In dit rapport wordt aan deze zaak gerefereerd als de zaak-Arends.

De stelling ‘Binnen de Wtl is er voldoende ruimte om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te bieden bij mensen met een ‘voltooid leven’ riep de meeste reactie op. Daarin gaf een aantal respondenten aan dat de term ‘voltooid leven’ in deze stelling nadere specificatie behoefde. Indien het gevoel dat het leven voltooid is gepaard gaat met ondraaglijk en uitzichtloos lijden op medische grondslag, bijvoorbeeld een stapeling van ouderdomsaandoeningen, achten veel commissieleden de ruimte binnen de Wtl voldoende. Volgens sommigen is dat ook vaak het geval, volgens anderen hebben de Rte’s daar geen zicht op omdat zij geen geweigerde verzoeken zien. Een aantal respondenten voegde toe geen rol te zien voor artsen bij levensbeëindiging op verzoek als er geen sprake is van lijden met een medische grondslag.

Tabel 6.5 Toetsing van meldingen met betrekking tot ‘bijzondere groepen’

	(Ze)er eens n (%)	Niet eens, niet oneens n (%)	(Ze)er oneens n (%)
Binnen de toetsingscommissies is er voldoende deskundigheid om meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij ‘bijzondere gevallen’ te kunnen beoordelen	48 (94)	2 (4)	1 (2)
De arresten van de Hoge Raad inzake de ‘koffie euthanasie zaak’ hebben de grenzen en mogelijkheden van euthanasie bij mensen met gevorderde dementie verhelderd	45 (89)	4 (7)	2 (4)
Het is wenselijk dat in de EuthanasieCode concreter beschreven wordt waar een schriftelijke wilsverklaring aan moet voldoen	8 (16)	15 (45)	28 (55)
Als een arts levensbeëindiging op verzoek overweegt bij een patiënt met een psychiatrische aandoening dient hij conform het advies van de KNMG een reguliere consulent en een tweede consulent die psychiater is in te schakelen	17 (33)	13 (26)	21 (41)
Binnen de Wtl is er voldoende ruimte om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te bieden bij mensen met een ‘voltooid leven’	14 (28)	12 (24)	25 (49)

6.5.4 De Wtl: nu en in de toekomst

In het laatste deel van de vragenlijst werd de respondenten gevraagd naar hun mening over het systeem van melding en toetsing in het algemeen (tabel 6.6) en over de toekomst van de Wtl (tabel 6.7). De meningen over de kennis van artsen over hun rechtspositie bleken verdeeld, evenals die over de stellingen dat de verhouding tussen toetsingscommissies enerzijds en strafrecht respectievelijk Inspectie en KNMG anderzijds voldoende duidelijk is. Hetzelfde geldt voor de stelling dat beleidsoverleg tussen deze instanties moet worden geïntensiveerd. Overigens neemt ook een aanzienlijk deel van de respondenten geen stelling in over deze onderwerpen. Dat geldt niet voor de stellingen over de impact van eventuele vervolgstappen van het OM of de Inspectie op de beoordelingen van de Rte’s. Die impact is er volgens het grootste deel van de respondenten niet. Daarnaast voelt de meerderheid van de respondenten er niet voor om bij de oordelen die op de

website van de toetsingscommissies gepubliceerd worden te vermelden welke leden daar bij betrokken waren.

Tabel 6.6 Het systeem van melding en toetsing

	(Zeer) eens n (%)	Niet eens, niet oneens n (%)	(Zeer) oneens n (%)
Artsen met wie de toetsingscommissies spreken zijn goed op de hoogte van hun rechtspositie	18 (34)	19 (38)	13 (26)
De verhouding tussen de beoordeling door de toetsingscommissies enerzijds en het strafrecht anderzijds is voldoende duidelijk	14 (26)	15 (30)	21 (42)
De verhouding tussen de beoordeling door de toetsingscommissies enerzijds en de Inspectie en KNMG anderzijds is voldoende duidelijk	9 (18)	22 (44)	19 (38)
Het beleidsoverleg tussen de toetsingscommissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie moet worden geïntensiveerd	9 (18)	25 (50)	16 (32)
Het gegeven dat er sinds de invoering van de Wtl slechts eenmaal tot vervolging is overgegaan maakt het werk van de toetsingscommissies minder zinvol	2 (4)	2 (4)	46 (92)
De toetsingscommissies zijn terughoudend met het oordeel 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' als het sterke vermoeden bestaat dat het Openbaar Ministerie of de Inspectie daar <u>geen</u> consequenties aan zal verbinden	1 (2)	3 (6)	46 (92)
De toetsingscommissies zijn terughoudend met het oordeel 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' als het sterke vermoeden bestaat dat het Openbaar Ministerie of de Inspectie daar <u>wel</u> consequenties aan zal verbinden	2 (4)	3 (6)	45 (90)
In de oordelen die op de website van de toetsingscommissies gepubliceerd worden zou vermeld moeten worden welke leden betrokken waren bij de beoordeling	2 (4)	9 (18)	39 (78)

De toetsingscommissieleden bleken terughoudend wat betreft voorgestelde aanpassingen in de huidige procedure (tabel 6.7): slechts drie respectievelijk vijf van hen waren het (zeer) eens met de stelling dat de toetsingscommissies zich beter kunnen beperken tot een steekproefsgewijze beoordeling van meldingen of tot het uitsluitend beoordelen van vragen oproepende meldingen. Daarbij gaf een aantal van hen wel aan dat de beoordeling van NVO meldingen vereenvoudigd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door daar niet meer met drie commissieleden naar te kijken.

Twintig respondenten vond tot slot dat de Wtl nog wel 20 jaar mee kan, terwijl 11 respondenten het niet eens waren met de betreffende stelling. Daarnaast vonden 12 respondenten dat de Wtl aan vernieuwing toe is, maar een meerderheid van 27 respondenten vond van niet.

Tabel 6.7 De toekomst van de Wtl

	(Zeer) eens n (%)	Niet eens, niet oneens n (%)	(Zeer) oneens n (%)
De toetsingscommissies kunnen zich beter beperken tot een steekproefsgewijze beoordeling van meldingen	3 (6)	4 (8)	43 (86)
De toetsingscommissies kunnen zich beter beperken tot het uitsluitend beoordelen van vragen oproepende gevallen	5 (10)	8 (16)	37 (74)
De Wtl kan in de huidige vorm nog wel 20 jaar mee	20 (40)	19 (38)	11 (22)
De Wtl is aan vernieuwing toe	12 (24)	11 (22)	27 (54)

6.5.5 Slot

Binnen de Rte's zijn de meeste leden en secretarissen tevreden over de procedure rond en kwaliteit van de beoordeling van zowel NVO als VO meldingen. Met betrekking tot bijzondere meldingen, zoals die aangaande mensen met dementie of een psychische stoornis vinden de meesten dat de Rte's voldoende expertise in huis hebben om die zaken te beoordelen. De meeste commissieleden bleken terughoudend wat betreft verdergaande aanpassingen in de huidige systematiek van melding en toetsing. Ongeveer een kwart van de respondenten vond dat de Wtl aan vernieuwing toe is.

7

Ervaringen en opvattingen van burgers

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke kennis en opvattingen Nederlandse burgers hebben over euthanasie en hulp bij zelfdoding²⁶⁹ en of daarin veranderingen zijn opgetreden in de tijd. Ook wordt onderzocht in hoeverre burgers met hun arts in gesprek willen gaan over het levenseinde en wat opvattingen zijn van burgers, in het bijzonder ouderen, over zelfregie rond het levenseinde. Tot slot wordt gekeken of kennis en opvattingen van burgers samen hangen met hun opleidingsniveau, de urbanisatiegraad van hun woonplaats, migratieachtergrond en godsdienst of levensovertuiging. Voor dit onderzoek maken we gebruik van gegevens van een vragenlijstonderzoek dat werd uitgezet onder leden van het LISS (*Longitudinal Internet studies for the Social Sciences*)-panel, dat wordt beheerd door Centerdata (Universiteit van Tilburg, Nederland). De vragenlijst werd ingevuld door 1 097 Nederlandse burgers; 15 deelnemers aan dit vragenlijstonderzoek werden aanvullend geïnterviewd. De onderzoeksopzet wordt beschreven in bijlage C, de vragenlijst is te vinden in bijlage E.²⁷⁰

De representativiteit van de panelleden die de vragenlijst hebben ingevuld werd bepaald door enkele kenmerken van deze groep te vergelijken met gegevens over de gehele Nederlandse bevolking van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voor het jaar 2021 (zie tabel 7.1). Het aandeel mannen en vrouwen onder de respondenten van het burgeronderzoek was nagenoeg gelijk aan dat van de algemene Nederlandse bevolking. In de onderzoekspopulatie was er een lichte oververtegenwoordiging van personen van 40 jaar en ouder. Personen met een niet-Nederlandse herkomst waren ondervertegenwoordigd. Ook personen met een katholieke of islamitische achtergrond waren licht ondervertegenwoordigd. Personen met een hoger opleidingsniveau waren juist oververtegenwoordigd.

269 In dit hoofdstuk wordt korthedshalve meestal gesproken over euthanasie, waarmee zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding worden bedoeld.

270 Het deel van het onderzoek onder burgers dat opvattingen over het thema voltooid leven en over hulp bij zelfdoding als variant van levensbeëindiging op verzoek betreft worden besproken in hoofdstuk 8.

Tabel 7.1 Kenmerken van respondenten van het burgeronderzoek in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking

	Respondente n burger- onderzoek	Algemene Nederlandse bevolking
	n=1 097	n=17 475 415
	%	%
Geslacht		
Man	49	50
Vrouw	51	50
Leeftijd^a		
Jonger dan 20 jaar	-	21
16 tot 20 jaar	4	—
20 tot 40 jaar	23	25
40 tot 65 jaar	40	34
65 jaar en ouder	33	20
Herkomstgroep^b		
Autochtone herkomst	83	75
Eerste generatie van niet-Nederlandse, westerse afkomst	4	5
Eerste generatie van niet-Nederlandse, niet-westerse afkomst	5	8
Tweede generatie van niet-Nederlandse, westerse afkomst	5	5
Tweede generatie van niet-Nederlandse, niet-westerse afkomst	3	6
Godsdienst of levensovertuiging^c		
Katholiek	10	20
Protestants-christelijk	14	14
Islamitisch	2	5
Anders	7	5
Geen	67	55
Opleidingsniveau		
Basisonderwijs	7	9
Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)	19	19
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	24	27
Hoger algemeen voortgezet/Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO/VWO)	10	11
Hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs (HBO en WO)	40	34
Algemene gezondheid		
(Zeer) goed	82	80
Minder dan goed	18	20

a De jongste leeftijdscategorieën komen niet overeen: in het panel van het burgeronderzoek is de jongste deelnemer 16 jaar; de CBS leeftijdscategorie 'jonger dan 20 jaar' omvat alle burgers jonger dan 20 jaar.

b Herkomstgroepen volgens CBS definities; 1,7% van de panelleden heeft deze vraag niet beantwoord.

c Gevraagd als: beschouwt u zichzelf als behorend tot een godsdienst of levensovertuiging? Zo ja: welke? 6,7% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. Gegevens over de algemene Nederlandse bevolking betreffen het jaar 2020.

Waar mogelijk wordt in dit hoofdstuk nagegaan welke ontwikkelingen in de tijd zich hebben voorgedaan in de kennis en opvattingen van Nederlandse burgers, door een vergelijking te maken met eerder onderzoek. Het betreft daarbij ten eerste het burgeronderzoek dat werd uitgevoerd in het kader van het onderzoek naar de praktijk en toetsing van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2001. Toen vulden 1390 respondenten een vragenlijst in.²⁷¹ In 2005 werd een burgeronderzoek naar wensen en opvattingen ten aanzien van medische beslissingen rond het levenseinde met een aantal vergelijkbare vragen uitgevoerd onder 1402 respondenten.²⁷² In 2010 vond het KOPPEL-onderzoek plaats, waarin ervaringen, kennis en opvattingen van Nederlandse burgers over medische besluitvorming in de laatste levensfase werden onderzocht door middel van een vragenlijst die door 1960 respondenten werd ingevuld.²⁷³ In 2016 tenslotte, werd in het kader van de derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) ook een burgeronderzoek uitgevoerd. Deze vragenlijst werd ingevuld door 1965 respondenten.²⁷⁴

Naast het burgeronderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens van in 2020 uitgevoerd onderzoek onder ouderen binnen het project 'In gesprek met de burger'.²⁷⁵ Tot slot werden interviews gehouden met gespreksleiders van informatiebijeenkomsten over de laatste levensfase voor ouderen met een moslimachtergrond, ook in het kader van 'In gesprek met de burger'.

7.2 Kennis van Nederlandse burgers over euthanasie en hulp bij zelfdoding

Nederlandse burgers bleken anno 2022 redelijk goed op de hoogte van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding, maar er lijkt wel een lichte afname in kennis zichtbaar in vergelijking met 2016 (zie tabel 7.2). Net als in 2016 wist een ruime meerderheid dat euthanasie alleen door artsen mag worden uitgevoerd (84%), dat een arts een euthanasieverzoek mag weigeren, ook als aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen wordt voldaan (69%), dat een euthanasieverzoek van een familielid niet wettelijk geldig is (64%) en dat het Expertisecentrum Euthanasie zich net als andere artsen aan de zorgvuldigheidseisen moet houden (75%). Minder respondenten wisten dat euthanasie niet is toegestaan bij ouderen die niet meer willen leven maar nog helemaal gezond zijn (50%), dat een arts niet verplicht is om een schriftelijk euthanasieverzoek te volgen (50%) en dat voor patiënten met gevorderde dementie een schriftelijk euthanasieverzoek noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor euthanasie (56%). Een minderheid wist dat euthanasie voor patiënten met gevorderde dementie wettelijk gezien een mogelijkheid is (28%), dat psychiatrische patiënten ook in

271 Zie: van der Wal G, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, van der Maas PJ. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. De Tijdstroom, Utrecht, 2003.

272 Zie: Van Wijmen MP, Rurup ML, Pasman HR, Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Advance directives in the Netherlands: an empirical contribution to the exploration of a cross-cultural perspective on advance directives. *Bioethics* 2010;24:118-26.

273 Zie: van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, Weyers H, van Tol DG (red.). Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Het KOPPEL-onderzoek. Den Haag, ZonMw, 2011.

274 Zie: Onwuteaka-Philipsen B, Legemaate J, Van der Heide, A, e.a.. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag, ZonMw, 2017.

275 ZonMw project nr.844001705.

aanmerking kunnen komen voor euthanasie en hulp bij zelfdoding (24%) en dat euthanasie niet mogelijk is bij ernstig zieke kinderen in de leeftijd van 1-11 jaar (30%).

Tabel 7.2 Kennis over de euthanasiewet

	2022			2016		
	Juist beantwoord	Onjuist beantwoord	Weet niet	Juist beantwoord	Onjuist beantwoord	Weet niet
	n=1 097	n=1 097	n=1 097	n=1 965	n=1 965	n=1 965
	%	%	%	%	%	%
Volgens de euthanasiewet mag alleen een arts euthanasie toepassen (waar)	84	3	12	88	4	8
Een arts mag een euthanasieverzoek weigeren, ook als aan de wettelijke eisen wordt voldaan (waar)	69	6	25	74	13	13
Een arts moet een schriftelijk euthanasieverzoek altijd volgen (niet waar)	50	21	29	61	18	22
Het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levensindekliniek) moet zich bij de uitvoering van euthanasie net als alle artsen houden aan de zorgvuldigheidseisen (waar)	75	1	24	88	1	11
Een euthanasieverzoek van een familielid van de patiënt is wettelijk geldig (niet waar)	64	8	27	68	10	21
Voor patiënten met gevorderde dementie is euthanasie wettelijk nooit toegestaan (niet waar)	28	34	38	—	—	—
Patiënten met gevorderde dementie moeten een schriftelijk euthanasieverzoek hebben om euthanasie te kunnen krijgen (waar)	56	8	36	52	19	29
Psychiatrische patiënten mogen volgens de wet geen euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgen (niet waar)	24	25	50	35	27	38
Euthanasie is toegestaan voor ouderen die niet meer verder willen leven, ook als zij nog helemaal gezond zijn (niet waar)	50	16	35	62	15	23
Euthanasie mag niet worden uitgevoerd bij ernstig zieke kinderen in de leeftijd van 11 jaar (waar)	30	12	57	47	19	33

— Geen gegevens

De meeste van de 15 geïnterviewde burgers wisten wat euthanasie inhoudt en dat euthanasie in Nederland mogelijk is onder bepaalde voorwaarden, dat er een uitgebreide procedure aan vooraf

gaat, dat er goedkeuring van meerdere partijen nodig is en dat het niet iets is wat ‘zomaar’ kan. Sommigen noemden dat er zes criteria zijn waaraan moet worden voldaan, maar wisten deze niet allemaal te benoemen:

“Maar hoe dat dan precies in zijn werk gaat? Dat weet ik niet zo goed. Ik weet wel dat je wijsbekwaam moet zijn. Dus als er sprake is van beginnende dementie wordt het wel weer spannend, dit soort gesprekken. Maar het begint dus bij een gesprek met de huisarts. Maar wat er dan verder voor nodig is? Dat weet ik eigenlijk niet zo goed.”

Veel van de geïnterviewde burgers benadrukken de belangrijke rol van de huisarts. Het is niet bij iedereen bekend dat ook andere artsen dan de huisarts euthanasie mogen uitvoeren; sommigen meenden bijvoorbeeld dat psychiaters dat niet mogen doen.

7.3 Opvattingen en ervaringen van Nederlandse burgers met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding

Uit tabel 7.3 blijkt dat in 2022 het aandeel burgers dat het eens is met de stelling dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over het eigen leven en de eigen dood iets groter was dan in 2016 en 2010 (60% ten opzichte van respectievelijk 49% en 53%). Twee derde van de respondenten in 2022 was het eens met de stelling dat iedere persoon desgewenst recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding (68%), evenveel als in 2016. Met de stelling dat euthanasie in principe alleen mag worden uitgevoerd bij patiënten die nog maar een paar weken te leven hebben waren in vergelijking met 2016 en 2010 minder respondenten het eens: het percentage daalde van 27% in 2010, naar 18% in 2016 en 12% in 2022.

Tabel 7.3 Opvattingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?	2022 n=1 097 %	2016 n=1 965 %	2010 n=1 960 %
Ik vind dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn/haar eigen leven en dood.			
(Helemaal) eens	60	49	53
Niet oneens, niet eens	24	28	25
(Helemaal) oneens	16	23	22
Ik vind dat iedere persoon recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij/zij dat wil			
(Helemaal) eens	68	67	57
Niet oneens, niet eens	19	16	20
(Helemaal) oneens	12	17	23
Ik vind dat euthanasie in principe alleen uitgevoerd mag worden bij patiënten die nog maar een paar weken te leven hebben			
(Helemaal) eens	12	18	27
Niet oneens, niet eens	24	21	25
(Helemaal) oneens	64	61	48

De geïnterviewde burgers die zich uitspraken vóór een recht op euthanasie noemden hiervoor als belangrijkste redenen het zelf mogen beslissen over het eigen leven en dus ook over de eigen dood, en het waardig kunnen sterven door een einde te maken aan ondraaglijk lijden. Men wil zelf kunnen bepalen wanneer het 'genoeg is geweest':

“Dus het gaat over autonomie en ook het geloof dat het echt kan kloppen dat het leven gewoon zo weinig meer brengt en zoveel ellende nog heeft, dat je die keuze moet kunnen maken, wat mij betreft.”

Ook waren er geïnterviewden die tegen een recht op euthanasie waren, bijvoorbeeld vanuit hun opvoeding of religieuze overtuiging. Zo vertelde deze burger:

“Dus ik heb altijd van mijn ouders gehoord dat het leven niet altijd rozig is ofzo weet je, dat het lijden ook een gedeelte van het leven is en dat God ons in het leven heeft gebracht en Hij bepaalt wanneer we sterven.”

De meeste geïnterviewden die ervaring hadden met euthanasie bij een naaste, zoals een partner of een ander familielid, zagen het overlijden door euthanasie als iets positiefs. Ze noemden het een verlossing uit het lijden of een vervulling van iemands wens, hoe verdrietig en ingrijpend de gebeurtenis ook was. Zo vertelde een burger over het stervensproces bij euthanasie:

“Het is zo rustig en pijnloos, het is zo geweldig mooi. Zo wil iedereen wel, denk ik. Zo vredig en zo, en ik vond dat geweldig.”

7.4 Opvattingen van Nederlandse burgers over specifieke aspecten van de WtI

7.4.1 De rol van naasten

In tabel 7.4 is te zien dat 36% van de respondenten van het burgeronderzoek het belangrijk vond dat familie meebeslist over een eventueel euthanasieverzoek, een percentage dat vergelijkbaar is met dat in 2016. De steun voor de stelling dat familie ook hulp bij zelfdoding mag verlenen is echter afgenomen: van 46% in 2016 naar 25% in 2022.

De deelnemers aan het vragenlijstonderzoek kregen ook een gevalsbeschrijving voorgelegd van een wilsonbekwame, bedlegerige, onregelmatig en luidruchtig ademhalende patiënte met een korte levensverwachting, bij wie de arts op verzoek van familie het leven beëindigt. Van de respondenten vond 56% dit handelen juist; dat is vergelijkbaar met 2016 (58%), maar minder dan in 2010 (67%). Ook werd gevraagd hoe burgers het handelen van deze arts zouden noemen. Slechts 33% gaf het juiste antwoord dat het in het beschreven geval gaat om levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt.

Tabel 7.4 Opvattingen over de rol van naasten bij euthanasie

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?	2022	2016	2010
	n=1 097	n=1 965	n=1 960
	%	%	%
Ik vind het belangrijk dat familie meebeslist over een eventueel euthanasieverzoek			
(Helemaal) eens	36	38	—
Niet oneens, niet eens	37	30	—
(Helemaal) oneens	36	32	—
Ik vind dat familie hulp bij zelfdoding mag verlenen			
(Helemaal) eens	25	46	—
Niet oneens, niet eens	35	27	—
(Helemaal) oneens	39	26	—

Gevalsbeschrijving

Mevrouw de Vries is 72 jaar en heeft ongeneeslijke baarmoederhalskanker. Naar verwachting heeft mevrouw de Vries nog een week te leven. Ze ligt met een luidruchtige en onregelmatige ademhaling in bed. Volgens de arts heeft zij hier zelf geen last van. Ze reageert niet meer op haar omgeving. Haar familieleden geven aan dat hun moeder het vreselijk zou vinden zo in bed te moeten liggen. Zij zeggen dat zij deze situatie zelf nooit zo gewild zou hebben. Na overleg met de familie geeft de arts mevrouw de Vries een injectie, waarna zij binnen enkele minuten overlijdt.

	2022	2016	2010
	n=1 097	n=1 965	n=1 960
	%	%	%
Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?			
Ja	56	58	67
Nee	26	26	24
Weet ik niet	18	16	8

Uit de interviews bleek dat burgers het over het algemeen belangrijk vinden dat familie wordt betrokken bij een euthanasieverzoek en het traject dat daar mogelijk op volgt, maar ook van mening zijn dat familie geen beslissende stem heeft in dit proces. Zo zeiden sommige geïnterviewden dat euthanasie veel impact kan hebben op familie en nabestaanden en dat het daarom belangrijk is dat ook zij worden meegenomen in het proces. Deze burger verwoordde het als volgt:

“Een overlijden is natuurlijk voor het hele systeem waar die persoon in zit een traumatische gebeurtenis. Dus ik vind wel dat je daarin altijd moet kijken naar het geheel en niet zomaar moet zeggen: jullie kunnen wel niet willen, maar jammer dan. Dus dat je dat zorgvuldig mee moet wegen. Het liefst wil je een situatie waarin iedereen op een prettige manier terugkijkt op hoe het is gegaan.”

Ook werd door sommige geïnterviewden gezegd dat het lastig kan worden voor een arts wanneer familie het niet eens is met een euthanasieverzoek van hun naaste. Toch vonden de meeste geïnterviewden dat de familie geen beslissende stem heeft in het euthanasieverzoek en dat de wens van de patiënt voorop staat. Zo zei deze respondent:

“Als familie zijnde, vind ik, heb je dat te respecteren. Hoe erg je het ook vindt om je partner te verliezen, of je vader te verliezen. Maar het is natuurlijk wel heel lastig. Als een familie dan gaat touwtrekken bij een arts, dan wordt het voor een arts ook lastig. Ja, dat is wel een dingetje, hoor, als de familie zich ermee gaat bemoeien.”

7.4.2 Psychische aandoeningen

Respondenten werden gevraagd naar hun opvattingen over de mogelijkheid van euthanasie bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen. In tabel 7.5 is te zien dat 55% van de respondenten het eens was met de stelling dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, tegenover een groep van 13% die het hier niet mee eens was. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2016.

Ook kregen de respondenten een gevalbeschrijving voorgelegd over een patiënt met een psychische aandoening: het betrof een vrouw van 48 jaar die al jaren erg depressief was en van haar psychiater een dodelijk drankje kreeg. Van de respondenten vond 39% het handelen van de psychiater in deze situatie juist, en 34% vond het onjuist. Dit is vergelijkbaar met 2016.

Tabel 7.5 Opvattingen over euthanasie bij psychische aandoeningen

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stelling?	2022	2016	2010
	n=1 097	n=1 965	n=1 960
	%	%	%
Ik vind dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie			
(Helemaal) eens	55	53	—
Niet oneens, niet eens	32	32	—
(Helemaal) oneens	13	15	—

Gevalsbeschrijving

Mevrouw Langezaal is 48 jaar. Ze is lichamelijk gezond, maar geestelijk ziek. Ze is al jaren erg depressief en de behandelingen van de psychiater hebben niet geholpen. Ze zegt regelmatig tegen haar artsen dat ze dood wil. Ze heeft al eens een poging tot zelfdoding gedaan, maar dat is mislukt. Mevrouw Langezaal gaat naar haar psychiater en vraagt om een drankje waarmee ze een einde aan haar leven kan maken. De psychiater besluit haar het drankje te geven.

Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?			
Ja	39	40	28
Nee	34	31	52
Weet ik niet	27	30	20

In de interviews maakten sommige burgers uit zichzelf een onderscheid tussen lichamelijk en psychisch lijden met betrekking tot euthanasie. Over het algemeen erkenden ze dat psychisch lijden ondraaglijk kan zijn, maar dachten ze dat het lastig is om te bepalen wanneer iemand met een psychische aandoening is uitbehandeld en in aanmerking kan komen voor euthanasie. De meeste burgers dachten dat euthanasie op dit moment niet is toegestaan voor deze doelgroep. Zo zei een geïnterviewde:

“De mensen met zware psychische problemen die daar zo zwaar onder lijden en in het normale leven niet normaal kunnen functioneren. Ja, die mensen, daar zou ik ook wel een opening voor willen hebben, dat zij kunnen spreken met de artsen bij wie ze al jarenlang onder begeleiding zijn of dat [euthanasie] voor hen ook niet mogelijk is.”

De casus van mevrouw Langezaal is nogmaals aan enkele burgers voorgelegd tijdens een interview. Sommigen vonden het handelen van de psychiater juist, met de kanttekening dat er dan wel een zorgvuldig voortraject moet zijn geweest. Ook werd door enkelen toegevoegd dat de vrouw in deze casus dan geen ‘euthanasie middels een drankje’ zou moeten krijgen. Zo zei deze geïnterviewde:

“Ja, dan is deze mevrouw al jaren aan het struggelen en zwoegen en dan denk ik dat je hier wel van ondraaglijk lijden kunt spreken. De behandelingen van de psychiater hebben niet geholpen. Ja, als er al heel veel gebeurd is en zij heeft een afgrijselijk leven, denk ik dat daar wel euthanasie

kan worden toegediend. Niet middels een drankje, maar wel dat zij een eind aan haar leven mag maken onder begeleiding.”

Degenen die het handelen van de psychiater onjuist vonden, gaven bijvoorbeeld als reden dat zij meenden dat het voor een psychiater niet is toegestaan een dodelijk drankje voor te schrijven, of dat het de taak van de psychiater is om door te blijven behandelen. Zo zei deze geïnterviewde:

“Ik vind dat heel verkeerd, want ik vind dat de psychiater moet proberen om... Er zijn zoveel medicijnen op de markt voor geestelijke gezondheid en dergelijke. Voor sommige mensen werkt dit niet, maar voor anderen wel en ik vind dat de arts gewoon met haar moet kijken welk medicijn het beste voor haar zou zijn om haar een beetje in balans te brengen.”

7.4.3 Dementie

Deelnemers aan het vragenlijstonderzoek werden vervolgens gevraagd naar hun opvattingen over euthanasie bij patiënten met dementie (zie tabel 7.6). Met de stelling dat patiënten met dementie in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie als zij daar eerder om hebben gevraagd, ook als zij niet meer snappen wat er gebeurt, was 59% van de respondenten het eens en 14% was het hier mee oneens. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2016.

Tabel 7.6 Opvattingen over euthanasie bij dementie

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stelling?	2022	2016	2010	2001
	n=1 097	n=1 965	n=1 960	n=1 390
	%	%	%	%
Ik vind dat mensen met dementie in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, ook als zij niet meer snappen wat er gebeurt (als zij daar eerder om gevraagd hebben)				
(Helemaal) eens	59	60	—	—
Niet oneens, niet eens	27	24	—	—
(Helemaal) oneens	14	16	—	—

Gevalsbeschrijving

De heer Smit is 62 jaar oud en heeft dementie. Hij herkent zijn vrouw en kinderen niet meer, weigert te eten en trekt zich steeds meer terug. Er is geen communicatie meer met hem mogelijk over zijn behandeling. Kort voordat hij dementie kreeg, heeft hij een schriftelijke euthanasieverklaring opgesteld waarin hij heeft vastgelegd dat zijn leven beëindigd moet worden als hij dementie zou krijgen. De familie is het hier mee eens. De arts besluit te doen wat de heer Smit heeft gevraagd en voert de euthanasie uit

Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?

Ja	85	83	85	62
Nee	6	7	9	22
Weet ik niet	9	10	6	15

Ook kregen de respondenten een casus voorgelegd over een patiënt met dementie met wie geen communicatie meer mogelijk was en die kort voordat hij dementie kreeg een schriftelijke wilsverklaring had opgesteld. Van de respondenten vond 85% het juist dat de arts in deze situatie euthanasie uitvoerde. Dit percentage is vergelijkbaar met de jaren 2016 en 2010 en gestegen ten opzichte van 2001 (62%).

De casus werd nogmaals voorgelegd aan de geïnterviewde burgers en hun werd gevraagd waarom ze het wel of niet eens waren met het handelen van de arts, en of ze dachten dat dit handelen op dit moment wettelijk is toegestaan in Nederland. Degenen die het handelen van de arts juist vonden, noemden als voornaamste reden dat de patiënt zijn wens duidelijk had gemaakt in een schriftelijke wilsverklaring toen hij nog volledig functioneerde en weloverwogen kon beslissen en dat de euthanasieverklaring daarom leidend moet blijven. Zo zei deze geïnterviewde:

“Ja ik vind dit goed. [...] Omdat hij bij het begin van de dementie of misschien daarvoor al, eigenlijk wel alles heeft vastgelegd. Dus het is echt een wilsbeschikking. Toen was hij 100% bij.”

Of het handelen ook wettelijk is toegestaan in Nederland wisten veel geïnterviewden niet, maar over het algemeen vonden zij dat het ‘wel zou moeten kunnen’. Degenen die twijfelden of ze het handelen

van de arts in de casus juist vonden zeiden bijvoorbeeld dat er geen vaste wet voor een dergelijke situatie is en dat de arts voor dit handelen kan worden bestraft. Zo zeiden deze geïnterviewden:

“Op het moment dat je wilsbekwaam bent en je tekent een euthanasieverklaring, je overlegt het met je arts, en je wordt daarna dement. Als je dan op dat moment denkt: 'om deze situatie ging het', dan is het de vraag: mag de arts dat [euthanasie uitvoeren] doen? En daar blijft gewoon een soort crux in die wet zitten.”

En:

“Als het niet volgens de wet zou mogen, dan is de arts strafbaar. Maar ik denk wel dat hij heel goed moet kunnen onderbouwen waarom hij daarvoor gekozen heeft. En dat hij niet alleen de beslissing neemt. Daar moet echt wel een heel team achter staan van: 'wat vinden we van deze casus? Wat gaan we hiermee doen?' Ze moeten wel verantwoording kunnen afleggen.”

Ook spraken sommige geïnterviewden hun bedenkingen uit over de inhoud van een schriftelijke wilsverklaring zoals in de casus. Zo vroeg een geïnterviewde zich af hoeveel waarde er aan een dergelijke verklaring kan worden gehecht:

“En dan heeft hij dat wel op papier gezet, maar misschien in hele andere omstandigheden. Veel minder erg dan dat hij er nu aan toe is. En dat is, voor mijn gevoel hoor, het moment dat je zegt van, oké, hoeveel waarde heeft dan zo'n euthanasieverklaring? Bijna niet.”

Een andere geïnterviewde, met twijfels over waar de inhoud van een schriftelijke wilsverklaring aan moet voldoen, zei:

“Misschien dat daar wat meer voorlichting over gegeven zou kunnen worden. 'Als u denkt over een euthanasieverklaring zijn dit de dingen die u kunt bedenken, of dat en dat zou een mogelijkheid zijn'. Nu weet niemand dat. Je haalt het dan van internet ofzo of je neemt het van een ander over, van: oh heb jij er één? Dan neem ik die ook. Die kopieer ik wel even.”

7.4.4 Minderjarigen

De huidige regelgeving over euthanasie beperkt zich tot personen van 12 jaar en ouder. In de burgervragenlijst werd gevraagd of respondenten vonden dat ernstig zieke kinderen jonger dan 12 jaar in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie (tabel 7.7). De helft van de respondenten vond van wel, een stijging ten opzichte van 2016 (40%), en 14% vond van niet, een daling ten opzichte van 2016 (29%).

Tabel 7.7 Opvattingen over euthanasie bij minderjarigen

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stelling?	2022	2016
	n=1 097	n=1 965
	%	%
Ik vind dat ernstig zieke kinderen jonger dan 12 jaar in aanmerking moeten kunnen komen voor levensbeëindiging		
(Helemaal) eens	50	40
Niet oneens, niet eens	35	32
(Helemaal) oneens	14	29

7.4.5 Het Expertisecentrum Euthanasie

Het laatste thema waarover de burgers vragen werden gesteld betrof het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levenseindekliniek). Anno 2022 vond 69% van de respondenten het goed dat er een Expertisecentrum Euthanasie is dat euthanasie kan verlenen als de eigen arts daar niet toe bereid is, tegenover 9% die het daar niet mee eens was (tabel 7.8). In 2016 gaf bijna driekwart van de burgers aan het goed te vinden dat er een Expertisecentrum Euthanasie is (74%), terwijl 7% dit niet goed vond.

Tabel 7.8 Opvattingen over het Expertisecentrum Euthanasie

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stelling?	2022	2016
	n=1 097	n=1 965
Ik vind het goed dat er een Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levenseindekliniek) is dat euthanasie kan verlenen als de eigen arts daar niet toe bereid is		
(Helemaal) eens	69	74
Niet oneens, niet eens	22	19
(Helemaal) oneens	9	7

Ook tijdens de interviews met burgers kwam het Expertisecentrum Euthanasie ter sprake (onder de naam 'Levenseindekliniek', de huidige naam werd door niemand genoemd). Deze burgers wisten te vertellen dat men zich tot het Expertisecentrum Euthanasie kan wenden als de eigen (huis)arts niet bereid is mee te werken aan een euthanasieverzoek. Zo zei een geïnterviewde:

“Ik weet bijvoorbeeld dat voor mensen die ervoor willen kiezen om een einde te maken aan hun leven, dat er volgens mij een Levenseindekliniek bestaat. Maar volgens mij kunnen dat soort trajecten echt jaren duren. Volgens mij komt niet iedereen daarvoor in aanmerking. Maar verder dan dat weet ik ook niet heel veel.”

7.4.6 Opvattingen van burgers over euthanasie in relatie tot hun achtergrond

Voor een aantal stellingen over mogelijkheden rond euthanasie is nagegaan of burgers met verschillende achtergrondkenmerken daar verschillend over denken. Het betrof de stellingen over het

recht op zelfbeschikking en euthanasie, stellingen over de mogelijkheid van euthanasie voor verschillende bijzondere patiëntgroepen, en de stelling over het bestaan van het Expertisecentrum Euthanasie (tabel 7.9). Opleidingsniveau is duidelijk gerelateerd aan de opvattingen van burgers: burgers met een hoger opleidingsniveau vonden vaker dan mensen met een lager opleidingsniveau dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn/haar eigen leven en dood en dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen, mensen met gevorderde dementie en ernstig zieke kinderen jonger dan 12 jaar in aanmerking moeten kunnen komen voor levensbeëindiging. Ook keurden mensen met een hoger opleidingsniveau het bestaan van het Expertisecentrum Euthanasie vaker goed.

De mate van verstedelijking van het woongebied van burgers is niet gerelateerd aan hun opvattingen.

Dat geldt wel voor hun herkomst: mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (eerste of tweede generatie) waren het minder vaak eens met de stellingen dan anderen. Daarnaast waren mensen die een godsdienst of levensovertuiging aanhingen het minder vaak eens met de stellingen dan mensen zonder godsdienst of levensovertuiging. In par. 7.6 wordt nader ingegaan op perspectieven op zorg rond het levenseinde in de islamitische cultuur.

Tabel 7.9 Opvattingen van burgers naar achtergrond^a

	Opleidingsniveau ^b		Urbanisatiegraad		Herkomst		Religie ^c	
	Lager	Hoger	(Zeer) sterk verstedelijkt	Niet (zeer) sterk verstedelijkt	Niet-westerse migratieachtergrond	Geen of een westerse migratieachtergrond	Geen religie	Wel religie
Ik vind dat ...	n=650	n=439	n=403	n=685	n=84	n=989	n=733	n=286
	%	%	%	%	%	%	%	%
... iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn/haar eigen leven en dood.	55	67	63	58	45	61	70	40
... iedere persoon recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij/zij dat wil	67	70	69	68	46	70	78	48
... patiënten met ernstige psychische aandoeningen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie	48	66	55	55	36	57	64	38
... mensen met dementie in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, ook als zij niet meer snappen wat er gebeurt (als zij daar eerder om gevraagd hebben)	56	65	59	60	32	62	69	46
... ernstig zieke kinderen jonger dan 12 jaar in aanmerking moeten kunnen komen voor levensbeëindiging	44	61	50	51	31	52	59	35
... goed is dat er een Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levensindekliniek) is dat euthanasie kan verlenen als de eigen arts daar niet toe bereid is	65	75	68	69	51	70	77	55

a Percentages betreffen het aandeel burgers dat het (zeer) eens was met de betreffende stelling.

b Lager = basisonderwijs, vmbo, havo/vwo en mbo; hoger = hbo en wo.

c Gevraagd als: beschouwt u zichzelf als behorend tot een godsdienst of levensovertuiging?

7.5 Proactieve zorgplanning

7.5.1 Ervaringen van Nederlandse burgers met proactieve zorgplanning

Bij besluitvorming rond het levenseinde wordt steeds meer aandacht besteed aan proactieve zorgplanning, oftewel het tijdig nadenken en spreken over wensen en verwachtingen ten aanzien van medische behandelingen in de laatste levensfase. Ook het eventueel vastleggen van bepaalde wensen in een schriftelijke wilsverklaring hoort hierbij. In tabel 7.10 wordt weergegeven in hoeverre respondenten zich bezighouden met het nadenken en spreken over het levenseinde. Waar mogelijk worden de bevindingen vergeleken met gegevens uit 2005, 2010 en 2016.

Tabel 7.10 Nadenken en spreken over het levenseinde

	2022	2016	2010	2005
	n=1 097	n=1 965	n=1 960	n=1 402
	% (%) ^a	% (%) ^a	%	%
Heeft u weleens nagedacht (met een arts gesproken) over:				
Wie beslissingen over uw medische behandeling moet nemen als u dat zelf niet meer kan	45 (6)	44 (6)	53	—
Of u thuis wilt blijven wonen als u ernstig ziek wordt	26 (2)	31 (2)	—	—
Of u naar het ziekenhuis zou willen als u ernstig ziek wordt	20 (2)	32 (1)	—	—
Of u opgenomen zou willen worden in een verpleeghuis als u ernstig ziek wordt	29 (3)	22 (1)	—	—
Welke medische behandeling u wel/niet wilt als u ernstig ziek wordt	35 (5)	40 (3)	57	—
Of u gereanimeerd wilt worden als u een hartstilstand krijgt	31 (6)	36 (4)	48	—
Of u euthanasie wilt als u ernstig ziek wordt	48 (7)	47 (6)	55	—
Geen van bovenstaande zaken	34 (87)	30 (88)	—	—
Wat hebt u vastgelegd over medische behandelingen die u aan het einde van het leven wel of niet zou willen ontvangen, bijvoorbeeld in een wilsverklaring?				
Ik heb een euthanasieverklaring opgesteld	4	4	—	5
Ik heb in een volmacht vastgelegd wie voor mij mag beslissen als ik dat zelf niet meer kan	7	2	4	—
Ik heb een behandelverbod vastgelegd	1	2	4	3
Ik heb vastgelegd dat ik niet gereanimeerd wil worden	4	2	4	2
Ik heb een levenswensverklaring opgesteld	2	1	—	1
Ik heb via de notaris een levenstestament opgesteld	10	—	—	—
Ik heb iets anders vastgelegd	2	1	—	1
Ik heb (voor zo ver ik weet) niets vastgelegd	83	—	—	—

a Het eerst vermelde percentage is het percentage burgers dat weleens heeft nagedacht over de desbetreffende onderwerpen; tussen haakjes staat het percentage burgers dat weleens met een arts heeft gesproken over de desbetreffende onderwerpen.

— Gegevens niet beschikbaar

Van de burgers gaf 66% aan dat zij wel eens hadden nagedacht over een of meer medische beslissingen rond het levenseinde. Dit komt overeen met het percentage in 2016 (70%). Het vaakst hadden burgers nagedacht over euthanasie (48%), wie beslissingen over medische behandelingen zou moeten nemen als zij dat zelf niet meer zouden kunnen (45%) en welke behandelingen zij wilden ontvangen bij ernstige ziekte (35%). Het percentage burgers dat ook met een arts over deze onderwerpen had gesproken was veel lager (13%), variërend van 7% die over euthanasie had gesproken met een arts, tot 2% die met een arts had gesproken over een voorkeursverblijfplaats bij ernstige ziekte. Er waren geen grote verschuivingen opgetreden in deze percentages in vergelijking met eerder onderzoek. Tevens waren er in 2022 nog steeds weinig burgers die iets hadden vastgelegd over wensen en verwachtingen betreffende medische behandelingen rond het levenseinde (17%). De meest genoemde documenten waren een levenstestament (10%), een volmacht (7%), een niet-

reanimeerverklaring (4%) en een euthanasieverklaring (4%). Mensen met een euthanasieverklaring waren iets beter op de hoogte van de mogelijkheden rond euthanasie in Nederland dan anderen: zo wist 93% van hen dat alleen een arts euthanasie mag toepassen, 71% dat een euthanasieverzoek van een familielid niet wettelijk geldig is, 68% dat voor euthanasie bij gevorderde dementie een schriftelijk euthanasieverzoek noodzakelijk is en 63% dat een arts een schriftelijk euthanasieverzoek niet altijd hoeft in te willigen, ten opzichte van respectievelijk 84%, 64%, 55% en 50% van de respondenten die niets hadden vastgelegd.

De geïnterviewde burgers gaven een aantal redenen om niet met beslissingen rond het levenseinde bezig te zijn, bijvoorbeeld dat zij nog niet te maken hadden met ziekte, dat het overgelaten moet worden aan het lot, dat het iets voor later is of dat partner en kinderen daar over moeten beslissen als het zo ver is. Een geïnterviewde verwoordde het als volgt:

“Dus ik weet niet zo goed waar ik zou moeten beginnen met bedenken wat ik wil. En ik heb er best wel veel vertrouwen in dat het nog even niet nodig is, waarbij ik weet dat dat niet zo hoeft te zijn. En dat in de basis de zorg ook gewoon goed geregeld is. Dus dat ik ook denk, ze doen vast iets goeds met me. Maar dat is niet omdat ik dus zelf een goed plan heb.”

Daarnaast waren er ook geïnterviewden die wel over het levenseinde hadden nagedacht en hier ook met anderen over hadden gesproken. Ze gaven aan het belangrijk te vinden dat ze niet alleen zelf weten wat zij willen, maar dat ook hun naasten en hun (huis)arts hiervan op de hoogte zijn. Redenen die hiervoor genoemd werden, waren bijvoorbeeld dat ze hoopten dat een (huis)arts dan ook rekening zal houden met hun wensen en dat er duidelijkheid is bij familie en naasten. Sommigen hadden ook al iets over hun wensen vastgelegd in bijvoorbeeld een euthanasieverklaring of een levenstestament. Zo vertelde een geïnterviewde burger:

“Het is een soort zekerheid voor jezelf dat mocht het zo ver komen het niet alleen voor mijzelf duidelijk is, maar ook voor mijn omgeving, voor mijn kinderen, voor mijn naasten, voor mijn vrienden, dat ze zeggen: Hij heeft dat gewild en het is goed zo.”

7.5.2 Ervaringen van Nederlandse ouderen met proactieve zorgplanning (In gesprek met de burger)

In september 2020 is, in het kader van het project ‘In gesprek met de burger’ een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder 1 242 mensen van 65 jaar en ouder. Daarin werd gevraagd naar hun ideeën over en ervaringen met het in gesprek gaan over zorg rond het levenseinde, inclusief euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Uit tabel 7.11 blijkt dat 93% van de ouderen wel eens had nagedacht over een of meer levenseinde onderwerpen, variërend van 67% tot 76% per onderwerp. Een kleine groep ouderen (2% tot 7%) had een of meer van deze onderwerpen besproken met een arts of andere zorgverlener. Over euthanasie had 74% wel eens nagedacht, zonder dit besproken te hebben met een arts of andere zorgverlener. In totaal had 4% van de ouderen over euthanasie gesproken met een arts of andere zorgverlener.

Tabel 7.11 Mate waarin ouderen hebben nagedacht over en gesproken met een arts of andere zorgverlener over het levenseinde (n= 1 242) (In gesprek met de burger)

Heeft u weleens nagedacht (met een arts of andere zorgverlener gesproken) over:	% (%) ^a
Wie beslissingen over uw medische behandeling moet nemen als u dat zelf niet meer kan	71 (3)
Of ik wel of niet thuis wil / kan blijven wonen	76 (2)
Of ik wel of niet naar het ziekenhuis zou willen	68 (3)
Of ik wel of niet opgenomen zou willen worden in een verpleeghuis	72 (2)
Welke behandelingen ik nog wel en niet meer zou willen in bepaalde omstandigheden	67 (5)
Of ik wel of niet gereanimeerd wil worden	72 (7)
Of ik euthanasie zou willen in bepaalde omstandigheden	74 (4)
Een of meer van bovenstaande onderwerpen	93 (11)

a Het eerst vermelde percentage is het percentage ouderen dat weleens heeft nagedacht over de desbetreffende onderwerpen; tussen haakjes staat het percentage ouderen dat weleens met een arts of andere zorgverlener heeft gesproken over de desbetreffende onderwerpen.

Als we de mate waarin ouderen nadenken en spreken over het levenseinde vergelijken met de mate waarin het algemene Nederlandse publiek dat doet (zie tabel 7.10), valt op dat ouderen vaker weleens over het levenseinde hadden nagedacht (93% vs. 66%), maar dat in beide groepen maar een klein percentage over het levenseinde had gesproken met een arts of andere zorgverlener (11% vs. 13%).

Ouderen die wel of niet over levenseinde-onderwerpen hadden nagedacht of gesproken verschillen over het algemeen niet veel van elkaar qua achtergrondkenmerken. Uit tabel 7.12 blijkt dat voor een aantal kenmerken wel significante verschillen zijn gevonden, al zijn die niet heel groot.

Tabel 7.12 Achtergrondkenmerken van ouderen die niet over levenseinde-onderwerpen hadden nagedacht, ouderen die er wel over hadden nagedacht maar ze niet hebben besproken met een arts en ouderen die ze ook hadden besproken met een arts (n= 1 242, afgeronde percentages) (In gesprek met de burger)

		Niet over nagedacht	Over nage- dacht, niet besproken met arts ^a	Besproken met arts ^a
	n	Rij%	Rij%	Rij%
Geslacht				
Man	607	8	81	11
Vrouw	629	7	82	11
Leeftijd^b				
65-69	403	11	85	4
70-74	410	6	82	13
75-79	218	7	83	10
80 jaar of ouder	195	5	74	21
Migratieachtergrond				
Nee	1062	7	82	11
Ja	166	11	80	9
Religieus				
Nee	772	7	81	12
Ja	455	8	82	10
Opleiding^b				
Laag	500	11	78	11
Middel	332	7	82	11
Hoog	401	4	86	11
Urbanisatiegraad^b				
Matig, weinig, niet stedelijk	774	8	83	9
Zeer (sterk) stedelijk	460	7	80	14
Ervaren gezondheid^b				
Goed	969	8	83	9
Matig of slecht	267	8	76	17
Gezondheidsvaardigheden				
Onvoldoende	19	16	68	16
Voldoende	1213	8	82	11
Ervaring met palliatieve zorg^b				
Nee	698	8	82	10
Ja	496	5	82	13

a Of andere zorgverlener

b Significant verschil (chi²-test, p<0.05)

De jongste ouderen (65-69 jaar) hadden iets vaker *niet* over levenseinde-onderwerpen nagedacht dan ouderen vanaf 70 jaar (11% vs. 5-7%). Ook hadden de jongste ouderen het levenseinde minder vaak besproken met een arts of andere zorgverlener dan ouderen vanaf 70 jaar (4% vs. 10-21%). De oudste ouderen (80 jaar of ouder) hadden het vaakst levenseinde-onderwerpen besproken met een arts of andere zorgverlener (21%). Ouderen met een lage opleiding hadden iets vaker *niet* nagedacht over levenseinde-onderwerpen dan ouderen met een middelhoge of hoge opleiding (11% vs. 4-7%). Ouderen die in een (zeer) verstedelijk gebied wonen en ouderen die hun gezondheid als matig of slecht ervaren, hadden iets vaker levenseinde-onderwerpen besproken met een arts of andere zorgverlener dan ouderen die in een minder verstedelijk gebied wonen en ouderen met een betere gezondheid (respectievelijk 14% vs. 9% en 17% vs. 9%). Tot slot hadden ouderen die ervaring hadden met palliatieve zorg iets vaker gesproken over levenseinde-onderwerpen dan ouderen zonder deze ervaring (13% vs. 10%). Voor geslacht, migratieachtergrond, religie en gezondheidsvaardigheden is er geen significante relatie met het wel of niet nadenken over en/of bespreken van levenseinde-onderwerpen.

In tabel 7.13 wordt weergegeven dat een derde van de ouderen zeker naar een informatiebijeenkomst over (zorg aan) het levenseinde zou gaan als ze daarvoor een uitnodiging zouden krijgen. Meest genoemde reden om te gaan was om meer te weten te komen over het levenseinde, gevolgd door dat de oudere al had nagedacht over het levenseinde, en/of dat het levenseinde een belangrijk onderwerp is voor de oudere zelf of voor een naaste. Een derde van de ouderen gaf aan niet meteen, maar misschien wel in de toekomst een dergelijke bijeenkomst te willen bezoeken.²⁷⁶ Tenslotte gaf een derde van de ouderen aan niet naar zo'n bijeenkomst te gaan als ze een uitnodiging zouden krijgen.

Tabel 7.13 Mate waarin ouderen geïnteresseerd zijn in een informatiebijeenkomst over zorg aan het levenseinde (n= 1 242, afgeronde percentages) (In gesprek met de burger)

Stel dat u deze week een uitnodiging zou krijgen voor een informatiebijeenkomst over (zorg aan) het levenseinde. Zou u gaan?	%
Ja, zeker (meer dan een reden mogelijk):	33
Ik wil meer weten over levenseinde	13
Ik denk na over het levenseinde	13
Het onderwerp is belangrijk voor mij	10
Het onderwerp is belangrijk voor een naaste	7
Niet nu, maar misschien in de toekomst wel	34
Nee	33

Ouderen die wel of geen interesse hadden in informatiebijeenkomsten over zorg rond het levenseinde verschilden niet veel van elkaar in achtergrondkenmerken. Vrouwen gaven minder vaak aan misschien in de toekomst naar een informatiebijeenkomst te willen gaan dan mannen (29% vs. 37%), de jongste ouderen waren iets minder vaak zeker geïnteresseerd in een informatiebijeenkomst dan ouderen vanaf 70 jaar (32% vs. 34-40%) en ouderen met een lage opleiding waren minder vaak zeker

²⁷⁶ Het is mogelijk dat op het moment van afname van de vragenlijst, in september 2020, een deel van de ouderen vanwege COVID-19 nog terughoudend was wat betreft het bezoeken van bijeenkomsten.

geïnteresseerd in informatiebijeenkomsten dan ouderen met een hogere opleiding (30% vs. 36%). Voor migratieachtergrond, religie, urbanisatiegraad, ervaren gezondheid, gezondheidsvaardigheden en ervaring met palliatieve zorg werd geen significante relatie met interesse in informatiebijeenkomsten gevonden.

Ouderen die zeker of misschien in de toekomst interesse hadden in een informatiebijeenkomst, waren het meest geïnteresseerd in informatie over de mogelijkheden van zorg thuis en het verlichten van klachten (beide 88%). Ook wilsverklaringen en het ondersteunen van mantelzorgers werden vaak aangekruist als interessante onderwerpen (81% en 80%). Driekwart van de ouderen was geïnteresseerd in informatie over euthanasie, 70% in zorg in een hospice, 66% in de laatste uren voor overlijden, 64% in verlies en rouw en 60% in zorg in een verpleeghuis. De minste interesse was er voor het onderwerp levensvragen/zingeving/spiritualiteit (37%).

7.6 Informatie over het levenseinde voor ouderen met een moslimachtergrond

Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen met een migratieachtergrond soms andere opvattingen en voorkeuren hebben over de laatste levensfase en medische beslissingen rond het levenseinde dan mensen met een Nederlandse culturele achtergrond. In par. 7.4.5 kwam al naar voren dat mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (eerste of tweede generatie) het minder vaak eens waren met stellingen over het recht op zelfbeschikking in de laatste levensfase en de mogelijkheid van euthanasie voor bijzondere groepen dan mensen zonder migratieachtergrond. Omdat een toenemend aantal mensen met een migratieachtergrond in Nederland de laatste levensfase bereikt, is het belangrijk om meer informatie over deze groep in kaart te brengen, onder andere over hoe zij het beste voorgelicht kunnen worden over de laatste levensfase. In 2021 werden daartoe negen organisatoren c.q. gespreksleiders van informatiebijeenkomsten over de laatste levensfase voor mensen met een moslimachtergrond geïnterviewd. Het betrof sociaal werkers, zorgconsulenten, islamitisch geestelijk verzorgers en een medisch specialist (zie tabel 7.14). In de interviews werd gevraagd naar hun ervaringen met deze informatiebijeenkomsten, welke informatie volgens hen (niet) aan bod moet komen en hoe deze informatie het beste besproken kan worden, omdat dit inzicht geeft in bestaande opvattingen, voorkeuren, en eventuele gevoelige onderwerpen.

Tabel 7.14 Achtergrondkenmerken van facilitators van informatiebijeenkomsten voor ouderen met een moslimachtergrond (n=9, interviews in gesprek met de burger)

Respondent	Leeftijd	Geslacht	Achtergrond	Beroep
1	50-60	vrouw	Marokkaans	Sociaal werker
2	50-60	vrouw	Turks	Zorgconsulent
3	50-60	vrouw	Turks	Sociaal werker
4	40-50	vrouw	Turks	Zorgconsulent
5	40-50	man	Turks	Zorgconsulent
6	40-50	vrouw	Turks	Geestelijk verzorger/imam
7	40-50	vrouw	Marokkaans	Sociaal werker
8	50-60	man	Marokkaans	Geestelijk verzorger/imam
9	40-50	vrouw	Nederlands	Arts internist

De geïnterviewden gaven aan dat een belangrijk doel van informatiebijeenkomsten over het levenseinde voor ouderen met een moslimachtergrond is om bewustwording te creëren over dit onderwerp. Hun ervaring was dat veel ouderen met een moslimachtergrond weinig weten over de mogelijkheden van zorg in de laatste levensfase in Nederland. Ook was hun ervaring dat er vaak problemen ontstaan wanneer onderwerpen met betrekking tot het levenseinde niet tijdig zijn besproken met familie. Door informatiebijeenkomsten over het levenseinde te organiseren worden mensen gestimuleerd na te denken en te praten over het levenseinde. Zij krijgen daardoor een beter idee van wat ze zelf kunnen bijdragen aan hun welzijn in de laatste levensfase.

Tijdens informatiebijeenkomsten kunnen diverse onderwerpen aan bod komen, variërend van euthanasie tot plaats van zorg. Hieronder worden de ervaringen beschreven van de gespreksleiders met het spreken over deze onderwerpen. Een belangrijke algemene ervaring hierbij is dat er volgens de geïnterviewde gespreksleiders binnen de groep ouderen met een moslimachtergrond variatie is in opvattingen.

Euthanasie

De geïnterviewde gespreksleiders gaven aan het belangrijk te vinden dat ouderen met een moslimachtergrond weten dat euthanasie in Nederland mogelijk is, omdat zij deel uitmaken van de Nederlandse samenleving. Er kan bijvoorbeeld worden uitgelegd dat euthanasie veel politieke, maatschappelijke en media-aandacht krijgt, maar dat verreweg de meeste mensen die overlijden in Nederland geen verzoek om euthanasie hebben gedaan. Door deze informatie wordt duidelijker waarom artsen in sommige gevallen de optie van euthanasie met patiënten bespreken.

Een aantal geïnterviewden gaf aan dat zij het niet complex vinden om euthanasie te bespreken, omdat volgens hen euthanasie verboden is in de islam en nooit een optie is. Vanwege dit verbod worden er zelden vragen over dit onderwerp gesteld door deelnemers aan informatiebijeenkomsten. Daarnaast werd aangegeven dat het belangrijk is om feitelijke informatie over euthanasie te geven, omdat ouderen met een moslimachtergrond volgens de geïnterviewden onwetend zijn over dit onderwerp.

Geïnterviewden gaven ook aan dat zij het belangrijk vinden om uit te leggen wat euthanasie is om het verschil met palliatieve sedatie en andere vormen van behandeling duidelijk te maken. Veel ouderen denken dat palliatieve sedatie hetzelfde is als euthanasie en hierdoor rust er voor velen ook een taboe op palliatieve sedatie, terwijl deze handelwijze volgens geïnterviewden binnen de islam wel mogelijk is.

Palliatieve sedatie

Een belangrijk aspect is volgens de geïnterviewden dat tijdens bijeenkomsten duidelijk wordt uitgelegd dat palliatieve sedatie het leven niet verkort en dat het een omkeerbaar proces is.

Veel moslims geloven dat ze tot het laatste moment een heldere geest moeten hebben en dat lijden nodig is om naar de hemel te gaan. Daarnaast geloven velen van hen dat ze de laatste rituelen, zoals het uitspreken van de geloofsbelijdenis, vlak voor het overlijden moeten uitvoeren. Veel ouderen vrezen dat zij daar bij palliatieve sedatie niet toe in staat zullen zijn. Geïnterviewden, waaronder een imam, gaven aan dat zij vanuit religieus oogpunt geen beperkingen zien om in sommige gevallen palliatieve sedatie uit te voeren. Er werd aangegeven dat de Koran ruimte biedt voor afwijken van regels, bijvoorbeeld door rituelen uit te voeren op het moment dat de patiënt nog helder van geest is.

Geïnterviewden gaven aan dat ouderen er niet altijd van op de hoogte zijn dat palliatieve sedatie ook wordt toegepast in Turkije en Marokko. Turkse of Marokkaanse artsen die in hun moedertaal uitleggen wat palliatieve sedatie inhoudt kunnen bijdragen aan het begrip van deze handelwijze.

Stoppen met behandeling

Geïnterviewden gaven aan dat het belangrijk is om ouderen met een moslimachtergrond te informeren over wanneer het nog zinvol is om te behandelen. Het is volgens hen belangrijk te vertellen dat artsen in Nederland alles in het werk stellen om een patiënt te genezen en de behandeling alleen zullen stoppen als ze echt geen opties meer hebben. Een van de geïnterviewde imams gaf aan dat er in de voorschriften van de islam niets staat over een plicht tot doorbehandelen. Het uitleggen van het religieuze perspectief op stoppen van behandeling kan volgens geïnterviewden spanning verminderen en begrip vergroten. Dat geldt in het bijzonder voor sondevoeding. Moslims vragen in het ziekenhuis vaak om een infuus of sondevoeding. Het besef dat dergelijke behandelingen niet bijdragen aan genezing in de laatste levensfase en alleen het proces van overlijden verlengen is niet bij iedereen aanwezig.

Reanimatie is een specifieke vorm van stoppen met behandeling die voor mensen met een moslimachtergrond beladen is. Volgens de geïnterviewden is het belangrijk om duidelijk uit te leggen wat reanimatie is, wat de overlevingskansen zijn en wat mogelijke situaties van patiënten na reanimatie zijn. Daarnaast kan worden verteld dat vanaf een bepaalde leeftijd en bij bepaalde ziekten de overlevingskansen of de kans om goed uit een reanimatie te komen klein zijn. Dit zou ondersteund kunnen worden met het idee dat Allah bepaalt wanneer iemand sterft en dat reanimatie daar niets aan kan veranderen.

De meeste ouderen weten niet dat het standaardbeleid is in Nederland om naar reanimatiewensen te vragen bij een ziekenhuisopname en dat niet bij elke hartstilstand reanimatie wordt uitgevoerd in Nederland. Uitleg hierover kan misverstanden wegnemen

Plaats van zorg en mantelzorg

Plaats van zorg en mantelzorg werden door de geïnterviewde gespreksleiders ervaren als een gevoelig onderwerp. Veel families met een moslimachtergrond willen hun oudere familieleden graag thuis verzorgen. Er heerst soms een taboe op thuiszorg. Thuiszorg kan echter een belangrijke steun zijn in het hele proces van zorg in de laatste levensfase, door het overnemen van verpleegkundige zorg en het verminderen van de belasting van de naasten.

Ook op hospicezorg kan een taboe rusten en hier wordt zelden voor gekozen door ouderen met een moslimachtergrond. Het hospice wordt veelal gezien als een plek voor alleenstaande ouderen zonder familie die geen mogelijkheid hebben om thuis te blijven wonen.

Verpleeghuiszorg kan een complex thema zijn in de moslimgemeenschap, omdat het idee bestaat dat kinderen verplicht zijn om voor hun ouders te zorgen en ouders denken dat zij hun kinderen niet goed hebben opgevoed als deze niet voor hen zorgen als ze in nood zijn. Ook is het imago van verpleeghuizen niet positief in de moslimgemeenschap. Aangezien het voor kinderen in de Nederlandse samenleving vanwege werk en gezin veelal niet mogelijk is om kwetsbare ouderen voldoende te ondersteunen is opname in een verpleeghuis soms toch een goede optie. Daar komt bij dat intieme zorg van kinderen voor hun ouders soms gevoelens van schaamte oproept.

Het is daarom volgens de geïnterviewden belangrijk om de opties van thuiszorg, hospicezorg en verpleeghuiszorg te benoemen in informatiebijeenkomsten.

7.7 Slot

Nederlandse burgers blijken anno 2022 redelijk goed op de hoogte van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Er lijkt wel sprake te zijn van een lichte afname in kennis in vergelijking met 2016. De steun onder burgers voor zelfbeschikking rond het levenseinde lijkt niet wezenlijk te zijn toegenomen ten opzichte van eerdere jaren.

Opvattingen van burgers over de regulering van levensbeëindiging op verzoek voor bijzondere groepen variëren. Iets meer dan de helft van de burgers is het eens met de stelling dat mensen met gevorderde dementie en mensen met een psychische aandoening in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie. Het is wel opvallend dat de opvattingen van burgers over algemene stellingen soms afwijken van hun opvattingen over concrete voorbeelden van levensbeëindigend handelen. De invoelbaarheid van het lijden, die in concrete casuïstiek duidelijker naar voren komt, speelt daarbij mogelijk een rol. Het is opvallend dat het aandeel burgers dat vindt dat familie ook hulp bij zelfdoding mag verlenen in 2022 (26%) veel *lager* is dan in 2016 (46%).

Van de burgers die deelnamen aan dit onderzoek had twee derde wel eens nagedacht over medische beslissingen rond het levenseinde, maar het aantal burgers dat met een arts had gesproken over dit onderwerp of iets had vastgelegd over wensen en verwachtingen was veel lager. Ouderen denken wat vaker na over wensen en voorkeuren voor medische behandeling en zorg in de laatste levensfase dan de algemene bevolking, maar ook zij bespreken dit onderwerp zelden met een arts.

Levensbeëindiging is volgens velen binnen de islamitische cultuur taboe, maar dat neemt niet weg dat goede voorlichting, ook over andere medische beslissingen rond het levenseinde, kan bijdragen aan passende keuzes ten aanzien van zorg in de laatste levensfase.

8

Barmhartigheid en autonomie

8.1 Inleiding

In het algemeen wordt barmhartigheid gezien als de centrale norm binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) en het verzoek (autonomie) van de patiënt als een noodzakelijke voorwaarde voor de arts om een verzoek om hulp bij levensbeëindiging in te willigen.²⁷⁷ Barmhartigheid en autonomie hebben een centrale en gelijkwaardige betekenis binnen de wet. Recente maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de discussie rondom de zaak-Arends²⁷⁸ en het ter beschikking stellen van 'middel X' door leden van de Coöperatie Laatste Wil, en de (politieke) discussie over mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij een 'voltooid leven', lijken te duiden op een roep om meer zeggenschap van de burger rond het levenseinde. Deze roep om meer zeggenschap heeft mogelijk ook gevolgen voor de rol van artsen en de invulling van barmhartigheid bij besluitvorming over verzoeken om levensbeëindiging. De vraag is of die eventuele roep om meer zeggenschap van de burger rond het levenseinde ook weerspiegeld wordt in opvattingen van burgers en artsen, en in de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's).

In dit hoofdstuk wordt eerst gekeken naar de vraag of er aanwijzingen zijn voor een verschuiving in maatschappelijke opvattingen over de betekenis van de waarden barmhartigheid en autonomie in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en de toetsing daarvan. Er wordt gekeken naar de wijze waarop de waarden barmhartigheid en autonomie zijn vertaald in normen rondom de Wtl, en in het bijzonder hoe de interpretatie van deze waarden zich heeft ontwikkeld in de jaarverslagen en de EuthanasieCodes van de Rte's in de afgelopen 20 jaar. Om te onderzoeken in hoeverre er sprake is van behoefte aan meer zeggenschap van de burger bij beslissingen rond het levenseinde is gebruik gemaakt van resultaten van de vragenlijstonderzoeken en interviews onder burgers, artsen en leden van de Rte's die in het kader van deze wetsevaluatie zijn uitgevoerd.²⁷⁹ Waar mogelijk worden de

277 H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.22.

278 Zie hierover par. 2.3.2.

279 Zie bijlage C voor de onderzoeksopzet en bijlagen E, F en G voor de vragenlijsten.

uitkomsten van het huidige onderzoek vergeleken met eerder uitgevoerd empirisch onderzoek om een ontwikkeling over de tijd in kaart te brengen.

Daarna wordt de vraag wat de morele relevantie is van het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding uitgewerkt. In Nederland vallen beide handelingen onder dezelfde wet met dezelfde zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan. Dit in tegenstelling tot enkele andere landen waar euthanasie en hulp bij zelfdoding nadrukkelijk uit elkaar worden gehouden.²⁸⁰ Hulp bij zelfdoding wordt vaak gezien als een handeling die meer uitdrukking geeft aan de autonomie van de betrokken patiënt dan euthanasie. In maatschappelijke initiatieven zoals het wetsvoorstel 'voltooid leven' speelt hulp bij zelfdoding een centrale rol.²⁸¹ In de praktijk van levensbeëindiging op verzoek van een patiënt door een arts komt hulp bij zelfdoding niet vaak voor: in 2022 betrof het slechts 2,1% van de bij de Rte's gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek, en dat lage percentage is stabiel over de tijd.²⁸² Met behulp van literatuurstudie en de eerdergenoemde vragenlijstonderzoeken worden opvattingen van burgers en artsen over het eventuele (morele) onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding beschreven.

Hoewel barmhartigheid en autonomie beide een prominente betekenis hebben in de euthanasiepraktijk, komen de termen als zodanig niet voor in de WtI of de bijbehorende memorie van toelichting.²⁸³ Beide begrippen vereisen daarom eerst enige toelichting.

Barmhartigheid

Volgens Den Hartogh is barmhartigheid als beginsel voor de wetgeving ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te herleiden tot het Schoonheim-arrest uit 1984.²⁸⁴ In deze zaak wordt door de Hoge Raad een conflict van plichten beschreven waarbij de arts een beroep kan doen op overmacht.²⁸⁵ Welke plichten er in dit conflict betrokken zijn wordt door de Hoge Raad niet genoemd, maar het wordt later door anderen beschreven als een conflict tussen de plicht tot barmhartigheid enerzijds en de plicht tot bescherming van het leven anderzijds.²⁸⁶ Barmhartigheid betreft in dit verband de plicht van de arts om ernstig lijden als gevolg van een medische aandoening bij een patiënt weg te nemen. Deze plicht conflicteert met de beschermwaardigheid van het leven zodra beëindiging van het leven de enige manier is om aan de plicht om het lijden weg te nemen te voldoen.²⁸⁷ Om bij levensbeëindigend handelen een beroep te kunnen doen op overmacht moet de arts het lijden niet alleen onderkennen, maar ook vaststellen dat het lijden zo ernstig is dat verzaken van de plicht tot bescherming van het leven gerechtvaardigd is.²⁸⁸

280 Zie par. 2.5.

281 Zie par. 9.2.

282 Jaarverslag Rte's 2022.

283 *Kamerstukken II 1998/99*, 26691, nr. 3.

284 G.A. den Hartogh, *Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg?* *TvGR* 2007, 3, p.137-148.

285 HR 27 november 1984, *NJ* 1985/106.

286 H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.22.

287 H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.22.

288 H. Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*. Den Haag: Boom Juridisch, 2022, p.22.

Barmhartigheid in deze zin is dus gebaseerd op een medisch-professioneel oordeel over het lijden van de patiënt. De plicht om lijden weg te nemen is, aldus Den Hartogh, op zichzelf echter nog niet voldoende grond voor het rechtvaardigen van het uitvoeren van een verzoek tot levensbeëindiging door de arts. Hiervoor is nog een ander aspect van barmhartigheid nodig: *“Om iemand een motief van barmhartigheid te kunnen toeschrijven moet hij bewogen worden door het rechtstreeks ervaren leed van een ander, het is niet genoeg dat hij welbewust handelt in diens belang”*.²⁸⁹ Het belang van 'barmhartigheid' als grondslag van de Wtl wordt gereflecteerd in de volgende zorgvuldigheidseisen: de arts moet overtuigd zijn van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt (art. 2 lid 1 onder b Wtl) en samen met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is om dit lijden te verlichten (art. 2 lid 1 onder d Wtl). Zonder deze overtuiging mag de arts de levensbeëindiging niet uitvoeren.

Autonomie

Hoewel de autonomie van de patiënt geen betrekking heeft op het conflict van plichten van de arts is het autonome verzoek van de patiënt wel noodzakelijk voor de arts om aan de zorgvuldigheidseisen te kunnen voldoen. Onder de Wtl mag de arts de plicht om het lijden weg te nemen alleen zwaarder laten wegen dan de plicht om het leven te beschermen als de patiënt daartoe verzoekt. Autonomie en barmhartigheid staan dus niet tegenover elkaar, maar zijn beide van betekenis om te kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen in de Wtl.

Autonomie wordt meestal beschreven als het vermogen en de mogelijkheid van een individu om te kunnen leven volgens eigen waarden, motivaties en wensen.²⁹⁰ Individuele autonomie als morele waarde omvat negatieve vrijheid: individuen moeten vrij zijn van obstakels of externe controle op hun leven om autonoom te kunnen zijn. Deze negatieve vrijheid komt tot uitdrukking in de zorgvuldigheidseis dat het verzoek van de patiënt vrijwillig moet zijn, zonder onaanvaardbare invloed van anderen.²⁹¹ Daarnaast impliceert autonomie ook positieve vrijheid: individuen moeten worden voorzien van de juiste ondersteuning (zoals informatie, hulpmiddelen of assistentie van anderen) om hen in staat te stellen het leven zelf vorm te geven.²⁹² Door bijvoorbeeld in de palliatieve zorg in gesprekken meer aandacht te besteden aan de zorgbehoeften van de patiënt, wordt deze beter in staat gesteld om keuzes te maken met betrekking tot het levenseinde, en wordt zo de autonomie van de patiënt ten aanzien van het eigen levenseinde bevorderd. Ook *shared decision making* benadrukt deze positieve vrijheid: bij het gezamenlijke besluit van de arts en de patiënt over medische behandeling en zorg spelen de waarden en wensen van de patiënt een belangrijke rol.

289 G.A. den Hartogh, Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg? *TvGR* 2007 (3), p.140.

290 Stanford Encyclopedia of Philosophy, *Autonomy in Moral and Political Philosophy*, 2020; <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/>.

291 EuthanasieCode 2022, p.22.

292 Stanford Encyclopedia of Philosophy. *Positive and Negative Liberty*. 2021; <https://plato.stanford.edu/entries/liberty-positive-negative/>.

Het bevorderen van autonomie wordt breed gezien als een belangrijk uitgangspunt van goede zorg.²⁹³ Dit kwam onder meer aan de orde in de kabinetsreactie op het rapport van de Adviescommissie Voltwoord Leven (Commissie Schnabel) uit oktober 2016: *“Het respecteren van de autonomie van mensen impliceert het creëren van omstandigheden die mensen in staat stellen hun eigen leven vorm te geven, waaronder het eigen sterven.”*²⁹⁴ De rol van de arts daarbij is om de autonomie van patiënten niet uitsluitend op te vatten als het recht van de patiënt om zelf te beslissen (‘u vraagt, wij draaien’). De plicht tot barmhartigheid en tot het ondersteunen van de autonomie van de patiënt vraagt van de arts om een euthanasieverzoek van een patiënt te verhelderen en te bevragen, in de bredere context van goede zorg aan het levenseinde.²⁹⁵

Respect voor autonomie is bovendien *prima facie* geldend: dat wil zeggen dat het altijd gewicht in de schaal legt, maar niet allesoverheersend is. Als respect voor autonomie conflicteert met andere waarden, dan moeten deze tegen elkaar worden afgewogen.²⁹⁶ Dit betekent dat ook in geval van een autonome wens van de patiënt tot euthanasie of hulp bij zelfdoding, de plicht tot barmhartigheid en de plicht om het leven te beschermen blijven gelden. Bij een conflict van plichten kan de arts de afweging maken om desgevraagd euthanasie te verlenen, maar hij kan ook beslissen om dat niet te doen: er bestaat geen recht van de patiënt op euthanasie.²⁹⁷ In de WtI zien we het belang van respect voor autonomie terug in de zorgvuldigheidseisen dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (art. 2 lid 1 onder a WtI) en dat de patiënt moet zijn voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten (art. 2 lid 1 onder d WtI).

8.2 Opvattingen van burgers over barmhartigheid en autonomie

8.2.1 Opvattingen van burgers over zelfbeschikking

In hoofdstuk 7 werd al enige aandacht besteed aan opvattingen van burgers over zelfbeschikking rond het levenseinde (zie par 7.3).²⁹⁸ Zo bleek uit het vragenlijstonderzoek onder burgers dat de meerderheid het (helemaal) eens was met de stelling dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn eigen leven en dood (60%, zie tabel 7.3). Het percentage burgers dat dit onderschrijft is over de jaren licht toegenomen. Ook de stelling dat iedere persoon recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij dat wil, werd door een meerderheid, te weten 68% van de burgers, gesteund, en ook dit is geen grote wijziging ten opzichte van eerdere jaren (tabel 7.3). Wel is er een dalende trend in het percentage burgers dat het (helemaal) oneens was met deze stellingen. Er

293 T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press, 2022.

294 Kamerstukken II, 2016/17, 32647, nr. 55, p.6.

295 P.S.C. Kouwenhoven, G.J.M.W. van Thiel, A. van der Heide, J.A.C. Rietjens, J.J.M. van Delden, *Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy*, *European Journal of General Practice* 2019, 25:1, p.44-48.

296 T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press, 2022.

297 G.A. Den Hartogh, *Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg?* *TvGR* 2007, 3, p.137-148.

298 Conform eerder vragenlijstonderzoek is ook in dit vragenlijstonderzoek gekozen voor de term zelfbeschikking in plaats van autonomie.

lijkt in 2022 dus vooral sprake te zijn van minder weerstand tegen het idee dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over het levenseinde, vergeleken met 2016 en 2010.

Uit het burgeronderzoek blijkt dat een derde van de burgers vond dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, wat een lichte stijging is ten opzichte van 2016 (tabel 8.1). Met de stelling dat ouderen medicijnen moeten kunnen krijgen van een arts om zelf het leven te beëindigen was 36% van de burgers het eens. Dit is een afname ten opzichte van 2016, en nagenoeg gelijk aan 2010. Voor de stelling dat ouderen die 'levensmoe' zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie was meer steun: 58% van de burgers was het hiermee eens. Dit is vergelijkbaar met 2016.

Deelnemers aan het burgeronderzoek kregen ook een gevalsbeschrijving voorgelegd over een oudere, hoogopgeleide man in een goede lichamelijke en geestelijke conditie die zich eenzaam voelt en niet verder wil leven (tabel 8.1). Van de respondenten was 41% het eens met de huisarts die besluit om deze man op diens verzoek een dodelijk drankje te geven. Wat hier opvalt is dat, net als in de vorige wetsevaluatie, het percentage respondenten dat het eens was met het handelen van de arts in deze gevalsbeschrijving lager is dan het percentage respondenten dat het eens was met de algemene stellingen over levensbeëindiging op verzoek, zoals de stelling dat iedere persoon recht heeft op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij dat wil. Het percentage burgers dat het eens was met het besluit van de huisarts in voornoemde gevalsbeschrijving is wel gestegen ten opzichte van voorgaande evaluaties: in 2016 was 38% van de burgers het eens met deze stelling, in 2010 was dit 26%.

Tabel 8.1 Opvattingen over euthanasie bij ‘voltooid leven’ (burgeronderzoek)

In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?	2022	2016	2010
	n=1 097	n=1 965	n=1 960
	%	%	%
Ik vind dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding			
(Helemaal) eens	32	25	—
Niet oneens, niet eens	34	28	—
(Helemaal) oneens	34	46	—
Ik vind dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen			
(Helemaal) eens	36	51	35
Niet oneens, niet eens	34	26	35
(Helemaal) oneens	30	23	30
Ik vind dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie			
(Helemaal) eens	58	58	—
Niet oneens, niet eens	27	26	—
(Helemaal) oneens	14	17	—

Gevalsbeschrijving:

De heer de Bruyn is 86 jaar. Vroeger was hij professor aan de universiteit. Toen had hij plezier in zijn leven. Nu is hij oud en veel van zijn vrienden zijn dood. Hij is nooit getrouwd en heeft geen kinderen. Hij voelt zich vaak eenzaam. Hij is in goede lichamelijke en geestelijke conditie. De heer de Bruyn kan nog jaren leven. Maar hij ziet daar erg tegenop. Hij wil liever dood zijn. Dat heeft hij ook al vele malen tegen zijn huisarts gezegd. De heer de Bruyn vraagt de huisarts een drankje om een einde te kunnen maken aan zijn leven. De huisarts besluit hem het drankje te geven.

Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?

Ja	41	38	26
----	----	----	----

— Gegevens niet beschikbaar

Geïnterviewde burgers die het niet eens waren met het handelen van de arts uit deze gevalsbeschrijving, noemden vooral als redenen dat er geen sprake is van een ziekte en ook niet van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat de arts de patiënt verkeerd heeft benaderd: hij had hem bijvoorbeeld moeten doorverwijzen naar een maatschappelijk werker om zijn eenzaamheid te verlichten. Op de vraag of er in deze casus sprake was van ondraaglijk lijden varieerden de antwoorden van “*hij lijdt misschien omdat hij nog leeft*” en “*eenzaamheid kan echt heel heftig zijn*”, tot “*hij is lichamenlijk en geestelijk nog in orde*” en “*hij had gewoon naar een kaartclub moeten gaan*”.

Bij de stellingen over ‘voltooid leven’ uit tabel 8.1 is ook gekeken naar de mate waarin de opvattingen van burgers gerelateerd zijn aan bepaalde achtergrondkenmerken, namelijk opleidingsniveau, urbanisatiegraad, herkomst en religie of levensovertuiging. Hoger opgeleide burgers waren het vaker eens met de stellingen die pleiten voor mogelijkheden van levensbeëindiging in het geval van

‘voltooid leven’ dan lager opgeleide burgers.²⁹⁹ Zo was 42% van de hoger opgeleide burgers het eens met de stelling dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie ten opzichte van 23% van de lager opgeleide burgers, was 43% van de hoger opgeleiden het eens met de stelling dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen tegenover 29% van de lager opgeleiden, en was 65% van de hoger opgeleide burgers het eens met de stelling dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie tegenover 50% van de lager opgeleiden.

Burgers met een niet-westerse migratieachtergrond³⁰⁰ waren het (iets) minder vaak eens met de stellingen die pleiten vóór mogelijkheden van levensbeëindiging dan overige burgers. Zo was 25% van de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond het eens met de stelling dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie ten opzichte van 33% van de overige burgers. Ook bij de stelling dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen zien we een verschil in opvattingen: 24% van de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond was het daarmee eens versus 38% van de overige burgers. Ten slotte was 41% van de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond het eens met de stelling dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie; van de overige burgers was 61% het met deze stelling eens.

Burgers die aangeven een religie of levensovertuiging aan te hangen waren het minder vaak eens met de stellingen die pleiten vóór mogelijkheden van levensbeëindiging dan burgers die aangeven geen religie of levensovertuiging aan te hangen. Van de burgers met een religie of levensovertuiging was 15% het eens met de stelling dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, tegenover 41% van de burgers zonder religie of levensovertuiging. Van de eerstgenoemde groep gaf voorts 20% aan het eens te zijn met de stelling dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen, en 38% dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie. Bij burgers zonder religie of levensovertuiging was dit respectievelijk 44% en 69%.

8.2.2 Opvattingen van burgers over de rol van de arts

Burgers hechten dus waarde aan autonomie, maar willen ze de arts ook kwijt uit het proces rond levensbeëindiging, zoals in het wetsvoorstel ‘voltooid leven’ wordt voorgesteld? Dat lijkt niet zo: een kleine meerderheid (53%) vond het goed dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen (tabel 8.2). Stellingen over alternatieven konden op minder steun rekenen. Uit tabel 8.2 blijkt dat 25% van de respondenten vond dat ook familie hulp bij zelfdoding mag verlenen, wat een daling is ten opzichte van 2016 (zie par 7.4.1, 46%). Ook met de breder geformuleerde stelling dat een ander dan een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen, was slechts 21% van de respondenten het eens (tabel 8.2). De groep respondenten die neutraal stond tegenover dit vraagstuk is bij alle drie de stellingen ongeveer gelijk van omvang (28-33%). De geringe steun voor deze stellingen duidt op het belang dat burgers hechten aan de betrokkenheid van de arts in de uitvoering van de levensbeëindiging. Uit

299 Opleidingsniveau is als volgt gedefinieerd: lager opgeleid = basisonderwijs, vmbo, havo/vwo en mbo; hoger opgeleid = hbo en wo.

300 Eerste of tweede generatie.

tabel 8.2 blijkt ook dat de meerderheid van de burgers het eens was met de stelling dat 'je alleen zelf kunt weten of je ondraaglijk lijdt' (59%).

Tabel 8.2 Opvattingen over de rol van de arts (burgeronderzoek (n=1 097))

	(Helemaal) eens %	Niet eens, niet oneens %	(Helemaal) oneens %
Ik vind het goed dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen	53	33	14
Ik vind dat familie hulp bij zelfdoding mag verlenen	25	35	39
Ik vind dat ook een ander dan een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen	21	34	45
Ik vind dat je alleen zelf kunt weten of je ondraaglijk lijdt	59	28	12

Ook bij de stellingen over de rol van de arts bij levensbeëindiging op verzoek is gekeken naar de mate waarin de opvattingen van burgers gerelateerd zijn aan bepaalde achtergrondkenmerken. Zo vond 58% van de hoger opgeleiden het goed dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen, tegenover 49% van de lager opgeleiden. Van de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond vond 37% het goed dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen, ten opzichte van 54% van de overige burgers. Ten slotte werd de stelling dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen door 57% van de burgers met een religie of levensovertuiging ondersteund, tegenover 53% van de burgers zonder religie of levensovertuiging.

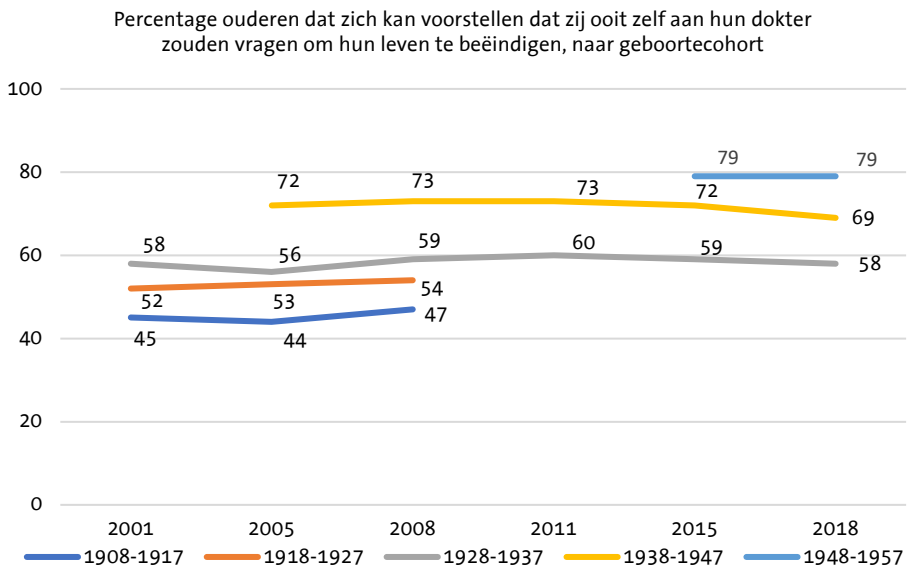
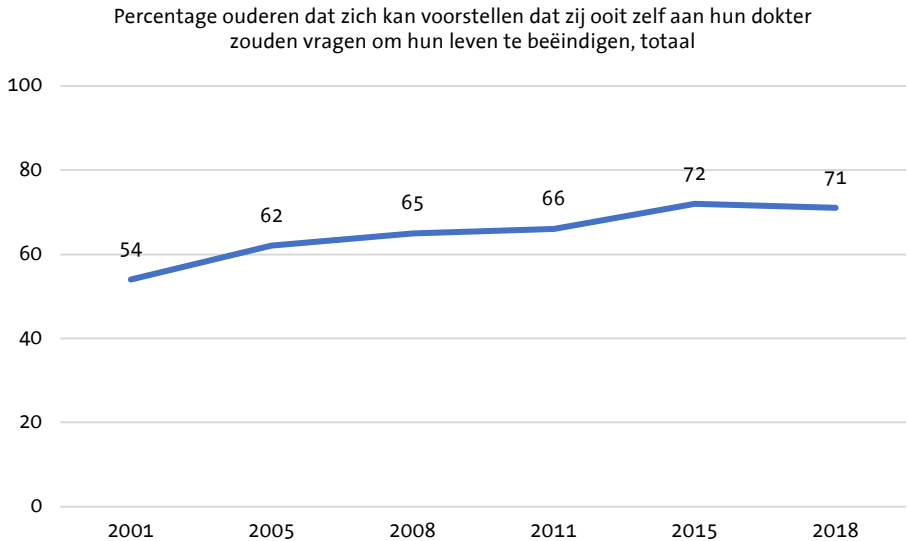
Opvattingen van ouderen over euthanasie en een zelfdodingspil

Opvattingen van burgers over de rol van de arts bij levensbeëindiging zijn ook uitgevraagd in de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een langlopend cohortonderzoek dat representatief is voor ouderen in Nederland vanaf 55 jaar. Elke drie jaar is er een ronde van vragenlijstmetingen. Regelmatig wordt er aan de studie een nieuw cohort van ouderen toegevoegd. Met gegevens uit LASA is het mogelijk om zowel over de tijd naar trends in opvattingen te kijken als naar kenmerken van ouderen die samenhangen met hun opvattingen. In LASA worden sinds 2001 twee vragen over opvattingen over euthanasie en de zelfdodingspil ('pil van Drion') meegenomen.

In figuur 8.1 is te zien dat het percentage ouderen dat 'ja' antwoordde op de vraag 'Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf aan uw dokter zou vragen of hij/zij uw leven zou willen beëindigen' is gestegen van 54% in 2001 tot 71% in 2018. In het tweede deel van de figuur is de trend weergegeven per geboortecohort van tien jaar, ofwel per generatie. Deze figuur laat duidelijk zien dat het percentage ouderen dat 'ja' antwoordt door de jaren gelijk blijft binnen een geboortecohort. Het percentage is het laagst voor het oudste geboortecohort, dat ouderen geboren tussen 1908 en 1917 betreft (tussen de 44% en 47%), en het hoogst voor het jongste geboortecohort, dat ouderen geboren tussen 1948 en 1957 omvat (79%). Uit een multivariate analyse (*general estimated equations*) blijkt dat van de variabelen geboortecohort, leeftijd en jaar van de meting alleen geboortecohort geassocieerd is met de opvatting van ouderen. Dit betekent dat het aandeel ouderen dat zich kan

voorstellen dat zij hun arts ooit om levensbeëindiging zouden vragen toeneemt per geboortecohort, en dat ouderen zelf door de jaren heen geen andere opvattingen hebben gekregen.

Figuur 8.1 Trends in percentage ouderen dat zich kan voorstellen ooit een verzoek om levensbeëindiging aan een arts te doen, totaal en naar geboortecohort (LASA (n=2 953))

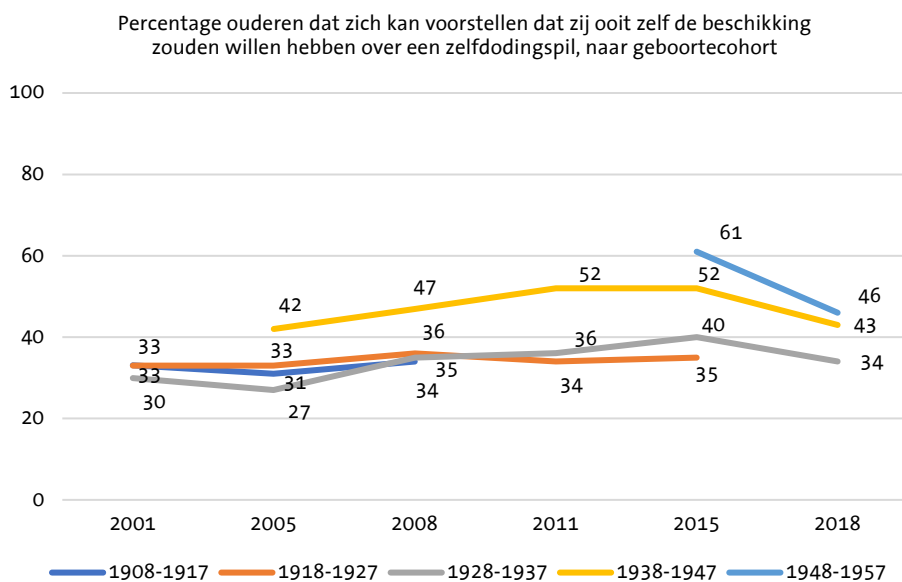
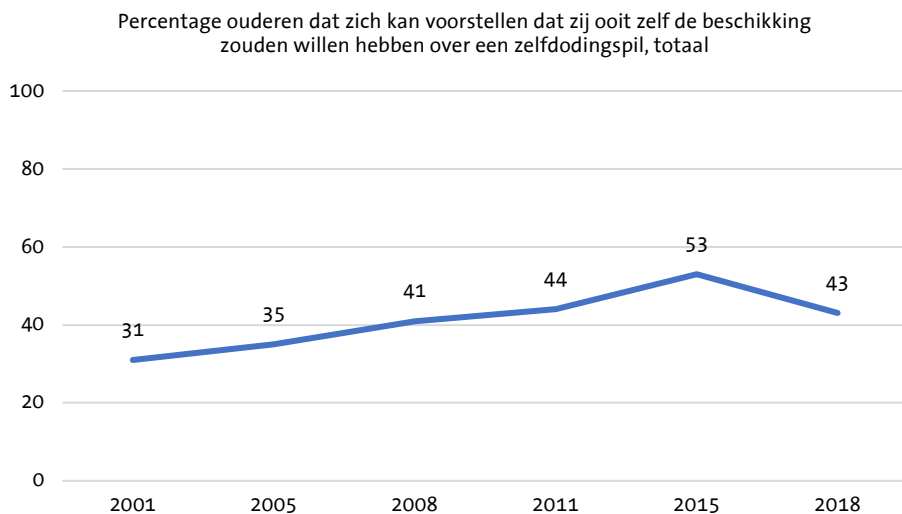


In figuur 8.2 is te zien dat er door de jaren heen een substantieel aandeel van ouderen is die 'ja' antwoordden op de vraag 'Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf de beschikking zou willen hebben

over een zelfdodingspil?', al liggen deze percentages wel wat lager dan die bij de vraag over levensbeëindiging door een arts. Er is over de jaren eerst een toename van ouderen die mogelijk ooit de beschikking zouden willen hebben over een zelfdodingspil, van 31% in 2001 tot 53% in 2015, terwijl het percentage daarna afneemt, tot 43% in 2018. Het is mogelijk dat in 2015 het percentage relatief hoog was doordat er in die tijd in de media en politiek veel aandacht was voor het thema 'voltooid leven'. In 2018 zijn voor het eerst andere antwoordcategorieën gebruikt bij deze vraag: de categorie 'ja' werd onderverdeeld in 'ja, om binnenkort te gebruiken' en 'ja, voor de zekerheid' (in de figuur zijn deze antwoorden samengevoegd tot het antwoord 'ja'). Het is mogelijk dat deze verandering een deel van de afname verklaart. De voorlopige resultaten van de meting in 2022 (niet opgenomen in de figuur) suggereren evenwel dat de daling tenminste ten dele een echte daling is.

Binnen geboortecohorten is er veel minder sprake van een stijging over de jaren van het percentage respondenten dat over een zelfdodingspil zou willen beschikken. Het percentage mensen dat 'ja' antwoordt op deze vraag is lager bij de oudere geboortecohorten dan bij de jongere geboortecohorten (zie figuur 8.2). Ook hier blijkt uit een multivariate analyse (*general estimated equations*) dat van de variabelen geboortecohort, leeftijd en jaar van de meting alleen geboortecohort geassocieerd is met de opvatting van ouderen over de zelfdodingspil.

Figuur 8.2 Trends in percentage ouderen dat zich kan voorstellen ooit beschikking te willen hebben over een zelfdodingspil (LASA (n=2 953))^a



a Antwoordopties tot en met 2015: ja of nee; vanaf 2018: ja, om binnenkort te gebruiken; ja, voor de zekerheid; nee

8.3 Opvattingen van artsen over barmhartigheid en autonomie

8.3.1 Opvattingen van artsen over de rol van zelfbeschikking van de patiënt

In 2022 was 62% van de artsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek in deze wetsevaluatie het eens met de stelling dat iedereen het recht heeft om zelf te beschikken over zijn leven en dood.³⁰¹ Er lijkt ten opzichte van 2016 en 2011 geen sprake te zijn van een stijgende trend (zie tabel 8.3). Het percentage artsen dat het met deze stelling eens was schommelt wat door de jaren heen, net als bij burgers.

Tabel 8.3 Stelling: 'Iedereen heeft het recht om zelf te beschikken over zijn leven en dood' (artsenonderzoek)^a

	2022	2016	2011	2005	1995	1991
	n=746	n=1 167	n=1 456	n=1 032	n=396	n=404
	%	%	%	%	%	%
Eens	62	59	56	47	55	64

a Gewogen afgeronde percentages.

In de aanvullende interviews legden enkele artsen uit dat mensen wel het recht hebben om over het eigen leven en de eigen dood te beschikken, maar dat dit niet betekent dat artsen verplicht zijn om aan een euthanasieverzoek mee te werken:

“Kijk, iedereen heeft natuurlijk recht om te zeggen ik wil een bepaalde behandeling niet of ik heb het recht om behandeling te weigeren. En iedereen heeft zelfbeschikking over zijn eigen lichaam, wat daarmee gedaan wordt. Maar ik denk, we hebben niet het recht om een ander te verplichten om iets bij jou te doen. Dan heb ik ook het recht om te zeggen, ik ga dat niet bij jou doen. [...] En ik denk als je echt dood wilt, en echt je zelfbeschikking wilt, dan denk ik, dan zou ik gewoon stoppen met eten en drinken.” (Specialist ouderengeneeskunde)

Aan artsen is voorts gevraagd in hoeverre ze het eens waren met de stelling 'Ik vind dat er voor burgers meer juridische mogelijkheden moeten komen om hulp bij zelfdoding te verlenen in geval van voltooid leven'. Uit tabel 8.4 blijkt dat 31% van de artsen het eens was met deze stelling: dat gold voor 26% van de huisartsen, tegenover 38% van de medisch specialisten en 28% van de specialisten ouderengeneeskunde.

301 Conform eerder vragenlijstonderzoek is ook in dit vragenlijstonderzoek gekozen voor de term zelfbeschikking in plaats van autonomie.

Tabel 8.4 Stelling: 'Ik vind dat er voor burgers meer juridische mogelijkheden moeten komen om hulp bij zelfdoding te verlenen in geval van voltooid leven' (artsenonderzoek)^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens
Ik vind dat er voor burgers meer juridische mogelijkheden moeten komen om hulp bij zelfdoding te verlenen in geval van voltooid leven	26	38	28	31

a Gewogen afgeronde percentages

8.3.2 Opvattingen van artsen over hun rol bij euthanasie en hulp bij zelfdoding

Aan artsen is ook gevraagd in hoeverre ze het eens waren met de stelling 'Ik vind het goed dat alleen een arts euthanasie mag uitvoeren'. In tabel 8.5 is te zien dat 78% van de artsen het eens was met deze stelling.

Tabel 8.5 Stelling: 'Ik vind het goed dat alleen een arts euthanasie mag uitvoeren' (artsenonderzoek)^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens	(Helemaal) eens
Ik vind het goed dat alleen een arts euthanasie mag uitvoeren	74	85	67	78

a Gewogen afgeronde percentages

In de interviews lieten artsen weten dat ze het niet wenselijk vinden dat anderen dan zorgprofessionals, en dan met name naasten, euthanasie zouden mogen uitvoeren. Een van de redenen die zij daarvoor noemden was dat euthanasie in veel gevallen voor degene die het uitvoert een ingrijpende en belastende handeling is, en dat er een groot risico is dat het een traumatische herinnering voor naasten wordt als zij deze handeling zelf uitvoeren. Daarnaast is er volgens sommige artsen een risico op misbruik als naasten ook euthanasie zouden mogen uitvoeren, en missen naasten kennis om het lijden en eventuele behandel mogelijkheden om het lijden te verlichten

te beoordelen en over hoe de levensbeëindiging zorgvuldig uit te voeren. Deze artsen vonden de professionele beoordeling van het lijden en van eventuele redelijke alternatieven dus belangrijk.

In de interviews gaven enkele artsen aan dat invoelbaarheid van het lijden voor hen de belangrijkste voorwaarde is om al dan niet tot euthanasie te besluiten. Wat artsen invoelbaar vinden verschilt. Zo gaven enkele artsen aan lichamelijk lijden als gevolg van een eenduidige diagnose vaak goed te kunnen invoelen, maar dat dat lastiger kan zijn in complexere situaties. Een arts zei hierover:

“In zijn algemeenheid: het inwilligen van een euthanasieverzoek is aanmerkelijk makkelijker bij iemand met een duidelijke somatische diagnose, dan bij iemand met een opeenstapeling van ouderdomsziekten [...] Een loutere somatische diagnose met veel lichamelijk lijden, dat is eigenlijk niet eens een discussie. Dat is makkelijk. Een opeenstapeling van ouderdomsziekten, dat heb ik in het verleden wel een paar keer gedaan, en dat kan ook, dat mag ook, en dat doe ik ook, maar dan heb ik de tijd nodig om dat [het lijden] te begrijpen [...] Dus dat betekent dat het voor mij makkelijker invoelbaar is bij een duidelijke lichamelijke diagnose, en dat kan zijn COPD, en natuurlijk kanker. Dus ik vind opeenstapeling van ouderdomsklachten lastig, en dementie ... daarbij denk ik dat ik toch het Expertisecentrum zou inschakelen.” (Huisarts)

8.4 Opvattingen over en interpretaties van barmhartigheid en autonomie van de Rte's

8.4.1 Interpretaties van de zorgvuldigheidseisen

De interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's is onderzocht door na te gaan hoe zij invulling geven aan de waarden barmhartigheid en autonomie. Tussen 2002 en 2013 beschreven de Rte's de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen in hun jaarverslagen. Vanaf 2014 worden daar de door de Rte's opgestelde en regelmatig geactualiseerde EuthanasieCodes voor gebruikt.³⁰² Er werd een kwalitatieve documentanalyse uitgevoerd van de achtereenvolgende jaarverslagen en EuthanasieCodes om eventuele veranderingen over de tijd in de invulling die de Rte's geven aan de waarden barmhartigheid en autonomie in kaart te brengen.

Wilsbekwaamheid en de schriftelijke wilsverklaring

Er is een ontwikkeling te zien in hoe de Rte's meldingen van levensbeëindiging bij patiënten met gevorderde dementie beoordelen. In 2011 werd voor het eerst melding gedaan van euthanasie bij een patiënt met gevorderde dementie, waarbij een schriftelijke wilsverklaring in de plaats kwam van het mondelinge verzoek en uit het gedrag en de uitingen van de patiënt werd opgemaakt dat er sprake was van ondraaglijk lijden.³⁰³ Deze melding werd door de Rte's als 'conform de zorgvuldigheidseisen' beoordeeld. In de Code of Practice 2015 en de EuthanasieCode 2018 schrijven de Rte's dat de Wtl euthanasie bij gevorderde dementie mogelijk maakt in gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, een wilsverklaring heeft opgesteld. Deze kan het actuele mondelinge verzoek

302 Code of Practice 2015, EuthanasieCode 2018, EuthanasieCode 2018/2020 en EuthanasieCode 2022.

303 Jaarverslag Rte's 2011, p.11.

vervangen. De overige zorgvuldigheidseisen zijn van “overeenkomstige toepassing”.³⁰⁴ De Rte’s merken daarbij op dat de arts bedacht moet zijn op eventuele contra-indicaties bij de patiënt, zoals “duidelijke tekenen dat de patiënt geen levensbeëindiging wil”.³⁰⁵

Naar aanleiding van de beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Arends in 2020 zijn in de EuthanasieCodes 2018/2020 en 2022 preciseringen aangebracht, waarmee “nog meer duidelijkheid wordt gegeven over de betekenis van dit arrest voor de toetsingspraktijk”.³⁰⁶ Zo specificeren de Rte’s in de meest recente versies van de EuthanasieCode dat er ruimte is voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring: “De arts dient de schriftelijke wilsverklaring daarbij uit te leggen met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt. Daarbij moet de arts letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek”.³⁰⁷ Verder stellen de meest recente versies van de EuthanasieCode dat “contra-indicaties uit de periode toen de patiënt (bijvoorbeeld door voortgeschreden dementie) zijn wil aangaande euthanasie niet meer kon uiten, niet kunnen worden opgevat als de intrekking of aanpassing van de eerdere schriftelijke wilsverklaring”.³⁰⁸ De EuthanasieCode 2022 stelt ook: “De enkele omstandigheid dat de patiënt zich bevindt in de in de schriftelijke wilsverklaring beschreven situatie volstaat niet voor de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden”.³⁰⁹

De arts krijgt dus meer ruimte voor interpretatie van wat er in de schriftelijke wilsverklaring staat beschreven door de patiënt over ‘ondraaglijk lijden’. Hij dient in deze gevallen het ziektebeeld en het gedrag van de patiënt te beoordelen en in samenhang daarmee mogelijke contra-indicaties die blijken uit het gedrag van de patiënt. Vanaf 2020 benadrukt de EuthanasieCode voorts dat de arts niet verplicht is om te informeren naar de actuele levens- of stervenswens van een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. Deze zogenoemde ‘verificatie-eis’ staat niet in de wet en zou afbreuk doen aan het gezag van de schriftelijke wilsverklaring.

Redelijke alternatieven en het subjectieve lijden

Om aan de zorgvuldigheidseisen te kunnen voldoen, moet de arts met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.³¹⁰ Als die redelijke andere oplossingen er mogelijk wel zijn, dient de arts de patiënt daar op basis van diagnose en prognose goed over voor te lichten. Bij het beoordelen van de vraag wat redelijke alternatieven zijn, heeft de patiënt een belangrijke stem.

304 Code of Practice 2015, p.23.

305 Code of Practice 2015, p.27.

306 EuthanasieCode 2022, p.63. In 2020 is ervoor gekozen om naar aanleiding van de arresten van de Hoge Raad de paragrafen 4.1 (Schriftelijke wilsverklaring) en 4.4 (Patiënten met dementie) te herzien.

307 EuthanasieCode 2022, p.41.

308 EuthanasieCode 2022, p.31.

309 EuthanasieCode 2022, p.43.

310 EuthanasieCode 2022, p.28.

Al in het eerste jaarverslag van de Rte's in 2002 wordt beschreven dat patiënten goede redenen kunnen hebben om een behandeling, die mogelijk een alternatief voor levensbeëindiging is, af te wijzen.³¹¹ In de EuthanasieCode 2018 werd daaraan toegevoegd dat ook het weigeren van palliatieve sedatie in het algemeen de uitvoering van euthanasie niet in de weg staat.³¹² Hoewel er dus vanaf 2002 al aandacht wordt geschonken aan de centrale rol van de patiënt bij de beoordeling van behandelalternatieven, wekken latere jaarverslagen de indruk dat er wel een accentverschuiving heeft plaatsgevonden, waarbij er meer ruimte is gekomen voor persoonlijke redenen van de patiënt om een alternatief te weigeren. Uit de analyse blijkt dat in de casuïstiek in de jaarverslagen vanaf 2010 meer nadruk ligt op persoonlijke redenen van patiënten om alternatieven af te wijzen. Een voorbeeld van hoe de Rte's deze nadruk formuleren is het volgende citaat, afkomstig uit het jaarverslag van 2010: *“de commissie overweegt dat de autonomie en biografie van deze patiënte een belangrijke rol hebben gespeeld in de afwegingen van de arts. Gezien de hoge leeftijd en de levensinstelling van patiënte heeft de commissie er begrip voor dat patiënte mogelijkheden als het leren van braille of opname in een verpleeghuis afwees”*.³¹³ In 2013 beschrijven de Rte's een melding betreffende een patiënt met een beginstadium van de ziekte van Alzheimer met de volgende bewoordingen: *“Patiënt vertelde dat hij ook euthanasie wenste omdat hij niet door een ander dan zijn vrouw verzorgd wilde worden en niet naar een verpleeghuis wilde. [...] Hij was bang om naar een vreemde omgeving te gaan en alleen te zullen zijn. [...] Hij kon heel goed onder woorden brengen dat hij dat nooit meer wilde meemaken”*.³¹⁴

De beoordeling of er sprake is van een redelijke andere oplossing hangt nauw samen met de uitzichtloosheid van het lijden. De EuthanasieCode 2022 zegt hierover het volgende: *“Het lijden van een patiënt wordt 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 [...] Van uitzichtloosheid is sprake wanneer curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te nemen, ontbreken.”*³¹⁵ Het ontbreken van een redelijke andere oplossing om het lijden te verlichten is voor de arts belangrijk om tot de overtuiging te kunnen komen dat het lijden voor deze patiënt ook uitzichtloos is. Door het toenemende gewicht dat aan persoonlijke redenen om alternatieven af te wijzen wordt gegeven, lijkt de stem van de patiënt ook in de beoordeling of er sprake is van uitzichtloos lijden een grotere rol te spelen. Zo beschrijven de Rte's in 2011 een casus van een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos leed door een stapeling van ouderdomsklachten en verlies van waardigheid: *“De uitzichtloosheid van het lijden was evident [...] De arts had patiënt op diverse hulpmiddelen gewezen zoals een scootmobiel en visuele hulpmiddelen. Patiënt wees deze voorstellen echter af aangezien daarmee zijn hoofdprobleem niet werd opgelost. Hij leed aan de afnemende kwaliteit van zijn leven”*.³¹⁶

311 Jaarverslag Rte's 2002, p.26.

312 EuthanasieCode 2018, p.26.

313 Jaarverslag Rte's 2010, casus 11, p.34.

314 Jaarverslag Rte's 2013, casus 9, p.28.

315 EuthanasieCode 2022, p.26.

316 Jaarverslag Rte's 2011, casus 10, p.28.

Naast de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van redelijke alternatieven, moet de arts er ook van overtuigd zijn dat het lijden voor de patiënt ondraaglijk is. De ondraaglijkheid van het lijden moet volgens de EuthanasieCode 2022 voor de arts invoelbaar en begrijpelijk zijn.³¹⁷ Al vanaf 2002 stellen de Rte's dat de ondraaglijkheid van het lijden grotendeels subjectief is. In 2004 bevestigen de Rte's in hun jaarverslag dat angst voor toekomstig lijden een gegronde oorzaak kan zijn van 'ondraaglijk' lijden, bijvoorbeeld voor patiënten met beginnende dementie. In 2007 geven de Rte's hiervoor meer onderbouwing, waarin zij aangeven dat het zich bewust zijn van de ziekte en de vooruitzichten daarvan een grote, actuele lijdensdruk kan veroorzaken. De Rte's schrijven hierover: *"In die zin is 'angst voor toekomstig lijden' een reële inschatting van het te verwachten verloop van een verdere achteruitgang."*³¹⁸ Later, in 2010, presenteren de Rte's een casus waarin zij zich hebben afgevraagd of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van de patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was. In deze casus merken zij op dat ondraaglijkheid in het kader van de Wtl *"subjectief moet worden uitgelegd en slechts marginaal kan worden getoetst."*³¹⁹

Arts-patiëntrelatie

In 2002 stellen de Rte's als voorwaarde om tot het oordeel 'conform de zorgvuldigheidseisen' te kunnen komen dat er sprake moet zijn van een behandelrelatie tussen de uitvoerend arts en de patiënt. Deze behandelrelatie moet meer beslaan dan alleen de uitvoering van de euthanasie.³²⁰ Zonder behandelrelatie kan er bij de arts geen sprake zijn van een conflict van plichten, waarop rechtvaardiging van de uitvoering van euthanasie berust. In deze periode werden verschillende meldingen als 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' beoordeeld op grond van de minieme behandelrelatie tussen de uitvoerend arts en patiënt. In 2005 stellen de Rte's in een casus dat de wet niet voorschrijft dat er een *langdurige* behandelrelatie moet zijn, maar dat dat wel de voorkeur heeft, om als arts zorgvuldig te kunnen beoordelen of aan alle zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan.³²¹

Deze voorkeur voor een langdurige behandelrelatie is vanaf 2012 niet langer zichtbaar, voornamelijk door de oprichting van de Stichting Levensindekliniek (SLK) (nu: Expertisecentrum Euthanasie), waarbij de relatie tussen de arts die het verzoek beoordeelt en eventueel uitvoert en de patiënt beperkter is. In het jaarverslag van 2012 behandelen de Rte's een van de eerste meldingen waarbij de arts was verbonden aan de SLK. Hierover schrijven zij: *"Omdat de commissies nog geen ervaring hadden met het beoordelen van meldingen van de SLK, wilde de commissie met de arts een gesprek voeren over de totstandkoming en de inhoud van de behandelrelatie met patiënte."*³²² Voor de Rte's was deze beperkte relatie tussen arts en patiënt een belangrijke reden om aanvankelijk alle meldingen van het Expertisecentrum Euthanasie te behandelen als vragen oproepend (VO). Dit is

317 EuthanasieCode 2022, p.26.

318 Jaarverslag Rte's 2007, p.16.

319 Jaarverslag Rte's 2010, p.34.

320 Jaarverslag Rte's 2002, p.18.

321 Jaarverslag Rte's 2005, casus 9, p.27.

322 Jaarverslag Rte's 2012, casus 2, p.11.

sinds eind 2015 niet meer het geval, omdat er inmiddels “geruime tijd ervaring was opgedaan met het beoordelen van meldingen van aan de Stichting Levensindeciniek verbonden artsen”.³²³

In het jaarverslag 2013 geven de Rte’s expliciet aandacht aan eisen die de wet niet stelt, waarin zij onder andere benadrukken dat “voor het toepassen van euthanasie geen behandelrelatie tussen arts en patiënt vereist is, wel de overtuiging van de arts dat het verzoek van patiënt vrijwillig en weloverwogen is en dat deze uitzichtloos en ondraaglijk lijdt”.³²⁴ In de Code of Practice wordt dit nader uitgelegd: “Ook een niet-behandelend arts kan een verzoek om euthanasie uitvoeren. Een niet-behandelend arts zal in het algemeen aannemelijk moeten maken dat hij voldoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden.”³²⁵ Deze opvatting geldt nog steeds. De arts dient in deze gevallen wel in de verslaglegging aan te geven hoe vaak en hoe uitvoerig de arts met de patiënt heeft gesproken.

Door deze ontwikkelingen is er thans minder nadruk op het brede en langdurige karakter van de arts-patiënt relatie. Het gaat er vooral om dat de arts aannemelijk kan maken dat hij genoeg tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt in relatie tot de zorgvuldigheidseisen goed te doorgronden.³²⁶ De arts richt zich daarbij vooral op het onderzoeken of er aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan en op het benutten van de ruimte die de Wtl biedt. Het conflict van plichten krijgt daarmee een andere context dan eerder.

8.4.2 Ervaringen en opvattingen van leden van de Rte’s

Aan leden van de Rte’s is een vragenlijst voorgelegd over de betekenis van de waarden barmhartigheid en autonomie bij de beoordeling van de meldingen in de afgelopen jaren.³²⁷ Uit tabel 8.6 blijkt dat de meningen van de leden verdeeld zijn. Ongeveer de helft van de leden was het eens met de stelling dat de drempel om het lijden als ondraaglijk te kwalificeren voor artsen lager is geworden, de andere helft was het hiermee oneens. Daarnaast was 35% van de leden het eens met de stelling dat zelfbeschikking een belangrijker argument is geworden in de meldingsverslagen van artsen, waar 59% het daarmee oneens was. Van de leden was slechts 6% het eens met de stelling dat de drempel om te concluderen dat er geen redelijke alternatieven zijn voor artsen in de loop der jaren lager is geworden, terwijl 22% van de leden het eens was met de stelling dat deze drempel voor de toetsingscommissies in de loop der jaren lager is geworden; 67% respectievelijk 59% van de leden was het met deze stellingen oneens. Enkele leden gaven in een toelichting aan het gevoel te hebben dat er meer ruimte is gekomen voor het persoonlijke karakter van het ondraaglijk lijden. Ongeveer de helft van de respondenten gaf aan zelfbeschikking niet boven barmhartigheid te plaatsen of omgekeerd. Uit de toelichtingen is vooral op te maken dat het een niet zonder het ander kan, en dat beide waarden van gelijk belang zijn.

323 Jaarverslag Rte’s 2015, p.13.

324 Jaarverslag Rte’s 2013, p.11.

325 Code of Practice 2015, p.10.

326 EuthanasieCode 2022, p.20.

327 Zie bijlage F voor de vragenlijst.

Tabel 8.6 Opvattingen van leden van de toetsingscommissies (onderzoek toetsingscommissies (n=51))

	(Zeer) eens	Neutraal	(Zeer) oneens
	n (%)	n (%)	n (%)
Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is in de loop der jaren een belangrijker argument geworden...			
In de meldingsverslagen van artsen	18 (35)	3 (6)	30 (59)
Bij de beoordeling door de toetsingscommissies	8 (16)	3 (6)	40 (79)
De drempel om lijden als ondraaglijk te kwalificeren/te concluderen dat er aan de eis ten aanzien van ondraaglijk lijden is voldaan, is in de loop der jaren lager geworden...			
Voor artsen	24 (47)	-	27 (53)
Voor de toetsingscommissies	11 (22)	2 (4)	38 (65)
De drempel om te concluderen dat er geen redelijke alternatieven voor levensbeëindiging zijn/dat er aan de eis ten aanzien van de afwezigheid van redelijke alternatieven is voldaan, is in de loop der jaren lager geworden...			
Voor artsen	3 (6)	14 (28)	34 (67)
Voor de toetsingscommissies	11 (22)	10 (20)	30 (59)
Ik vind zelfbeschikking de belangrijkste grondslag voor levensbeëindiging op verzoek			
	13 (26)	14 (28)	24 (47)
Ik vind barmhartigheid de belangrijkste grondslag voor levensbeëindiging op verzoek			
	2 (4)	22 (43)	27 (53)

8.5 Euthanasie of hulp bij zelfdoding

8.5.1 Morele relevantie van verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding

Bij euthanasie dient de arts de dodelijke middelen toe, terwijl bij hulp bij zelfdoding de arts de patiënt voorziet van een dodelijk drankje dat hij zelf kan innemen. Met behulp van een *scoping review* van (internationale) literatuur zijn moreel relevante verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding in kaart gebracht. Uiteindelijk zijn daarbij drie thema's geïdentificeerd: autonomie, causaliteit en rechtvaardigheid.

In relatie tot het eerste thema stellen sommige auteurs dat het door de patiënt zelf innemen van het laatste middel om het leven te beëindigen, zonder tussenkomst van een ander, bevestigt dat de wens om het leven te beëindigen autonoom en daarmee vrijwillig is.³²⁸ Bij hulp bij zelfdoding zou het risico van druk vanuit de omgeving, dat wil zeggen naasten, zorgverleners, of anderen, minder groot zijn dan bij euthanasie. De arts is slechts bemiddelaar in de procedure en de patiënt is tot het allerlaatste moment zelf degene die beslist om het drankje wel of niet in te nemen. Bij euthanasie bekleeft de

328 Zie T.E. Quill, C.K. Cassel, D.E. Meier, Care of the Hopelessly Ill, *New England Journal of Medicine*. 1992, 327, p.1380-1384 en S.M. Wolf, Physician-assisted suicide, *Clinics in Geriatric Medicine*. 2005 Feb, 21(1), p.179-192.

arts een machtspositie ten opzichte van de patiënt, door de afhankelijkheidsrelatie tussen de twee: de arts moet zowel de middelen aanleveren als de handeling om het leven te beëindigen uitvoeren.³²⁹ De patiënt heeft minder controle over de uitvoering dan bij hulp bij zelfdoding.³³⁰ Echter, er zijn ook argumenten tegen deze opvatting: zo kan de beslissing van de patiënt om zijn leven te beëindigen in het geval van hulp bij zelfdoding net zo beïnvloed zijn door externe factoren als in het geval van euthanasie, ook omdat deze beslissing vaak al enige tijd voor de daadwerkelijke handeling wordt uitgevoerd is genomen.³³¹ Daarnaast is het voor een patiënt bij een geplande euthanasie uiteraard ook op elk moment mogelijk om de euthanasie-procedure te staken. Het verschil tussen het zelf innemen van een dodelijk middel en het door een arts toegediend krijgen van een dodelijk middel zou daarom volgens sommigen in ethisch opzicht verwaarloosbaar zijn, en eerder een emotioneel verschil behelzen.³³²

Het tweede thema betreft causaliteit. Het directe causale verband tussen de handeling van de arts en het overlijden van de patiënt bij euthanasie maakt volgens Quill, Cassel en Meier de arts de 'agent of death'.³³³ Hoewel bij hulp bij zelfdoding de arts ook betrokken is door het beschikbaar stellen van de middelen, is in deze situatie de handeling van de arts niet de directe oorzaak van het overlijden van de patiënt.³³⁴ Anderzijds stellen Dixon en Weir dat het in beide situaties de arts is die de professionele handelingen uitvoert die noodzakelijk zijn om het uiteindelijk beoogde resultaat te bewerkstelligen – ofwel het beschikbaar stellen van een dodelijk middel, ofwel het toedienen van een dodelijk middel – en dat daarom het handelen van de arts in beide situaties wel degelijk in causaal verband kan worden gebracht met de levensbeëindiging.³³⁵

Het derde thema dat in verband met het eventuele morele verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding relevant is, is rechtvaardigheid. Het belangrijkste argument ten aanzien van rechtvaardigheid is dat niet alle patiënten fysiek in staat zijn om zelfdoding succesvol uit te voeren.³³⁶

329 P. Norris, The Movement toward Physician-Assisted Suicide: A Step in the Wrong Direction, *The Linacre Quarterly* 1996, 63 (2).

330 B. Shibata, An Ethical Analysis of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Rejecting Euthanasia and Accepting Physician Assisted Suicide with Palliative Care, *The Journal Of Legal Medicine*. 2017, 37, p.1-2.

331 T.E. Quill, B. Lo, D.W. Brock, Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia, *The Journal of the American Medical Association*. 1997, 278 (23), p.2099-2104 en N. Dixon, On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia, *The Hastings Center Report*. 1998, 28, p.5.

332 N. Dixon, On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia, *The Hastings Center Report*. 1998, 28, p.5.

333 T.E. Quill, C.K. Cassel, D.E. Meier, Care of the Hopelessly Ill, *New England Journal of Medicine* 1992, 327, p.1380-1384.

334 T.E. Quill, C.K. Cassel, D.E. Meier, Care of the Hopelessly Ill, *New England Journal of Medicine* 1992, 327, p.1380-1384 en J. Kirby, Morally-Relevant Similarities and Differences Between Assisted Dying Practices in Paradigm and Non-Paradigm Circumstances: Could They Inform Regulatory Decisions?, *Journal of Bioethical Inquiry*. 2017, 14 (4). p.475-483 en R.F. Weir, The Morality of Physician-Assisted Suicide, *Law, Medicine and Healthcare*. 1992, 20 (1-2), p.116-126.

335 Zie N. Dixon, On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia, *The Hastings Center Report* 1998, 28 (5) en R.F. Weir, The Morality of Physician-Assisted Suicide, *Law, Medicine and Healthcare* 1992, 20 (1-2), p.116-126.

336 E.H. Loewy, Euthanasia, Physician Assisted Suicide and Other Methods of Helping along Death, *Health Care Analysis: Journal of Health Philosophy and Policy* 2004, 12 (3) en T.E. Quill, B. Lo, D.W. Brock, Palliative Options of Last Resort: A Comparison of

Een patiënt met slikproblemen zal bijvoorbeeld niet snel in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding, ook niet als wel aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan, omdat daarbij een betrekkelijk grote hoeveelheid barbituraatdrank ingenomen moet worden. Een patiënt zonder dergelijke fysieke belemmeringen in een overigens vergelijkbare situatie zou wel in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding. Als binnen een bepaald reguleringsstelsel alleen hulp bij zelfdoding tot de mogelijkheden zou behoren, zouden patiënten met fysieke belemmeringen die het zelf innemen van een dodelijke drank onmogelijk maken worden uitgesloten. Loewy, Quill, Lo en Brock claimen dat een regulering waarin uitsluitend hulp bij zelfdoding mogelijk is daarmee kan leiden tot onrechtvaardige situaties.³³⁷ Hoewel dit probleem in de huidige praktijk van levensbeëindiging op verzoek in Nederland in principe niet aan de orde is vanwege de gelijkstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding, is het wel goed om de mogelijk onrechtvaardige gevolgen van het explicieter maken van het onderscheid in het oog te houden bij het overwegen van toekomstscenario's (zie hoofdstuk 9).

8.5.2 Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding volgens burgers

In het vragenlijstonderzoek onder burgers is gevraagd of zij vinden dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge eisen zouden moeten gelden dan voor euthanasie. Uit tabel 8.7 blijkt dat 18% van de burgers het hiermee eens was, 46% was het hiermee oneens en 36% van de burgers was neutraal. Ook hier is gekeken naar de mate waarin de opvattingen van burgers gerelateerd zijn aan bepaalde achtergrondkenmerken. Van de hoger opgeleide burgers was 49% het niet eens met de stelling dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge eisen nodig zijn dan voor euthanasie, tegenover 41% van de lager opgeleide burgers. Van de burgers met een niet-westerse migratieachtergrond was 38% het niet met deze stelling eens, tegenover 46% van de overige burgers. Van de burgers die aangeven een religie of levensovertuiging aan te hangen was 57% het niet eens met de stelling dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge eisen nodig zijn dan voor euthanasie, tegenover 44% van de burgers zonder religie of levensovertuiging.

Tabel 8.7 Stelling: 'Ik vind dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge eisen nodig zijn dan voor euthanasie' (burgeronderzoek (n=1 097))

	(Helemaal) eens %	Niet eens, niet oneens %	(Helemaal) oneens %
Ik vind dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge eisen nodig zijn dan voor euthanasie	18	36	46

Ook in de verdiepende interviews is aandacht besteed aan het onderscheid tussen euthanasie en hulp

Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia, *The Journal of the American Medical Association* 1997, 278 (23), p.2099-2104.

337 E.H. Loewy, Euthanasia, Physician Assisted Suicide and Other Methods of Helping along Death, *Health Care Analysis: Journal of Health Philosophy and Policy* 2004, 12 (3) en T.E. Quill, B. Lo, D.W. Brock, Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia, *The Journal of the American Medical Association* 1997, 278 (23): p.2099-2104.

bij zelfdoding. Daaruit bleek vooral dat burgers niet altijd op de hoogte zijn van wat hulp bij zelfdoding inhoudt, ondanks de uitleg over beide handelwijzen in het vragenlijstonderzoek. Veelal associeerde men hulp bij zelfdoding met een situatie waarin patiënten zelfstandig, zonder begeleiding of aanwezigheid van een arts, een dodelijk drankje innemen. Een burger verwoordde het in het interview na het lezen van de gevalsbeschrijving uit tabel 8.1 als volgt:

“Die Drion pil, die neem je ook in wanneer je wilt, daar hoeft niemand bij te zijn. En hij krijgt dat drankje, dus hij doet het wanneer hij zelf wil. Ik ga naar bed, ik neem het drankje.”

Burgers lijken het onderscheid tussen euthanasie als artsenhandeling enerzijds en hulp bij zelfdoding als autonome handeling van de patiënt met hulp van een arts anderzijds niet te herkennen. Van de 15 geïnterviewde burgers maakte slechts een enkeling op deze manier een onderscheid tussen de twee handelwijzen.

8.5.3 Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding volgens artsen

Aan artsen is ook gevraagd in hoeverre zij het eens waren met een aantal stellingen die betrekking hadden op het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Tabel 8.8 laat zien dat 55% van de artsen aangaf een voorkeur te hebben voor euthanasie ten opzichte van hulp bij zelfdoding omdat zij dan zeker weten dat de uitvoering goed gaat. Van de artsen gaf 17% aan dat er situaties denkbaar zijn waarin zij wel hulp bij zelfdoding zouden verlenen, maar geen euthanasie zouden uitvoeren.

Tabel 8.8 Opvattingen van artsen over euthanasie versus hulp bij zelfdoding (artsenonderzoek)^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal 2022
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
Voorkeur euthanasie (t.o.v. hulp bij zelfdoding) omdat ik dan zeker weet dat de uitvoering goed gaat	57	55	35	55
Voorkeur hulp bij zelfdoding (t.o.v. euthanasie) omdat ik dan zeker weet dat de patiënt het wil	12	11	26	12
Er zijn situaties waarin ik wel hulp bij zelfdoding zou verlenen maar geen euthanasie zou verrichten	18	13	24	17

a Gewogen afgeronde percentages

Artsen voeren relatief weinig hulp bij zelfdoding uit.³³⁸ Uit tabel 8.9 blijkt dat in 2022 34% van de artsen in de voorafgaande 12 maanden euthanasie had uitgevoerd. Een aanzienlijk lager percentage artsen had in de voorafgaande 12 maanden hulp bij zelfdoding verleend (4%).

338 Zie ook paragraaf 5.2.

Tabel 8.9 Ervaringen van artsen met euthanasie en hulp bij zelfdoding per artsengroep (artsenonderzoek)^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal 2022
	n=402	n=196	n=144	n=746
	%	%	%	%
In het afgelopen jaar euthanasie uitgevoerd	54	5	14	34
In het afgelopen jaar hulp bij zelfdoding verleend	6	2	2	4

a Gewogen afgeronde percentages

Ook is aan artsen gevraagd of ze een voorkeur hadden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, bij patiënten met verschillende aandoeningen. Uit tabel 8.10 blijkt dat van de artsen die euthanasie hadden uitgevoerd in verschillende situaties, of het denkbaar vonden euthanasie uit te voeren in deze situaties, een aanzienlijk percentage geen voorkeur had voor euthanasie of hulp bij zelfdoding (tussen 29% en 41%). Verder blijkt dat 65% van de artsen een voorkeur had voor euthanasie bij patiënten met levensbedreigende aandoeningen, vergeleken met 29%-44% bij patiënten met andere aandoeningen. Hulp bij zelfdoding werd door 30% van de artsen als voorkeur genoemd bij patiënten met een psychiatrische aandoening, door 29% bij patiënten met een stapeling van ouderdomsaandoeningen, 28% in geval van mensen met een 'voltooid leven' en 18% in geval van mensen met dementie (18%).

Tabel 8.10 Voorkeuren van artsen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding bij verschillende groepen (artsenonderzoek)^a

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen-geneeskunde	Totaal 2022
	%	%	%	%
Levensbedreigende aandoening (n=385)				
Geen voorkeur	29	28	38	29
Euthanasie	67	65	48	65
Hulp bij zelfdoding	5	7	14	6
Psychiatrische aandoening (n=174)				
Geen voorkeur	41	42	30	41
Euthanasie	27	39	20	29
Hulp bij zelfdoding	32	19	50	30
Dementie (n=296)				
Geen voorkeur	36	44	33	38
Euthanasie	41	54	40	44
Hulp bij zelfdoding	23	1	27	18
Stapeling ouderdomsklachten (n=265)				
Geen voorkeur	32	33	50	33
Euthanasie	38	43	21	38
Hulp bij zelfdoding	31	24	29	29
'Voltooid leven' (n=101)				
Geen voorkeur	31	54	67	39
Euthanasie	40	21	0	34
Hulp bij zelfdoding	28	25	33	28

a Gewogen afgeronde percentages; deze vraag is alleen in de online versie van de vragenlijst gesteld, aan artsen die euthanasie hadden uitgevoerd of het denkbaar vonden dat te doen bij de verschillende aandoeningen.

In de interviews is verder ingegaan op een eventuele voorkeur van artsen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. Een aantal artsen gaf aan te allen tijde een voorkeur te hebben voor euthanasie. Enkele artsen hadden een algemene voorkeur voor hulp bij zelfdoding, tenzij de patiënt niet in staat is zelf het dodelijke middel in te nemen. Andere artsen vertelden dat hun voorkeur voor euthanasie of hulp bij zelfdoding afhankelijk is van de situatie van de patiënt.

Er werden door artsen in de interviews verschillende redenen genoemd voor een voorkeur voor euthanasie. Sommigen vertelden dat ze alleen ervaring hadden met het uitvoeren van euthanasie en niet met het verlenen van hulp bij zelfdoding. Vanwege die onbekendheid hadden zij een voorkeur voor euthanasie. Daarnaast werd in de interviews door enkele artsen aangegeven dat er meer zekerheid is dat de uitvoering goed gaat bij euthanasie en dat het verloop van het stervensproces bij euthanasie voorspelbaarder is dan bij hulp bij zelfdoding. Het stervensproces kan volgens sommige artsen bij hulp bij zelfdoding soms lang duren.

Artsen met een positieve ervaring met hulp bij zelfdoding gaven in de interviews een aantal redenen voor hun voorkeur voor hulp bij zelfdoding. Volgens hen is het bij hulp bij zelfdoding duidelijker dat de patiënt het echt wil, is het minder emotioneel belastend, en verloopt het stervensproces 'elegant'. Een aantal artsen zonder ervaring met hulp bij zelfdoding kon zich wel voorstellen dat hulp bij zelfdoding in het geval van patiënten met dementie of een psychische stoornis de voorkeur heeft. Bij deze patiëntgroepen vonden geïnterviewde artsen het in het bijzonder belangrijk dat zeker is dat de patiënt het echt wil:

“Nou ja, op zich vind ik het oké, hulp bij zelfdoding, dat patiënt het inneemt. Dat principe is natuurlijk mooi maar waar ik dan een beetje huiverig voor ben, is dat het proces heel lang duurt. En dat ik daar uren moet zitten. Daar zie ik dan ook gewoon heel erg tegenop. [...] Want ik heb met hulp bij zelfdoding dus ook geen ervaring. Maar ik vind het wel, het heeft wel meerwaarde omdat het duidelijk is dat de patiënt er zelf 100% achter staat. Dat die er verantwoordelijkheid voor neemt ook”. (Huisarts)

Uit de interviews bleek ook dat een positieve ervaring met hulp bij zelfdoding de voorkeur kan versterken. Een arts zei hierover:

“Dat [voorkeur voor hulp bij zelfdoding] is gegroeid. Eigenlijk door mijn eigen ervaring, want hulp bij zelfdoding had en trouwens heeft nog steeds een beetje een inferieure naam qua uitvoering. Dus in het begin van mijn carrière was ik daar ook gereserveerder over. Naarmate ik het meer heb meegemaakt, bij mezelf en bij collega's, is dat omgeslagen [...] Ik heb echt een expliciete voorkeur ontwikkeld voor hulp bij zelfdoding en ik vind het jammer dat het nog steeds links en rechts negatief wordt afgeschilderd.” (Huisarts)

8.6 Slot

In dit hoofdstuk is nagegaan welke aanwijzingen er zijn voor een verschuiving in opvattingen over de betekenis van autonomie (van de patiënt) en barmhartigheid (van de arts) in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek in Nederland. Hierbij is gekeken naar de opvattingen van burgers, artsen en leden van de Rte's. Ook is een analyse gemaakt van de ontwikkelingen in de jaarverslagen en codes van de Rte's.

Het is belangrijk om te benadrukken dat barmhartigheid en autonomie beide een voorwaardelijke rol spelen in de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding binnen de WtI. Deze waarden zijn verweven in de wet en de zorgvuldigheidseisen. De ontwikkelingen die in dit hoofdstuk zijn signaleerd laten wel een accentverschuiving zien in de toepassing van deze waarden.

Zowel burgers als artsen hechten waarde aan zelfbeschikking. Onder burgers is veel steun voor het idee dat iedereen recht moet hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding als hij dat zelf wil. Ten opzichte van vorige onderzoeken lijkt er vooral sprake te zijn van minder weerstand tegen deze opvatting en minder van toegenomen steun. Uit de LASA-data blijkt ook dat steeds meer ouderen zich kunnen voorstellen dat zij een arts om levensbeëindiging zouden kunnen vragen. Deze toename wordt vooral veroorzaakt doordat ouderen uit jongere geboortecohorten zich vaker kunnen

voorstellen dat zij een arts om levensbeëindiging zullen vragen dan ouderen uit oudere geboortecohorten; ouderen zelf hebben door de jaren heen geen andere opvattingen gekregen. Ook artsen geven aan waarde te hechten aan autonomie van de patiënt. Het merendeel van de artsen was het eens met de stelling dat iedereen zelf moet kunnen beschikken over leven en dood. In interviews brachten enkele artsen wel op dat een recht om zelf over de eigen dood te beschikken, nog geen plicht tot hulp daarbij van een arts impliceert.

Hoewel burgers en artsen zelfbeschikking dus erg belangrijk vinden, zien beide groepen niettemin een belangrijke rol weggelegd voor de arts bij levensbeëindiging op verzoek. De rol van de arts in de huidige praktijk behelst onder andere de beoordeling van het verzoek en het lijden van de patiënt, en de zorgvuldige uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Burgers lijken vooral waarde te hechten aan de zorgvuldige uitvoering door de arts, en minder aan de rol van de arts als beoordelaar van het lijden. Artsen daarentegen achten de rol van de arts van belang bij zowel de beoordeling van het lijden als bij de uitvoering van de levensbeëindiging. Uit de interviews bleek dat zij hechten aan de rol van de arts omdat daarmee misbruik en traumatische ervaringen bij burgers kunnen worden voorkomen. Ook beschikken niet-artsen volgens hen niet over de kennis die nodig is om een oordeel te kunnen vellen over lijden en eventuele behandelalternatieven. Het afzwakken van de betekenis van het professionele oordeel over het lijden kan de waarborgfunctie van de Wtl verminderen en bij burgers voeding geven aan het onterechte idee dat er een recht bestaat op euthanasie.

In par. 8.4.1 zijn drie ontwikkelingen in de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's in de afgelopen 20 jaar gesignaleerd, op basis van de jaarverslagen en de EuthanasieCodes. Zo heeft de schriftelijke wilsverklaring aan betekenis gewonnen en is er meer ruimte voor interpretatie van deze wilsverklaring sinds de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends. Daarnaast blijkt uit de analyse van de jaarverslagen en de EuthanasieCodes dat er een accentverschuiving plaatsvindt naar de persoonlijke beleving van het lijden van de patiënt. De grotere nadruk op het persoonlijke aspect van het lijden draagt bij aan het verminderen van het belang van het professionele oordeel van de arts over het lijden. Tenslotte is er een ontwikkeling te zien in hoe de Rte's de behandelrelatie tussen arts en patiënt wegen. Waar zij in eerste instantie betoogden dat de behandelrelatie meer zou moeten beslaan dan alleen de uitvoering van euthanasie, waren de Rte's na 2012 - met de oprichting van het Expertisecentrum Euthanasie - de opvatting toegedaan dat een arts vooral aannemelijk moet kunnen maken dat hij vodoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden. Het conflict van plichten krijgt hierdoor een andere context, waarin de arts zich vooral richt op het onderzoeken of er aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan en op het benutten van de ruimte die de wet biedt. Op basis van de resultaten van de vragenlijstonderzoeken en de ontwikkelingen in de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de Rte's kan worden geconcludeerd dat er in de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding meer ruimte voor zelfbeschikking van de patiënt is gekomen.

Hoewel het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland veelal niet wordt gemaakt, worden in het buitenland en in burgerinitiatieven deze handelingen nadrukkelijker uit elkaar gehouden. De tweede vraag die in dit hoofdstuk is behandeld betreft daarom de morele relevantie van de verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarover bestaat in de literatuur geen consensus. De belangrijkste moreel relevante verschillen die in de literatuur worden

besproken zien op autonomie, causaliteit en rechtvaardigheid. Men zou kunnen stellen dat het uitvoeren van de laatste handeling door de patiënt zelf een ultieme uiting is van zelfbeschikking. Enkele artsen in ons onderzoek geven ook aan dat ze bij hulp bij zelfdoding zekerder weten dat de patiënt het zelf echt wil. Burgers maken echter nauwelijks onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. In de huidige praktijk is de procedure voorafgaand aan het uiteindelijke overlijden bij euthanasie en hulp bij zelfdoding zodanig overeenkomstig, dat de morele verschillen die in de literatuur worden genoemd verwaarloosbaar zijn. Onder artsen valt het wel op dat er een zekere voorkeur voor hulp bij zelfdoding lijkt te zijn in het geval van niet-levensbedreigende aandoeningen, zoals bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

9

De toekomstige regulering van levenseindevragen

9.1 Inleiding

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) geeft artsen onder bepaalde omstandigheden de mogelijkheid om aan een verzoek van een patiënt om levensbeëindiging te voldoen. Deze wettelijke regeling wordt in Nederland alom als een belangrijke verworvenheid gezien. Dat beeld rijst ook weer op uit de eerdere hoofdstukken in dit rapport: er is een grote mate van tevredenheid onder vrijwel alle betrokkenen over zowel de inhoud als de praktijk van de Wtl. Dat neemt niet weg dat er al langere tijd discussie is over en in relatie tot de Wtl. Daarbij gaat het om twee vragen:

- 1 Voldoet de huidige Wtl ook nog in de toekomst of is het beter deze wet aan te passen dan wel om de Wtl te vervangen door een nieuwe wet? Daarbij valt onder meer te denken aan de houdbaarheid van het systeem van toetsing achteraf, mede in het licht van het nog immer stijgende aantal jaarlijkse meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding.
- 2 Zouden er naast de zogenaamde ‘medische route’ van de Wtl niet ook andere mogelijkheden moeten zijn om recht te doen aan wensen van burgers met betrekking tot het levenseinde? Deze ontwikkeling houdt verband met de in hoofdstuk 8 beschreven betekenis die wordt toegekend aan de waarden barmhartigheid en autonomie.

Het behoort niet tot het doel van deze vierde evaluatie van de Wtl om de bedoelde discussies en ontwikkelingen te beoordelen en conclusies te trekken over de wenselijkheid of haalbaarheid van eventuele wijzigingen in de wettelijke regeling. Dat zou ook een veel omvangrijker en anders georiënteerd onderzoek vergen dan deze wetsevaluatie. Maar de bedoelde ontwikkelingen zijn wel aanleiding om een beknopt overzicht te geven van denkrichtingen voor de toekomstige regulering van levenseindevragen. Dat doen wij door het schetsen van mogelijke toekomstige reguleringsscenario's. De denkrichtingen die op deze manier zichtbaar worden, kunnen behulpzaam zijn bij het faciliteren en structureren van maatschappelijke en politieke discussie over de toekomstige regulering van levenseindevraagstukken.

Met betrekking tot de eerste vraag moet worden opgemerkt dat uit dit evaluatieonderzoek geen dwingende redenen naar voren komen om te kiezen voor aanpassing of vervanging van de Wtl, maar wel een aantal overwegingen om daar de komende jaren op zijn minst eens goed over door te praten (zie met name hoofdstuk 2). De tweede vraag moet worden gezien in het licht van debatten en ontwikkelingen die al langere tijd zichtbaar zijn. Op die ontwikkelingen gaan wij, alvorens de in aanmerking komende scenario's te bespreken, in par. 9.2 nader in.

9.2 Eerdere ontwikkelingen

Ook al vóór de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 was de juridische situatie zo dat, op basis van rechtspraak, alleen artsen onder omstandigheden en op basis van de strafuitsluitingsgrond van noodtoestand uitvoering mochten geven aan een verzoek van een patiënt om levensbeëindiging. Maar reeds in die periode werd met enige regelmaat bepleit dat ruimere mogelijkheden zouden moeten bestaan om uitvoering te geven aan dergelijke verzoeken. Een bekend voorbeeld is het pleidooi van oud-raadsheer van de Hoge Raad Drion uit 1991 met betrekking tot een mogelijkheid voor ouderen om zelf het moment van overlijden te kunnen bepalen ('de pil van Drion' of 'laatste wil pil').³³⁹ Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw zijn op verschillende manieren, maar tot op heden zonder succes, de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding door niet-artsen geëxploreerd. Dit heeft geleid tot een vrij omvangrijke strafrechtelijke jurisprudentie over art. 294 Sr, die heeft verhelderd dat naast en andere niet-artsen de betrokkene van tevoren wel algemene informatie mogen geven en aanwezig mogen zijn bij een zelfdoding, maar niet sturend of regisserend mogen optreden, of hulp mogen verschaffen in de vorm van concrete voorbereidingen of handelingen.³⁴⁰ De beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Heringa uit 2019 (zie par. 2.6.1) is het meest recente oordeel in deze reeks. In het voetspoor hiervan pleiten maatschappelijke organisaties als de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig levengeinde (NVVE) al lange tijd voor mogelijkheden en trajecten naast de 'medische route' van de Wtl. In dat verband kan onder meer het burgerinitiatief Uit Vrije Wil uit 2011 worden genoemd.³⁴¹ Door groepen en organisaties zoals Stichting De Einder en de Coöperatie Laatste Wil werd en wordt gepoogd praktische manieren te vinden om zeggenschap over de uitvoering van levenseindewensen in handen van burgers zelf te leggen. Een voorbeeld hiervan is de discussie uit 2017 over 'middel X' (zie par. 2.6.1). In die casus besloot het Openbaar Ministerie (OM) tot strafrechtelijke vervolging van de verstrekkers van dit middel, wegens ongeoorloofde hulp bij zelfdoding. De rechtbank Den Haag oordeelde in december 2022 dat het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) niet dwingt om het in art. 294 lid 2 Sr neergelegde verbod op hulp bij zelfdoding door niet-artsen buiten toepassing te laten (zie par. 2.6.3), maar erkende wel dat de Wtl beperkingen kent en dat in de samenleving een bepaalde mate van steun bestaat voor het creëren van meer ruimte voor het honoreren van levenseindeverzoeken van burgers dan de Wtl thans biedt.

339 B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.57.

340 Zie H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom juridisch, 2020, p.406.

341 A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2012, p.71-72.

Ontwikkelingen in de periode 2017-2022

In de periode waarop deze vierde evaluatie van de Wtl betrekking heeft (2017-2022), kwam de discussie over het als te beperkend ervaren kader van de Wtl wederom op verschillende manieren in beeld, zowel door juridische als maatschappelijke ontwikkelingen. Mede op basis van de eerdere hoofdstukken van dit rapport kunnen de volgende punten worden genoemd.

Waar het gaat om juridische ontwikkelingen is belangrijk dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) geen “*right to assisted suicide*”³⁴² erkent, maar onder de vlag van art. 8 EVRM de aangesloten lidstaten wel ruimte laat om regelingen te treffen die invulling geven aan “*a [competent] individual’s right to decide by what means and at what point his or her life will end*”.³⁴³ Daarbij geldt niet a priori een verplichting om een rol te geven aan artsen of om (door een medische aandoening veroorzaakt) lijden als voorwaarde te stellen. Deze jurisprudentie klinkt door in de uitspraken over levenseinde en zelfbeschikking van constitutionele hoven in Duitsland en Oostenrijk uit 2020 respectievelijk 2021 (zie par. 2.6.4), maar ook in de al genoemde uitspraak van de rechtbank Den Haag van 14 december 2022.³⁴⁴

Een andere belangrijke juridische ontwikkeling was de indiening bij de Tweede Kamer, in 2020, van het initiatiefwetsvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek (wetsvoorstel 35534). Hieraan was een kabinetsreactie uit 2016 op het eerder dat jaar verschenen rapport van de Commissie Schnabel voorafgegaan, in welk rapport de commissie adviseerde om naast de Wtl geen aparte ‘voltooid leven’-wet te maken. In de kabinetsreactie opteerde de regering wel voor meer wettelijke ruimte voor oudere personen met een weloverwogen wens tot sterven. Deze kabinetsreactie leidde tot veel politieke en maatschappelijke bijval, maar ook tot kritische reacties uit medische en juridische hoek.³⁴⁵

Met betrekking tot standpunten van maatschappelijke organisaties kan worden gewezen op de beleidsnota’s van de NVVE. In de in 2017 door de NVVE gepubliceerde beleidsnota *Vrijheid van sterven* maakt deze organisatie een onderscheid tussen drie verschillende routes: de medische route (de huidige Wtl), de hulpverleners-route (legalisering van hulp bij zelfdoding) en de autonome route (vrijgeven van dodelijke middelen).³⁴⁶ In het meerjarenplan 2018-2022 bespreekt de NVVE mogelijkheden om belemmeringen met betrekking tot alle drie deze routes weg te nemen en worden verschillende initiatieven aangekondigd om niet alleen de medische route te verbeteren, maar ook de hulpverleners- en de autonome route naderbij te brengen. Over de hulpverleners-route merkte de NVVE op “*dat er een systeem van begeleiding door professionele hulpverleners moet komen om mensen daadwerkelijk hulp bij zelfdoding te verlenen. Dit systeem zou een waardig alternatief voor de medische*

342 EHRM 12 april 2022, nr. 15136/20 (Lings v. Denmark).

343 EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas v. Switzerland).

344 Enkele dagen na deze uitspraak publiceerde De Volkskrant een redactioneel commentaar met als titel: ‘Nu moet de Tweede Kamer zich maar eens uitspreken over het vrijwillig levenseinde’.

345 B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, en Haag: ZonMw, 2017, p.57.

346 NVVE, *Vrijheid van sterven*. Amsterdam, 2017.

route kunnen worden voor mensen die geen arts bij dit proces willen betrekken.” En over de autonome route: “De NVVE blijft er met kracht naar streven dat mensen op een legale manier aan adequate stervensmiddelen kunnen komen die leiden tot een waardige manier van sterven. Ze benadrukt daarbij dat het goed en veilig moet zijn en er geen twijfels mogen bestaan over de werking van het middel”.³⁴⁷ In het meerjarenplan 2022-2026 zet de NVVE deze lijn door, maar is deze organisatie terughoudender waar het gaat om de autonome route, vanwege de risico’s van vrij verkrijgbare dodelijke middelen (maatschappelijke risico’s en kans op impulsieve beslissingen).³⁴⁸ Om die reden legt de NVVE in het meest recente standpunt meer nadruk op de hulpverleners-route als optie naast de Wtl.

In 2019 voerde Motivaction in opdracht van de Coöperatie Laatste Wil een onderzoek uit naar opvattingen van Nederlanders over zelfbeschikking rond het levenseinde.³⁴⁹ De belangrijkste uitkomsten daarvan waren:

- 63% van de ondervraagden was het eens met de stelling dat ieder mens recht heeft om zelf te bepalen wanneer en waarom hij of zij het eigen leven wil beëindigen, zonder toetsing door wie dan ook;
- 42% van de ondervraagden zagen het als een plicht van de overheid als wetgever om burgers die zelf hun eigen leven willen beëindigen, niets in de weg te leggen;
- 32% van de ondervraagden was van mening dat een ‘laatste wil middel’ vrij verkrijgbaar moet zijn in Nederland; 52% van de ondervraagden meende van niet;
- 23% van de ondervraagden was van mening dat met de huidige Wtl kan worden volstaan.

Ook het onderhavige onderzoek bevat informatie over opvattingen van burgers over de genoemde kwesties. Zo werd de stelling “Ik vind dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn/haar eigen leven en dood” door 60% van de burgers onderschreven. Ook de stelling “Ik vind dat iedere persoon recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij/zij dat wil” werd door een groot aantal burgers (68%) onderschreven. Er is geen sprake van een duidelijke toename van burgers die het met deze stellingen eens waren, al is wel een afname van burgers die het er (helemaal) mee oneens waren (zie over beide stellingen tabel 7.3). Uit het burgeronderzoek blijkt voorts dat een derde van de burgers vindt dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding, wat een lichte stijging is ten opzichte van 2016 (tabel 8.1). Voor de stelling dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie was meer steun: 58% van de burgers was het hiermee eens.

Het totaalbeeld op basis van deze gegevens is dat onder de Nederlandse bevolking een behoorlijke mate van steun lijkt te bestaan voor initiatieven die de burger meer autonomie geven met betrekking tot levenseindekwesties.

347 NVVE, *Meerjarenplan 2018-2022*. Amsterdam, 2017, p.15-16.

348 NVVE, *Meerjarenplan 2022-2026*. Amsterdam, 2021.

349 Motivaction, *Dit is mijn leven, dit is mijn dood*. Amsterdam, 2019.

9.3 Mogelijke scenario's voor toekomstige levenseinderegulering

In deze paragraaf beschrijven wij vijf scenario's met betrekking tot de regulering van levenseindevragen. Deze scenario's zijn ontleend aan de discussies en ontwikkelingen die in deze en eerdere evaluaties van de Wtl naar voren zijn gekomen. Het 'default-scenario' is scenario 1: de Wtl laten zoals deze is en geen verdere reguleringsinitiatieven ondernemen. Er wordt geen scenario beschreven dat strekt tot het afschaffen of beperken van de huidige Wtl, aangezien een discussie daarover niet of nauwelijks aan de orde is. Bij elk scenario wordt aangegeven om welke redenen aan dit scenario zou kunnen worden gedacht. Omdat het er niet om gaat de scenario's op wenselijkheid en haalbaarheid te beoordelen, kiezen wij niet voor een bespreking van voor- en nadelen. Het is natuurlijk wel zo, dat redenen om aan een bepaald scenario te denken ook redenen kunnen zijn om een ander scenario niet te kiezen.

De eerste drie scenario's hebben betrekking op de Wtl, de scenario's 4 en 5 op mogelijke wetgeving naast of in aanvulling op die wet.

9.3.1 Het eerste scenario: de Wtl laten zoals deze is, geen verdere initiatieven

Dit scenario gaat ervan uit dat er geen (overtuigende) argumenten zijn om de Wtl³⁵⁰ aan te passen, dan wel om naast de Wtl te kiezen voor aanvullende vormen van regulering. De gedachte daarbij is dat de Wtl over het algemeen goed functioneert en dat de samenleving met deze wet vertrouwd is. Naast de Wtl is er een humaan alternatief voor artsenhulp bij levensbeëindiging, namelijk stoppen met eten en drinken, maar dit alternatief vereist geen nadere regulering.

Waar het gaat om scenario 1 kan worden gewezen op de algemene bevindingen uit deze en eerdere evaluaties van de Wtl: die laten zien dat er weliswaar discussie is over onderdelen van de Wtl, maar dat deze wet in het algemeen goed functioneert. Zowel artsen als burgers en patiënten ervaren dat deze wet veel ruimte biedt voor het erkennen en op een zorgvuldige manier uitvoeren van levenseindeverzoeken.

Artsen aarzelen sterk over het reguleren van levenseindeverzoeken waaraan geen lijden als gevolg van een medisch classificeerbare aandoening ten grondslag ligt. In situaties waarin de Wtl niet voorziet, of waarin een arts van mening is dat niet aan de vereisten van de wet kan worden voldaan, zijn er andere mogelijkheden om de wens tot sterven te realiseren, zoals het staken van een levensverlengende behandeling of het stoppen met eten en drinken (zie par. 4.3). Artsen en burgers hebben ook bezwaren tegen het uitvoeren van levensbeëindiging op verzoek door personen zonder medische kennis, waaronder naasten (par. 8.2.2 en 8.2.3).

Belangrijk is ook dat de Wtl voorziet in een aantal vereisten om de zorgvuldigheid van het handelen en het afleggen van verantwoording te bevorderen. Dit zijn belangrijke waarborgen ter bescherming van personen die niet in staat zijn een weloverwogen beslissing met betrekking tot het levenseinde te

350 Met 'Wtl' wordt hier bedoeld op het samenhangende stelsel van art. 293 lid 2 Sr, de Wtl en de Wet op de lijkbezorging.

nemen. De gedachte achter scenario 1 is dat er met betrekking tot de Wtl geen zodanige problemen spelen dat wetswijziging noodzakelijk is.

9.3.2 Het tweede scenario: de Wtl op onderdelen aanpassen

In dit scenario wordt ervoor gekozen de Wtl als zodanig te behouden, maar deze wet, of de daarmee samenhangende wetgeving, op een of meer punten aan te passen. Dat kan gaan om grotere aanpassingen (zoals het vervangen van de bijzondere strafuitsluitingsgrond door het uitgangspunt 'rechtmatig, tenzij', of het beperken dan wel vereenvoudigen van de toetsingsprocedure) of om kleinere aanpassingen (bijvoorbeeld geïnspireerd door recentere buitenlandse wettelijke regelingen).

In scenario 2 wordt met betrekking tot bepaalde onderdelen van de Wtl een andere afweging gemaakt dan in scenario 1. Betoogd kan worden dat de Wtl als zodanig goed functioneert, maar dat het wenselijk is onderdelen van het wettelijk stelsel aan te passen of te verduidelijken, zodat de wet beter aansluit bij hedendaagse ontwikkelingen en opvattingen.

In de eerste plaats kan worden gedacht aan de strafrechtelijke verankering van de Wtl, waaruit voortvloeit dat de formele positie van de uitvoerend arts is: strafbaar, tenzij. Dit leidt tot kritiek op de constructie van de bijzondere strafuitsluitingsgrond. De constructie waarmee in Nederland wordt gewerkt is ook in andere landen niet ongebruikelijk en voorbeelden van landen waar de koppeling tussen euthanasie en strafrecht geheel is losgelaten zijn er niet. Maar wel zijn op dat punt andere keuzen mogelijk, waarvan kan worden gezegd dat deze meer recht doen aan de positie van de arts en aan de zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk. Dat gaat om twee punten:

- In de wet als uitgangspunt niet 'strafbaar handelen, tenzij' maar 'rechtmatig handelen, tenzij' opnemen.
- In de wetgeving de strafbaarstelling van het schenden van de wettelijke zorgvuldigheidseisen anders opzetten, te weten als een apart misdrijf in geval van een dergelijke schending en niet meer als een levensdelict, en wellicht ook te differentiëren tussen zorgvuldigheidseisen die meer of minder strafrechtelijk relevant zijn (zoals ook al gebeurt in het vervolgingsbeleid van het OM). Zie daarover uitvoeriger par. 2.2.2.

Een tweede thema is de toetsing achteraf door de Rte's en de wijze waarop dat sinds de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 (en eigenlijk al sinds de regeling van 1998) gebeurt. Uit het vragenlijstonderzoek onder leden van de Rte's (zie par. 6.4.1) komt naar voren dat zij geen aanleiding zien voor aanpassing van het huidige toetsingssysteem. Stellingen over een beperking tot steekproefsgewijs toetsen of tot het toetsen van uitsluitend vragen oproepende (VO) meldingen worden door de Rte-leden overwegend negatief beoordeeld. Artsen beoordelen de gehele meldingsprocedure in zeer overwegende mate als 'neutraal', maar een op de vijf artsen vindt deze procedure wel 'belastend' (par. 6.4.2). Het nog immer stijgende aantal jaarlijkse meldingen roept echter de vraag op of het bestaande systeem houdbaar blijft (waar het gaat om de benodigde capaciteit en middelen) en wat daarvan de inhoudelijke meerwaarde is. Zo kan worden betoogd dat de kosten van het huidige toetsingssysteem niet (meer) opwegen tegen de baten en dat dit systeem,

anders dan in de beginperiode van de wet, niet langer nodig is om een zorgvuldige praktijk te garanderen. Voorbeelden uit andere landen laten zien dat ook vormen van zorgvuldigheid en toetsing mogelijk zijn die niet de omvangrijke Rte-organisatie vereisen waarvan nu in Nederland sprake is. Daarbij zou het ook kunnen gaan om een accentverschuiving naar toetsing vooraf (zie par. 2.5.3).

9.3.3 Het derde scenario: de Wtl vervangen door een nieuwe wet

Dit scenario is gebaseerd op de gedachte dat het voor de toekomstbestendigheid van de levenseinderegulering beter is de Wtl te vervangen door een nieuwe wet, waarin rekening kan worden gehouden met (juridische) ontwikkelingen van de afgelopen jaren in Nederland, waaronder belangrijke rechtspraak, en waarbij inspiratie kan worden opgedaan uit recentere buitenlandse wetgeving.

Scenario 3 wijkt af van de scenario's 1 en 2: in scenario 3 staat de vraag centraal of de Wtl, die momenteel goed functioneert, ook op langere termijn toekomstbestendig zal blijken te zijn. De in 2002 in werking getreden Wtl is gebaseerd op ontwikkelingen die zich in de tachtiger en negentiger jaren van de vorige eeuw hebben voorgedaan. Nadien is sprake van discussiepunten en nieuwe inzichten die, zouden we nu een euthanasiewet maken, mogelijk tot een andere regeling dan de Wtl zouden leiden. In dat kader kan een argument zijn dat de bij scenario 2 genoemde mogelijkheid van aanpassing van het toetsingssysteem het wettelijk systeem zo ingrijpend wijzigt dat het vervangen van de Wtl door een nieuwe wet meer voor de hand ligt dan het aanpassen van de huidige regeling. Een tweede reden voor scenario 3 kan worden gevonden in de inhoud van de in par. 2.5.3 beschreven regelingen die de afgelopen jaren in een aantal andere landen tot stand zijn gekomen. Deze regelingen geven blijk van keuzen en inzichten die op bepaalde punten ook voor Nederland betekenisvol kunnen zijn.

Scenario 3 gaat dan ook verder dan scenario 2, door niet alleen onderdelen van de Wtl of de daarmee samenhangende wetgeving aan te passen, maar de Wtl geheel te vervangen door een nieuwe, integraal heroverwogen regeling, waarin recentere ervaringen en moderne inzichten (kunnen) worden verwerkt. Waar het gaat om de in par. 2.5.3 genoemde onderdelen uit buitenlandse wetgeving zou dat, naast de bij scenario 2 genoemde grotere thema's, bijvoorbeeld kunnen gaan om:

- Niet alleen artsen, maar ook andere zorgverleners, zoals *nurse practitioners*, ruimte geven om, met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, een verzoek om levensbeëindiging in te willigen en uit te voeren (Canada, Nieuw-Zeeland);
- Schrappen van de in de Wtl opgenomen leeftijdsgrens van 12 jaar (België);
- In de wet opnemen van enkele algemene uitgangspunten, bijvoorbeeld dat patiënten gestimuleerd moeten worden wensen en voorkeuren inzake een mogelijk of naderend overlijden naar voren te brengen (Australië (Victoria));
- In de wet verduidelijken wat niet als euthanasie wordt gezien (Oostenrijk);
- In de wet verduidelijken of specificeren van criteria voor wilsbekwaamheid (Nieuw-Zeeland en Australië (Victoria));
- In de wet opnemen dat de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden en de redelijkheid van alternatieven bepaalt (Canada, Nieuw-Zeeland en Australië (Victoria))

- In de wet eisen stellen aan de opleiding die de onafhankelijk consulent moet hebben genoten (Australië (Victoria)), dan wel in de wet een nadere omschrijving opnemen van de vereiste onafhankelijkheid van de consulent (Canada, Spanje);
- In de wet bepalen dat euthanasie ook doorgang kan vinden als de patiënt kort voor het moment van uitvoering het bewustzijn verliest, mits die optie tevoren met hem besproken is en de patiënt zich op het moment van uitvoering niet in woord of gebaar, of door middel van geluid, verzet (Canada).

9.3.4 Het vierde scenario: naast de Wtl een wet ‘voltooid leven’ voor ouderen tot stand brengen

Dit scenario laat de Wtl als zodanig intact (al dan niet met grotere of kleinere wijzigingen), maar speelt in op de maatschappelijke en politieke behoefte om voor ouderen boven een bepaalde leeftijdsgrens een aparte wettelijke regeling te maken, die het makkelijker maakt om een verzoek om levensbeëindiging gehonoreerd te krijgen dan onder de Wtl het geval is, met minder afhankelijkheid van de arts.

Dit vierde scenario strekt tot uitbreiding van de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding en kent momenteel al een zekere mate van realisatie. Zoals gezegd is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel aanhangig dat voorziet in de mogelijkheid voor personen van 75 jaar en ouder om hulp bij zelfdoding te krijgen van een levenseindebegeleider, als sprake is van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, gedaan door een wilsbekwame persoon.³⁵¹ Dit wetsvoorstel gaat ervan uit dat betrokkene zelf bepaalt wanneer zijn of haar leven voltooid is en stelt niet de nadere eis dat er sprake moet zijn van lijden. Waar het gaat om verantwoording en toetsing kent dit wetsvoorstel een met de Wtl te vergelijken systeem, inclusief beoordeling achteraf van een melding door een regionale toetsingscommissie (met een iets andere samenstelling dan de huidige Rte's).

De maatschappelijke en politieke ontwikkelingen rondom ‘voltooid leven’ kunnen worden gezien als een roep om meer autonomie van de burger met betrekking tot levenseindekwesties. Het wetsvoorstel sluit aan bij eerdere ontwikkelingen, en met name bij het burgerinitiatief Uit Vrije Wil uit 2011 (zie par. 9.2). De gedachte achter het wetsvoorstel is dat het redelijk is het recht op zelfbeschikking van oudere mensen zo vorm te geven dat zij ruimere mogelijkheden hebben om een levenseindewens gerealiseerd te krijgen dan wat thans voortvloeit uit de Wtl. In dat licht moet ook de in wetsvoorstel 35534 neergelegde minimumleeftijd van 75 jaar worden gezien.

Voor veel artsen is het uitvoeren van euthanasie of hulp bij zelfdoding in een situatie van ‘voltooid leven’ ondenkbaar (zie tabel 4.10). Onder burgers bestaat daarvoor meer draagvlak. Met de stelling dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie is in ons onderzoek 58% van de burgers het eens (tabel 8.1). Door de jaren heen is er ook een substantieel aantal ouderen dat bevestigend antwoordt op de vraag *“Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf de beschikking zou willen hebben over een zelfdodingspil?”* (zie figuur 8.2.2).

³⁵¹ Wetsvoorstel 35534, art. 2 onder d en f.

9.3.5 Het vijfde scenario: mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding, ook door niet-artsen, verruimen

In het vijfde scenario staat centraal dat gekozen zou moeten worden voor ruimere mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding dan een ‘voltooid leven’ wet, aangezien er geen reden is – waar het gaat om zelfbeschikking rond het levenseinde - een leeftijdsgrens of enig ander nader criterium dan dat van een weloverwogen en vrijwillige beslissing te hanteren.

Het vijfde scenario kan worden gezien als een variant van scenario 4, maar kiest een zodanig ander vertrekpunt dat het gerechtvaardigd is van een ander scenario te spreken. Dat andere vertrekpunt heeft te maken met de in wetsvoorstel 35534 opgenomen minimumleeftijd van 75 jaar en met de rol van de in dat wetsvoorstel geregelde levenseindebegeleider. Ten opzichte van scenario 4 wordt in scenario 5 op twee punten gekozen voor verruiming van de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding:

- De vrijwillige, weloverwogen en duurzame stervenswens van een wilsbekwame persoon wordt niet gekoppeld aan een minimumleeftijd;
- Er wordt ook ruimte gecreëerd voor hulp bij zelfdoding door personen die geen arts of (wettelijk erkende) levenseindebegeleider zijn, zoals naasten.

Voor het vijfde scenario kunnen argumenten worden gevonden in de in par. 2.6.3 beschreven rechtspraak van het EHRM en de nog veel explicietere (constitutionele) rechtspraak en nadere rechtsvorming in Duitsland en Oostenrijk. Het EHRM spreekt in algemene zin van een recht op een zelfgekozen levenseinde en koppelt daaraan geen leeftijdsgrens; wel zal uiteraard sprake moeten zijn van wettelijke waarborgen om misbruik te voorkomen en kwetsbare groepen te beschermen. Ook naar Nederlandse rechtspraak is een dergelijke scenario niet helemaal onmogelijk; de Hoge Raad heeft immers, in het bijzonder in de Heringa-zaak, uitdrukkelijk overwogen dat een naaste eventueel een beroep op straffeloosheid wegens een noodtoestand kan doen, zij het dat de ruimte daartoe zeer beperkt is. Scenario 5 zou een einde maken aan de in Nederland geldende situatie van gelijkstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding, waar het gaat om de persoon die de levensbeëindiging mag uitvoeren (nu alleen de arts) en de geldende normen en (toetsings)procedures.

Tabel 8.4 laat zien dat ook onder artsen sympathie bestaat voor de stelling *‘Iedereen heeft het recht om zelf te beschikken over zijn leven en dood’*. Het percentage artsen dat het eens is met deze stelling is toegenomen van 47% in 2005 tot 62% in 2022. Wel is voor artsen belangrijk dat dat nimmer mag betekenen dat een arts aan ieder verzoek om euthanasie moet meewerken. Ook een meerderheid van de burgers ondersteunt de opvatting dat mensen zelf mogen beschikken met betrekking tot het levenseinde (zie par. 9.2, met gegevens uit tabel 7.3). De uitkomsten van het in par. 9.2 genoemde Motivaction-onderzoek 2019 laten een vergelijkbaar beeld zien.

Het gaat in scenario 5 niet om het wegnemen van alle procedures en waarborgen, waardoor dodelijke middelen zonder enige vorm van controle vrij beschikbaar zijn. Voor dat laatste blijkt niet alleen onder artsen maar ook onder burgers in het algemeen weinig draagvlak te zijn. Wel biedt dit scenario de mogelijkheid dat ook anderen dan artsen hulp bij zelfdoding mogen verlenen, dat mensen met een

stervenswens een beroep kunnen doen op hulp van een naaste, en dat met betrekking tot mensen met een stervenswens geen leeftijdsgrens geldt.

9.4 Slot

De in dit hoofdstuk beschreven scenario's zijn denkrichtingen voor toekomstige regulering van levenseindevragen, in het licht van discussies en ontwikkelingen zoals die de laatste jaren, en ook weer in dit onderzoek, naar voren zijn gekomen. Over een langere periode gezien lijkt de behoefte binnen de samenleving aan meer zeggenschap en regie voor burgers over het levenseinde toe te nemen. De discussies en ontwikkelingen die aan de genoemde scenario's ten grondslag liggen zijn in belangrijke mate daarop gericht, vooral waar het gaat om de scenario's 4 en 5. Het is belangrijk, ook voor de positie en de perceptie van de Wtl, daarover een maatschappelijk debat te (blijven) voeren en om de wenselijkheid en haalbaarheid van de genoemde scenario's nader te bespreken. Het gaat er vooralsnog niet om een finale keuze te maken voor een van de scenario's, maar om een maatschappelijke en politieke discussie te entameren over de wenselijke regulering in de toekomst.

10

Conclusies en aanbevelingen

10.1 Inleiding

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is in 2002 in werking getreden. Doelstellingen van de wet zijn het bieden van rechtszekerheid aan artsen die op verzoek van een patiënt euthanasie toepassen of hulp bij zelfdoding verlenen, het bevorderen van de zorgvuldigheid van dergelijk handelen door artsen, het voorzien in een kader waarbinnen artsen daar verantwoordelijkheid over afleggen en het bevorderen van maatschappelijke transparantie. Daartoe is bij de Wtl aan art. 293 lid 2 en art. 294 lid 2 Sr een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen toegevoegd; art. 294 lid 2 Sr, laatste volzin, verwijst daarnaar. De wettelijke regeling verplicht artsen om de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding te melden aan de gemeentelijk lijkschouwer. De Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) beoordelen vervolgens of daarbij aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de vierde evaluatie van de Wtl, die hoofdzakelijk de periode 2017-2022 betreft. De algemene doelstelling van deze evaluatie was om te onderzoeken op welke wijze de bepalingen van de Wtl thans worden toegepast, na te gaan hoe de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde zich ontwikkelt, en vast te stellen of zich problemen of knelpunten voordoen in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en de toetsing daarvan. Voorts werd nagegaan of de bevindingen, gelet op de doelstellingen van de wet, aanleiding zijn om beleid, wetgeving of de praktijk aan te passen. In deze vierde wetsevaluatie, twintig jaar na de inwerkingtreding van de Wtl, werd ook de regelgeving als zodanig onder de loep genomen en nagegaan welke toekomstscenario's mogelijk zijn, mede gezien ontwikkelingen in de regulering van levensbeëindigend handelen in andere landen in de onderzoeksperiode. Het evaluatieonderzoek bestond uit een aantal deelonderzoeken.

In het juridische deelonderzoek werd onderzocht welke juridische ontwikkelingen en discussies zich in de periode 2017-2022 hebben voorgedaan met betrekking tot de Wtl. Daartoe werden parlementaire stukken over de Wtl, overige relevante wetgeving, jurisprudentie, richtlijnen van het Openbaar Ministerie (OM), richtlijnen en standpunten van beroepsorganisaties, en literatuur bestudeerd. In aanvulling daarop werden interviews gehouden met een aantal betrokkenen en werd een analyse gemaakt van meldingen gedurende de periode 2017-2022 waarover de Rte's oordeelden dat niet aan

alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Ook werd in deze evaluatie enige internationale rechtsvergelijking uitgevoerd om na te gaan welke relevante rechtsontwikkelingen er in andere landen zijn geweest in de onderzoeksperiode.

Het praktijkonderzoek bestond uit het sterfgevallenonderzoek en een onderzoek naar ervaringen en opvattingen van artsen. In het sterfgevallenonderzoek werden de frequentie en belangrijkste kenmerken van medische beslissingen rond het levenseinde in de praktijk in 2021 onderzocht. In het artsenonderzoek werden de bereidheid tot en ervaringen met (melden van) levensbeëindiging op verzoek van artsen in Nederland in kaart gebracht door middel van vragenlijsten en interviews.

De coherentie, uniformiteit, doelmatigheid en transparantie van het toetsingssysteem werden onderzocht door een analyse van de jaarverslagen van de Rte's en de achtereenvolgende EuthanasieCodes, en met een vragenlijstonderzoek onder toetsingscommissieleden. Hoe de Rte's de zorgvuldigheidseisen interpreteren werd nagegaan in een analyse van meldingsdossiers die betrekking hadden op personen met dementie, een psychische stoornis of een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Het draagvlak onder Nederlandse burgers voor de huidige regeling van levensbeëindiging op verzoek werd onderzocht in een vragenlijstonderzoek met aanvullende interviews. Daarin werd vastgesteld welke kennis en opvattingen burgers hebben over de regulering van euthanasie en hulp bij zelfdoding en over mogelijkheden voor zelfregie rond het levenseinde.

Als laatste werd in een beschouwend deelonderzoek nagegaan welke ontwikkelingen er op grond van literatuur en de verzamelde gegevens waarneembaar zijn in opvattingen over de rol van de arts bij levensbeëindiging op verzoek en over de balans tussen barmhartigheid en autonomie als dragende principes van de Wtl. Voorts werd een overzicht gemaakt van mogelijke toekomstige reguleringsscenario's.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de verschillende onderdelen van het evaluatieonderzoek samengevat en aanbevelingen gedaan voor beleid, praktijk en onderzoek. Na een bespreking van de algemene conclusies (par. 10.2) wordt achtereenvolgens ingegaan op de frequenties en belangrijkste kenmerken van verschillende medische beslissingen rond het levenseinde (par. 10.3), ontwikkelingen in de opvattingen en ervaringen van artsen met levensbeëindigend handelen op verzoek en de melding daarvan (par. 10.4), en ontwikkelingen in de kennis en opvattingen van burgers (par. 10.5). Vervolgens wordt aandacht besteed aan een aantal aspecten van het wettelijke systeem dat in de onderzoeksperiode bediscussieerd werd (par. 10.6), recente ontwikkelingen met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen (par. 10.7), de schriftelijke wilsverklaring, onder meer naar aanleiding van de zaak-Arends (par. 10.8), en de positie en het functioneren van de Rte's (par. 10.9). De verhouding tussen en het relatieve belang van de waarden barmhartigheid en autonomie in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek worden besproken in par. 10.10. Tot slot wordt in par. 10.11 ingegaan op diverse mogelijke toekomstscenario's voor de regulering van levensbeëindiging op verzoek, mede in het licht van daarvoor relevante bevindingen van het evaluatieonderzoek.

10.2 Algemene conclusies

De vraag of de Wtl zijn algemene doelstellingen bereikt kan op basis van deze vierde wetsevaluatie positief beantwoord worden. Op het punt van de rechtszekerheid voor artsen werd gevonden dat van de Nederlandse artsen 82% bereid is om onder de huidige regulering euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen. Angst voor toetsing en de consequenties daarvan is slechts zelden een reden om een verzoek om levensbeëindiging te weigeren. Artsen lijken daarmee over het algemeen voldoende rechtszekerheid te ervaren bij hun levensbeëindigend handelen op verzoek. Ook de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen door artsen is binnen de huidige wettelijke kaders vrijwel altijd op orde, gezien het kleine aantal meldingen dat door de toetsingscommissies als 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' wordt beoordeeld. Dat de Wtl een adequaat kader biedt aan artsen om verantwoording af te leggen over hun levensbeëindigend handelen op verzoek blijkt onder meer uit het meldingspercentage. In 2021 werden 7 666 gevallen van levensbeëindigend handelen op verzoek door een arts gemeld bij de toetsingscommissies; dat is 83% van het aantal gevallen dat voor dat jaar werd aangetroffen in het sterfgevallenonderzoek. Niet-melden betreft vooral handelingen die door de arts zelf niet als levensbeëindiging worden gekwalificeerd en onderdeel uitmaken van het zogeheten 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging enerzijds en intensieve pijn en/of symptoombestrijding anderzijds. De aanpassingen die de Rte's na de derde wetsevaluatie hebben aangebracht in hun werkwijze, zoals het doorvoeren van een efficiëntere beoordelingsprocedure, aanpassingen in de uitgeschreven oordelen, en de instelling van een reflectiekamer, hebben bijgedragen aan een adequaat verantwoordingskader. Of het systeem van toetsing daarmee nog steeds doelmatig is, is een complexe vraag waar we later in dit hoofdstuk op terugkomen (zie par. 10.9.2). In hun jaarverslagen geven de Rte's invulling aan het doel van maatschappelijke transparantie. Zij beschrijven daarin welke ontwikkelingen zich voordoen in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en hoe zij inhoud geven aan hun wettelijke taak van het toetsen en beoordelen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek. De jaarverslagen zijn op een toegankelijke manier opgesteld, zodat ze leesbaar zijn voor een breed publiek. Ook de in 2016 vernieuwde website van de Rte's, waarop zij geanonimiseerde oordelen publiceren, en de achtereenvolgende versies van de EuthanasieCode, waarvan de laatste verscheen in 2022, dragen bij aan transparantie van de praktijk van levensbeëindigend handelen op verzoek door artsen in Nederland en de toetsing daarvan.

De algemene conclusie van deze vierde wetsevaluatie dat de doelstellingen van de Wtl worden bereikt wijkt niet af van die van de drie eerder uitgevoerde wetsevaluaties. Dat neemt niet weg dat er meer te zeggen valt over het functioneren van de Wtl, twintig jaar na de inwerkingtreding ervan. In de volgende paragrafen gaan wij daar nader op in.

10.3 De praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde

10.3.1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

De frequentie van euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere medische beslissingen rond het levenseinde wordt sinds 1990 elke vijf jaar onderzocht in het sterfgevallenonderzoek.³⁵² Uit het sterfgevallenonderzoek 2021 bleek dat de geschatte frequentie van euthanasie was gestegen van 4,5% van alle sterfgevallen, ofwel 6 650 gevallen, in 2015, naar 5,3% van alle sterfgevallen, ofwel 9025 gevallen, in 2021 (par. 3.2).³⁵³ De frequentie van hulp bij zelfdoding bleef stabiel laag op 0,1% van alle sterfgevallen in beide jaren, ofwel 150 gevallen in 2015 en 250 gevallen in 2021. Levensbeëindiging op verzoek betreft vanaf het allereerste sterfgevallenonderzoek (1990) steeds grotendeels mensen met kanker, maar hun aandeel neemt wel af en was in 2021 nog 62% (in 2021 was kanker in 26% van alle sterfgevallen de doodsoorzaak) (par. 3.2.2). De stijging van de frequentie van levensbeëindiging op verzoek speelt zich voorts vooral af onder mensen jonger dan 80 jaar: in 2021 werd levensbeëindiging op verzoek in 29% van de gevallen toegepast bij mensen ouder dan 80 jaar, terwijl die leeftijdsgroep 54% van het totaal aantal sterfgevallen uitmaakte in dat jaar.

In het sterfgevallenonderzoek wordt artsen gevraagd een inschatting te maken van de mate waarin het leven bekort werd door toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Deze geschatte levensbekorting is in de meeste gevallen beperkt: in 2021 schatte de arts in 60% van de gevallen dat het leven van de betreffende patiënt met minder dan een maand was bekort. In 19% was de geschatte levensbekorting meer dan zes maanden; in 2015 was dat nog 15% en daarvoor minder dan 3%. In 2021 was de geschatte levensbekorting daarnaast in 5% van de gevallen minder dan 24 uur, in 2015 was dat 10% en in het eerste onderzoeksjaar, 1990, 21%. Alhoewel de inschatting van artsen uiteraard met een onzekerheidsmarge gepaard gaat, lijkt de mate van levensbekorting door euthanasie en hulp bij zelfdoding in de loop der jaren al met al dus toe te nemen. Deze ontwikkeling is mogelijk het gevolg van de verschuiving van de praktijk van euthanasie naar patiënten met andere diagnoses dan kanker, maar kan ook aansluiten bij de bevinding dat er bij beslissingen over verzoeken om levensbeëindiging meer ruimte lijkt te zijn gekomen voor de persoonlijke ervaring van het lijden van de betrokkene, en minder accent op het medische oordeel van de arts (zie par. 10.10).

De belangrijkste redenen die artsen noemden om euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen zijn grotendeels vergelijkbaar met de redenen die in eerdere onderzoeksjaren werden genoemd: het vaakst werd aangegeven dat er 'geen uitzicht was op verbetering' van de situatie van de patiënt (in 89% van de gevallen), gevolgd door het voldoen aan 'het verzoek of de wens van de patiënt' (77%), het 'verlies van waardigheid' bij de patiënt (64%), en 'andere (ernstige) symptomen dan pijn' (63%). '(Ernstige) pijn' werd in 41% als reden genoemd. Opvallend is dat 'verwacht lijden van

352 Het sterfgevallenonderzoek werd vanwege de COVID-19 epidemie in 2021 uitgevoerd in plaats van in 2020. De resultaten van het sterfgevallenonderzoek 2021 dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd omdat de deelnamegraad van artsen met 29% veel lager was dan die in eerdere edities van dit onderzoek, waaraan steeds ruim 70% van de aangeschreven artsen deelnam.

353 De absolute frequentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding is sterker gestegen dan de frequentie uitgedrukt als percentage van het totaal aantal sterfgevallen in het betreffende jaar, door de stijging van het totaal aantal sterfgevallen.

de patiënt' in 2021 (55%) vaker werd genoemd dan in 2015 (44%). Dat hangt wellicht samen met de toenemende levensbekorting.

Het percentage sterfgevallen waarin het overlijden werd voorafgegaan door een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding was in 2021 met 8,0% ongeveer even groot als in 2015 (8,4%) (par. 3.2.1). In 2021 werd 67% van deze verzoeken ingewilligd, in 2015 was dit 55%, in 2010 45% en in 2005 37%. Er is geen duidelijke verklaring voor het toenemende percentage ingewilligde verzoeken. De meest genoemde reden om een verzoek niet in te willigen was, net als in eerdere jaren, dat de patiënt al was overleden voordat het tot inwilliging kon komen (59%) (par. 3.2.3). Er zijn geen grote verschillen tussen (patiënten met) verzoeken die wel of niet ingewilligd werden.

10.3.2 Andere medische beslissingen rond het levenseinde

Soms geeft een arts in het sterfgevallenonderzoek aan dat het overlijden van een patiënt het gevolg was van het gebruik van een middel dat was toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen, en ook dat deze beslissing niet op grond van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt was genomen. Dergelijk handelen wordt in het sterfgevallenonderzoek geïnterpreteerd als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. In 2021 was daar in 0,3% van alle sterfgevallen (ca. 520 gevallen) sprake van (par. 3.3). Dit percentage is vergelijkbaar met de percentages die vanaf 2005 werden aangetroffen, maar lager dan de percentages van de jaren daarvoor. Aangezien er slechts negen van dit soort situaties werden aangetroffen in het onderzoek moet het beeld dat hieruit oprijst met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het betreft artsen vanuit diverse specialismen, patiënten met verschillende diagnoses, en artsen noemen verschillende redenen voor deze handelwijze. In alle gevallen bestond de handelwijze uit het toedienen van morfine, soms in combinatie met een benzodiazepine, en zes van de negen keer koos de arts voor 'palliatieve sedatie' als meest passende kwalificatie van de handelwijze. De praktijk van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek lijkt hiermee grotendeels onderdeel te zijn van het eerder genoemde grijze gebied.

De frequentie van intensieve symptoombestrijding met bespoediging van het levenseinde als mogelijk neveneffect was in 2021 afgenomen tot 30% (2015: 36%) (par. 3.4). Het ging hierbij vrijwel altijd om de toediening van morfine: in 8% van de sterfgevallen was deze toediening gestart of was de dosering sterk verhoogd op de laatste dag voor overlijden en in 1% van de sterfgevallen was de dosering hoger dan nodig om pijn en/of andere symptomen te bestrijden. Deze laatste praktijk valt in het grijze gebied waarop in par. 10.6.3 wordt teruggekomen.

Wat betreft de beslissing om potentieel levensverlengende behandeling te staken of niet in te stellen kwam het beeld in 2021 overeen met dat in eerdere onderzoekjaren: de frequentie was met 18% ook vergelijkbaar (par. 3.5).

Een opmerkelijke bevinding in het sterfgevallenonderzoek is de aanhoudende stijging van de frequentie van de toepassing van continue diepe sedatie (palliatieve sedatie) (par. 3.6). In 2005 ging het om 8% van alle sterfgevallen, in 2010 om 12%, in 2015 om 18% en in 2021 om 23%. De sedatie duurde in 2021 in 97% van de gevallen maximaal een week en in 28% werd rekening gehouden met

bespoediging van het levenseinde door de sedatie (2015: 38%). De toename van euthanasie en palliatieve sedatie wordt nader besproken in par. 10.5.

10.3.3 Ervaringen en opvattingen van artsen

Ervaringen met verzoeken en uitvoering van levensbeëindiging op verzoek

In het vragenlijstonderzoek dat werd uitgevoerd in het kader van deze wetsevaluatie gaf een ruime meerderheid van alle artsen aan wel eens verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding te krijgen (zie par. 4.2). Het aandeel artsen dat daar mee te maken krijgt is vergelijkbaar met het aandeel in eerdere evaluatieonderzoeken, maar het aantal verzoeken is wel gestegen. Het aantal verzoeken 'te zijner tijd' steeg van 33 900 in 2011 naar 67 700 in 2016 en 87 800 in 2022, terwijl het aantal verzoeken om levensbeëindiging op afzienbare termijn steeg van 13 400 in 2011 naar 17 900 in 2016 en 21 600 in 2022.³⁵⁴ Van alle artsen heeft 55% wel eens euthanasie uitgevoerd of hulp bij zelfdoding verleend; van de overige artsen vindt 27% uitvoering wel denkbaar, maar 18% vindt uitvoering niet denkbaar. Ook deze percentages zijn vergelijkbaar met die van eerdere evaluatieonderzoeken. Huisartsen krijgen nog steeds veel vaker verzoeken en voeren ook vaker verzoeken uit dan medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde. De meeste artsen hebben ook ervaring met het weigeren van verzoeken om levensbeëindiging (zie par. 4.2.2). Meestal betreft dat complexe casuïstiek, zoals mensen met dementie, een stapeling van ouderdomsaandoeningen, 'voltooid leven', of een psychische stoornis.

Complexe verzoeken om levensbeëindiging

De bereidheid van artsen om euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen aan patiënten met complexe aandoeningen zoals dementie of een psychische stoornis is minder groot dan die in het geval van patiënten met kanker of een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening. De meeste artsen zijn bij complexe casuïstiek wel bereid de patiënt desgewenst te verwijzen, bijvoorbeeld naar het Expertisecentrum Euthanasie: de helft van alle artsen in het onderzoek van 2022 had dat wel eens gedaan, hetgeen een duidelijke stijging is ten opzichte van een op de vijf artsen in 2016. Soms neemt het Expertisecentrum Euthanasie de casus dan over, maar vaak ook wordt geprobeerd de behandelend arts te ondersteunen bij de eigen besluitvorming of bij de uitvoering van de levensbeëindiging. SCEN-artsen zijn in principe ook beschikbaar om advies en steun te geven als artsen daar in het kader van een voor hen complex verzoek behoefte aan hebben, maar daar wordt beperkt gebruik van gemaakt. Om de deskundigheid van psychiaters en andere artsen ten aanzien van verzoeken om hulp bij levensbeëindiging van mensen met een psychische stoornis te vergroten, is recentelijk het landelijk 'Netwerk Persisterende Doodswens en Euthanasieverzoek op Psychische grondslag' van start gegaan.³⁵⁵

354 Dit aantal is hoger dan het aantal verzoeken dat werd gevonden in het sterfgevallenonderzoek 2021, voornamelijk doordat het in het sterfgevallenonderzoek alleen verzoeken van inmiddels overleden personen betreft, terwijl het in het artsenonderzoek ook verzoeken van niet overleden personen betreft.

355 *Kamerstukken II, 2022-2023, aanhangsel nr. 1837, p. 2-3.*

Al met al speelt het Expertisecentrum Euthanasie een belangrijke rol bij complexe euthanasieverzoeken. Er zijn echter maar weinig artsen die aangeven eerder geneigd te zijn complexe euthanasieverzoeken te weigeren sinds de oprichting van het Expertisecentrum Euthanasie. In interviews rapporteren artsen veelal positieve ervaringen met het Expertisecentrum Euthanasie, maar sommigen benoemden minder positieve ervaringen zoals een gebrekkige terugkoppeling na een doorverwijzing. De toenemende wachttijd bij het Expertisecentrum Euthanasie in verband met het grote aantal aanvragen kan op den duur wel tot problemen leiden.

Ervaringen met druk bij de besluitvorming

Uit het vragenlijstonderzoek onder artsen blijkt dat een aanzienlijke minderheid zich wel eens onder druk gezet voelt bij de besluitvorming over een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding (zie par. 4.4). Het betreft daarbij meestal druk van patiënt (25%) en/of naasten (33%) om tot de uitvoering van levensbeëindiging te besluiten, of om spoedig tot uitvoering over te gaan (41%). Een derde van de artsen ervaart daarnaast ook maatschappelijke druk om euthanasie uit te voeren. In tegenstelling tot wat wel eens gedacht wordt is de door artsen ervaren druk niet toegenomen ten opzichte van eerdere evaluatieonderzoeken. Dat een behoorlijk groot deel van de artsen wel eens druk ervaart moet wel een aandachtspunt blijven in komende wetsevaluaties. Zeker als er een verandering in de wettelijke regulering van levensbeëindiging op verzoek wordt doorgevoerd en er bijvoorbeeld meerdere routes ontstaan is het niet uitgesloten dat de druk op artsen toeneemt, alhoewel er ook een afname van druk zou kunnen volgen.

Overige ervaringen

Twee derde van alle artsen gaf aan dat zij de procedure van melding en toetsing van hun levensbeëindigende handelen als neutraal hadden ervaren, maar een op de vijf vond het wel tijdrovend en/of belastend. Weinig artsen vonden de procedure opluchtend, verhelderend of ondersteunend (zie par. 5.4). Geen enkele deelnemer aan dit vragenlijstonderzoek had de procedure als incriminerend ervaren. In interviews gaven artsen veelal aan het systeem van melding en toetsing te ondersteunen.

Een meerderheid van de artsen (55%) had een voorkeur voor euthanasie boven hulp bij zelfdoding, omdat zij zich dan zekerder voelen dat de uitvoering goed gaat (zie par. 8.5.3). Hulp bij zelfdoding is nog steeds een variant van hulp bij levensbeëindiging waarmee de meeste artsen weinig of geen ervaring hebben. Uit het vragenlijstonderzoek en de interviews onder artsen blijkt dat vooral de situatie en de aandoening van de patiënt invloed hebben op hun eventuele voorkeur voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Aanbeveling 1 Organiseer meer mogelijkheden voor artsen om van deskundige collega's advies en steun te krijgen bij besluitvorming over complexe verzoeken, zoals die van mensen met dementie of een psychische stoornis, ook al omdat doorverwijzing naar het Expertisecentrum Euthanasie niet altijd een oplossing kan zijn (medische beroepsgroep).

- Aanbeveling 2 Informeer artsen over praktische aspecten van hulp bij zelfdoding, om te voorkomen dat zij deze mogelijkheid door gebrek aan kennis niet bespreken met patiënten voor wie het een optie zou kunnen zijn (medische beroepsgroep).
- Aanbeveling 3 Onderzoek hoe artsen omgaan met druk van patiënten, familie en vanuit de maatschappij bij hun besluitvorming over verzoeken om hulp bij levensbeëindiging, bijvoorbeeld in toekomstige wetsevaluaties (ZonMw).

10.4 Kennis en opvattingen van burgers

10.4.1 Kennis

Uit het vragenlijstonderzoek dat ten behoeve van deze wetsevaluatie werd uitgevoerd onder burgers bleek dat Nederlandse burgers anno 2022 redelijk goed op de hoogte zijn van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie par. 7.3 en 7.4). Er lijkt wel sprake van een lichte afname in kennis in vergelijking met 2016. De meerderheid weet dat euthanasie alleen door artsen mag worden uitgevoerd, dat een arts een euthanasieverzoek mag weigeren, ook als aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen wordt voldaan, en dat een euthanasieverzoek van een familielid juridisch niet geldig is. Minder mensen weten dat euthanasie niet is toegestaan bij ouderen die niet meer willen leven maar nog helemaal gezond zijn, dat een arts niet verplicht is om een schriftelijk euthanasieverzoek te volgen en dat voor patiënten met gevorderde dementie een schriftelijk euthanasieverzoek noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor euthanasie. Een minderheid van de burgers weet dat euthanasie voor patiënten met gevorderde dementie wettelijk gezien een mogelijkheid is, dat patiënten met een psychische stoornis ook in aanmerking kunnen komen voor euthanasie en hulp bij zelfdoding en dat er geen wettelijke regeling is voor ernstig zieke kinderen in de leeftijd van 1-11 jaar.

10.4.2 Opvattingen

Twee derde van de Nederlandse burgers vindt dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over het eigen leven en de eigen dood en desgewenst aanspraak moet kunnen maken op euthanasie of hulp bij zelfdoding. Slechts een op de tien is van mening dat euthanasie alleen mag worden uitgevoerd bij mensen die nog maar een paar weken te leven hebben. De steun onder burgers voor zelfbeschikking rond het levenseinde lijkt daarmee weinig veranderd ten opzichte van eerdere jaren (zie par. 7.3).

Ten aanzien van een aantal specifieke aspecten van de Wtl is het opvallend dat de opvattingen van burgers over algemene stellingen soms afwijken van hun opvattingen over concrete voorbeelden van levensbeëindigend handelen. De invoelbaarheid van het lijden, dat in concrete casuïstiek duidelijker naar voren komt, speelt daarbij mogelijk een rol. Zo vindt 59% van de burgers dat ‘mensen met dementie in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, ook als zij niet meer snappen wat er gebeurt’. Bij een concreet voorbeeld van een patiënt met gevorderde dementie is maar liefst 85% het eens met de arts die beslist het verzoek van familie om de eerder opgestelde schriftelijke euthanasiewens van de patiënt te honoreren. Wat betreft de rol van familie vindt een derde van de

burgers het belangrijk dat familie meebeslist over een euthanasieverzoek. Bij een concreet voorbeeld met iets meer detailinformatie over een ongeneeslijk zieke, niet-aanspreekbare, bedlegerige patiënt waarbij de familie meent dat zij 'deze situatie zelf nooit zo gewild zou hebben' echter, is 56% het eens met de beslissing van de arts om deze patiënt een dodelijke injectie toe te dienen. In het geval van psychiatrische problematiek zagen we het omgekeerde: 55% van de burgers vindt dat patiënten met ernstige psychische stoornissen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie, maar 39% steunt de hypothetische beslissing van een psychiater om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een patiënte van 48 jaar met langdurige psychiatrische problematiek. Mogelijk is het voor burgers lastiger om psychiatrisch lijden te beoordelen of in te voelen dan lijden bij een somatische aandoening of dementie.

10.4.3 De rol van de arts

De belangrijke rol van de arts bij levensbeëindiging op verzoek in de huidige systematiek wordt door burgers veelal gewaardeerd. Tegelijkertijd is er veel steun voor een duidelijke eigen inbreng van de burger of patiënt om wie het gaat. In par. 10.4.2 werd al aangegeven dat eigen regie in de laatste levensfase door veel burgers belangrijk gevonden wordt. Zes op de tien burgers vinden dat 'je alleen zelf kunt weten of je ondraaglijk lijdt' (zie par. 8.2.1), maar slechts een derde van de burgers vindt dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding en dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen. Wel steunen bijna zes op de tien burgers de opvatting dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie. Waardering van de rol van de arts blijkt ook uit het LASA onderzoek, waarin 71% van de ouderen aangaf zich voor te kunnen stellen dat zij aan een arts zouden kunnen vragen hun leven te beëindigen, terwijl 43% aangaf zich te kunnen voorstellen dat ze ooit zelf de beschikking zouden willen hebben over een zelfdodingspil. Het aandeel ouderen dat een of beide opties onderschrijft neemt overigens wel toe in de loop der jaren.

Uit interviews bleek dat burgers hulp bij zelfdoding veelal associëren met een situatie waarin patiënten zelfstandig en zonder begeleiding illegaal verkregen middelen innemen. Dat de WtI niet alleen euthanasie als artsbehandeling maar ook hulp bij zelfdoding als handeling van de patiënt met begeleiding van een arts reguleert, is voor veel burgers onbekend. In het licht van die onbekendheid moeten ook de bevindingen ten aanzien van de opvattingen van burgers over wie hulp bij zelfdoding zou mogen verlenen met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het is wel opvallend dat het aandeel burgers dat vindt dat familie ook hulp bij zelfdoding mag verlenen in 2022 (26%) veel *lager* is dan in 2016 (46%).

10.4.4 Proactieve zorgplanning

Er is de laatste jaren veel aandacht voor het tijdig in gesprek gaan over en eventueel vastleggen van wensen en voorkeuren voor medische behandeling en zorg in de laatste levensfase. Keer op keer, en ook in dit onderzoek, blijkt weer dat veel burgers wel eens nadenken over deze onderwerpen, maar dat het zelden tot een gesprek met naasten of zorgprofessionals komt. Van de burgers die deelnamen aan dit onderzoek heeft twee derde wel eens nagedacht over medische beslissingen rond het levenseinde, het vaakst over euthanasie, wie beslissingen over medische behandelingen moet nemen

als de persoon dat zelf niet meer kan en welke behandelingen iemand wil ontvangen bij ernstige ziekte. Het aantal burgers dat met een arts over deze onderwerpen gesproken heeft of iets heeft vastgelegd over wensen en verwachtingen is veel lager. Ouderen denken wat vaker na over wensen en voorkeuren voor medische behandeling en zorg in de laatste levensfase dan de algemene bevolking, maar ook zij bespreken dit onderwerp zelden met een arts (zie par. 7.5.3). Overigens blijkt een aanzienlijke groep ouderen wel interesse te hebben in informatiebijeenkomsten over het levenseinde. Een analyse van interviews met negen organisatoren van informatiebijeenkomsten over de laatste levensfase voor mensen met een moslimachtergrond liet zien dat levensbeëindiging op verzoek ook daar aandacht krijgt. Levensbeëindiging is volgens velen binnen de moslimcultuur taboe, maar dat neemt niet weg dat goede voorlichting, ook over andere medische beslissingen rond het levenseinde, kan bijdragen aan passende keuzes ten aanzien van zorg in de laatste levensfase.

Aanbeveling 4 Licht burgers in Nederland regelmatig voor over mogelijkheden en onmogelijkheden van euthanasie én hulp bij zelfdoding in Nederland en over het nut van 'tijdig spreken over het levenseinde' met naasten en zorgverleners; ook de medische beroepsgroep heeft een verantwoordelijkheid in het bevorderen van het tijdig en anticiperend bespreken van zorg en besluitvorming in de laatste levensfase (overheid, medische beroepsgroep, belangenorganisaties van burgers en patiënten).

Aanbeveling 5 Geef voorlichting voor burgers met verschillende achtergronden, zodat passende keuzes ten aanzien van zorg in de laatste levensfase voor iedereen mogelijk gemaakt worden (overheid, medische beroepsgroep, belangenorganisaties van burgers en patiënten).

10.5 De stijgende frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie

Een belangrijke conclusie van het praktijkonderzoek in deze wetsevaluatie is dat de frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie in de onderzoeksperiode is blijven stijgen (par. 3.2.1 en par. 3.6), maar die van andere medische beslissingen rond het levenseinde niet (par. 3.3, par. 3.4 en par. 3.5). Er zijn daarbij aanwijzingen dat het onderscheid tussen euthanasie en palliatieve sedatie en andere vormen van (intensieve) symptoombestrijding in de laatste levensfase in de praktijk wat duidelijker geworden is. Zo lijkt de omvang van het 'grijze gebied' tussen levensbeëindiging enerzijds en reguliere symptoombestrijding anderzijds te zijn afgenomen: het percentage sterfgevallen waarbij sprake was van intensieve symptoombestrijding mede met het doel het levenseinde te bespoedigen en/of hogere doseringen morfine dan nodig is kleiner geworden (par. 3.7). Ook noemden artsen handelen waarbij zij op verzoek van de patiënten middelen toedienden met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen zelf vaker euthanasie dan voorheen (par. 3.2.1).

De vraag naar een verklaring van de toenemende frequentie van euthanasie en palliatieve sedatie speelt al een aantal jaar.³⁵⁶ In 2019 heeft het Nivel onderzoek gedaan naar de stijgende aantallen euthanasieverzoeken en -meldingen. Daaruit bleek dat een samenspel van diverse factoren –

356 Zie bijvoorbeeld Verslag van een schriftelijk overleg over het jaarverslag 2021 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) (*Kamerstukken II 2021-2022, 32647, nr. 91*).

vergrijzing, verandering in doodsoorzaken, verhoogd draagvlak en veranderingen in de gezondheidszorg – mogelijk van invloed te zijn. Uit dit evaluatieonderzoek blijkt dat de toename van het aantal gevallen van euthanasie deels, maar zeker niet alleen, wordt verklaard door het toegenomen aantal sterfgevallen. Immers, ook procentueel gezien is sprake van een duidelijke toename. Daarbij betreft de stijging van euthanasie vooral mensen jonger dan 80 jaar, dus de vergrijzing is hierin geen belangrijke verklarende factor. Ook de bereidheid van artsen om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen is in de onderzoeksperiode niet veranderd.

In dit evaluatieonderzoek werd wel een duidelijke toename van het aantal verzoeken om euthanasie gevonden, ook van mensen met andere diagnoses dan kanker. Het is bovendien opvallend dat euthanasie in een iets groter deel van de gevallen een aanzienlijke levensbekorting met zich meebrengt dan in eerdere jaren. De belangrijkste verklaring van de stijgende frequentie van euthanasie is derhalve waarschijnlijk gelegen in een toenemende vraag, ook van mensen die nog niet in de allerlaatste fase van hun leven zijn. In dit evaluatieonderzoek werden ten opzichte van de vorige evaluatie geen grote verschuivingen waargenomen in de opvattingen van burgers, maar er is veel steun onder burgers voor het idee dat iedereen recht moet hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarnaast bleek een toenemend aantal ouderen zich voor te kunnen stellen dat zij een arts op enig moment om levensbeëindiging zouden vragen. Er lijkt verder sprake van een veranderende invulling van de rol van barmhartigheid bij levensbeëindiging op verzoek in Nederland, door burgers, artsen én de toetsingscommissies, waarbij de persoonlijke beleving van de patiënt van het lijden centraler staat dan de professionele beoordeling ervan.

De stijgende frequentie van palliatieve sedatie was geen specifiek aandachtspunt binnen deze wetsevaluatie, maar elders is daar wel onderzoek naar gedaan.³⁵⁷ Daaruit bleek dat psychosociale en existentiële symptomen meer dan voorheen meewegen in de beslissing om sedatie te starten. Bovendien beschouwen zorgprofessionals een combinatie van (lichamelijke en andere) symptomen eerder als onbehandelbaar (refractair). Zorgprofessionals bleken ook een toegenomen druk te ervaren om te starten met palliatieve sedatie. Soms wordt palliatieve sedatie door patiënten en naasten als een recht gezien, waar zij op een door hen gekozen moment gebruik van kunnen maken. Palliatieve sedatie wordt momenteel in de praktijk minder als laatste redmiddel ervaren en zowel door zorgprofessionals als patiënten en naasten meer gezien als normaal onderdeel van palliatieve zorg. Dat laatste geldt mogelijk ook voor euthanasie. De toegenomen nadruk op de persoonlijke beleving van lijden van de patiënt bij beslissingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding en het verminderde belang van het professionele oordeel daarover van de arts (zie par. 8.6) hebben hier waarschijnlijk aan bijgedragen.

357 Zie <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/onderwijs/programmas/project-detail/palliatie-meer-dan-zorg/palliatieve-sedatie-hoe-nu-verder/>.

10.6 Het systeem van de Wtl c.a.

10.6.1 De grondslag van het onderzoek naar levensbeëindiging door de arts

Het uitgangspunt in Nederland is dat zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding strafbaar is, ook wanneer uitgevoerd door een arts. Met betrekking tot artsen is in het Wetboek van Strafrecht een bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen: niet-strafbaar is de arts die euthanasie uitvoert of hulp bij zelfdoding verleent met inachtneming van de voorwaarden uit art. 293 lid 2 of art. 294 lid 2 Sr en de Wtl. Met enige regelmaat wordt in de literatuur en in maatschappelijke discussies betoogd dat de tijd is gekomen euthanasie te 'normaliseren', door deze handeling te kwalificeren als normaal medisch handelen en de verbinding met het strafrecht te verbreken of nog verder te beperken. Van een omvangrijke discussie hierover is evenwel geen sprake. Dit geldt ook voor andere landen. Er is voor zover bekend geen enkel land dat levensbeëindiging op verzoek door een arts toelaat en geheel of grotendeels buiten het strafrecht heeft geplaatst. Wel kwam de afgelopen jaren op verschillende momenten de weerstand van artsen tegen de strafrechtelijke connotatie van euthanasie en hulp bij zelfdoding naar voren. Dit was met name het geval ten tijde van de strafrechtelijke vervolging in de zaak-Arends.

Juridische ontwikkelingen in deze onderzoeksperiode laten zien dat naast de discussie over de vraag of euthanasie en hulp bij zelfdoding 'uit het strafrecht' zouden moeten worden gehaald, nog een andere insteek kan worden gekozen om meer afstand tot het strafrecht te creëren. Daarbij gaat het om de mogelijkheid om binnen het bestaande systeem bij het onderzoek of zich de strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 heeft voorgedaan, te kiezen voor het uitgangspunt dat een arts die euthanasie uitvoert of hulp bij zelfdoding verleent rechtmatig heeft gehandeld, tenzij uit onderzoek het tegendeel blijkt (zie par. 2.2.2). Ook hier ligt, naar het voorbeeld van de gewijzigde wettelijke regeling van geweldsaanwending door een opsporingsambtenaar, een mogelijkheid om de dreiging van strafrecht en strafvervolging (verder) te reduceren. Dat zou betekenen dat, anders dan in de huidige situatie, de arts die levensbeëindiging op verzoek uitvoert en daarvan melding doet, in het onderzoek daarnaar onder art. 293 lid 2 geacht wordt rechtmatig te hebben gehandeld, en pas de status van verdachte krijgt als nader onderzoek door het OM van de eerder door de Rte's beoordeelde melding daar aanleiding toe geeft. Het bestaande systeem van strafbaarstelling en de bijzondere strafuitsluitingsgrond blijft daarmee gehandhaafd, maar het uitgangspunt bij het onderzoek verandert. Betoogd kan worden dat een dergelijke wijziging van uitgangspunt beter aansluit bij de beleving die artsen zelf van de situatie hebben, bij het maatschappelijk gevoel over de rol van de arts bij het levenseinde en bij de praktijk van toetsing (waarin slechts een zeer gering aantal meldingen wordt beoordeeld als 'niet conform de zorgvuldigheidseisen'). Zo'n wijziging van uitgangspunt kan ook worden gezien als een erkenning en waardering van de kwaliteit en zorgvuldigheid van het handelen van artsen in de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek, welke ook uit het onderhavige onderzoek weer naar voren komt. Bovendien schept een dergelijke wijziging helderheid over het antwoord op de vraag wanneer de arts verdachte is van overtreding van art. 293 lid 1 of art. 294 lid 2 Sr.

Aanbeveling 6 Onderzoek de mogelijkheid om de structuur van de artt. 293 en 294 lid 2 Sr zodanig te wijzigen dat een meldende arts vermoed wordt rechtmatig te hebben gehandeld,

tenzij nader onderzoek door het OM aanleiding geeft hem als verdachte aan te merken (wetgever).

Een extra argument voor deze aanbeveling kan worden gevonden in de beslissing van de Hoge Raad in de zaak-Arends, waarin wordt betoogd dat de wetgever heeft gekozen voor een wettelijk stelsel waarin de strafrechter, indien deze betrokken wordt, een terughoudende opstelling past bij de beantwoording van de vraag welk medisch handelen binnen dit kader aanvaardbaar is. De zojuist genoemde aanbeveling sluit in zoverre aan bij deze benadering van de Hoge Raad, en overigens ook bij het terughoudende vervolgingsbeleid dat het OM sinds de inwerkingtreding van de wet in 2002 heeft gehanteerd.

Aanbeveling 6 strekt niet tot aanpassing van overige onderdelen van het huidige wettelijke stelsel, zoals bijvoorbeeld het toetsingssysteem. Andere overwegingen kunnen daar overigens wel aanleiding toe geven (zie hierna par. 10.9).

10.6.2 Het schenden van de zorgvuldigheidseisen als apart misdrijf

Om in het huidige systeem aan strafbaarheid te ontkomen dient de arts te voldoen aan alle in art. 2 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen en de uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding te melden. Iedere schending van een zorgvuldigheidseis kan er in theorie toe leiden dat een arts te maken krijgt met de in de artt. 293 lid 1 en 294 lid 2 Sr genoemde (maximum)strafmaat. Dat de soep in de praktijk niet zo heet gegeten wordt, heeft vooral te maken met het al sinds vele jaren door het OM gehanteerde vervolgingsbeleid, dat eruit bestaat 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. In enkele andere landen is dit ook zo in de wet geregeld (zie par. 2.2.2). Reeds in de tweede evaluatie van de Wtl is aanbevolen in elk geval de zorgvuldigheidseis betreffende de medisch zorgvuldige uitvoering buiten het strafrechtelijk kader te plaatsen.³⁵⁸ De regering heeft deze aanbeveling destijds niet overgenomen. De argumenten die in par. 10.6.1 zijn genoemd met betrekking tot aanbeveling 6, zijn ook relevant waar het gaat om de strafrechtelijke positionering van het verwijt van het schenden van de zorgvuldigheidseisen. Voorzien kan worden in een apart misdrijf voor de situatie dat de arts de zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd (zie par. 2.2.2). De kern van dat misdrijf is dan het verwijt van het niet in acht nemen van die vereisten en niet het verwijt van een levensdelict, zoals thans ten aanzien van art. 293 lid 1 Sr (de strafbaarstelling van euthanasie die voor iedereen, voor arts en niet-arts geldt) het geval is. Daarbij kan er vervolgens ook voor worden gekozen te differentiëren tussen zorgvuldigheidseisen die strafrechtelijk wel en niet relevant zijn, zoals dus ook gebeurt in het huidige vervolgingsbeleid van het OM.

Aanbeveling 7 Richt de relatie tussen het Wetboek van Strafrecht en de Wtl zo in dat het schenden van de zorgvuldigheidseisen een apart misdrijf wordt; overweeg daarbij te

358 A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw, 2012, p.229.

differentiëren tussen zorgvuldigheidseisen die strafrechtelijk meer of minder relevant zijn (wetgever).

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

Door de jaren heen is de verhouding tussen handelingen die onder de Wtl vallen en andere medische beslissingen rond het levenseinde een terugkerend onderwerp van discussie. Het komt nogal eens voor dat onduidelijkheid bestaat over de vraag of wel of niet sprake is van handelen dat onder de Wtl valt, met name ook waar het gaat om het onderscheid tussen euthanasie en palliatieve sedatie. In het regeerakkoord van het huidige kabinet wordt hierover, in relatie tot dit evaluatieonderzoek, opgemerkt: *“We gaan aan de slag met de aankomende vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding om het verschil tussen euthanasie en palliatieve zorg te verduidelijken.”*³⁵⁹ Desgevraagd bleek men daarbij het oog te hebben op palliatieve sedatie. Recente jaarverslagen van de Rte’s besteden aan de verhouding tussen euthanasie en palliatieve sedatie geen aandacht. Kennelijk doen zich in toetsingspraktijk geen vragen of dilemma’s ter zake voor. In 2022 is de KNMG-richtlijn over palliatieve sedatie, die al sinds 2005 in de praktijk een belangrijke rol speelt, met name ook waar het gaat om het ‘bewaken’ van het onderscheid tussen palliatieve sedatie en euthanasie, (wederom) geactualiseerd. De belangrijkste aanpassingen ten opzichte van de vorige versie van de richtlijn zijn:

- Expliciete aandacht voor een multidisciplinaire aanpak bij (het proces van) palliatieve sedatie.
- Meer aandacht voor het vroegtijdig en proactief bespreken van palliatieve sedatie als onderdeel van palliatieve zorg.

De verhouding tussen euthanasie en palliatieve sedatie kwam ook aan de orde in een strafzaak tegen een arts die ervan werd verdacht in 2016 zijn in een verpleeghuis verblijvende schoonmoeder van het leven te hebben beroofd door toediening van sederende medicatie. In juli 2022 sprak de rechtbank Limburg de betreffende arts van alle beschuldigingen vrij. De rechtbank volgde de arts in zijn standpunt dat geen sprake was geweest van levensbeëindiging, maar van palliatieve sedatie met inachtneming van de daarvoor in de (toenmalige) KNMG-richtlijn neergelegde regels (zie par. 2.3.4).

Het is niet altijd eenvoudig de verschillende soorten medische handelingen rond het levenseinde goed uit elkaar te houden. Onder artsen is soms al sprake van begripsverwarring, maar zeker ook onder patiënten of hun naasten. Zo kan reguliere pijn- en/of symptoombestrijding door naasten van de patiënt (ten onrechte) worden opgevat als actieve levensbeëindiging, of palliatieve sedatie als euthanasie. Het omgekeerde komt overigens ook voor. Uit het sterfgevallenonderzoek 2021 bleek dat intensieve symptoombestrijding in 1% van alle sterfgevallen bestaat in het geven van morfine in een hogere dosering dan nodig voor symptoombestrijding (par. 3.7). Het is onduidelijk of een dergelijke handelwijze opgevat moet worden als levensbeëindiging. Deze onduidelijkheid in de afbakening doet zich al vele jaren voor en zal nooit helemaal te voorkomen zijn. De bevinding in de achtereenvolgende sterfgevallenonderzoeken dat niet alle gevallen die daarin gekwalificeerd worden als euthanasie of

359 VVD, D66, CDA en ChristenUnie, *Coalitieakkoord ‘Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst’ (2021-2025)*, p.37.

hulp bij zelfdoding door de arts ook zo gezien worden is ook gerelateerd aan deze onduidelijkheid. Het is de belangrijkste verklaring voor de bevinding dat het meldingspercentage blijft steken rond de 80%. Overigens lijkt de omvang van het 'grijze gebied' tussen actieve levensbeëindiging en reguliere symptoombestrijding iets te zijn afgenomen (par. 3.7). Gesuggereerd is om in de wetgeving te verduidelijken in welke situaties geen sprake is van levensbeëindigend handelen als bedoeld in de Wtl. Dat komt ook in de wetgeving van sommige andere landen voor. Wettelijke verduidelijking van het onderscheid tussen handelingen die wel en niet onder de Wtl vallen zal de genoemde problemen uiteraard niet oplossen, maar kan wel bijdragen aan meer helderheid in de Nederlandse situatie.³⁶⁰

Aanbeveling 8 Verduidelijk het onderscheid tussen handelen dat onder de Wtl valt en handelen dat niet door deze wet wordt bestreken, door aan de Wtl een bepaling ter zake toe te voegen en/of door andere stappen of activiteiten, waaronder scholing (wetgever, overheid, medische beroepsgroep).

10.7 Ontwikkelingen met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen

De kern van de Wtl wordt gevormd door art. 2 lid 1 van deze wet, waarin de door de arts in acht te nemen zorgvuldigheidseisen zijn geregeld. De in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen zijn ontwikkeld in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, met name op basis van het in 1984 verschenen euthanasiestandpunt van de KNMG en de uit dat jaar daterende beslissing van de Hoge Raad in de Schoonheim-zaak. Aldus gezien, had de Wtl vooral een codificerend karakter. De in 2002 in de wet opgenomen zorgvuldigheidseisen zijn nadien niet meer gewijzigd. Dat betekent niet dat zich met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen geen ontwikkelingen hebben voorgedaan. De zorgvuldigheidseisen van de Wtl moeten blijkens de wetsgeschiedenis worden gezien als 'open normen', waarvan de interpretatie kan meebewegen met veranderende maatschappelijke opvattingen. Uit het wettelijk systeem vloeit voort dat primair de Rte's verantwoordelijk zijn voor het toepassen en interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De wijze waarop de Rte's dat doen blijkt uit de oordelen die openbaar worden gemaakt, uit de jaarverslagen en sinds 2015 vooral ook uit de door de Rte's opgestelde EuthanasieCode.

In de wettelijke formulering van de zorgvuldigheidseisen is de verantwoordelijkheid van de arts nadrukkelijk verwoord, op verschillende manieren:

- De arts moet *de overtuiging hebben gekregen* dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden (art. 2 lid 1 onder a en b Wtl).
- De arts is met de patiënt *tot de overtuiging gekomen* dat er geen redelijke andere oplossing is (art. 2 lid 1 onder d Wtl).

Deze wettelijke formuleringen benadrukken dat de arts een eigen afweging maakt of (in voldoende mate) aan de betreffende zorgvuldigheidseisen is voldaan. Met betrekking tot het verzoek en het

³⁶⁰ Een dergelijke bepaling werd al voorgesteld door de Staatscommissie Euthanasie 1985. Zie ook de uit 2022 daterende conceptregeling levensbeëindiging 1-12 jaar, waarin een definitie van levensbeëindiging is opgenomen: "*Het toedienen van farmaca met als doel het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen*".

lijden gaat het om de overtuiging van de arts zelf, ten aanzien van de redelijke andere oplossing om een gezamenlijk oordeel van arts en patiënt. Waar het gaat om laatstgenoemde eis hecht de Wtl dus expliciet waarde aan de waardering van de situatie door de patiënt zelf. Ontwikkelingen in de praktijk laten zien dat artsen daar bij het interpreteren van de lijdenseis ook rekening mee houden, door in toenemende mate waarde te hechten aan de persoonlijke beleving van het lijden door de betreffende patiënt (zie par. 2.2.4 en par. 8.3). Ook met betrekking tot de zorgvuldigheidseis over de redelijke andere oplossing is dit het geval.

Dat artsen zich bij het toepassen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen laten beïnvloeden door ontwikkelingen in de gezondheidszorg om meer betekenis toe te kennen aan de mening van de patiënt is begrijpelijk. Er wordt in de zorg in het algemeen steeds meer accent gelegd op *shared decision making*: zoveel mogelijk rekening houden met de waarden en voorkeuren van de patiënt (*'preference sensitive care'*). Dan is het niet onlogisch dat artsen ook bij het interpreteren van de lijdenseis uit art. 2 lid 1 onder b Wtl steeds meer waarde toekennen aan de beleving van de patiënt. Daarbij kan ook de levensverwachting van de patiënt een rol spelen. Zo wordt wel betoogd dat artsen aan de beleving van de patiënt meer waarde hechten naarmate de patiënt door de aard en ernst van zijn aandoening nog maar kort te leven heeft. Een en ander komt erop neer dat er minder nadruk komt te liggen op de medisch-professionele aspecten van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Het accent van de eigen verantwoordelijkheid van de arts wordt dan verlegd van de beoordeling van (de invoelbaarheid van) het lijden naar de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek.

De geschetste ontwikkeling heeft wel een mogelijke keerzijde, nu deze ertoe kan leiden dat de Wtl een façade wordt en dat wezenlijke wettelijke eisen min of meer worden 'uitgehouden'. De arts, zo kan worden gesteld, doet niet langer wat de wet van hem verlangt, namelijk een eigen afweging maken met betrekking tot (in dit geval) het lijden van de patiënt. Dat zou afbreuk kunnen doen aan de waarborgfunctie van de in de Wtl opgenomen zorgvuldigheidseisen. Gelet op die waarborgfunctie van de Wtl is het belangrijk dat de arts scherp blijft op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt, zeker waar het gaat om patiënten bij wie het ziektebeeld mogelijk de wilsbekwaamheid beïnvloedt. Dat is overigens ook de achtergrond van het vereiste van *"grote behoedzaamheid"* in situaties waarin een euthanasieverzoek geheel of in overwegende mate is gebaseerd op psychisch lijden (EuthanasieCode 2022, p.46).

De in hoofdstuk 2 besproken vergelijking tussen de Wtl en recente buitenlandse wetgeving leert dat in een aantal andere landen de nadruk op de beleving van het lijden door de patiënt juist nadrukkelijk in de wet is geregeld. In deze landen is voldaan aan de lijdenseis als het lijden *in de beleving van de patiënt* ondraaglijk is geworden (zie par. 2.5.3). Aangenomen mag worden dat deze wettelijke bepalingen, die veelal later tot stand kwamen dan de Wtl, dezelfde oorsprong hebben als de genoemde recente Nederlandse ontwikkelingen met betrekking tot art. 2 lid 1 onder b Wtl: meer nadruk in het huidige tijdsgewricht op de wensen en voorkeuren van de patiënt. Een eventuele wijziging van de genoemde Wtl-bepaling zal naar verwachting evenwel niet veel meerwaarde hebben. Veel wezenlijker is het gesprek tussen arts en patiënt over diens persoonlijkheid, levensgeschiedenis en waarden, teneinde de lijdenservaring van de patiënt zo goed mogelijk in beeld

te krijgen en gezamenlijk te kunnen besluiten welke optie het meest geëigend is. Dat doet recht aan de positie van de patiënt, maar ook aan de verantwoordelijkheid van de arts.

Vloeit de zojuist beschreven ontwikkeling voort uit veranderingen in de samenleving en in de aanpak en houding van artsen, en sluiten de Rte's zich daarbij aan, of spelen de Rte's een initiërende rol? De bevindingen uit deze evaluatie wijzen vooral op het eerste. Het is van belang de in deze paragraaf beschreven ontwikkeling uitvoeriger en diepgaander te onderzoeken dan in het kader van dit evaluatieonderzoek mogelijk was, om beter zicht te krijgen op de strekking, de betekenis en de systeemimplicaties ervan.

Aanbeveling 9 Initieer onderzoek dat erop gericht is de ontwikkelingen die zich voordoen met betrekking tot de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door artsen en de Rte's nader in kaart te brengen (overheid).

10.8 De schriftelijke wilsverklaring

Door de zaak die leidde tot de twee beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends (over zowel het strafrechtelijke als het tuchtrechtelijke oordeel over het handelen van betreffende arts) kreeg euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring veel aandacht. Deze vorm van levensbeëindiging op verzoek vindt een wettelijke basis in art. 2 lid 2 WtI, maar de wettelijke regeling is summier. Art. 2 lid 2 WtI houdt in dat het gebruikelijke mondelinge verzoek van de patiënt kan worden vervangen door een schriftelijke wilsverklaring, opgemaakt toen de patiënt nog wilsbekwaam was. Daarnaast blijven de overige zorgvuldigheidseisen van de WtI van kracht; art. 2 lid 2 WtI formuleert dat als 'van overeenkomstige toepassing'. Het komt enkele malen per jaar voor dat een arts euthanasie toepast op basis van een schriftelijke wilsverklaring. Het betreft dan doorgaans patiënten met gevorderde dementie. Belangrijk is dan dat de inhoud van de wilsverklaring voor de arts voldoende duidelijk is. In de zaak-Arends oordeelde de Hoge Raad dat een arts enige ruimte heeft om de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring te interpreteren, in het licht van de bedoelingen van de patiënt en alle omstandigheden van het geval (zie par. 2.3.2).

Onder meer uit het burgeronderzoek (zie par. 7.4.3) komt naar voren dat onder burgers nog steeds allerlei onduidelijkheden bestaan over de schriftelijke wilsverklaring als bedoeld in art. 2 lid 2 WtI. Die onduidelijkheid betreft zowel de specifieke betekenis van de wilsverklaring binnen het stelsel van de WtI als de vraag waaraan een door een patiënt op te stellen wilsverklaring inhoudelijk moet voldoen. Ondanks allerlei inspanningen door de jaren heen, waaronder de publicatie in 2015 van een Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek, bestaan hier nog veel vragen over.

Aanbeveling 10 Voorzie in samenspraak met maatschappelijke organisaties in voorlichting aan burgers over het belang van een duidelijke schriftelijke wilsverklaring, over het belang van het regelmatig actualiseren en herbevestigen van deze verklaring en over de beperkingen van zo'n verklaring; voorzie in mogelijkheden voor burgers om desgewenst ondersteuning te krijgen bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring (overheid, veld).

Waar het gaat om de situatie bedoeld in art. 2 lid 2 Wtl (een eerdere wilsbekwaam opgemaakte wilsverklaring in plaats van een actueel mondeling verzoek) bepaalt de wet dat de overige zorgvuldigheidseisen ‘van overeenkomstige toepassing’ zijn. Dat roept vragen op, want het gaat naar zijn aard om een geheel andere situatie. Voor deze situatie heeft de Hoge Raad in de zaak-Arends per zorgvuldigheidseis een specifieke(re), op art. 2 lid 2 Wtl toegesneden invulling gegeven. Dit punt lijkt belangrijk genoeg, ook met het oog op de rechtszekerheid, om de passage in de tekst van de Wtl inzake ‘van overeenkomstige toepassing’ nader in te vullen, op geleide van de uitspraak van de Hoge Raad.

Aanbeveling 11 Overweeg nadere uitwerking van art. 2 lid 2 Wtl, hetzij in die wettelijke bepaling zelf, hetzij in een in die bepaling mogelijk te maken algemene maatregel van bestuur (wetgever).

10.9 Positie en functioneren van de Rte’s

10.9.1 Algemeen

Tabel 10.1 Kerncijfers van tussen 2017 en 2022 bij de Rte’s gemelde zaken

Jaar	Aantal meldingen	Niet cfr zorgvuldigheidseisen	Hulp bij zelfdoding ^a	Psychische stoornis	Beginnende dementie	Gevorderde dementie (wilsverklaring)	Stapeling ouderdomsaandoeningen
2017	6 585	12	250	83	166	3	293
2018	6 126	6	212	67	144	2	205
2019	6 361	4	245	68	160	2	172
2020	6 938	2	216	88	168	2	235
2021	7 666	7	189	115	209	6	307
2022	8 720	13	186	115	281	6	379

a Exclusief de gevallen waarin (uiteindelijk) sprake was van een combinatie van hulp bij zelfdoding en euthanasie.

Tabel 10.1 laat zien dat het jaarlijkse aantal meldingen van levensbeëindiging op verzoek door artsen in zijn totaliteit nog steeds een stijgende lijn vertoont, van 6 585 in 2017 tot 8 720 in 2022. Dat is een stijging van 32% in een periode van vijf jaar. Het aantal meldingen betreffende hulp bij zelfdoding is nog steeds erg laag, en is zelfs nog wat afgenomen. Het aantal gevallen waarin een Rte oordeelt dat een arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, blijft zeer gering. In de periode 2017-2021 gingen de als ‘niet conform de zorgvuldigheidseisen’ beoordeelde zaken, net als in eerdere jaren, in (zeer) overwegende mate over problemen rond de onafhankelijke consultatie en de medisch-zorgvuldige uitvoering, terwijl de zaken uit 2022 vooral de meer substantiële zorgvuldigheidseisen betroffen (zie par. 6.4). Onduidelijk is of het gaat om een trendbreuk. Dat zal de komende jaren moeten blijken. Het aantal meldingen met betrekking tot bijzondere categorieën (psychische stoornis, dementie, stapeling ouderdomsaandoeningen) neemt geleidelijk aan wat toe. Op het totaal gaat het om relatief geringe aantallen.

Het stijgende aantal jaarlijkse meldingen leidt tot een aanzienlijke toename van de werklust van de Rte's. De verwachting is dat deze stijging nog verder zal doorzetten. Dat zal gevolgen moeten hebben voor het aantal inzetbare Rte-leden. Sinds 2012 bestaan de Rte's uit 45 leden met secretariële en facilitaire ondersteuning. Naar verwachting is een uitbreiding van het aantal leden noodzakelijk, om overbelasting en verlies van kwaliteit te voorkomen. Hetzelfde geldt dan ook voor het ondersteunende apparaat.

Aanbeveling 12 Vergroot de capaciteit van de Rte's (leden en ondersteunende apparaat) (overheid).

10.9.2 Aanpak en werkwijze van de Rte's

De Rte's beoordelen elke gemelde zaak op basis van de door de arts aangeleverde gegevens, waar nodig aangevuld met nadere informatie. Het gaat om de vraag of de arts in redelijkheid kon besluiten dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan; de Rte's doen niet aan waarheidsvinding. Al een aantal jaren worden de gemelde zaken door de Rte's onderverdeeld in vragen oproepende (VO) meldingen en niet vragen oproepende (NVO) meldingen. Het overgrote deel van de meldingen wordt als NVO aangemerkt. Deze meldingen worden door de leden van de betreffende Rte digitaal beoordeeld en niet ter vergadering besproken. VO meldingen worden wel tijdens een commissievergadering besproken. Wanneer een beoordelend commissielid van mening is dat een NVO melding wel degelijk vragen oproept, dan wordt deze alsnog als een VO melding doorgeleid naar de commissievergadering. Dat gebeurde in 2021 in 75 gevallen en in 2022 in 40 gevallen. Door de jaren heen is het percentage meldingen dat als NVO wordt aangemerkt gestegen (van 80% in 2017 naar 95% in 2022). Op dit punt wijzigen de Rte's af en toe het beleid; zo worden meldingen inzake beginnende dementie en stapeling van ouderdomsaandoeningen niet altijd meer per definitie als VO aangemerkt (zie nader par. 6.2.2). In de jaarverslagen nemen de Rte's informatie op over de redenen om een melding als VO aan te merken.³⁶¹ Art. 14 van de Richtlijnen Werkwijze Rte vermeldt dat de commissies ter zake een checklist hanteren. Vanwege het belang van een transparante werkwijze is het belangrijk die checklist op de website te publiceren.

Aanbeveling 13 Publiceer de in art. 14 van de Richtlijnen Werkwijze Rte genoemde checklist voor het maken van een onderscheid tussen de afhandelingswijzen van een melding op de website van de Rte's (Rte's).

In de derde evaluatie van de Wtl (2017) zijn met betrekking tot de Rte's diverse aanbevelingen gedaan die er onder meer op gericht waren de harmonisatie binnen de (formeel zelfstandig opererende) Rte's te bevorderen.³⁶² Het onderhavige onderzoek laat zien dat de Rte's deze aanbevelingen de afgelopen jaren serieus hebben opgepakt en hun werkwijze op een aantal punten hebben aangepast. Die aanpassingen waren met name gericht op het zo efficiënt mogelijk inrichten van de interne organisatie (intern) en op het beter vindbaar en toegankelijk maken van gepubliceerde Rte-oordelen (extern). Tussen 2017 en 2022 werd een aanzienlijke reductie van de doorlooptijd van de meldingen

³⁶¹ Zie bijvoorbeeld Jaarverslag Rte's 2021, p.18.

³⁶² B. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw, 2017, p.250-252.

gerealiseerd: van gemiddeld 52 dagen in 2017 tot gemiddeld 32 dagen in 2021 en 34 dagen in 2022. Daarnaast is er meer aandacht gekomen voor de motivering van de oordelen en worden sinds enige tijd alle gemotiveerde oordelen gepubliceerd.

VO meldingen die als complex worden gezien en waarbij de beoordelende commissie behoefte heeft aan intern debat, worden op het intranet van de commissies geplaatst, zodat alle 45 Rte-leden kunnen meedenken en reageren. Het betreft daarbij bijvoorbeeld zaken waarin euthanasie werd verleend aan een wilsonbekwame patiënt op basis van diens schriftelijke wilsverklaring en zaken waarin een commissie meent dat een meldend arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Jaarlijks worden gemiddeld zo'n 20 zaken op deze manier op het intranet bediscussieerd alvorens de betreffende Rte het oordeel formeel vaststelt. De commissies kennen voorts een reflectiekamer – bestaande uit twee juristen, twee ethici, twee artsen en een secretaris – die wordt geraadpleegd in het geval van een 'complex vraagstuk' van algemene aard. In de onderzoeksperiode 2017-2022 is dat in totaal vijf keer gebeurd.

Het onderzoek laat zien dat de Rte's zich sterk oriënteren op de eigen EuthanasieCode. Er is weinig licht tussen de inhoud van die code en wat de Rte's feitelijk doen. In gevallen waarin er sprake is van twijfel over het naleven van de zorgvuldigheidseisen geven de Rte's behoorlijk wat ruimte aan de arts. Ook speelt de 'aantoonbaar goede wil' van een meldende arts een belangrijke rol bij de beoordeling van diens handelen, getuige het feit dat daar met enige regelmaat naar wordt verwezen in de beoordelingen (zie par. 6.3 en par. 6.5). Waar het gaat om de beoordeling van meldingen uit bijzondere categorieën zijn verschillen van inzicht tussen de betrokkenen een reden voor extra aandacht bij de toetsing (zie par. 6.3). Het verzoek en de bekwaamheid van de patiënt krijgen daarbij meer aandacht dan het lijden. Dit sluit aan bij de in par. 10.7 gesignaleerde ontwikkeling.

In de gepubliceerde (geanonimiseerde) oordelen van de Rte's wordt niet vermeld uit welke regio de zaak afkomstig is en welke Rte-leden het oordeel hebben geformuleerd. Dat wijkt af van wat gangbaar is in de (semi-)rechtspraak en de toetsingspraktijk; doorgaans worden daarin wel de namen vermeld van de voor het oordeel verantwoordelijke rechters of commissieleden. Het wel vermelden daarvan zou kunnen bijdragen aan de transparantie van het werk van de Rte's. Daar staat tegenover dat de oordelen van de Rte's doorgaans informatie over de medische situatie van de patiënt bevatten die indringender is dan bijvoorbeeld het geval is in uitspraken van tuchtcolleges. Dit is een argument om de te publiceren casus afdoende te anonimiseren, onder meer door de regio waarin de gemelde zaak zich afspeelde niet bekend te maken. Het gevolg daarvan is dat ook de namen van de betreffende Rte-leden, die immers aan een regio zijn verbonden, niet kunnen worden vermeld.

10.9.3 De toekomst van het toetsingssysteem

Het sterk toegenomen aantal meldingen heeft de afgelopen jaren geleid tot een aanzienlijke stijging van de werklast van de Rte's. Binnen de Rte's wordt aan de zinvolheid van dit systeem niet ten principale getwijfeld. Aanpassingen (zoals het beperken van de beoordeling tot alleen VO meldingen of tot een steekproefsgewijze selectie van gevallen) zijn wat de Rte-leden betreft nodig noch wenselijk (zie par. 6.5). Ook onder andere betrokkenen, zoals artsen, is hierover niet of nauwelijks discussie (zie par. 5.4 en hierboven). Kennelijk is er nog brede steun voor het huidige toetsingssysteem

van de Wvl. Artsen geven soms wel aan de Rte-procedure ingrijpend en belastend te vinden, maar zien ook de (maatschappelijke) betekenis daarvan. En er zijn maar relatief weinig artsen die meer dan eens per jaar met die procedure te maken krijgen.

Dit neemt niet weg dat het stijgende aantal jaarlijkse meldingen op enig moment de vraag kan oproepen of het toetsingssysteem nog houdbaar is en of dit systeem nog meerwaarde heeft, mede gelet op de stabiliteit en de kwaliteit van de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek. De Rte's wortelen in een belangrijke Nederlandse traditie, maar de in hoofdstuk 2 opgenomen vergelijking met buitenlandse systemen laat zien dat ook minder intensieve vormen van toetsing achteraf mogelijk zijn, zonder dat daarover, voor zover bekend, in die betreffende landen problemen ontstaan. Het kan met het oog op de toekomst de moeite waard zijn nader onderzoek te doen naar de ontwikkelingen en ervaringen in andere landen, ook om meer zicht te krijgen op de relatie tussen het toetsingssysteem en de kwaliteit en zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk: in welke mate zal wijziging van het toetsingssysteem de kwaliteit van die praktijk beïnvloeden?

Door het maken van een onderscheid tussen NVO's en VO's kunnen nagenoeg alle meldingen (de NVO's) sneller worden afgedaan. De VO's krijgen meer tijd en aandacht. Een dergelijk onderscheid in zaken zou, zo is wel gesuggereerd, ook op een andere wijze kunnen worden gemaakt, namelijk door te onderscheiden tussen gevallen waarin het overlijden door de aard van de onderliggende aandoening van de patiënt al nabij was en gevallen waarbij dat niet zo was.

10.9.4 De relatie tussen de Rte's en het OM

In de onderzoeksperiode ontstond enige discussie tussen de Rte's en het OM, vooral naar aanleiding van de reactie van de Rte's op de beslissingen van de Hoge Raad in de zaak-Arends (zie nader par. 2.4.3). De Rte's besloten naar aanleiding van die beslissingen de EuthanasieCode aan te passen, maar consulteerden daarover het OM vooraf niet; het OM was het inhoudelijk niet eens met de interpretatie door de Rte's van de uitspraak van de Hoge Raad.

Het OM bracht in de richting van de minister van Justitie en Veiligheid de wens naar voren om door een (eenmalig) onafhankelijk onderzoek zaken waarin de Rte's tot het oordeel 'conform de zorgvuldigheidseisen' komen, te onderzoeken. Volgens het OM zou een dergelijk onderzoek het beeld dat artsen zich houden aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen kunnen bevestigen en beter inzicht kunnen geven in de selectie van zaken door de Rte's. Aan deze suggestie werd door de minister geen gevolg gegeven. De suggestie van het OM lijkt mede ingegeven door de gedachte dat het wenselijk is reflectie te organiseren op de zelfstandige wetsinterpretatie door de Rte's, aangezien daardoor de reikwijdte van de wet, en eventuele verruiming daarvan, wordt bepaald. Aan die mogelijkheid van reflectie hebben de Rte's zelf de afgelopen jaren bijgedragen met hun ruimere publicatiebeleid en de initiatieven om de kwaliteit, de uniformiteit en de consistentie van de oordelen te verbeteren. De argumenten voor het door het OM bepleite onderzoek lijken daarmee niet sterk. Tegelijkertijd nemen de Rte's, in vergelijking met andere rechtsvormende instanties, in zoverre een bijzondere positie in, dat niet is voorzien in enige vorm van controle door een andere of hogere instantie, het eventueel instellen van strafvervolgning uitgezonderd. Daar komt bij dat de minister van Justitie en Veiligheid in het geval van de Rte's de mogelijkheden van cassatie in het belang der wet en het stellen van

prejudiciële vragen aan de Hoge Raad heeft afgewezen (zie par. 2.4.3). Dat alles maakt het des te belangrijker dat het proces van selectie en beoordeling door de Rte's zo transparant mogelijk is, met name waar het gaat om de toepassing van de zorgvuldigheidscriteria en de criteria om onderscheid te maken tussen NVO en VO meldingen. Zie over dat laatste aanbeveling 14 in par. 10.9.2. Ook is het van belang dat de Rte's de EuthanasieCode steeds weer actualiseren.

Van de kant van de Rte's is in relatie tot het OM de eigen, zelfstandige rol en functie van de Rte's benadrukt. De zelfstandige functie van de Rte's binnen het systeem van de Wtl moet echter niet aan het zicht onttrekken dat het uiteindelijke oordeel over de (juiste) interpretatie van de Wtl aan de (straf)rechter is, zoals de zaak-Arends eveneens illustreert. Die weg naar de rechter verloopt (nu eenmaal) via de vervolgingsbeslissing van het OM. Met andere woorden: de Rte's hebben een zelfstandige verantwoordelijkheid voor interpretatie en toepassing van de Wtl, maar kunnen zich tegelijkertijd niet geheel van het strafrecht vervreemden, hoewel dat laatste handhavingssysteem in de Wtl op afstand staat. Het een is in het huidige stelsel niet denkbaar zonder het ander. Het is bij deze stand van zaken dan wel belangrijk dat over punten van gemeenschappelijk belang een tijdige en adequate gedachtenuitwisseling tussen OM en Rte's plaatsvindt. Er is, afgezien van incidenteel contact bij specifieke vraagpunten, zowel periodiek contact op het niveau van medewerkers als twee keer per jaar overleg tussen de coördinerend voorzitter van de Rte's en het lid van het College van Procureurs-Generaal. Overigens leidt enige beleidswijziging van de Rte's (bijvoorbeeld in de vorm van een aanpassing van de EuthanasieCode) niet tot de verplichting van het OM om in een daarmee overeenkomende aanpassing van het eigen vervolgingsbeleid te voorzien. Het OM heeft en houdt de ruimte om eigen afwegingen te maken.

10.10 Barmhartigheid en autonomie

De begrippen barmhartigheid en autonomie worden al vele jaren gebruikt om het beleid betreffende de regulering van levenseindeverzoeken te duiden. Zoals hoofdstuk 8 laat zien vormen beide begrippen geen tegenstelling, maar zijn ze beide centrale uitgangspunten van het Nederlandse euthanasiebeleid. Een specifiek aandachtspunt in deze vierde evaluatie waren *“ontwikkelingen in de waardering of rol van autonomie en barmhartigheid”* (ZonMw subsidieoproep). Daarover werd door ZonMw het volgende opgemerkt: *“De euthanasiewet is tot stand gekomen naar aanleiding van de roep van artsen om een regeling te treffen, waarmee het voor hen werd toegestaan om uit barmhartigheid een einde te maken aan het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt op zijn verzoek. Inmiddels lijkt de waarde van autonomie aan belang te hebben gewonnen, zoals ook wordt aangestipt in de derde evaluatie van de Wtl. Hoe deze waarden in de huidige praktijk worden gewogen en of een verschuiving zichtbaar is, kan inzichten bieden in de toekomstbestendigheid van de wet.”* Met het begrip 'barmhartigheid' wordt van oudsher bedoeld op de mogelijkheid die de Wtl artsen biedt om door middel van levensbeëindiging op verzoek een einde te maken aan het ondraaglijk lijden van een patiënt, in gevallen waarin minder ingrijpende alternatieven ontbreken. Meer recent kwamen de waarden barmhartigheid en autonomie onder meer aan de orde in de kabinetsreactie op het rapport van de Adviescommissie Voltooid Leven (Commissie Schnabel) uit oktober 2016: *“De in 2002 in werking getreden Wtl is opgezet om ruimte te bieden aan artsen die een verzoek om actieve levensbeëindiging ontvangen, opdat zij vanuit barmhartigheid mensen kunnen helpen die ondraaglijk*

lijden.”³⁶³ In de kabinetsreactie wordt daar tegenover een meer op autonomie gebaseerde benadering gesteld: “*Het respecteren van de autonomie van mensen impliceert het creëren van omstandigheden die mensen in staat stellen hun eigen leven vorm te geven, waaronder het eigen sterven.*”³⁶⁴ In een meer op autonomie gestoelde benadering heeft de patiënt meer mogelijkheden zijn wensen met betrekking tot waardig sterven te realiseren en komt er minder nadruk te liggen op de medisch-professionele rol van de arts. De verhouding tussen en het relatieve belang van de waarden barmhartigheid en autonomie staan ter discussie, zo blijkt wederom uit ontwikkelingen in de periode waarop deze vierde evaluatie van de Wtl betrekking heeft. Deze vierde evaluatie wijst uit dat de verhouding tussen de begrippen autonomie en barmhartigheid complex en veelvormig is (zie met name hoofdstuk 8). Er zijn verschillende manieren om in de context van levenseinderegulering invulling te geven aan (meer) autonomie voor de patiënt. Een van de bevindingen is dat er zowel binnen als buiten de Wtl ontwikkelingen zijn die duiden op meer medische, maatschappelijke en politieke aandacht voor de autonomie van de patiënt. Binnen de Wtl gaat het om autonomie in de betekenis van: meer betekenis toekennen aan de beleving en wensen van de patiënt bij het interpreteren van de zorgvuldigheidseisen (zie ook par. 10.7). Buiten de Wtl gaat het om het verruimen van mogelijkheden voor burgers/patiënten om hun wens tot levensbeëindiging gerealiseerd te krijgen, bijvoorbeeld door de extra mogelijkheden die worden genoemd in het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel ‘voltooid leven’. Dit is een ontwikkeling waarbij autonomie uiteindelijk zou kunnen resulteren in meer zelfbeschikking, en zelfs in een recht op stervenshulp, die dan overigens in de eerste plaats de regulering en strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding betreft en niet euthanasie, zoals ook de rechtsontwikkeling in enkele andere landen illustreert.

Zowel onder artsen als onder burgers is de meerderheid van mening dat autonomie van de burger/patiënt een belangrijke waarde is bij zorg aan het levenseinde. Van grote ontwikkelingen in de richting van meer autonomie is blijkens het onderzoek geen sprake, maar het streven daarnaar blijft een persistent thema. Er is wel een beweging zichtbaar in de manier waarop ‘barmhartigheid’ vorm krijgt. Daarin wordt lijden meer en meer opgevat als een persoonlijke ervaring, en raakt het belang van het medisch-professionele oordeel over het lijden op de achtergrond. De rol van de arts krijgt dan meer het karakter van uitvoerder van de levensbeëindiging. Het afzwakken van de rol van het professionele oordeel over het lijden kan de waarborgfunctie die de arts vervult ten aanzien van goede zorg aan het levenseinde onder druk zetten. Het gaat volgens artsen zelf dan met name om een goede beoordeling van het lijden en eventuele alternatieven voor levensbeëindiging, en om het voorkomen van misbruik. Het reduceren van de rol van de arts staat op gespannen voet met diens verantwoordelijkheid om met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen een eigen afweging te maken. Zie eerder par. 10.7 en de daarin opgenomen aanbeveling 9.

363 *Kamerstukken II, 2016-2017, 32647, nr. 55, p.6.*

364 *Kamerstukken II, 2016-2017, 32647, nr. 55, p.7.*

10.11 Toekomstige regulering

10.11.1 De Wtl vergeleken met recente(re) buitenlandse regelingen

Een van de onderzoeksvragen in deze vierde evaluatie was of sprake is van rechtsontwikkelingen in andere landen die van betekenis kunnen zijn voor (beleids)discussies over de regelgeving in Nederland. Lange tijd was Nederland een van de weinige landen met wetgeving die onder bepaalde omstandigheden levensbeëindigend handelen door een arts toestaat (naast België, Luxemburg en enkele staten in de VS). In de periode waarop deze vierde evaluatie betrekking heeft (2017-2022), kwam ook in andere landen dergelijke wetgeving tot stand (onder meer in Spanje, Nieuw-Zeeland, Australië en Canada).³⁶⁵ Dit maakt het de moeite waard om onderdelen van de Wtl te vergelijken met (relevante onderdelen van) recente regelingen uit andere landen.

De Wtl werd van kracht in 2002 en reflecteert in belangrijke mate de (rechts)ontwikkelingen die zich voordien in Nederland voordeden. De wet bevat de zorgvuldigheidseisen die in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw werden benoemd en ontwikkeld en regelt de procedure voor melding en toetsing achteraf. Na de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 ontstond discussie over diverse aspecten van de wet, maar ook over thema's die in de Wtl niet zijn geregeld. Op dat punt leert de vergelijking met de buitenlandse wetgeving dat daarin allerlei aspecten explicieter of meer gedetailleerd zijn geregeld dan in de Wtl het geval is. Voorbeelden daarvan zijn de vereiste mate van onafhankelijkheid van de consultant, de eis dat een verzoek tot levensbeëindiging schriftelijk moet worden gedaan, de criteria voor wilsbekwaamheid, en de mogelijkheid om een euthanasieverzoek uit te voeren in situaties waarin de patiënt kort voor het moment van uitvoering het bewustzijn verliest. Dat zijn kwesties die ook in de Nederlandse praktijk regelmatig vragen en problemen oproepen, maar die in de Wtl niet aan de orde komen. Eerder werd al besproken dat in verschillende buitenlandse regelingen ook de verantwoordelijkheidsverdeling tussen arts en patiënt anders is vormgegeven, met name waar het gaat om de lijdenseis (par. 10.7). Dit evaluatieonderzoek levert op deze punten geen dwingende redenen op voor aanbevelingen om de Wtl te wijzigen. Kennelijk vinden alle betrokkenen in de Nederlandse euthanasiepraktijk ook met betrekking tot allerlei niet in de Wtl geregelde kwesties wel hun weg, bijvoorbeeld op basis van de EuthanasieCode van de Rte's of relevante professionele richtlijnen. Dat er geen dringende noodzaak is tot het aanpassen van de Wtl, wil echter niet zeggen dat eventuele wetsaanpassingen zonder betekenis zouden zijn. De vergelijking met buitenlandse wetgeving levert suggesties voor wettelijke regels op die ook in een (gemoderniseerde) Wtl van nut kunnen zijn voor de (rechts)praktijk. Het is steeds meer de moeite waard om de Wtl te spiegelen aan recente(re) vergelijkbare regelgeving uit andere landen en aan de ervaringen die de komende jaren met de deels nog maar recent in werking getreden wetgeving worden opgedaan. Tot voor enkele jaren was dat niet of maar in zeer beperkte mate mogelijk. Dat is aan het veranderen.

Een thema dat bij de vergelijking tussen de Wtl en buitenlandse regeling vooral in het oog springt, is de procedure voor melding en toetsing achteraf. Dat is, zoals ook besproken in par. 10.9.3, een onderwerp dat een wezenlijk onderdeel uitmaakt van de Wtl, maar dat in recente buitenlandse

365 In Australië gaat het niet om wetgeving op nationaal niveau, maar om regelingen per provincie (deelstaat of territorium).

regelingen niet of veel minder intensief is geregeld (of met een sterker accent op vormen van toetsing vooraf).

10.11.2 Regulering van vormen van levensbeëindiging naast de Wtl?

Al in de jaren negentig van de vorige eeuw ontstond discussie over de kern van de Wtl: levensbeëindiging op verzoek is alleen mogelijk door een arts, met inachtneming van de in de Wtl vastgelegde zorgvuldigheidseisen. Door sommige groeperingen in de samenleving wordt dit als een beperking van de autonomie van burgers ervaren. Betoogd wordt dat ruimere mogelijkheden zouden moeten bestaan om tegemoet te komen aan de sterfenswens van burgers, in het bijzonder in de vorm van meer mogelijkheden voor rechtens toelaatbare hulp bij zelfdoding. Deze discussie kreeg in de periode 2017-2022 nieuwe impulsen, door de indiening van een wetsvoorstel 'voltooid leven' en door de aandacht voor de uitspraken van constitutionele hoven in Duitsland en Oostenrijk over de verruiming van mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding. In dat kader speelt ook de jurisprudentie van het EHRM ter zake een rol.

Niet duidelijk is of het in 2020 door de fractie van D66 ingediende initiatiefwetsvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek (Kamerstukken 35534) op een parlementaire meerderheid kan rekenen. In de derde evaluatie van de Wtl werd erop gewezen dat het belangrijk is om, mocht dit voorstel kracht van wet verkrijgen, te letten op de afstemming tussen dit wetsvoorstel en de Wtl, om te voorkomen dat de Wtl wordt uitgehold. De analyse over dat risico in deze vierde evaluatie is wat milder: het is maar de vraag of veel mensen de overstap zullen maken van de Wtl naar een (toekomstige) 'voltooid leven'-wet, nu die wet ten opzichte van de Wtl ook enkele nadelen heeft (zie nader par. 2.6.2). Het bedoelde initiatiefwetsvoorstel is beperkt tot personen van 75 jaar of ouder. Inmiddels is de discussie nadrukkelijk verbreed: zouden niet ook wilsbekwame mensen die jonger zijn dan 75 jaar over meer mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding moeten kunnen beschikken dan de huidige regelgeving in Nederland thans biedt? In deze discussie worden uitspraken van het EHRM aangehaald en wordt verwezen naar de uitspraken van de constitutionele hoven van Duitsland en Oostenrijk uit 2020 respectievelijk 2021. In dat kader kan ook worden gewezen op de door de Coöperatie Laatste Wil c.s. tegen de Staat der Nederlanden aangespannen civiele procedure, waarin de rechtbank Den Haag op 14 december 2022 uitspraak deed. De eis van aanpassing van strafbaarheid van en/of wetgeving over hulp bij zelfdoding werd door de rechtbank afgewezen. Vervolgontwikkelingen in Duitsland en Oostenrijk laten overigens zien dat het nog niet zo eenvoudig is om een recht op zelfbeschikking inzake het levenseinde neer te leggen in regelgeving die dit recht enerzijds erkent maar anderzijds voldoende waarborgen voor een voldoende vrijwillige en geïnformeerde beslissing bevat (zie par. 2.6.4). De regulerende rol van het EHRM is daarbij, zeker voor Nederland, beperkt, vanwege de ruime *margin of appreciation* die het EHRM op dit thema aan de lidstaten laat. De vraag naar de wenselijkheid van een dergelijke voltooid leven-wet gaat dit (Wtl-evaluatie)onderzoek te buiten.

10.11.3 Reguleringsscenario's

Deze Wtl-evaluatie is niet het juiste kader om te bepalen welke toekomstige vorm van regulering van levenseindewensen van burgers wenselijk of noodzakelijk is. Vanwege de relatie tussen de relevante

discussies en ontwikkelingen en de Wtl hebben wij ervoor gekozen een vijftal toekomstsscenario's te identificeren (zie hoofdstuk 9). Het is niet te verwachten dat het maatschappelijk debat over verruiming van de mogelijkheden voor het realiseren van stervenswensen van burgers in de komende jaren zal verstommen. Het is beter daarop te anticiperen dan af te wachten. Vanwege de talrijke en aanhoudende juridische en maatschappelijke ontwikkelingen en discussies op dit terrein valt dan ook te overwegen een kader voor maatschappelijke en politieke discussie te creëren. Daarbij zou het zowel kunnen gaan om een nadere doordenking van de uitgangspunten en de opzet van de Wtl, nu deze wet 20 jaar in werking is, maar ook over het duidelijker in kaart brengen van het maatschappelijk draagvlak voor reguleringsinitiatieven in aanvulling op de Wtl. Dit evaluatieonderzoek levert allerlei aanwijzingen voor het mogelijke belang daarvan. Het kan gaan om nader (rechtsvergelijkend) onderzoek, om het stimuleren van maatschappelijk debat over de toekomstige regulering van levenseindevragen, maar ook een integrale advisering over de met elkaar verbonden vraagstukken en ontwikkelingen met betrekking tot de regulering van het levenseinde. De staatscommissie die daarover in 1985 adviseerde heeft een belangrijke impuls gegeven aan de ontwikkelingen in de jaren daarna. Nu we bijna 40 jaar verder zijn, kan een herhaling van een dergelijk traject mogelijk bijdragen aan het maken van (regulerings)keuzen voor de toekomst, zowel waar het gaat om de uitgangspunten en inhoud van de Wtl, als om eventuele reguleringsopties naast of ter vervanging van die wet. De in hoofdstuk 9 beschreven scenario's kunnen daarbij behulpzaam zijn. Het is belangrijk de samenleving in brede zin daarbij te betrekken.

Aanbeveling 14 Stimuleer maatschappelijke debat over de toekomstige regulering van levenseindevragen, en overweeg nader onderzoek en/of een integraal adviestraject ter zake (overheid).

A

Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving

Begeleidingscommissie

Voorzitter

de heer prof. mr. J.G. Sijmons

Leden

de heer prof. mr. Y. Buruma

mevrouw dr. M.K. Dees

mevrouw dr. A. de Jong

mevrouw mr. W.R. Kastelein

de heer dr. ir. C.M. Vos

de heer prof. dr. G. van der Wal

mevrouw drs. E.E. Wiegman-van Meppelen Scheppink

Waarnemers

de heer mr. C. Smit (JenV)

mevrouw mr. L.F. Stultiëns (VWS)

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Leden

mevrouw dr. mr. A. de Jong
mevrouw mr. K. Lessen Kloek
de heer prof. dr. A.A. de Roo
de heer prof. mr. J.G. Sijmons
de heer R. A. Thieme Groen, MD, MHA
de heer prof. dr. R.A.E.M. Tollenaar
de heer dr. ir. C.M. Vos
mevrouw drs. F.E. Welles
de heer prof. dr. D.L. Willems

Waarnemer

mevrouw mr. S.M. van Weezel (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. Slijper

B

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding³⁶⁶

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)

Hoofdstuk I Begripsomschrijvingen

Artikel 1 In deze wet wordt verstaan onder:

- a Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
- c de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
- d de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
- e de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
- f de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3.

Hoofdstuk II. Zorgvuldigheidseisen

- Artikel 2
- 1 De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
 - a de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
 - b de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,

³⁶⁶ Geraadpleegd op 31-03-2023

- c de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
 - d met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
 - e ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
 - f de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.
- 2 Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
 - 3 Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
 - 4 Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

Hoofdstuk III. Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Paragraaf 1 Instelling, samenstelling en benoeming

- Artikel 3
- 1 Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidelijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
 - 2 Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.
- Artikel 4
- 1 De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van vier jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van vier jaar.

- 2 Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden aangewezen. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem. De aanwijzing eindigt van rechtswege met ingang van de datum dat de uitoefening van de functie van secretaris of plaatsvervangend secretaris geen onderdeel meer uitmaakt van de werkzaamheden van de betreffende ambtenaar.
- 3 De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoordig schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2 Ontslag

- Artikel 5 De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.
- Artikel 6 De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3 Bezoldiging

- Artikel 7
- 1 Onverminderd de artikelen 4 tot en met 6 worden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels gesteld over de rechtspositie van de voorzitters, waaronder in ieder geval regels over de vergoeding.
 - 2 De regels, bedoeld in het eerste lid, kunnen voor de onderscheiden voorzitters verschillend worden vastgesteld naar gelang de aard en omvang van de door hen te verrichten werkzaamheden.

Paragraaf 4 Taken en bevoegdheden

- Artikel 8
- 1 De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
 - 2 De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
 - 3 De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
- Artikel 9
- 1 De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
 - 2 De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de inspecteur van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd:

- a indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
 - b indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.
- De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
- 3 De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
 - 4 De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10 De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

- 1° ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
- 2° ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6 Werkwijze

Artikel 11 De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

- 1 Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
- 2 Een oordeel wordt vastgesteld door drie leden van de commissie die elk een van de in artikel 3, tweede lid, eerste zin, genoemde categorieën van deskundigheid vertegenwoordigen.

Artikel 13 De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken die ieder de andere leden van de betreffende categorie van deskundigheid vertegenwoordigen.

Paragraaf 7 Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14 De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15 Een lid van de commissie, 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.

Artikel 16 Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8 Rapportage

Artikel 17

- 1 De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
- 2 Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b de aard van deze gevallen;
 - c de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18 Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

- 1 Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
 - a hun aantal en relatieve bevoegdheid;
 - b hun vestigingsplaats.
- 2 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
 - a hun omvang en samenstelling;
 - b hun werkwijze en verslaglegging;
 - c het overleg met een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd.

Hoofdstuk IIIa. Bonaire, Sint Eustatius en Saba

Artikel 19a Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

- 1 Voor de toepassing van:
 - artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.

- artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
 - artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
 - artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
 - artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
- 2 Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken.

Hoofdstuk IV. Wijzigingen in andere wetten

Artikel 20 [Wijzigt het Wetboek van Strafrecht.]

Artikel 21 [Wijzigt de Wet op de lijkbezorging.]

Artikel 22 [Wijzigt de Algemene wet bestuursrecht.]

Hoofdstuk V. Slotbepalingen

Artikel 23 Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24 Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

C

Onderzoeksopzet

Sterfgevallenonderzoek

In het sterfgevallenonderzoek werd informatie verzameld over de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde. De onderzoeksopzet is vergelijkbaar met eerdere edities van het sterfgevallenonderzoek, in 1990, 1995, 2001, 2005, 2010 en 2015. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) trok voor dit onderzoek een steekproef uit doodsoorzaakverklaringen uit de periode augustus tot en met november 2021, dezelfde periode als in de voorgaande jaren. Uit doelmatigheidsoverwegingen werd een gestratificeerde steekproef getrokken. Daartoe zijn alle doodsoorzaakverklaringen uit de onderzoeksperiode vooraf in 11 strata verdeeld (tabel 1). Toewijzing van een sterfgeval aan een stratum geschiedde op basis van de op de doodsoorzaakverklaring opgegeven oorzaak van overlijden en de daarmee samenhangende kans dat er een medische beslissing rond het levenseinde was genomen. Voor sterfgevallen van kinderen van 0 tot 16 jaar en van personen met een niet-westerse achtergrond, twee relatief kleine groepen, werden twee strata samengesteld: een stratum met sterfgevallen waarin op grond van de doodsoorzaak duidelijk was dat er geen medische beslissing rond het levenseinde genomen kon zijn en een stratum met sterfgevallen waarin dat wel mogelijk was. Daarnaast waren er aparte strata voor alle gevallen waarin de doodsoorzaak 'suicide' en voor sterfgevallen waarin de doodsoorzaak COVID-19 was. Voor de overige sterfgevallen werden vijf strata samengesteld: stratum 1 bevatte alle sterfgevallen waarin onmogelijk een medische beslissing rond het levenseinde kon zijn genomen, strata 2, 3 en 4 bevatten gevallen waarin het respectievelijk onwaarschijnlijk, mogelijk en waarschijnlijk was dat een medische beslissing rond het levenseinde was genomen, en stratum 5 bevatte gevallen waarin op de doodsoorzaakverklaring was aangegeven dat euthanasie was toegepast of hulp bij zelfdoding was verleend. Voor de strata waarin een medische beslissing rond het levenseinde onmogelijk was werd geen vragenlijst uitgezonden. De strata met sterfgevallen van kinderen van nul tot zestien jaar, personen met een niet-westerse achtergrond, en personen die suicide hadden gepleegd werden bijna in hun geheel in de steekproef opgenomen; ongeveer een kwart van het COVID-19 stratum werd in de steekproef meegenomen. Ten aanzien van de overige strata gold voor de hoger genummerde strata, waarin de kans op een medische beslissing rond het levenseinde groter was, een hogere trekkingskans.

Aan de arts die betrokken was geweest bij een sterfgeval uit de steekproef waarbij een medische beslissing rond het levenseinde mogelijk was werd een vragenlijst gestuurd. Deze vragenlijst was grotendeels identiek aan die uit de eerdere sterfgevallenonderzoeken. Er werd gevraagd naar medische beslissingen rond het levenseinde en kenmerken van de besluitvorming en zorg in de laatste levensfase. De vragenlijst is opgenomen als bijlage D.

Van de in totaal 11 243 uitgezonden vragenlijsten werden er 3 222 ingevuld retour ontvangen, een respons van 29%. Daarnaast werden de 496 sterfgevallen waarvoor geen vragenlijst werd uitgezonden in het te analyseren bestand opgenomen. Bij de analyses werd weging toegepast om te corrigeren voor verschillen in steekproeffracties en in respons naar een aantal kenmerken van de overledene of arts.

De respons is aanmerkelijk lager dan in de eerdere jaren dat het sterfgevallenonderzoek gedaan is. Belangrijke oorzaak hiervan is dat het door strengere privacy wetgeving niet meer toegestaan was voor het CBS om de gegevens over de artsen aan de doodsoorzaken te koppelen. De vragenlijst is daarom verstuurd aan de arts die was vermeld op het doodsoorzakenformulier (de schouwende arts). Wanneer dit ook de behandelend arts was, kon deze de vragenlijst invullen. Wanneer dit niet het geval was, is aan de schouwend arts verzocht om contactgegevens van de behandelend arts aan het CBS te sturen, zodat de vragenlijst in tweede instantie wel aan de juiste arts kon worden verstuurd. Dit proces heeft er ongetwijfeld toe geleid dat de respons fors lager was in 2021. Het CBS heeft een non-respons analyse uitgevoerd waaruit blijkt dat de respons in sommige strata (met name stratum 5, 9 en 10) in 2021 selectiever was dan in 2015. In de weegprocedure wordt onder meer gecorrigeerd voor verschillen in responspercentage naar achtergrondkenmerken. Hierbij zijn de variabelen doodsoorzaak, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en woonprovincie meegenomen. Een ander gevolg van de lage respons is dat gebeurtenissen die relatief weinig voorkomen weinig zijn waargenomen in het onderzoek waardoor het moeilijk is daarover betrouwbare uitspraken te doen: dit geldt bijvoorbeeld voor bewust stoppen met eten en drinken.

Tabel 1 Strata sterfgevallenonderzoek

	Steekproef- fractie ^a	Vragenlijst uitgezonden
1 Medische beslissing rond het levenseinde onmogelijk, Nederlanders en westerse allochtonen, 17 jaar en ouder	100%	Nee
2 Medische beslissing rond het levenseinde onwaarschijnlijk, Nederlanders en westerse allochtonen, 17 jaar en ouder	6,85%	Ja
3 Medische beslissing rond het levenseinde mogelijk, Nederlanders en westerse allochtonen, 17 jaar en ouder	11,53%	Ja
4 Medische beslissing rond het levenseinde waarschijnlijk, Nederlanders en westerse allochtonen, 17 jaar en ouder	23,0%	Ja
5 Concrete aanwijzing op het doodsoorzakenformulier voor euthanasie of hup bij zelfdoding, Nederlanders en westerse allochtonen, 17 jaar en ouder	49,90%	Ja
6 Medische beslissing rond het levenseinde onmogelijk, Nederlanders en westerse allochtonen, nul tot en met 16 jaar	100%	Nee
7 Medische beslissing rond het levenseinde mogelijk, Nederlanders en westerse allochtonen, nul tot en met 16 jaar	84,39%	Ja
8 Medische beslissing rond het levenseinde onmogelijk, niet- westerse allochtonen, alle leeftijden	100%	Nee
9 Medische beslissing rond het levenseinde mogelijk, niet- westerse allochtonen, alle leeftijden	76,39%	Ja
10 Suicide	96,71%	Ja
11 COVID-19	26,61%	Ja

a In eerdere jaren was de omvang van de steekproeffracties 10%, 12,5%, 25%, 50% of 100%. In 2021 is een stratum COVID-19 toegevoegd; in verband daarmee zijn de overige strata wat kleiner gemaakt

Artsonderzoek

Vragenlijstonderzoek

Het vragenlijstonderzoek onder artsen is uitgevoerd in een aselechte, naar specialisme gestratificeerde steekproef van in Nederland werkzame artsen. Bij het trekken van de steekproef is rekening gehouden met de mate waarin artsen in verschillende specialismen te maken krijgen met sterfgevallen en medische beslissingen rond het levenseinde. De specialismen welke in de steekproef zijn opgenomen zijn samen betrokken bij het grootste deel van de sterfgevallen (schatting: 95%). Het betrof huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, cardiologen, longartsen, internisten, neurologen, chirurgen, intensive care artsen. Voor de steekproeftrekking werd gebruik gemaakt van een actueel adressenbestand van IQVIA (voorheen QuintilesIMS). De artsen kregen op hun woon- of werkadres een uitnodigingsbrief met daarin informatie over het onderzoek, een link naar de vragenlijst, een QR code naar de vragenlijst en een persoonlijke inlogcode. Ook ontvingen zij een aanbevelingsbrief van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Aan artsen werd gevraagd om met de persoonlijke inlogcode in te loggen bij de vragenlijst en daar aan te geven

of de betreffende arts aan het onderzoek deel wilde nemen en, indien de arts niet deel wilde nemen, wat de reden daarvoor was. Op deze wijze kon worden nagegaan wie de vragenlijst had ingevuld en om welke redenen artsen niet deelnamen aan het onderzoek. Als artsen aangaven deel te willen nemen aan het onderzoek werden zij automatisch doorgestuurd naar de inhoudelijke online vragenlijst. Na drie weken werd aan alle artsen die online geen antwoord over deelname hadden ingevuld een reminder verstuurd met nogmaals een uitnodigingsbrief en een brief van de KNMG. Zes weken na de eerste zending werd een tweede reminder verstuurd. Bij artsen die niet online hadden aangegeven of zij deelnamen aan het onderzoek werd online opgezocht of ze nog werkzaam waren als arts bij de instelling zoals vermeld in het adressenbestand van IQVIA.

Voor een aantal vragen was het erg belangrijk om een goede respons te bereiken, omdat op basis van deze vragen frequentieschattingen voor de hele artsenpopulatie gemaakt werden en die vertekend konden worden door een selectieve respons. Er waren ook een aantal meer explorerende vragen, waarbij het niet noodzakelijk was dat ze door alle artsen beantwoord werden om toch een goede analyse mogelijk te maken. Daarom is besloten bij de tweede reminder een verkorte papieren vragenlijst van twee pagina's en een antwoordenvelop mee te sturen, opdat ook artsen die weinig ervaring hadden met euthanasieverzoeken en artsen met weinig tijd of interesse mee zouden willen doen. In deze korte papieren vragenlijst waren alleen de meest essentiële vragen ten behoeve van frequentieschattingen opgenomen.

Vragenlijst

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst in 2005 (ten behoeve van de eerste evaluatie van de wet) is een validatiestudie uitgevoerd, waaruit bleek dat artsen weinig problemen ervoeren met de interpretatie en invulling. De huidige vragenlijst kwam grotendeels overeen met de vragenlijst uit 2005. Om deze reden was het niet nodig een nieuwe validatiestudie uit te voeren. De nieuwe vragenlijst is wel voorgelegd aan zes artsen uit verschillende disciplines, waarbij zowel artsen met veel ervaring met het onderwerp als artsen met weinig ervaring werden meegenomen. De vragenlijst werd na het invullen schriftelijk besproken: de artsen bleken weinig problemen te ondervinden bij het invullen van de vragenlijst.

De vragenlijst is opgenomen als bijlage E; hij bestond uit een aantal onderdelen:

- A Enkele achtergrondkenmerken
- B Ervaringen met het uitvoeren van euthanasie en hulp bij zelfdoding: deze vragen kwamen voor het grootste deel overeen met de vragen uit de vragenlijst uit 2005 en de interviews uit de onderzoeksronden daarvoor. Hierdoor konden frequenties vergeleken worden met voorgaande onderzoeksronden. In 2022 is voor het eerst gevraagd bij hoeveel patiënten artsen hulp bij zelfdoding hadden verleend in het afgelopen jaar. Daarnaast zijn bij vragen over aandoeningen de categorieën 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' en 'voltooid leven' toegevoegd.
- C Verzoeken en uitvoering: bij de laatste reminder zijn in de verkorte papieren vragenlijst de meeste vragen uit dit onderdeel weggelaten.

D Casusbeschrijving: in het vierde onderdeel van de vragenlijst werd de artsen gevraagd om aan de hand van een aantal vragen specifieke informatie te geven over bepaalde situaties die zij de afgelopen vijf jaar in de praktijk waren tegengekomen. Er waren acht verschillende versies van dit deel van de vragenlijst. Als een arts ervaring had met een verzoek om euthanasie van een patiënt met dementie en/of een patiënt met een stapeling van ouderdomsaandoeningen werd de arts automatisch naar één van deze versies van de casus gestuurd. Als een arts met geen van beide ervaring had maar wel met een verzoek om euthanasie van een andere patiënt, werd de arts naar deze casus gestuurd. Indien een arts geen ervaring had met één van de omschreven situaties werd de arts automatisch doorgestuurd naar het volgende onderdeel van de vragenlijst. De vragen in dit onderdeel kwamen grotendeels overeen met voorgaande onderzoeksrondes. In de verkorte vragenlijsten van twee pagina's ontbrak dit onderdeel.

E Stellingen

F Persoonlijke informatie

Respons

Er werden 2 500 artsen geselecteerd door IQVIA, waarvan er aan 2 492 een vragenlijst werd gestuurd (8 artsen waren twee keer geselecteerd). Van 137 van de 2 492 artsen bleek het adres niet juist te zijn. Daarnaast gaven 100 artsen om andere redenen aan niet aan de inclusiecriteria te voldoen. Deze groep van in totaal 237 artsen wordt niet meegeteld bij de voor het onderzoek relevante artsen. Tabel 2 geeft een overzicht van artsen die niet deelnamen aan het onderzoek.

In totaal zijn er 2 255 artsen aangeschreven die relevant waren voor het onderzoek, 746 stuurden een ingevulde vragenlijst terug (respons 33%). Van de 746 ingestuurde vragenlijsten betrof het in 272 gevallen de papieren vragenlijst van twee pagina's. Van de 1 509 relevante artsen die niet meededen aan het onderzoek gaven 39 artsen online aan wat de reden was om niet mee te doen. De meeste artsen gaven aan dat ze vanwege tijdgebrek niet meededen en sommige artsen gaven als reden dat ze weinig tot geen ervaring hadden met euthanasie(verzoeken) (tabel 2).

Tabel 2 Respons (absolute aantallen)

	Huisartsen	Medisch specialisten	Specialisten ouderen- geneeskunde	Totaal
a Geselecteerde adressen	1 100	1 000	400	2 500
b Dubbele adressen	0	8	0	8
c Deelname onmogelijk, reden:	109	65	48	237 ^a
Niet (meer) op dit adres werkzaam	88	35	14	137
Niet (meer) klinisch werkzaam	13	27	28	83 ^a
Overig	8	3	6	17
d Deelname wel mogelijk	991	927	352	2 255
e Geen deelname	589	731	208	1 509
Bericht geen deelname:	16	19	4	39
Geen tijd	12	13	3	28
Anders/niet genoemd	4	6	1	11
Geen bericht	573	712	204	1 470
f Aantal respondenten	402	196	144	746 ^b
g Responspercentage (100% × f / d)	40,6%	21,1%	40,9%	33,1%

a Van 15 artsen die hebben aangegeven niet (meer) klinisch werkzaam te zijn is het specialisme onbekend. Het totaal is daarom 15 hoger dan de som voor alle groepen artsen.

b Vier respondenten hebben niet aangegeven wat hun specialisme is.

Weging

Voor elk specialisme dat vertegenwoordigd is in het onderzoek is een weegfactor berekend. Met deze weegfactor worden de gegevens representatief gemaakt voor alle artsen vanuit de betreffende specialismen in Nederland. Een specialisme waarvan veel artsen in de steekproef zaten maar dat relatief klein is ten opzichte van de gehele artsenpopulatie van Nederland, krijgt een lage weegfactor. Wanneer de respons erg laag was in een bepaalde groep, is de weegfactor groter.

De weegfactor is globaal als volgt berekend:

$$\frac{\text{totaal aantal artsen in Nederland}}{\text{aantal artsen dat de vragenlijst ingevuld heeft}}$$

Met het *totaal aantal artsen in Nederland* wordt het totaal aantal voor dit onderzoek relevante artsen in het specialisme bedoeld. Hiertoe behoren niet de artsen die niet (meer) als arts of in het betreffende specialisme werkzaam waren (hieronder vallen ook artsen die langdurig met verlof waren) en artsen die op een ander adres werkzaam waren (zie tabel 2). Er is vanuit gegaan dat de frequentie waarmee in de steekproef artsen werden aangetroffen die niet tot de relevante artsen behoorden representatief was voor de frequentie onder alle artsen in het betreffende specialisme in Nederland. Artsen die deelname weigerden of niet reageerden maar niet tot bovengenoemde groepen behoorden, werden tot de groep relevante artsen gerekend. Onder deze artsen bevonden

zich waarschijnlijk ook artsen die niet tot de groep relevante artsen behoorden; daardoor kan het totaal aantal relevante artsen iets te hoog ingeschat zijn. De onderstaande formule werd gebruikt om het aantal relevante artsen per specialisme te berekenen:

$$\text{aantal relevante artsen} = \text{aantal artsen in Nederland}^{367} \times \left(1 - \frac{\text{aantal niet-relevante artsen}}{\text{aantal geselecteerd artsen}}\right)$$

Het aantal artsen in Nederland werd gebaseerd op een actueel adressenbestand. Artsen die als IC-arts en als arts met een ander specialisme geregistreerd stonden telden alleen mee als IC arts. Door voor elk specialisme het aantal voor dit onderzoek relevante artsen te delen door het aantal artsen dat de vragenlijst had ingevuld heeft werd een weegfactor verkregen:

$$\text{weegfactor} = \frac{\text{aantal relevante artsen}}{\text{aantal artsen dat de vragenlijst ingevuld heeft}}$$

In tabel 3 worden de weegfactoren per specialisme weergegeven. De weegfactor voor bijvoorbeeld huisartsen is 26.48, wat wil zeggen dat elke huisarts in de steekproef ongeveer 26 voor het onderzoek relevante huisartsen vertegenwoordigt. Door middel van weging konden de frequentieschattingen van de verschillende groepen artsen worden opgeteld en konden schattingen worden gemaakt die gelden voor alle Nederlandse artsen uit alle deelnemende specialismen.

Tabel 3 Weegfactoren

Specialisme	Aantal relevante artsen in Nederland (IQVIA)	Weegfactor ^a
Huisartsen	10 646	26.48
Specialisten ouderengeneeskunde	1062	7.38
Cardiologen	1 090	54.48
Longartsen	730	22.14
Internisten	2 152	44.83
Neurologen	894	31.93
Chirurgen	1 185	62.35
IC artsen	628	13.09

a Deze weegfactoren zijn gebruikt bij vragen die aan alle artsen zijn voorgelegd. Voor de vragen die niet aan alle artsen zijn voorgelegd zijn aparte weegfactoren berekend.

Interviewonderzoek

In de periode van september tot oktober 2022 zijn er 15 artsen geïnterviewd om zicht te krijgen op hun ervaringen, opvattingen en overwegingen die zij hebben betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding. Om inzicht te krijgen in deze ervaringen en opvattingen is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: diepte-interviews met een open karakter, afgenomen met behulp van een voorafgaand opgestelde lijst met gespreksonderwerpen (topiclijst, zie tabel 4). Deze topiclijst

367 IQVIA Medische Beroepsgroepen. Aantal geregistreerde specialisten/profielartsen op peildatum 1 augustus 2022.

is opgesteld en aangepast op basis van de resultaten uit de vragenlijst, literatuuronderzoek en drie pilot-interviews. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen waren onder andere bereidheid tot het uitvoeren van euthanasie, ervaringen met het Expertisecentrum Euthanasie, ervaringen met druk, voorkeur voor euthanasie en/of hulp bij zelfdoding. De vragen die werden gesteld werden soms afgestemd op bepaalde antwoorden in de vragenlijst (bijvoorbeeld: in de vragenlijst gaf u aan dat u een voorkeur heeft voor euthanasie boven hulp bij zelfdoding, kunt u uitleggen waarom u die voorkeur heeft?).

Na 15 interviews kwamen er geen nieuwe thema's meer naar voren in de interviews, waarop is besloten om geen extra interviews meer uit te voeren. De interviews duurde tussen de 23 en 60 minuten.

Aan het einde van de vragenlijst konden artsen aangeven of de onderzoekers contact met ze mochten opnemen over deelname aan een verdiepend interview. De interviews werden telefonisch of via videobellen afgenomen. De artsen zijn geselecteerd op basis van *purposive sampling* (gericht op variatie in ervaring met levensbeëindiging en opvattingen). Daarnaast zijn ook de specialisme, sekse en werkervaring van de arts in acht genomen.

Op basis hiervan zijn er acht mannen en zeven vrouwen geïnterviewd. Hiervan waren acht huisarts, vier specialist ouderengeneeskunde en drie medisch specialist (zie tabel 5). Met uitzondering van een arts, had iedereen ervaring met de uitvoering van euthanasie. Tien van deze artsen had ook in het afgelopen jaar euthanasie uitgevoerd.

Tabel 4 Topiclijst interviews artsen

-
- Bereidheid om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van mensen uit verschillende groepen (m.n. dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen en psychiatrie) in te willigen
 - Redenen om een verzoek wel of niet in te willigen
 - Eventuele veranderingen in bereidheid vergeleken met eerdere jaren
 - Communicatie over geweigerde verzoeken
 - Ervaringen met het Expertisecentrum Euthanasie
 - Rol van de arts bij levensbeëindigend handelen op verzoek
 - Zelfbeschikking
 - Voltooid leven
 - Eventuele veranderingen in opvattingen vergeleken met eerdere jaren
 - Ervaringen met druk
 - Druk van patiënten en/of naasten
 - Druk van collega's en/of management
 - Maatschappelijke druk
 - Voorkeur voor euthanasie en/of hulp bij zelfdoding
 - Mensen uit verschillende groepen (m.n. dementie, stapeling van ouderdomsaandoeningen en psychiatrie)
 - Eventuele veranderingen in voorkeur vergeleken met eerdere jaren
 - Communicatie met degene die het verzoek doet over mogelijkheden euthanasie en hulp bij zelfdoding
 - Ervaringen met melding en toetsing van uitgevoerde verzoeken om euthanasie
 - Rol van de Inspectie en het Openbaar Ministerie
 - Opvattingen over het systeem van melding en toetsing
-

Tabel 5 Achtergrondkenmerken van geïnterviewde artsen

Specialisme	Geslacht	Aantal jaar werkervaring	Gelovig	Ervaring met uitvoering euthanasie	Afgelopen jaar euthanasie uitgevoerd
Huisarts	Man	20-30	Ja	Ja	Ja
Specialist ouderengeneeskunde	Man	>30	Nee	Ja	Ja
Huisarts	Vrouw	20-30	Ja	Ja	Ja
Medisch specialist	Man	<10	Nee	Ja	Ja
Huisarts	Man	10-20	Nee	Ja	Nee
Huisarts	Vrouw	<10	Ja	Ja	Nee
Huisarts	Vrouw	>30	Ja	Ja	Ja
Huisarts	Man	20-30	Nee	Ja	Ja
Medisch specialist	Man	>30	Nee	Ja	Nee
Specialist ouderengeneeskunde	Vrouw	<10	Nee	Ja	Ja
Huisarts	Man	<10	Nee	Ja	Ja
Huisarts	Vrouw	20-30	Ja	Nee	Nee
Specialist ouderengeneeskunde	Vrouw	>30	Nee	Ja	Ja
Specialist ouderengeneeskunde	Vrouw	10-20	Ja	Ja	Nee
Medisch specialist	Man	10-20	Nee	Ja	Ja

De interviews telefonisch of via videobellen afgenomen. De interviews werden met toestemming van de geïnterviewde opgenomen met een voicerecorder en vervolgens door een extern bureau verbatim getranscribeerd. Na het lezen en herlezen zijn de interviews in MAXQDA (2020) gecodeerd volgens een thematische analyse. Alle interviews zijn afgenomen door een onderzoeker van Erasmus MC, een onderzoeker van Erasmus Universiteit en een onderzoeker van Amsterdam UMC. Voorafgaand en tijdens het proces van interviewen en coderen zijn de codes en resultaten besproken met alle betrokken onderzoekers.

Burgeronderzoek

Middels een vragenlijstonderzoek en interviews onder burgers in Nederland werd een beeld verkregen van de kennis en opvattingen van het Nederlands publiek over euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Vragenlijstonderzoek

Er werd een online-vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder een steekproef van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder. Hierbij werd gebruik gemaakt van het LISS (Longitudinal Internet studies for the Social Sciences)-panel, dat wordt beheerd door Centerdata (Universiteit van Tilburg, Nederland). Het LISS panel telt ongeveer 7 500 leden uit 5 000 huishoudens en is een goede

afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Indien een huishouden niet beschikt over een computer en/of internetverbinding, wordt deze aan hen verstrekt door Centerdata.³⁶⁸

In juni 2022 werd een vragenlijst voorgelegd aan een willekeurige selectie van 1 456 panelleden. Er werd eenmaal een reminder verstuurd. Het totaal aantal respondenten was 1 097, van wie 1 088 personen de vragenlijst volledig hebben ingevuld: een respons van 75%. Naast vragenlijstgegevens leverde Centerdata ook een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten aan, te weten: geslacht, leeftijd, aantal leden en positie in het huishouden, burgerlijke staat, woonvorm, stedelijkheid woonplaats, belangrijkste bezigheid, inkomen, opleidingscategorie en herkomstgroep.

De vragenlijst bevatte vragen over de kennis, opvattingen en ervaringen van de respondenten ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie bijlage G) en zijn voor zo ver mogelijk gelijk gehouden aan die van eerder publieksonderzoek, zoals het onderzoek uitgevoerd bij eerdere wetsevaluaties en de KOPPEL-studie.³⁶⁹ De vragenlijst werd in een pilot (n=10) getest op inhoud, leesbaarheid en duidelijkheid. Hierna werd de definitieve versie van de vragenlijst vastgesteld.

Interviewonderzoek

Aan het eind van de vragenlijst werd de vraag gesteld of de respondent bereid was om deel te nemen aan een vervolgesprek: in totaal gaven 330 personen aan hiertoe bereid te zijn. Middels doelgerichte selectie werden 15 respondenten voor de interviews geselecteerd. Daarbij werd gestreefd naar variatie in een aantal kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, stedelijkheid, opleidingsniveau, religie en land van herkomstgroep. Ook werd naar variatie in inhoudelijke aspecten gestreefd, te weten: wel/geen ervaring met euthanasie bij een naaste, wel/geen wilsverklaring opgesteld en voor/tegen het recht op euthanasie. In tabel 6 zijn een aantal achtergrondkenmerken opgenomen van de geselecteerde respondenten.

³⁶⁸ Bron: <https://www.centerdata.nl/liss-panel>

³⁶⁹ J. van Delden e.a. *Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven: Het KOPPEL-onderzoek*. Den Haag, ZonMw, juni 2011.

Tabel 6 Kenmerken geselecteerde respondenten voor interviews

Respondent- nummer	Geslacht	Leeftijd in jaren	Stedelijkheid woongebied	Opleidings- categorie	Herkomst
1	vrouw	35-64	weinig	hoog	autochtoon
2	vrouw	35-64	sterk	middel	2e gen niet-westers
3	vrouw	>65	sterk	middel	autochtoon
4	vrouw	>65	matig	middel	autochtoon
5	vrouw	>65	weinig	laag	autochtoon
6	vrouw	>65	sterk	hoog	1e gen niet-westers
7	vrouw	16-34	matig	hoog	2e gen niet-westers
8	man	>65	weinig	hoog	autochtoon
9	vrouw	>65	weinig	laag	autochtoon
10	vrouw	35-64	weinig	hoog	autochtoon
11	man	>65	sterk	hoog	1e gen niet-westers
12	man	>65	sterk	laag	autochtoon
13	vrouw	>65	sterk	laag	autochtoon
14	vrouw	>65	matig	hoog	autochtoon
15	man	>65	matig	laag	autochtoon

De interviews werden afgenomen aan de hand van een handleiding. De interviewer selecteerde vragen op geleide van antwoorden die de respondent had gegeven in de vragenlijst. De handleiding werd voorafgaand aan de interviews getest in drie pilot interviews. Aan de hand hiervan werd de interviewhandleiding bijgewerkt: de verkorte versie (topiclijst) is opgenomen in tabel 7. De interviews vonden plaats op een voor de respondent geschikte locatie. De interviews werden met toestemming van de respondent opgenomen met een voicerecorder en vervolgens door een extern bureau verbatim getranscribeerd.

Tabel 7 Topiclijst burgerinterviews

-
- Toeristenvraag (Stel u raakt in gesprek met een buitenlandse toerist, en die vraagt u hoe het nou zit met euthanasie in Nederland. Wat zou u hem dan vertellen?)
 - Mening over euthanasie
 - Voor, tegen of neutraal?
 - Belangrijkste reden?
 - Ervaring met euthanasie in (naaste) omgeving
 - Details van het verhaal
 - Verrichtte handelingen
 - Rol en helderheid van regels
 - Wettelijk toegestaan
 - Persoonlijke waardering
 - Nadenken en/of spreken over, en vastleggen van medische behandelingen rond het levenseinde
 - Aanwezigheid euthanasieverklaring / aanwezigheid andere verklaring (volmacht, behandelverbod, levenstestament, e.a.) / niets vastgelegd
 - Reden voor (niets) vastleggen; (meer)waarde
 - Besproken met arts en naasten
 - Verwachtingen arts en naasten
 - Gevalsbeschrijving 1 over Dhr. Smit: dementie en schriftelijke wilsverklaring
 - Gedachten bij het lezen van de gevalsbeschrijving
 - Persoonlijk moreel oordeel; wettelijk toegestaan
 - Stel dat familie het niet eens is met de verklaring, denkt u dan anders over de casus
 - Eigen ervaring met schriftelijke wilsverklaring
 - Gevalsbeschrijving 2 over Dhr. de Bruyn: voltooid leven
 - Gedachten bij het horen/lezen van de gevalsbeschrijving
 - Persoonlijk moreel oordeel; wettelijk toegestaan
 - Rol huisarts
 - Onderscheid hulp bij zelfdoding en euthanasie
 - Gevalsbeschrijving 3 over Mw. Langezaal: psychische stoornis
 - Gedachten bij het horen/lezen van de gevalsbeschrijving
 - Persoonlijk moreel oordeel; wettelijk toegestaan
 - Rol huisarts
 - Onderscheid hulp bij zelfdoding en euthanasie
-

D

Vragenlijst sterfgevallenonderzoek



Vragenlijst Medische beslissingen rond het levenseinde

2021

Wilt u de hokjes bij de door u gekozen antwoorden aankruisen.

Algemeen

- 1 Was u met betrekking tot dit sterfgeval werkzaam als:
- huisarts*
- medisch specialist*
- specialist ouderengeneeskunde*
- in een andere functie
- 2 Van wanneer dateerde uw eerste contact met de patiënt?
- vóór of tijdens het overlijden → ga naar vraag 3
- na het overlijden → ga naar vraag 30
- 3 Ging het om een plotseling en geheel onverwacht overlijden?
- ja → ga naar vraag 20
- nee → ga naar vraag 4

Medische beslissingen

- 4 Heeft u of een andere arts één of meer van de volgende handelwijzen uitgevoerd (of doen uitvoeren), rekening houdend met de waarschijnlijkheid of zekerheid dat deze handelwijze het levenseinde van de patiënt zou bespoedigen:**
- 4a het niet instellen van een behandeling?***
- ja
- nee
- Indien ja, welke behandeling(en) betrof dit?
- 4b het staken van een behandeling**?
- ja
- nee
- Indien ja, welke behandeling(en) betrof dit?
- 4c het intensiveren van symptoombestrijding d.m.v. een of meer middel(en)?
- ja
- nee → ga naar vraag 6
- Indien ja, welk(e) middel(en) betrof dit? (één of meer antwoorden aankruisen)
- morfine of morfine-achtig middel
- benzodiazepine(n)
- ander middel
- 5 Was het bespoedigen van het levenseinde mede het doel van de bij vraag 4c aangegeven handelwijze?
- ja
- nee

(Vervolgpagina medische beslissingen)

6 Was het overlijden het gevolg van één of meer van de volgende handelwijzen, waartoe door u of een andere arts is besloten met het uitdrukkelijke doel het levens einde te bespoedigen: *

6a het niet instellen van een behandeling? **

Indien ja, welke behandeling(en) betrof dit?

6b het staken van een behandeling? **

Indien ja, welke behandeling(en) betrof dit?

→ zowel 6a als 6b beantwoorden

ja
 nee

ja
 nee

7 Was het overlijden het gevolg van het gebruik van een middel dat door u of een andere arts werd voorgeschreven, verstrekt of toegediend met het uitdrukkelijke doel het levens einde te bespoedigen (of de patiënt in staat te stellen zelf het leven te beëindigen)?

Indien ja, door wie is dit middel toegediend (= in het lichaam gebracht)?
(één of meer antwoorden aankruisen)

Indien ja, welk(e) middel(en) betrof dit?
(één of meer antwoorden aankruisen)

ja
 nee

patiënt zelf
 u of een andere arts
 verpleegkundige of verzorgende
 ander

spierverlapper (curare-achtig middel)
 barbituraat
 benzodiazepine
 morfine of morfine-achtig middel
 ander middel

* Het levens einde te bespoedigen* of 'het leven niet te verlengen'

** In dit onderzoek wordt onder behandeling ook kunstmatige toediening van voeding of lucht verstaan

Besluitvorming over de laatstgenoemde handelwijze

Let op: Indien op geen enkel onderdeel van de vragen 4, 5, 6 of 7 'ja' is geantwoord,

→ ga naar vraag 20

De vragen 8 tot en met 19 hebben betrekking op de laatstgenoemde handelwijze, dat wil zeggen op het laatst gegeven 'ja'-antwoord bij de vragen 4 tot en met 7.

→ ga naar vraag 8

- 8 Een vraag over die laatstgenoemde handelwijze: welke term past volgens u het beste bij deze handelwijze?

- niet-behandelbeslissing
 symptoombestrijding
 palliatieve of terminale sedatie
 levensbeëindiging
 euthanasie
 hulp bij zelfdoding
 anders: _____

- 9 Met hoeveel tijd is door die laatstgenoemde handelwijze naar uw schatting het leven van de patiënt bekort?

- meer dan een half jaar
 één tot zes maanden
 één tot vier weken
 één tot zeven dagen
 minder dan 24 uur
 heeft waarschijnlijk geen verkorting van de levensduur gegeven

- 10 Heeft u of een andere arts met de patiënt overlegd over de (mogelijke) bespoediging van het levenseinde door die laatstgenoemde handelwijze?

- ja, ten tijde van de uitvoering ervan of kort tevoren
 ja, enige tijd tevoren
 nee, niet overlegd → ga naar vraag 12

- 11 Achte u de patiënt ten tijde van dit overleg in staat zijn of haar situatie te overzien en daarover op adequate wijze een besluit te nemen?

- ja → ga naar vraag 14
 nee, niet volledig in staat → ga naar vraag 14
 nee, helemaal niet in staat → ga naar vraag 14

- 12 Achte u de patiënt in staat zijn of haar situatie te overzien en daarover op adequate wijze een besluit te nemen?

- ja
 nee, niet volledig in staat
 nee, helemaal niet in staat

(Vervolgpagina besluitvorming)

- 13 Waarom is over de (mogelijke) bespoediging van het levens einde door de laatstgenoemde handelwijze geen overleg met de patiënt gepleegd? (één of meer antwoorden aankruisen)

- patiënt was te jong
- laatstgenoemde handelwijze was duidelijk het beste voor de patiënt
- overleg zou patiënt meer schaden dan goed doen
- patiënt was subcoma teus of buiten bewustzijn
- patiënt was dement
- patiënt was verstandelijk gehandicapt
- patiënt had een psychiatrische stoornis
- anders:

- 14 Is de beslissing over de laatstgenoemde handelwijze op grond van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt genomen?

- ja, op grond van een mondeling verzoek
- ja, op grond van een schriftelijk verzoek
- ja, op grond van een mondeling én schriftelijk verzoek
- nee → ga naar vraag 16

- 15 Achttie u de patiënt ten tijde van het verzoek in staat zijn of haar situatie te overzien en daarover op adequate wijze een besluit te nemen?

- ja
- nee, niet volledig in staat
- nee, helemaal niet in staat

- 16 Had patiënt, voor zover u bekend, ooit een wens tot bespoediging van het levens einde kenbaar gemaakt?

- ja, duidelijk
- ja, onduidelijk
- nee

- 17 Wat was (waren) de belangrijkste reden(en) om te besluiten tot de laatstgenoemde handelwijze? (één of meer antwoorden aankruisen)

- (ernstige) pijn
- andere (ernstige) symptomen
- verlies van waardigheid
- verzoek of wens van de patiënt
- verzoek of wens van de familie
- verwacht tijden van de patiënt
- er was geen uitzicht op verbetering
- verdere behandeling was te belastend
- anders:

(Vervolgpagina besluitvorming)

- 18 Heeft u of een andere arts met anderen overlegd over de (mogelijke) bespoediging van het levens-einde voordat werd besloten tot de laatstgenoemde handelwijze?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- ja, met één of meer andere artsen
 ja, met één of meer verpleegkundigen of verzorgenden
 ja, met de partner en/of familie van de patiënt
 ja, met anderen
 nee

 ja, consultatie van een SCEN-arts
 ja, consultatie van een andere arts
 nee

Indien is overlegd met een of meer andere artsen: betrof dit (ook) een consultatie in het kader van de toetsingsprocedure voor levensbeëindigend handelen op verzoek?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- 19 Heeft u of een andere arts de laatstgenoemde handelwijze gemeld bij een regionale toetsingscommissie in het kader van de toetsingsprocedure voor levensbeëindigend handelen op verzoek?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- ja
 nee, want
 het betrof geen levensbeëindigend handelen
 melden geeft teveel rompslomp
 er was mogelijk niet aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan
 anders: _____

Zorg en behandeling

- 20 Is de patiënt tijdens de laatste maand voor het overlijden opgenomen geweest in het ziekenhuis?

- ja, gedurende _____ dagen
 nee

- 21 Waar is de patiënt overleden?

- thuis
 woonzorgcentrum
 verpleeghuis (niet op een palliatieve unit)
 ziekenhuis (niet op een palliatieve unit)
 palliatieve unit in instelling
 hospice of bijna-thuis-huis
 elders: _____

- 22 Welke zorgverleners waren in de laatste maand voor het overlijden betrokken bij de zorg voor de patiënt?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- palliatieve consultant of palliatief consultatieteam
 specialist pijnbestrijding
 psychiater of psycholoog
 geestelijk verzorger
 anders: _____

(Vervolgpagina zorg en behandeling)

23 Hebben zich bij de patiënt in de laatste levensfase één of meer van de volgende (complexe) situaties t.a.v. behandeling en zorg voorgedaan?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- de behandeling bleef te lang gericht op levensverlenging
- er was te weinig aandacht voor symptoomverlichting
- er was te weinig aandacht voor psychosociale of existentiële aspecten
- geen van deze situaties

24 Heeft u of een andere arts vooraf duidelijk afgesproken dat bij een eventuele hartstilstand en/of ademstilstand geen poging tot reanimatie van deze patiënt zou worden ondernomen (een zgn. 'niet-reanimeer-beslissing')?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- ja, met patiënt
- ja, met partner/familie
- ja, met andere behandelaars/zorgverleners
- niet expliciet bij deze patiënt; wel impliciet, op grond van de afspraak dat in onze instelling in het algemeen niet wordt gereanimeerd
- nee

25 Heeft u of een andere arts vooraf ook nog andere afspraken gemaakt met de patiënt over het behandelbeleid in de laatste levensfase?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- ja, geen opname in het ziekenhuis
- ja, geen opname in het verpleeghuis
- ja, geen belastende medische diagnostiek of behandeling
- ja, er is een naaste aangewezen die de patiënt zou vertegenwoordigen
- ja, volledig behandelbeleid
- ja, andere afspraak: _____
- nee

26 De volgende vragen betreffen de mogelijke invloed van de situatie rondom Corona op de zorg en behandeling van de patiënt. Geef a.u.b. aan of de volgende zaken van toepassing waren in het jaar voorafgaand aan het overlijden van de patiënt.

Door de situatie rondom Corona

Geef desgewenst hieronder een toelichting op de manier waarop de situatie rondom Corona invloed had op de zorg en behandeling van de patiënt:

	ja	nee	weet niet
a hadden zorgverleners minder contact met patiënt en/of familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b werd lichamelijke zorg bemoeilijkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c werd psychosociale zorg bemoeilijkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d is de patiënt niet of te laat opgenomen in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e is levensverlengende behandeling niet of te laat ingesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f is de zorg/behandeling op een andere wijze beïnvloed (bij 'ja' graag een toelichting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Vervolgpagina zorg en behandeling)

27 Werd de patiënt tot aan het overlijden continu in diepe sedatie gehouden?

- ja
 nee → ga naar vraag 28

Welk(e) middel(en) werd(en) daartoe gebruikt? (één of meer antwoorden aankruisen)

- midazolam
 andere benzodiazepine
 morfine of een morfine-achtig middel
 ander middel

Hoe lang vóór het overlijden werd gestart met het continu sederen van de patiënt?

uren dagen weken

Kreeg de patiënt daarbij kunstmatig vocht of voeding toegediend?

- ja
 nee

Deze wijze van sederen, al dan niet in combinatie met het kunstmatig toedienen van vocht en/of voeding, werd uitgevoerd.....

- ervan uitgaande dat daarmee het levenseinde niet zou worden bespoedigd
 rekening houdend met bespoediging van het levenseinde
 met het doel het levenseinde te bespoedigen

28 Heeft de patiënt morfine of een morfine-achtig middel gekregen gedurende de laatste 24 uur voor het overlijden?

- ja
 nee → ga naar vraag 29

Is een hogere dosering gegeven dan nodig was om pijn en/of andere symptomen te bestrijden?

- ja
 nee

Hoe lang voor het overlijden werd gestart met het toedienen van morfine of een morfine-achtig middel?

uren dagen weken

Welke figuur geeft het beste het beloop van de dosering van morfine of een morfine-achtig middel weer in de laatste 3 dagen voor het overlijden van de patiënt?

- geen verhoging geleidelijke verhoging sterke verhoging laatste dag of gestart laatste dag



(Vervolgpagina zorg en behandeling)

29 Heeft de patiënt een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging gedaan dat niet is ingewilligd?

- ja
 nee → ga naar vraag 30

Waarom werd dit verzoek niet ingewilligd?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- patiënt overleed voordat het tot inwilliging kon komen
 er kon niet aan de zorgvuldigheidseisen worden voldaan
 vanwege instellingsbeleid
 ik had persoonlijke bezwaren
 patiënt trok het verzoek weer in
 anders:

30 Welke van de volgende situaties waren van toepassing op de patiënt?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- patiënt had een (ernstige) somatische aandoening
 patiënt had een psychiatrische aandoening
 patiënt had een stapeling van ouderdomsklachten
 patiënt had dementie
 geen van deze situaties

31 Heeft u aanwijzingen dat de patiënt zelf (zonder directe hulp van een arts) opzettelijk een einde aan zijn of haar leven heeft gemaakt?

- ja
 nee → ga naar vraag 32

Welke methode is daarbij gebruikt?
(één of meer antwoorden aankruisen)

- gestopt met eten en drinken, al dan niet met begeleiding van een arts
 (gespaarde) middelen ingenomen
 anders:

Tot slot

32 Wanneer uw beantwoording van de vragen naar uw oordeel enige verduidelijking behoeft, wordt u vriendelijk verzocht die hier te geven.

EINDE VRAGENLIJST

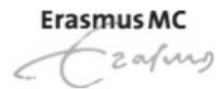
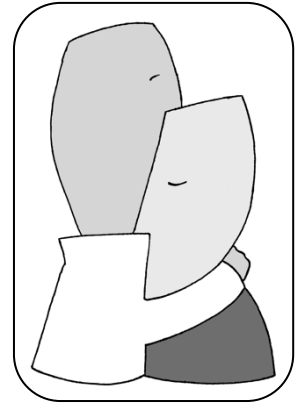
HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN

E

Vragenlijst artsenonderzoek (online)

Evaluatie Wet 'toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'

Het landelijk onderzoek naar euthanasie en hulp bij zelfdoding



Instructie

U blijft anoniem bij het invullen van deze vragenlijst. Het invullen van de persoonlijke inlogcode is losgekoppeld van het invullen van de inhoudelijke vragenlijst

Bij de meeste vragen dient u slechts **één vakje** aan te klikken. Indien u bij een vraag **meerdere vakjes** kunt aanklikken, staat dit duidelijk vermeld.

U kunt uw antwoorden tussendoor opslaan door op de knop "tussentijds opslaan" rechtsboven aan de pagina te klikken. Het invullen van de vragenlijst kost afhankelijk van uw ervaringen met euthanasie en hulp bij zelfdoding ca. 20-30 minuten.

Als gevraagd wordt naar uw ervaringen in het afgelopen jaar, worden de **twaalf maanden** voor het invullen van deze vragenlijst bedoeld.

Het is belangrijk dat u bij beantwoording van de vragen gebruik maakt van de volgende definities:

Euthanasie: Opzettelijke levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt waarbij de arts het levensbeëindigend middel toedient.

Hulp bij zelfdoding: Opzettelijke levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt waarbij de arts het levensbeëindigend middel verstrekt en de patiënt zélf het middel inneemt.

Let op: In de vragenlijst hebben we het korthedshalve over euthanasie. Hiermee wordt **zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding** bedoeld.

Indien u vragen of opmerkingen heeft naar aanleiding van dit onderzoek of deze vragenlijst, kunt u contact opnemen met:

S.C. Renckens, MSc, onderzoeker (tel., e-mail:)

Prof.dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen (tel., e-mail:)

A Ten eerste

- 1 Bent u in het afgelopen jaar werkzaam geweest als arts in de patiëntenzorg? Ja
 Nee → U hoeft deze vragenlijst niet verder in te vullen. Hartelijk dank voor uw interesse. Vergeet niet uw antwoord te versturen door te klikken op 'antwoorden versturen'.
- 2 Wat is uw specialisme? Huisarts
 Specialist ouderengeneeskunde
 Internist
 Cardioloog
 Chirurg
 Longarts
 Neuroloog
 Intensivist
 Anders, **nl:** jaar
- 3 a Hoeveel jaar bent u als arts werkzaam? jaar
b Hoeveel uur per week bent u als arts werkzaam? uur per week
- 4 Bent u werkzaam als consulent palliatieve zorg of als SCEN-arts? Nee
 Ja, SCEN arts
 Ja, consulent palliatieve zorg
 Ja, onderdeel van een palliatief team
(één of meer antwoorden mogelijk)

B Uw ervaringen met euthanasie

- 1 a Heeft een patiënt u wel eens verzocht om euthanasie **te zijner tijd** (waarbij de patiënt het nog niet op korte termijn wil, maar bijvoorbeeld wanneer het lijden te erg zou worden?) Ja
 Nee → doorgestuurd naar **vraag B2**
- b **Indien ja**, hoeveel patiënten hebben u **in het afgelopen jaar** een dergelijk verzoek **te zijner tijd** gedaan? patiënten
 Geen

- 2 a Heeft een patiënt u wel eens **uitdrukkelijk verzocht** om euthanasie op **afzienbare termijn** (waarbij de patiënt op korte termijn euthanasie wil)? Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag B4**
- b Hoeveel patiënten hebben u **in het afgelopen jaar** patiënten een **uitdrukkelijk verzoek** om euthanasie op **afzienbare termijn** gedaan? Geen
- 3 a Heeft u wel eens **euthanasie uitgevoerd** (op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt)? Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag B3d**
- b Bij hoeveel patiënten heeft u **in het afgelopen jaar** euthanasie **uitgevoerd**? patiënten Geen
- c Bij hoeveel van deze patiënten heeft u **hulp bij zelfdoding** verleend? patiënten Geen
- d Waar kwamen deze uitdrukkelijke verzoeken (vraag B2b & B3b) om euthanasie **in het afgelopen jaar** voornamelijk uit voort? (*Indien iemand in meerdere categorieën valt, kies de meest van toepassing zijnde*)
- | | Aantal verzoeken gekregen | Aantal verzoeken ingewilligd |
|---|---------------------------|------------------------------|
| Lijden op grond van: | | |
| kanker | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dementie | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| een psychiatrische aandoening | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| een stapeling van ouderdomsklachten ³⁷⁰ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| er was geen ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening (voltooid leven) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- e Hoeveel gevallen van euthanasie heeft u **in het afgelopen jaar** gemeld bij een gevallen toetsingscommissie euthanasie?
- 4 a Is het **denkbaar** dat u in de toekomst euthanasie uitvoert? Ja → doorgestuurd naar **vraag B5** Nee
- b **Indien nee**, zou u een patiënt met een euthanasieverzoek doorverwijzen naar een andere arts (die het mogelijk wel wil uitvoeren)? Ja Nee
- c Vindt u dat euthanasie verboden zou moeten zijn? Ja Nee

In de onderstaande vragenlijst vragen we u aan te geven of u ooit heeft **gehandeld** zoals in de beschreven situaties, of dat het **denkbaar** zou zijn dat u ooit zo zal handelen.

370 De optelsom van een of meer, veelal degeneratieve, aandoeningen die doorgaans op oudere leeftijd optreden zoals visusstoornissen, gehoorstoornissen, osteoporose, artrose, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang.

5 Is het ooit voorgekomen dat u euthanasie uitvoerde bij een patiënt...

	Ja	Nee, maar wel denkbaar	Nee, het is ondenkbaar
a vanwege lijden door kanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b vanwege lijden door een andere levensbedreigende lichamelijke aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c vanwege lijden op basis van beginnende dementie, waarbij de patiënt nog wilsbekwaam was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d vanwege gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring, waarbij sprake was van een bijkomende ernstige aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e vanwege gevorderde dementie, op basis van een schriftelijke euthanasieverklaring, waarbij er geen sprake was van een bijkomende ernstige aandoening ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f vanwege lijden door een psychiatrische aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g vanwege een stapeling van ouderdomsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h vanwege lijden door 'voltooid leven'/'lijden aan het leven' met een medische grondslag voor het lijden, zonder dat er een lichamelijke of psychiatrische aandoening was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i die jonger was dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Is het voorgekomen dat...

	Ja	Nee, maar wel denkbaar	Nee, het is ondenkbaar
a u een patiënt tot aan het overlijden continu in diepe sedatie of coma heeft gehouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b u medicijnen voorschreef aan een patiënt met het doel de patiënt in staat te stellen op elk moment het leven te beëindigen (zonder aanwezigheid van een arts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c u een middel toediende met het doel levensbeëindiging zonder dat de patiënt daar uitdrukkelijk om had verzocht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d u een patiënt, die bewust stopte met eten en drinken met het doel te sterven, begeleidde tijdens diens laatste weken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e u, bij een dergelijke patiënt die bewust gestopt was met eten en drinken, palliatieve sedatie toepaste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f u een patiënt met een euthanasiewens op het idee bracht om te sterven door te stoppen met eten en drinken?
- g u een euthanasieverzoek afwees omdat u palliatieve sedatie een betere optie vond?
- h u een patiënt op eigen initiatief wees op de mogelijkheid van euthanasie?
- 7 Is het voorgekomen dat een patiënt van u overleed ten gevolge van het bewust stoppen met eten en drinken met het doel te sterven? (**niet** in het kader van anorexie bij een terminale ziekte) Ja Nee

C Verzoeken en uitvoering

- 1 a Heeft u **wel eens** een verzoek tot euthanasie **geweigerd**? (hiermee bedoelen we **niet** de gevallen waarbij de patiënt het verzoek zelf introk of de patiënt overleed voordat euthanasie uitgevoerd kon worden) Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag C3**
- b **Indien ja**, hoe vaak in het afgelopen jaar heeft u keer een verzoek tot euthanasie geweigerd?
- 2 a Heeft u **wel eens** een verzoek tot euthanasie geweigerd in een situatie waarin wel aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan maar waarin u tegen uw eigen grenzen aan liep? Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag C3**
- b **Indien ja**, tegen welke grenzen liep u op?
- 3 Zou u in alle gevallen waarin u een euthanasieverzoek weigert, de patiënt doorverwijzen naar een andere arts? Ja, ik zal altijd doorverwijzen Nee, ik zal **niet** doorverwijzen als:
(*één of meer antwoorden mogelijk*) De patiënt in een te slechte conditie is Ik zeker weet dat niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is Ik de patiënt op een andere manier goed kan begeleiden Andere situatie, **nl:**
- 4 a Heeft u wel eens een patiënt doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie? Nee, ik zal nooit doorverwijzen Ja Nee, maar het is **wel** denkbaar dat ik dat ooit zal doen → doorgestuurd naar **vraag C4c** Nee, ik zal dit **nooit** doen → doorgestuurd naar **vraag C5**

- b In wat voor situatie(s) heeft u **doorverwezen** naar het Expertisecentrum Euthanasie? *(één of meer antwoorden mogelijk)*
- Levensbedreigende aandoening
 Dementie
 Psychiatrisch lijden
 Stapeling van ouderdomsklachten
 Voltooid leven
 Anders, nl: _____
- c In wat voor situatie(s) zou u **doorverwijzen** naar het Expertisecentrum Euthanasie **denkbaar** vinden? *(één of meer antwoorden mogelijk)*
- Levensbedreigende aandoening
 Dementie
 Psychiatrisch lijden
 Stapeling van ouderdomsklachten
 Voltooid leven
 Anders, nl: _____
- 5 Heeft u in de **afgelopen 5 jaar** onderstaande ervaringen gehad? Ja Nee
- a Ik had de indruk dat een patiënt het euthanasieverzoek onder **druk van naasten** had gedaan
- b Ik voelde me onder druk gezet **door een patiënt** om tot euthanasie te besluiten
- c Ik voelde me onder druk gezet **door naasten** van een patiënt om tot euthanasie te besluiten
- d Ik voelde me onder druk gezet **door naasten** van een patiënt om het euthanasieverzoek **af te wijzen**
- e Ik voelde me onder druk gezet door een patiënt of diens naasten om euthanasie **zo snel mogelijk** uit te voeren
- f Ik voelde me onder druk gezet **door collega's** om het verzoek **af te wijzen**
- g Ik voelde me onder druk gezet **door collega's** om tot euthanasie te besluiten
- h Ik voelde me onder druk gezet **door het management** om het verzoek **af te wijzen**
- i Ik voelde me onder druk gezet **door het management** om tot euthanasie te besluiten
- 6 a Heeft u in de afgelopen **vijf jaar** wel eens een geval van euthanasie **niet gemeld** bij een toetsingscommissie? Ja
 Nee → doorgestuurd naar **vraag C7**
- b **Indien ja**, wat was in het meest recente geval de reden om **niet** te melden?

- 7 a Is het **denkbaar** dat u in de toekomst een geval van euthanasie **niet** meldt? Ja
 Niet denkbaar → doorgestuurd naar **Onderdeel D**
- b **Indien ja**, in welke situatie(s) zou u een geval van euthanasie niet melden?

D Laatste verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding

Heeft u in de afgelopen 5 jaar wel eens uitdrukkelijk verzoek om euthanasie gehad van... (één of meer antwoorden mogelijk)

- Een patiënt met dementie
 - Een patiënt met een stapeling van ouderdomsklachten
 - Een andere patiënt
 - Ik heb geen uitdrukkelijk verzoek gehad in de afgelopen 5 jaar → doorgestuurd naar **Onderdeel E**
- 1 **Indien dementie**, dit laatste uitdrukkelijke verzoek betrof een patiënt met dementie...
- die zelf een mondeling verzoek deed
 - over wie betrokkenen aangaven dat de inmiddels ter zake wilsonbekwame patiënt zich op dat moment bevond in de situatie die in de euthanasieverklaring was beschreven
 - Geen van beide → doorgestuurd naar **Onderdeel E**
- 2 Wat heeft u met dit laatste uitdrukkelijke verzoek gedaan?
- Ik heb het verzoek **ingewilligd en uitgevoerd** → doorgestuurd naar **vraag D4**
 - Ik heb het verzoek **geweigerd** → doorgestuurd naar **vraag D4**
 - De **besluitvorming** is nog **gaande**
 - De patiënt heeft het verzoek **ingetrokken**
 - De patiënt is **overleden voor** ik het **besluit** over het verzoek heb genomen
 - De patiënt is **overleden** nadat ik het verzoek heb ingewilligd, maar **voordat** ik de euthanasie kon **uitvoeren**
- 3 Heeft u in de afgelopen 5 jaar wel eens een uitdrukkelijk verzoek **geweigerd**?
- Ja
 - Nee → doorgestuurd naar **Onderdeel E**
- 4 Hoe lang **vóór** het uitdrukkelijk verzoek heeft u voor het eerst met deze patiënt over euthanasie gesproken? (Vul het aantal dagen, weken, maanden **óf** jaren in; u mag eventueel schatten)
- dagen
 - weken
 - maanden
 - jaren
 - N.v.t., ik heb hier niet vóór het uitdrukkelijk verzoek over gesproken met de patiënt
- 5 Hoeveel gesprekken heeft u met de patiënt over euthanasie gehad **voordat de patiënt het uitdrukkelijke verzoek deed**? (u mag eventueel schatten)
- gesprekken
 - Geen

- 6 Had de patiënt een schriftelijke euthanasieverklaring? Ja
 Nee
- 7 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, was voor u op grond van de schriftelijke euthanasieverklaring voldoende duidelijk in welke situatie de patiënt wilde dat euthanasie uitgevoerd zou worden? Ja
 Enigszins
 Nee
- 8 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, welke specifieke situaties stonden in de euthanasieverklaring beschreven?

- 9 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, kunt u toelichten hoe u deze situaties geïnterpreteerd heeft?

- 10 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, kunt u kort toelichten hoe het voortraject is verlopen? (Bijv. met wie heeft de patiënt over de euthanasieverklaring gesproken, met wie heeft u over het verzoek gesproken, onderwerpen van deze gesprekken)

Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring, de volgende vragen gaan over de periode waarin volgens betrokkenen de patiënt zich bevond in de situatie die in de euthanasieverklaring was beschreven en u tot uitvoering van de euthanasie overging.

- 11 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, hoe lang **vóór** de uitvoering van de euthanasie heeft de patiënt de schriftelijke euthanasieverklaring voor het laatst geactualiseerd? (Vul het aantal dagen, weken, maanden óf jaren in; u mag eventueel schatten) dagen
 weken
 maanden
 jaren
 Weet ik niet
 De patiënt heeft de schriftelijke euthanasieverklaring niet geactualiseerd
- 12 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, nadat de patiënt zich volgens betrokkenen bevond in de **situatie** waarvoor de euthanasieverklaring opgesteld was;
- | | Ja | Nee | Weet ik niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Is de euthanasieverklaring met diens naasten besproken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Is de euthanasieverklaring met de patiënt besproken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Stond de patiënt nog achter het verzoek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13 **Afhankelijk van het antwoord op vraag D12c**, waaruit bleek dat de patiënt nog/niet meer achter het euthanasieverzoek stond? Waarom twijfelt u erover of de patiënt nog achter het euthanasieverzoek stond?

- 14 **Indien dementie o.b.v. schriftelijke euthanasieverklaring**, op wiens initiatief is de euthanasieverklaring ter sprake gekomen **nadat** de Patiënt
 Naaste(n)
 Zorgverlener(s)

- patiënt zich volgens betrokkenen bevond in de **situatie** Anders, **nl:**
 waarvoor de euthanasieverklaring opgesteld was? _____
- 15 Welke leeftijd had de patiënt **ten tijde van uitvoering** jaar
 van euthanasie?
- 16 Wat was het geslacht van de patiënt? Man
 Vrouw
 Anders
- 17 Had de patiënt een partner **ten tijde van de uitvoering** Ja, samenwonend
 van euthanasie? Ja, niet samenwonend
 Nee, weduwe/weduwenaar
 Nee, overig
- 18 Waar verbleef de patiënt het **langst** in de laatste 3
 maanden van zijn/haar leven? Thuis of bij naasten thuis
 Ziekenhuis
 Hospice
 Verpleeghuis of verzorgingshuis
 Anders, **nl:**

- 19 Wat was de hoofddiagnose?

 N.v.t., er was geen sprake van een aandoening
- 20 Welke van de volgende situaties waren van
 toepassing op de patiënt?
(één of meer antwoorden mogelijk) Patiënt had kanker
 Patiënt had een andere
 (levensbedreigende) lichamelijke
 aandoening
 Patiënt had dementie
 Patiënt had een psychiatrische
 aandoening
 Patiënt had een stapeling van
 ouderdomsklachten
 Patiënt had psychosociale of
 existentiële problemen
 Anders, **nl:**

- 21 **Indien dementie**, welke vorm van dementie was
 gediagnosticeerd? Dementie niet gediagnosticeerd door
 een arts
 Dementie niet nader gespecificeerd
 Alzheimer dementie
 Vasculaire dementie
 Anders, **nl:**

- 22 **Indien dementie**, van welk stadium van dementie was Vroege fase
 er sprake **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie? Midden fase
 Late fase

- 23 **Indien dementie**, was er sprake van bijkomende aandoeningen **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?
- 24 **Indien stapeling van ouderdomsklachten**, welke ouderdomsklachten had de patiënt? (*één of meer antwoorden mogelijk*)
- 25 Hoe lang was de patiënt bij u onder behandeling **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?
- 26 In hoeverre was de patiënt **afhankelijk** van anderen **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?
- 27 Waar was de behandeling met name op gericht **ten tijde van het uitdrukkelijk verzoek**? (*kies de belangrijkste*)
- 28 Hoe schatte u de levensverwachting van de patiënt in **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?
- 29 In hoeverre was inhoudelijke communicatie met de patiënt mogelijk **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?
- 30 Wat waren de **belangrijkste redenen** van de patiënt om het uitdrukkelijke euthanasieverzoek te doen? (*één of meer antwoorden mogelijk*)
- Ja, **nl:**

- Nee
- Visusstoornissen
- Gehoorstoornissen
- Osteoporose
- Artrose
- Evenwichtsproblemen
- Cognitieve achteruitgang
- Anders, **nl:**

- Minder dan een maand
- 1 tot 12 maanden
- Meer dan 12 maanden
- Vrijwel zelfstandig
- Beperkt zorgafhankelijk, had bijv. enige sturing nodig van anderen
- In grote mate afhankelijk van anderen in het dagelijks leven
- Curatie
- Revalidatie
- Levensverlenging
- Palliatie
- N.v.t., patiënt kreeg geen therapie
- Minder dan 1 week
- 1 tot 4 weken
- 1 tot 5 maanden
- 6 tot 12 maanden
- meer dan 12 maanden
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Nauwelijks tot niet
- Algehele zwakte/vermoeidheid
- Benauwdheid
- Pijn
- Andere lichamelijke klachten
- Depressieve gevoelens
- Angst
- Cognitieve achteruitgang
- Lichamelijke achteruitgang
- Invaliditeit/immobiliteit
- Overlijden van een naaste
- Eenzaamheid

- Afhankelijkheid
 (Angst voor) verlies van de regie over het eigen leven
 Niet tot last willen zijn voor familie/omgeving
 Niet meer zelfstandig wonen
 Lijden zonder zicht op verbetering
 Geen doel in het leven hebben
 Verlies van waardigheid
 Voltooid leven/lijden aan het leven
 Anders, nl: _____
- 31 Betrof het met name actueel lijden of angst voor lijden in de toekomst?
 Actueel lijden
 Angst voor toekomstig lijden
- 32 **Indien dementie**, waaruit bestond het lijden van de patiënt **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie?

- 33 Was er naar uw oordeel **ten tijde van de uitvoering** van euthanasie sprake van
- | | Nee | Enigszins | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a een ter zake wilsbekwame patiënt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b ondraaglijk lijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c uitzichtloos lijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d een vrijwillig en weloverwogen verzoek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e alternatieve behandelingsopties? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 34 **Afhankelijk van antwoord vraag D33a-d**: Waarom was er volgens u geen of enigszins sprake van een ter zake wilsbekwame patiënt/ ondraaglijk lijden/ uitzichtloos lijden/ een vrijwillig en weloverwogen verzoek?

- 35 **Afhankelijk van antwoord vraag D33e**: Waarom was er volgens u (enigszins) sprake van alternatieve behandelingsopties?

- 36 Heeft u een andere arts geconsulteerd **na het uitdrukkelijke euthanasieverzoek**?
(één of meer antwoorden mogelijk)
 Nee
 Ja, een SCEN arts
 Ja, een psychiater
 Ja, een andere arts, nl: _____
- 37 Welke mening hadden de directe naasten over het uitdrukkelijke euthanasieverzoek?
 N.v.t., er waren geen naasten betrokken
 Ze hadden een neutraal standpunt
 Ze ondersteunden de patiënt in het verzoek
 Ze ondersteunden de patiënt **niet** in het verzoek
 Ze waren verdeeld

Weet ik niet

- 38 Kunt u aangeven of u in deze casus problemen heeft gehad met de volgende aspecten van euthanasie? Ja Nee
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a De beoordeling of aan de zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b De tijd die het besluitvormingsproces kost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c De emotionele belasting van de voorbereiding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d De toediening van middelen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e De emotionele belasting van de uitvoering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f De administratieve belasting van het melden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Het wachten op het oordeel van de toetsingscommissie euthanasie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h De reacties van andere zorgverleners | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Het omgaan met de naasten van de patiënt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j Waren er andere zaken waar u tegen op zag/tegen aan liep? Indien ja , graag hieronder toelichten: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
- 39 Heeft u in deze casus onderstaande ervaringen gehad? Ja Nee
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a Ik had de indruk dat de patiënt het euthanasieverzoek onder druk van naasten deed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Ik voelde me onder druk gezet door de patiënt om tot euthanasie te besluiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Ik voelde me onder druk gezet door naasten van de patiënt om tot euthanasie te besluiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Ik voelde me onder druk gezet door naasten van de patiënt om het euthanasieverzoek af te wijzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Ik voelde me onder druk gezet door de patiënt of diens naasten om euthanasie zo snel mogelijk uit te voeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 40 Hoe lang heeft de besluitvorming over dit euthanasieverzoek geduurd **vanaf het uitdrukkelijke verzoek tot u de euthanasie uitvoerde?** (Vul het aantal dagen, weken, *óf* maanden in)
- | | | |
|--|------------------------------|--|
| | <input type="text"/> dagen | |
| | <input type="text"/> weken | |
| | <input type="text"/> maanden | |
- 41 Heeft u euthanasie uitgevoerd of hulp bij zelfdoding verleend? Euthanasie uitgevoerd
 Hulp bij zelfdoding verleend
- 42 **Indien dementie**, heeft u premedicatie* toegediend bij de uitvoering van de euthanasie? Ja
 Nee
(* Medicatie om de patiënt in een lichte slaaptoestand te brengen en eventuele pijn- of schrikreacties te voorkomen, bijvoorbeeld midazolam.)
- 43 Waar vond de euthanasie of hulp bij zelfdoding plaats? Thuis of bij naasten thuis
 Ziekenhuis
 Hospice
 Verpleeghuis of verzorgingshuis
 Anders, nl:

- 44 a Zijn er complicaties of onverwachte gebeurtenissen opgetreden bij de uitvoering van euthanasie of verlening van hulp bij zelfdoding? Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag D45**
- b **Indien ja**, welke complicaties of onverwachte gebeurtenissen zijn er opgetreden bij de uitvoering van euthanasie of verlening van hulp bij zelfdoding?
- 45 a Heeft u dit geval gemeld bij een toetsingscommissie euthanasie? Ja → doorgestuurd naar **vraag D46** Nee
- b **Indien nee**, waarom heeft u dit geval niet gemeld bij een toetsingscommissie euthanasie?
- 46 Hoe heeft u de rol van de gemeentelijk lijkschouwer ervaren? (*één of meer antwoorden mogelijk*) Als belangrijk voor de afronding van de levensbeëindiging Als hulp bij de juridische afhandeling Als controle van mijn handelen Als inbreuk op de intimiteit van het overlijden Anders, **nl:**
- 47 a Heeft de regionale toetsingscommissie u gedurende de beoordelingsprocedure om extra informatie gevraagd over deze melding? Ja Nee → doorgestuurd naar **vraag D49**
- b **Indien ja**, kunt u kort omschrijven om welke informatie de toetsingscommissie vroeg?
- 48 Op welke wijze heeft u de vraag om extra informatie beantwoord? (*één of meer antwoorden mogelijk*) Per brief Per mail Per telefoon In een persoonlijk gesprek Anders, **nl:**
- 49 Wat vond u van de brief waarin u op de hoogte werd gesteld van het oordeel van de toetsingscommissie? (*één of meer antwoorden mogelijk*) Goed Informatief Standaardtekst Zakelijk Weinig invoelend Onduidelijk Anders, **nl:**
- 50 Hoe heeft u de gehele procedure rond deze melding in het algemeen ervaren? (*één of meer antwoorden mogelijk*) Neutraal Opluchtend Verhelderend Tijdrovend Inbreuk op privacy Ondersteund Incriminerend

- 51 a Heeft u over de euthanasie of hulp bij zelfdoding met de nabestaanden een nagesprek gehouden?
- Belastend
 Anders, **nl:**

- Ja, 1 maal
 Ja, meerdere malen
 Nee → doorgestuurd naar

Onderdeel E

- b **Indien ja**, wat werd er in dit nagesprek/deze nagesprekken besproken?

- c **Indien ja**, heeft dit geleid tot het aanbieden van zorg?
 Nee
 Ja, **nl:**

Indien de arts heeft aangegeven het verzoek te hebben geweigerd bij vraag D2 of D3 worden vragen 41 t/m 51 vervangen door vragen 52 t/m 57

- 52 Wat was de **belangrijkste** reden voor het weigeren van het verzoek?
- Ik voer nooit euthanasie uit
 Bezwaren van familie
 Mogelijk niet aan zorgvuldigheidseisen voldaan, **nl:**

- Persoonlijke bezwaren specifiek voor deze casus, **nl:**

- Anders, **nl:**

- 53 Denkt u dat in dit geval de euthanasie als zorgvuldig beoordeeld zou worden door de toetsingscommissie **als u het wel uitgevoerd zou hebben?**
- Ja
 Nee
 Weet ik niet
- 54 Welke beslissingen omtrent **behandeling** en zorg zijn genomen **na het weigeren** van het euthanasieverzoek? *(één of meer antwoorden mogelijk)*
- Geen verandering van de behandeling en zorg
 Curatieve of levensverlengende behandeling is gestopt
 Symptombestrijding gericht op palliatie is gestart/ geïntensiveerd
 Behandelbeperking is afgesproken: bijv. geen behandeling bij een infectie
 Psychologische begeleiding is gestart/ geïntensiveerd
 Uitbreiding sociale activiteiten
 Uitbreiding van de zorg
 Palliatieve sedatie
 Overplaatsing naar hospice
 Overplaatsing naar revalidatieplek

- 55 a Heeft u de patiënt doorverwezen nadat u het euthanasieverzoek geweigerd had?
- Overplaatsing naar andere zorginstelling
 - Ontslag naar huis
 - Thuiszorg werd opgestart of uitgebreid
 - Anders, **nl**:
 - Ja, naar het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levensindekliniek) → doorgestuurd naar **vraag D56**
 - Ja, naar een andere arts → doorgestuurd naar **vraag D56**
 - Nee
- b **Indien nee**, heeft de patiënt zelf een andere arts gezocht die bereid was om zijn/haar verzoek in te willigen?
- Ja, via het Expertisecentrum Euthanasie → doorgestuurd naar **vraag D56**
 - Ja, een andere arts → doorgestuurd naar **vraag D56**
 - Weet ik niet → doorgestuurd naar **vraag D56**
 - Nee
- c **Indien nee**, wat was volgens u de reden om **geen** andere arts te zoeken?
-
- 56 a Heeft u nog wel eens met de patiënt **gesproken** over euthanasie **nadat u zijn/haar verzoek geweigerd had?**
(*één of meer antwoorden mogelijk*)
- Ja, op mijn initiatief
 - Ja, op initiatief van de patiënt
 - Nee → doorgestuurd naar **vraag D57**
- b **Indien ja**, zijn er naar aanleiding van dat gesprek afspraken gemaakt?
- Ja
 - Nee → doorgestuurd naar **vraag D57**
- c **Indien ja**, waarover zijn afspraken gemaakt?
-
- 57 Is de patiënt overleden?
- Nee
 - Weet ik niet
 - Ja, op natuurlijke wijze
 - Ja, door euthanasie uitgevoerd door het Expertisecentrum euthanasie
 - Ja, door euthanasie uitgevoerd door een andere arts
 - Ja, door te stoppen met eten en drinken
 - Ja, door inname van zelfverkregen dodelijke middelen
 - Ja, door suïcide

E Stellingen

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende stellingen. Het gaat hierbij om uw mening, en niet om wat wettelijk toegestaan is.	Helemaal eens	Eens	Noch eens/oneens	Oneens	Helemaal oneens
1 Ik heb voldoende kennis over de inhoud van de euthanasiewet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ik ben voldoende bekwaam in het geven van palliatieve zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Goede palliatieve zorg maakt euthanasie overbodig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Iedereen heeft het recht om zelf te beschikken over zijn leven en dood.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Bij een euthanasieverklaring die een patiënt met dementie heeft getekend toen deze nog wilsbekwaam was, is het onmogelijk te bepalen wanneer dit verzoek ingewilligd zou moeten worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Het is onmogelijk te beoordelen of een wilsonbekwame patiënt met dementie ondraaglijk en uitzichtloos lijdt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Een patiënt met dementie kan ondraaglijk lijden aan dementie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Overlijden door te stoppen met eten en drinken kan een goed alternatief voor euthanasie zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Als morfine getitreerd wordt op geleide van pijn, kan het bespoediging van het levenseinde geven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Toediening van hoge doses morfine om het levenseinde van een ernstig lijdende patiënt op diens verzoek te bespoedigen kan een goede manier zijn om euthanasie uit te voeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ik ervaar druk vanuit de maatschappij om euthanasieverzoeken in te willigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ik wil de mening van directe naasten over een euthanasieverzoek weten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 De mening van directe naasten over een euthanasieverzoek weegt mee in mijn besluit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Sinds de komst van het Expertisecentrum (voorheen Levenseindekliniek) ben ik eerder geneigd om euthanasieverzoeken te weigeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ik vind het goed dat alleen een arts euthanasie mag uitvoeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Er moeten voor burgers meer juridische mogelijkheden zijn om hulp bij zelfdoding te verlenen in geval van voltooid leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 17 Ik geef de voorkeur aan euthanasie (ten opzichte van hulp bij zelfdoding) omdat ik dan zeker weet dat de uitvoering goed gaat.
- 18 Ik geef de voorkeur aan hulp bij zelfdoding (ten opzichte van euthanasie) omdat ik dan zeker weet dat de patiënt het wil.
- 19 Er zijn situaties waarin ik wel hulp bij zelfdoding zou verlenen maar geen euthanasie zou verrichten.
- 20 Heeft u een voorkeur voor euthanasie boven hulp bij zelfdoding, of vice versa, bij de volgende patiëntgroepen?
- | | Euthanasie | Hulp bij zelfdoding | Geen voorkeur |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Levensbedreigende aandoening | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dementie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychiatrisch lijden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stapeling van ouderdomsklachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voltooid leven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 21 Wilt u uw keuzes op bovenstaande vraag toelichten?
-

F Afsluiting

- 1 a Wat is uw geslacht? Man
 Vrouw
 Anders
- b Wat is uw leeftijd? jaar
- c Heeft u een geloof of levensbeschouwing? Nee
 Ja, nl:
- 2 Hoeveel patiënten die bij u onder behandeling waren zijn in het afgelopen jaar overleden? (evt. kunt u schatten) patiënten
- 3 Heeft u (naast uw reguliere opleiding) bijscholing gehad op het gebied van palliatieve zorg? Nee
 Ja, kaderopleiding palliatieve zorg
 Ja, anders, nl:
- 4 a Bent u bekend met de Euthanasiecode van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie Ja
 Nee → doorgestuurd naar **Tot slot**
- b **Indien ja**, hoe vaak raadpleegt u de Euthanasiecode? Bij elk euthanasieverzoek
 Bij sommige euthanasieverzoeken
 Nooit
- c **Indien ja**, vindt u dat de Euthanasiecode bruikbare informatie bevat? Ja, zeker
 Ja, enigszins
 Nee

Tot slot

Wij zullen een aantal verdiepende interviews doen waarin veel ruimte is om **eigen ervaringen met euthanasie** te bespreken. Wij willen u vragen of u mee wilt werken aan een dergelijk interview. Als u hiertoe bereid bent, vragen we u om hieronder uw naam en telefoonnummer of uw e-mailadres op te geven. **De anonimiteit wordt hiermee verbroken, maar gegevens blijven vertrouwelijk.** Wij zullen uiteindelijk een aantal geselecteerde artsen benaderen voor een interview.

1 **Mogen we u benaderen voor een interview?**

Ja

Nee → doorgestuurd naar
opmerkingen

2 Wat is uw naam en telefoonnummer?

3 Wat is uw e-mailadres?

Ruimte voor opmerkingen:

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Vergeet niet uw antwoorden te versturen door te klikken op 'volgende'!

Indien u vragen of opmerkingen heeft naar aanleiding van dit onderzoek of deze vragenlijst, kunt u contact opnemen met: S.C. Renckens, onderzoeker (tel., e-mail:).

F

Vragenlijst leden toetsingscommissieleden

Kwaliteit en transparantie

- 1 Wat vindt u van de kwaliteit van de meldingsverslagen van artsen? Is die in de loop der jaren: Toegenomen
 Gelijk gebleven
 Afgenomen
- 2 Wat vindt u van de kwaliteit van de verslagen van consulenten? Is die in de loop der jaren: Toegenomen
 Gelijk gebleven
 Afgenomen
- 3 Lukt het u in het algemeen om alle te beoordelen meldingen zorgvuldig door te nemen? Ja
 Nee
- In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?
- | | Ze
er
e
e
n
s | E
e
n
s | N
i
e
t
e
e
n
s
,
n
i
e
t
o
n
e
e
n
s | O
n
e
e
n
s | Z
e
e
r
o
n
e
e
n
s |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| 4 Meldingen worden te vaak als niet vragen oproepend (NVO) gekwalificeerd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Meldingen worden te vaak als vragen oproepend (VO) gekwalificeerd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Voelt u zich altijd vrij om een aanvankelijk als niet vragen oproepend gekwalificeerde melding toch als vragen oproepende melding te bestempelen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | | |
| 7 Wat vind u in het algemeen van de kwaliteit van de beoordeling door de toetsingscommissies van niet vragen oproepende meldingen? | <input type="checkbox"/> Goed | <input type="checkbox"/> Redelijk | <input type="checkbox"/> Matig | <input type="checkbox"/> Onvoldoende | |
| 8 Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van de beoordeling door de toetsingscommissies van vragen oproepende meldingen? | <input type="checkbox"/> Goed | <input type="checkbox"/> Redelijk | <input type="checkbox"/> Matig | <input type="checkbox"/> Onvoldoende | |

- 9 Worden er wel eens meldingen als 'conform de zorgvuldigheidseisen' beoordeeld die u als 'niet-conform de zorgvuldigheidseisen' ziet? Ja Nee
- 10 Worden er wel eens meldingen als 'niet-conform de zorgvuldigheidseisen' beoordeeld die u als 'conform de zorgvuldigheidseisen' ziet? Ja Nee
- 11 Wat vindt u van het aantal meldingen dat door de toetsingscommissies als 'niet-conform de zorgvuldigheidseisen' wordt beoordeeld? Te veel Juist Te weinig
- 12 Heeft u de indruk dat er systematische verschillen zijn tussen de beoordelingen van de verschillende toetsingscommissies? Ja Nee
- 13 Vindt u dat de oordelen van de toetsingscommissies naar de meldend artsen toe voldoende gemotiveerd worden? Altijd Meestal Soms Nooit
- 14 Bent u tevreden over de EuthanasieCode? Heel tevreden Redelijk tevreden Matig tevreden Niet tevreden
- 15 Vindt u dat de toetsingscommissies voldoende doen om de samenleving duidelijk te maken wat er mogelijk is wat betreft levensbeëindiging op verzoek? Ja Nee

Bijzondere casuïstiek

- 1 Welke van de zes zorgvuldigheidseisen vindt u het lastigst om te beoordelen? Kunt u ze op volgorde zetten, met op plaats 1 de lastigst te beoordelen eis en op plaats 6 de minst lastig te beoordelen eis? Vrijwillig en weloverwogen verzoek Uitzichtloos en ondraaglijk lijden Voorlichting over situatie en vooruitzichten Geen redelijke alternatieven De consultatie De uitvoering
- 2 Welke van de zorgvuldigheidseisen weegt voor u het zwaarst bij uw beoordeling? Kunt u ze op volgorde zetten, met op plaats 1 de eis die voor u het zwaarst weegt en op plaats 6 de eis die het minst zwaar weegt? Vrijwillig en weloverwogen verzoek Uitzichtloos en ondraaglijk lijden Voorlichting over situatie en vooruitzichten Geen redelijke alternatieven De consultatie De uitvoering

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?	Zeer eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Zeer oneens
3 Binnen de toetsingscommissies is er voldoende deskundigheid om meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij 'bijzondere gevallen' te kunnen beoordelen Denk aan: patiënten met een psychiatrische aandoening, dementie, complexe of zeldzame aandoeningen, minderjarigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 De arresten van de Hoge Raad inzake de 'koffie euthanasie zaak' hebben de grenzen en mogelijkheden van euthanasie bij mensen met gevorderde dementie verhelderd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Het is wenselijk dat in de EuthanasieCode concreter beschreven wordt waar een schriftelijke wilsverklaring aan moet voldoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Als een arts levensbeëindiging op verzoek overweegt bij een patiënt met een psychiatrische aandoening dient hij conform het advies van de KNMG een reguliere consulent en een tweede consulent die psychiater is in te schakelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Binnen de Wtl is er voldoende ruimte om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te bieden bij mensen met een 'voltooid leven'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zelfbeschikking en lijden

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?	Zeer eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Zeer oneens
1 Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is in de loop der jaren een belangrijker argument geworden in de meldingsverslagen van artsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is in de loop der jaren een belangrijker argument geworden bij de beoordeling door de toetsingscommissies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 De drempel om lijden als ondraaglijk te kwalificeren is voor artsen in de loop der jaren lager geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 De drempel om te concluderen dat er aan de eis ten aanzien van ondraaglijk lijden is voldaan, is voor de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

toetsingscommissies in de loop der jaren lager geworden.

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 | De drempel om te concluderen dat er geen redelijke alternatieven voor levensbeëindiging zijn, is voor artsen in de loop der jaren lager geworden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | De drempel om te concluderen dat er aan de eis ten aanzien van de afwezigheid van redelijke alternatieven is voldaan, is voor de toetsingscommissies in de loop der jaren lager geworden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Ik vind zelfbeschikking de belangrijkste grondslag voor levensbeëindiging op verzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Ik vind barmhartigheid de belangrijkste grondslag voor levensbeëindiging op verzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De Wtl

- | In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? | Zeer
eens | Eens | Niet
eens,
niet
oneens | Oneens | Zeer
oneens |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Artsen met wie de toetsingscommissies spreken zijn goed op de hoogte van hun rechtspositie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | De verhouding tussen de beoordeling door de toetsingscommissies enerzijds en het strafrecht anderzijds is voor artsen voldoende duidelijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | De verhouding tussen de beoordeling door de toetsingscommissies enerzijds en de Inspectie en KNMG anderzijds is voor artsen voldoende duidelijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Het beleidsoverleg tussen de toetsingscommissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie moet worden geïntensiveerd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Het gegeven dat er sinds de invoering van de Wtl slechts eenmaal tot vervolging is overgegaan maakt het werk van de toetsingscommissies minder zinvol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | De toetsingscommissies zijn terughoudend met het oordeel 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' als het sterke vermoeden bestaat dat het Openbaar Ministerie of de Inspectie daar geen consequenties aan zal verbinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | De toetsingscommissies zijn terughoudend met het oordeel 'niet conform de zorgvuldigheidseisen' als het sterke vermoeden bestaat dat het Openbaar Ministerie of de Inspectie daar wel consequenties aan zal verbinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 | Het is niet meer nodig om het oordeel 'conform de zorgvuldigheidseisen' te motiveren in de oordeelbrief | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | De toetsingscommissies hebben binnen de huidige wetgeving altijd voldoende ruimte voor verantwoorde beoordeling van complexe casuïstiek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | In de oordelen die op de website van de toetsingscommissies gepubliceerd worden zou vermeld moeten worden welke leden betrokken waren bij de beoordeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | De toetsingscommissies kunnen zich beter beperken tot een steekproefsgewijze beoordeling van meldingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | De toetsingscommissies kunnen zich beter beperken tot het uitsluitend beoordelen van vragen oproepende gevallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | De Wtl kan in de huidige vorm nog wel 20 jaar mee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | De Wtl is aan vernieuwing toe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tot slot

Sinds wanneer bent u werkzaam voor de toetsingscommissies?

(graag jaartal invullen)

U bent:

- Jurist-lid
- Arts-lid
- Ethicus-lid
- Secretaris

G

Vragenlijst publieksonderzoek

Publieksonderzoek over euthanasie en hulp bij zelfdoding

Het Erasmus MC doet samen met andere universitaire medische centra onderzoek naar euthanasie en hulp bij zelfdoding. Door middel van deze vragenlijst willen de onderzoekers inzicht krijgen in de kennis, opvattingen en ervaringen van burgers over dit onderwerp.

Voor sommige mensen is de laatste levensfase een onderwerp waar zij liever niet over willen nadenken. Toch stellen wij het zeer op prijs als u de tijd en moeite wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen.

De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om aanbevelingen te doen voor verbetering van de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding.

A Uw gezondheid

- 1 Hoe is over het algemeen uw gezondheid?
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht
 - Zeer slecht

- 2 Hoe is over het algemeen uw “kwaliteit van het leven”?
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht
 - Zeer slecht

- 3 Hebt u één of meer van de volgende aandoeningen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - Astma/COPD

- Reuma/artrose
 - Diabetes mellitus/suikerziekte
 - (Gevolgen van) een beroerte
 - Hartaandoening
 - Depressie
 - Dementie
 - Multiple sclerose (MS) / amyotrofische lateraal sclerose (ALS)
 - Kanker
 - Anders, namelijk
 - Geen van deze aandoeningen → ga naar vraag A5
- 4 In welke mate beïnvloeden deze aandoeningen uw kwaliteit van leven?
- In zeer sterke mate
 - In sterke mate
 - In mindere mate
- 5 Kies het antwoord dat het best past bij uw gezondheid vandaag.
- a Mobiliteit*
- Ik heb geen problemen met lopen
 - Ik heb een beetje problemen met lopen
 - Ik heb matige problemen met lopen
 - Ik heb ernstige problemen met lopen
 - Ik ben niet in staat om te lopen
- b Zelfzorg*
- Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden
 - Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden
 - Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden
 - Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden
 - Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden
- c Dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)*
- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
 - Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten
 - Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
 - Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
 - Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren
- d Pijn/ongemak*
- Ik heb geen pijn of ongemak
 - Ik heb een beetje pijn of ongemak
 - Ik heb matige pijn of ongemak
 - Ik heb ernstige pijn of ongemak
 - Ik heb extreme pijn of ongemak
- e Angst/somberheid*
- Ik ben niet angstig of somber
 - Ik ben een beetje angstig of somber

- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber
- Ik ben extreem angstig of somber

B Uw kennis

Let op:

Euthanasie = levensbeëindiging door toediening van een middel door een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt

Hulp bij zelfdoding = levensbeëindiging waarbij de patiënt zélf een middel inneemt dat hij/zij op zijn/haar uitdrukkelijke verzoek via een arts heeft gekregen.

Beide vormen van levensbeëindigend handelen worden geregeld in één wet: de euthanasiewet.

Hieronder volgt een aantal uitspraken over de euthanasiewet. Geef bij elke uitspraak aan of deze naar uw mening waar of niet waar is, of dat u het niet weet.

	Waar	Niet	Weet
		waar	ik niet
1 Volgens de euthanasiewet mag alleen een arts euthanasie toepassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Een arts mag een euthanasieverzoek weigeren, ook als aan de wettelijke eisen wordt voldaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Voor patiënten met gevorderde dementie is euthanasie wettelijk nooit toegestaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Een euthanasieverzoek van een familielid van de patiënt is wettelijk geldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Psychiatrische patiënten mogen volgens de wet geen euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Een arts moet een schriftelijk euthanasieverzoek altijd volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Patiënten met gevorderde dementie moeten een schriftelijk euthanasieverzoek hebben om euthanasie te kunnen krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Euthanasie mag niet worden uitgevoerd bij ernstig zieke kinderen in de leeftijd van 1-11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levensindekliniek) moet zich bij de uitvoering van euthanasie net als alle artsen houden aan de zorgvuldigheidseisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Euthanasie is toegestaan voor ouderen die niet meer verder willen leven, ook als zij nog helemaal gezond zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Uw ervaringen

1 Over welke zaken met betrekking tot het levenseinde hebt u wel eens nagedacht?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- Wie beslissingen over mijn medische behandeling moet nemen als ik dat zelf niet meer kan
- Of ik thuis wil blijven wonen als ik ernstig ziek word
- Of ik naar het ziekenhuis zou willen als ik ernstig ziek word
- Of ik opgenomen zou willen worden in een verpleeghuis als ik ernstig ziek word

- Welke behandelingen ik wel of niet zou willen als ik ernstig ziek word
 - Of ik gereanimeerd wil worden als ik een hartstilstand krijg
 - Of ik euthanasie wil als ik ernstig ziek word
 - Ik heb over geen van deze zaken nagedacht
- 2 Over welke zaken met betrekking tot het levenseinde hebt u wel eens gesproken met een arts?
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- Wie beslissingen over mijn medische behandeling moet nemen als ik dat zelf niet meer kan
 - Of ik thuis wil blijven wonen als ik ernstig ziek word
 - Of ik naar het ziekenhuis zou willen als ik ernstig ziek word
 - Of ik opgenomen zou willen worden in een verpleeghuis als ik ernstig ziek word
 - Welke behandelingen ik wel of niet zou willen als ik ernstig ziek word
 - Of ik gereanimeerd wil worden als ik een hartstilstand krijg
 - Of ik euthanasie wil als ik ernstig ziek word
 - Ik heb over geen van deze zaken met een arts gesproken
- 3 Wat hebt u vastgelegd over medische behandelingen die u aan het einde van het leven wel of niet zou willen ontvangen, bijvoorbeeld in een wilsverklaring? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- Ik heb een euthanasieverklaring opgesteld
 - Ik heb in een volmacht vastgelegd wie voor mij mag beslissen als ik dat zelf niet meer kan
 - Ik heb een behandelverbod vastgelegd
 - Ik heb vastgelegd dat ik niet gereanimeerd wil worden
 - Ik heb een levenswensverklaring opgesteld
 - Ik heb via de notaris een levenstestament opgesteld
 - Ik heb iets anders vastgelegd, namelijk: _____
 - Ik heb (voor zover ik weet) niets vastgelegd
- 4 Hebt u ooit meegemaakt dat een persoon uit uw naaste omgeving zijn/haar arts heeft gevraagd om euthanasie of hulp bij zelfdoding?
- Ja
 - Nee → GA NAAR VRAAG D1

De volgende vragen gaan over de laatste keer dat een persoon uit uw naaste omgeving heeft gevraagd om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

- 5 Deze persoon uit uw naaste omgeving was uw:
- Partner
 - Ouder
 - Broer/zus
 - Kind
 - Ander familielid
 - Iemand anders uit mijn naaste omgeving (geen familie)
- 6 Wat vond u van dit verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding?

- Ik stond achter het verzoek van mijn naaste
- Ik had er geen mening over
- Ik stond niet achter het verzoek van mijn naaste

7 Hebt u uw mening over het verzoek van uw naaste met anderen besproken? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ja, met degene die het verzoek deed
- Ja, met andere naasten
- Ja, met de arts aan wie het verzoek gericht was
- Ja, met anderen, namelijk _____
- Nee

8 Heeft de arts het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding uitgevoerd?

- Ja
- Nee, nog niet → GA NAAR VRAAG D1
- Nee, de arts heeft dat geweigerd → GA NAAR VRAAG D1
- Nee, mijn naaste trok het verzoek weer in → GA NAAR VRAAG D1
- Anders, namelijk: ... → GA NAAR VRAAG D1
- Weet ik niet → GA NAAR VRAAG D1

9 Hoe hebt u de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij deze persoon uit uw naaste omgeving ervaren?

Druk dit uit in een cijfer van 1 tot 10, waarbij 1=zeer negatieve ervaring, 10=zeer positieve ervaring

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

U kunt uw antwoord hieronder toelichten:

10 Hebt u een nagesprek gehad met de arts over de euthanasie of hulp bij zelfdoding?

- Ja, één gesprek
- Ja, meerdere gesprekken
- Nee

11 Wat werd er in dit nagesprek besproken?

(bv. terugkijken op het gebeurde, hoe het nu met u gaat, doorverwijzing voor extra hulp, etc.)

D Uw opvattingen

Dit deel van de vragenlijst gaat over uw mening over euthanasie en hulp bij zelfdoding. In dit deel van de vragenlijst maken we soms onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

We herhalen nog even de definities:

Euthanasie = levensbeëindiging door toediening van een middel door een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Hulp bij zelfdoding = levensbeëindiging waarbij de patiënt zélf een middel inneemt dat hij/zij op zijn/haar uitdrukkelijke verzoek via een arts heeft gekregen.

Kies het antwoord dat het beste omschrijft in hoeverre u het oneens of eens bent met onderstaande uitspraken

		Helemaal oneens	Oneens	Niet oneens en niet eens	Eens	Helemaal eens
1	Ik vind dat iedere persoon recht moet hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding als hij/zij dat wil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ik vind het belangrijk dat familie meebeslist over een eventueel euthanasieverzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ik vind dat euthanasie alleen uitgevoerd mag worden bij patiënten die nog maar een paar weken te leven hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ik vind dat gezonde personen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ik vind dat iedere persoon het recht heeft om zelf te beschikken over zijn/haar eigen leven en dood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik vind dat ouderen medicijnen van een arts moeten kunnen krijgen om zelf het leven te beëindigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik vind dat mensen met dementie in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie als zij daar eerder om gevraagd hebben, ook als zij niet meer snappen wat er gebeurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ik vind dat een arts niet verplicht kan worden om je te begeleiden als je besluit zélf het leven te beëindigen door te stoppen met eten en drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 | Ik vind dat je zélf het leven mag beëindigen door het innemen van zelf opgespaarde medicatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ik vind dat ernstig zieke kinderen jonger dan 12 jaar in aanmerking moeten kunnen komen voor levensbeëindiging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Ik vind dat er voor hulp bij zelfdoding minder strenge regels nodig zijn dan voor euthanasie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Ik vind dat familie hulp bij zelfdoding mag verlenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Ik vind dat je alleen zelf kunt weten of je ondraaglijk lijdt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Ik vind dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Ik vind dat ouderen die levensmoe zijn in aanmerking moeten kunnen komen voor euthanasie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Ik vind het goed dat er een Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levenseindekliniek) is dat euthanasie kan verlenen als de eigen arts daar niet toe bereid is | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Ik vind het goed dat alleen een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Ik vind dat ook een ander dan een arts hulp bij zelfdoding mag verlenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E Situaties

De volgende vragen gaan over zes verschillende situaties die zich voor kunnen doen in de laatste levensfase. Deze situaties zijn verzonnen, maar kunnen voorkomen in de praktijk. Kies het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

- 1 De heer Smit is 62 jaar oud en heeft dementie. Hij herkent zijn vrouw en kinderen niet meer, weigert te eten en trekt zich steeds meer terug. Er is geen communicatie meer met hem mogelijk over zijn behandeling. Kort voordat hij dementie kreeg, heeft hij een schriftelijke euthanasieverklaring opgesteld waarin hij heeft vastgelegd dat zijn leven beëindigd moet worden als hij dementie zou krijgen. De familie is het hier mee eens. De arts besluit te doen wat de heer Smit heeft gevraagd en voert de euthanasie uit.
 - a Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?
 - Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

- b Stel dat u zich in de situatie van de patiënt zou bevinden. Kunt u zich voorstellen dat u dan een dergelijke schriftelijke euthanasieverklaring zou opstellen?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- 2 Mevrouw de Vries is 72 jaar en heeft ongeneeslijke baarmoederhalskanker. Naar verwachting heeft mevrouw de Vries nog een week te leven. Ze ligt met een luidruchtige en onregelmatige ademhaling in bed. Volgens de arts heeft zij hier zelf geen last van. Ze reageert niet meer op haar omgeving. Haar familieleden geven aan dat hun moeder het vreselijk zou vinden zo in bed te moeten liggen. Zij zeggen dat zij deze situatie zelf nooit zo gewild zou hebben. Na overleg met de familie geeft de arts mevrouw de Vries een injectie, waarna zij binnen enkele minuten overlijdt.
- a Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- b Hoe zou u het handelen van deze arts noemen? Kiest u het antwoord dat u het beste vindt passen.
- Pijn- en/of symptoombestrijding
 - Hulp bij zelfdoding
 - Palliatieve sedatie
 - Euthanasie
 - Levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt
 - Stoppen met de behandeling
 - Anders, namelijk
-
- Weet ik niet
- 3 Mevrouw de Jong (60 jaar) heeft borstkanker met uitzaaiingen. Zij heeft verschillende behandelingen ondergaan, maar haar ziekte is niet meer te genezen. Zij heeft ernstige pijn, die niet goed te verlichten is. Daarnaast voelt zij dat ze de regie over haar leven verliest en zij vindt dit heel erg. Zij heeft in haar werkzame leven altijd zelf de touwtjes in handen gehad. Zij geeft aan dit niet meer vol te houden. Ze vraagt haar huisarts om een drankje om een einde te kunnen maken aan haar leven. De huisarts besluit haar het drankje te geven.
- a Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- c Stel dat u zich in de situatie van de patiënt zou bevinden. Kunt u zich voorstellen dat u de arts dan om levensbeëindiging zou vragen?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

- 4 De heer de Bruyn is 86 jaar. Vroeger was hij professor aan de universiteit. Toen had hij plezier in zijn leven. Nu is hij oud en veel van zijn vrienden zijn dood. Hij is nooit getrouwd en heeft geen kinderen. Hij voelt zich vaak eenzaam. Hij is in goede lichamelijke en geestelijke conditie. De heer de Bruyn kan nog jaren leven. Maar hij ziet daar erg tegenop. Hij wil liever dood zijn. Dat heeft hij ook al vele malen tegen zijn huisarts gezegd. De heer de Bruyn vraagt de huisarts een drankje om een einde te kunnen maken aan zijn leven. De huisarts besluit hem het drankje te geven.
- a Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- b Stel dat u zich in de situatie van de patiënt zou bevinden. Kunt u zich voorstellen dat u de arts dan om levensbeëindiging zou vragen?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- 5 Mevrouw Langezaal is 48 jaar. Ze is lichamelijk gezond, maar geestelijk ziek. Ze is al jaren erg depressief en de behandelingen van de psychiater hebben niet geholpen. Ze zegt regelmatig tegen haar arts dat ze dood wil. Ze heeft al eens een poging tot zelfdoding gedaan, maar dat is mislukt. Mevrouw Langezaal gaat naar haar psychiater en vraagt om een drankje waarmee ze een einde aan haar leven kan maken. De psychiater besluit haar het drankje te geven.
- a Vindt u het handelen van de arts in deze situatie juist?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- b Stel dat u zich in de situatie van de patiënt zou bevinden. Kunt u zich voorstellen dat u de arts dan om levensbeëindiging zou vragen?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- 6 Mevrouw van Dijk is 82 jaar en woont in een serviceflat. Ze is moeder van een dochter, een zoon en heeft 5 kleinkinderen die haar af en toe bezoeken. Haar man is 10 jaar geleden overleden. Er is geen sprake van ernstige ziekte, al nemen de ouderdomsklachten de afgelopen jaren toe. Zo ziet ze en hoort ze steeds slechter, daarnaast geeft een versleten heup regelmatig pijnklachten. Het afgelopen jaar heeft mevrouw van Dijk meerdere keren aan haar huisarts gevraagd om een drankje waarmee zij haar leven kan beëindigen. Mevrouw van Dijk vindt haar leven voltooid. De huisarts vindt haar wilsbekwaam, niet depressief en er is geen sprake van dementie. Hij is er van overtuigd dat de wens vrijwillig is en niet beïnvloed door naasten. Hij begrijpt de stervenswens, maar vindt dat mevrouw van Dijk niet ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en daarom volgens de huidige wet niet in aanmerking komt voor hulp bij zelfdoding. Hij willigt het verzoek daarom niet in.
- a Kunt u zich inleven in de wens van mevrouw van Dijk?
- Ja

- Nee
- Weet ik niet

b Bent u het eens met het besluit van de arts om het verzoek tot hulp bij zelfdoding van mevrouw van Dijk **niet** in te willigen?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Nu de huisarts het verzoek om hulp bij zelfdoding van mevrouw van Dijk niet inwilligt, besluit ze op zoek te gaan naar alternatieven. In overleg met haar kinderen besluit ze om zonder hulp van haar huisarts haar leven te beëindigen. Op verzoek van mevrouw van Dijk helpt haar zoon mee te zoeken naar alternatieven voor hulp bij zelfdoding. De zoon vindt een buitenlandse website waar dodelijke medicijnen worden aangeboden.

Vanwege de aanhoudende doodswens van mevrouw van Dijk besluit de zoon haar op de hoogte te brengen van deze website en haar het telefoonnummer te geven waarmee ze de medicijnen kan kopen. Hierop bestelt mevrouw van Dijk zelf de dodelijke medicatie. Enkele weken later neemt mevrouw van Dijk afscheid van haar kinderen, vervolgens neemt ze in hun aanwezigheid de medicijnen in. Na een kwartier valt mevrouw van Dijk in slaap en enkele uren later overlijdt zij.

c. Kunt u zich inleven in het besluit van mevrouw van Dijk om door middel van een dodelijk medicijn zelf haar leven te beëindigen?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

d Vindt u het handelen van de zoon (het aanreiken van informatie) in deze situatie acceptabel?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

e Stel dat de zoon niet alleen informatie aan mevrouw van Dijk had gegeven, maar ook de medicijnen voor haar had gekocht, vindt u in dat geval het handelen van de zoon acceptabel?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

De arts begreep de stervenswens van mevrouw van Dijk, maar oordeelde dat zij volgens de huidige wet niet in aanmerking komt voor hulp bij zelfdoding omdat zij volgens hem niet ondraaglijk en uitzichtloos leed.

f Vindt u dat de wet veranderd zou moeten worden zodat de arts het verzoek van mevrouw van Dijk wel had kunnen inwilligen?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

F Algemeen

Tot slot nog enkele algemene vragen

- 1 Beschouwt u zichzelf als behorend tot een godsdienst of levensovertuiging?
- Ja, namelijk _____ → door naar vraag 2
- Nee → door naar **Vervolggesprek**
Wil ik niet zeggen → door naar **Vervolggesprek**
- 2 Hoe belangrijk is uw geloof of levensovertuiging in uw leven?
- Belangrijk
- Niet belangrijk/niet onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Wil ik niet zeggen

Vervolggesprek

In vervolg op deze vragenlijst zouden de onderzoekers graag een aantal personen willen spreken om hun ervaringen nog beter te begrijpen. Dit gesprek zal ongeveer 45 minuten duren en kan plaatsvinden op een voor u geschikt tijdstip en geschikte plaats. De vergoeding voor het gesprek is 25 euro. Graag horen we of u bereid bent om deel te nemen aan zo'n gesprek.

Afhankelijk van het aantal aanmeldingen zal een selectie gemaakt worden en wordt het gesprek ingepland. U ontvangt dan eerst aanvullende informatie. Als het gesprek bij u thuis plaatsvindt (u kunt hier zelf voor kiezen), ontvangen de onderzoekers via Centerdata uw adres. De onderzoekers zullen deze contactgegevens veilig en apart van de vragenlijsten bewaren en na het gesprek verwijderen.

Bent u bereid om deel te nemen aan een vervolggesprek?

- Ja, ik ben wel bereid om deel te nemen
- Nee, ik ben niet bereid om deel te nemen

BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST
Eventuele opmerkingen kunt u hieronder opschrijven

Ruimte voor opmerkingen

Napraten over het onderwerp

Korrelatie Homepage (mindkorrelatie.nl). U kunt natuurlijk ook contact opnemen met uw huisarts.

H

Oordeelbrief Rte's

Geachte heer, mevrouw (naam),

Op (datum) heeft de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (hierna: de toetsingscommissie) uw verslag en bijbehorende stukken ontvangen betreffende uw melding van levensbeëindiging op verzoek bij de heer/mevrouw (naam), geboren op (datum), overleden op (datum) . De door u aangeleverde stukken zijn bestudeerd door de toetsingscommissie.

Gelet op de feiten en omstandigheden als vermeld in de stukken is de toetsingscommissie van oordeel dat u tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt(e) en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. U heeft de patiënt(e) voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. U heeft met de patiënt(e) tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. U heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt(e) heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte heeft u de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Op grond van het bovenstaande is de toetsingscommissie tot het oordeel gekomen dat u heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De toetsingscommissie bestond uit:

(naam), voorzitter, jurist

(naam), lid, arts

(naam), lid, ethicus

De toetsingscommissie stuurt dit oordeel niet toe aan de consulent. Wij geven u in overweging om de consulent op de hoogte te stellen van de uitkomst. De toetsingscommissie attendeert u erop dat het mogelijk is dat een geanonimiseerde versie van de casuïstiek van uw melding gepubliceerd wordt op de website of in het jaarverslag van de RTE.

Vertrouwende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

Hoogachtend,

Voorzitter (handtekening)

Secretaris (handtekening)

I

Geïnterviewden en deelnemers aan focusgroepen

F. (Fransien) van ter Beek	Voorzitter raad van bestuur NVVE
Drs. W.H.G.M. (Wim) Benneker	Huisarts n.p. en SCEN-arts; lid Beleidscollege SCEN van de KNMG
Prof. dr. T. (Theo) Boer	Hoogleraar Ethiek van de Gezondheidszorg, Protestantse Theologische Universiteit Groningen; lid Gezondheidsraad
Dr. G. (Gudule) Boland	Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen
Mr. S. (Saskia) Bolte	Senior-adviseur Openbaar Ministerie
Prof. mr. J.K.M. (Sjef) Gevers	Emeritus hoogleraar, AMC / Universiteit van Amsterdam
Dr. I.D. (Iris) Hartog	Ethicus-lid Regionale toetsingscommissie euthanasie; postdoc-onderzoeker, Leiden UMC
Prof. dr. G.A. (Govert) den Hartogh	Emeritus hoogleraar, Universiteit van Amsterdam
R. (René) Héman	Arts Maatschappij & Gezondheid, bedrijfsarts; voorzitter KNMG
Drs. E. (Elise) van Hoek-Burgerhart	NPV – Zorg voor het leven
Prof. dr. H.E. (Henriëtte) van der Horst	Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit
Dr. K. (Karianne) Jonkers	Beleidsadviseur KNMG
S. (Sonja) Kersten	Expertisecentrum Euthanasie

Mr. J. (Jacob) Kohnstamm	Tot 1 februari 2021 coördinerend voorzitter Regionale toetsingscommissies euthanasie
Prof. dr. J.A. (André) Knottnerus	Arts-epidemioloog, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht; oud-voorzitter van de Gezondheidsraad en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; voorzitter begeleidingscommissie eerste evaluatie WtI
Mr. M. (Rinus) Otte	Lid van het College van Procureurs-Generaal
Drs. M. (Martie) Ottens	Euthanasieconsulent/geestelijk verzorger, Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht
Dr. E. (Esther) Pans	Juridisch adviseur Expertisecentrum Euthanasie; wetenschappelijk medewerker Vrije Universiteit Amsterdam
Mr. J. (Jeroen) Recourt	Coördinerend voorzitter Regionale toetsingscommissies euthanasie
Drs. B. (Bernadette) Roest	Huisarts-onderzoeker, Universiteit voor Humanistiek
J.P. (Janneke) Schermers	Ouderenbonden
Mr. J. (Jos) Silvis	Oud-procureur-generaal bij de Hoge Raad; oud-rechter van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens
Drs P.E. (Flip) Sutorius	Huisarts en SCEN-arts; lid raad van toezicht NVVE; lid raad van toezicht Expertisecentrum Euthanasie
Dr. S. (Sisco) van Veen	Psychiater, Amsterdam UMC; GGZ inGeest; 113 zelfmoordpreventie
Prof. dr. mr. A.A.E. (Eduard) Verhagen	Hoogleraar kindergeneeskunde, Beatrix Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Groningen
Mr. J.T.E. (Tim) Vis	Advocaat, Vis & Van Reydt Advocaten
Drs. C. (Cornella) Visser-Mol	Specialist ouderengeneeskunde en SCEN-arts; lid Beleidscollege SCEN van de KNMG
Mr. L. (Laura) de Vito	Docent gezondheidsrecht Universiteit van Amsterdam; voormalig jurist NVVE

Dr. H. (Heleen) Weyers	Transboundary Legal Studies, Rijksuniversiteit Groningen
Mr. P.J.M. (Paul) van Wersch†	Oud - plaatsvervangend coördinerend voorzitter Regionale toetsingscommissies euthanasie
Prof. dr. C (Lia) van Zuylen	Internist-oncoloog en hoogleraar klinische palliatieve zorg, Amsterdam UMC

- 41 Evaluatie Wet Kinderombudsman
- 42 Derde evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 43 Eerste evaluatie Jeugdwet
- 44 Derde evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 45 Tweede evaluatie Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 46 Tweede evaluatie Wet verwijfsindex risicojongeren
- 47 Evaluatie Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- 48 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 49 Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- 50 Derde evaluatie Embryowet
- 51 Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1
- 52 Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 53 Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2
- 54 Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen
via www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl