

33 778 Voorstel van wet van de leden Pia Dijkstra en Voortman tot wijziging van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in verband met de invoering van een verwijsplicht voor de arts

Nr. 2VOORSTEL VAN WET

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is een verwijsplicht in te voeren voor de arts die bezwaren heeft tegen het toepassen van levensbeëindiging op verzoek of het verlenen van hulp bij zelfdoding;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

ARTIKEL I

In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt na artikel 2 een hoofdstuk ingevoegd, luidende:

HOOFDSTUK IIA. VERPLICHTINGEN VAN DE ARTS

Artikel 2a

In dit hoofdstuk wordt, in afwijking van artikel 1, onderdeel c, verstaan onder arts: een persoon die bevoegd is de titel van arts te voeren.

Artikel 2b

De arts die in het kader van een overeenkomst inzake geneeskundige behandeling over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding met een patiënt overlegt en tegen het toepassen onderscheidenlijk het verlenen daarvan zodanige bezwaren heeft dat hij, ook indien voldaan zou kunnen worden aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, het toepassen van levensbeëindiging op verzoek of het verlenen van hulp bij zelfdoding zal weigeren, handelt als volgt:

- a.hij deelt dit onverwijld aan de patiënt mee,

- b.hij verwijst de patiënt door naar een arts die daartoe wel bereid is en raadpleegt daartoe zo nodig een of meer andere artsen, en
- c.hij maakt van zijn vorenbedoelde handelingen aantekening in het dossier.

ARTIKEL II

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. 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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Nr. 3 MEMORIE VAN TOELICHTING

I. ALGEMEEN

1. Problematiek

Tien jaar na de inwerkingtreding van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasiewet) kan worden vastgesteld dat de wet haar waarde heeft bewezen. Uit de jaarlijkse rapportages van de regionale toetsingscommissies blijkt dat zich geen duidelijke misstanden hebben voorgedaan. Steeds meer artsen rapporteren op correcte wijze over de uitvoering van euthanasie¹ en hulp bij zelfdoding. De toetsingscommissie concludeert dat het geringe aantal onregelmatigheden dat zich voordoet betrekking heeft op (kleine) administratieve fouten.²

De ervaring van de laatste tien jaar toont wel aan dat er een hiaat zit in de huidige wetgeving. In de praktijk blijkt niet elke arts bereid te zijn een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, ook niet als voldaan is aan alle zorgvuldigheidseisen. Deze artsen zijn gewetensbezwaard of hebben andere redenen om verzoeken niet in te willigen. Dergelijke verschillen van opvatting tussen patiënt en arts hebben als gevolg dat de patiënt in kwestie met een onbeantwoorde hulpvraag achter blijft.

Het onderwerp euthanasie of hulp bij zelfdoding komt over het algemeen pas in een laat stadium in de behandelkamer ter sprake. Daardoor zullen patiënten met een afgewezen verzoek vaak slecht in staat zijn om zelf op zoek te gaan naar een arts die geen (gewetens)bezwaren heeft. Deze groep patiënten heeft er belang bij door hun behandelend arts te worden doorverwezen. In praktijk blijkt echter dat niet alle artsen met bezwaren hun patiënten met een hulpvraag doorverwijzen naar collegae. Dit is zowel een probleem van principiële aard, als een reëel probleem voor een grote groep mensen. Principieel, omdat iedereen in Nederland binnen de grenzen van de wet dezelfde mogelijkheden moet hebben om zijn of haar levenseinde zelf te regisseren. 45% van de huisartsen heeft aangegeven in het verleden een patiënt met een geweigerde hulpvraag niet te hebben doorverwezen. 2% van de huisartsen die eerder de hulpvraag van een patiënt weigerden, gaf zelfs aan nooit te zullen doorverwijzen naar een collega.³

De huidige euthanasiewetgeving is op dit punt dus niet volmaakt. De initiatiefnemers beogen dit hiaat in de wetgeving op te vullen door het introduceren van een verwijsplicht voor de arts. Dit garandeert dat de patiënt zijn of haar hulpvraag kan stellen aan een andere arts, als zijn of haar eigen behandelend arts gewetensbezwaard is of om andere redenen niet wil meewerken aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Er zijn ook voorbeelden bekend van patiënten die na weigering van hun arts om te voldoen aan hun verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding overgaan tot zelfdoding zonder professionele hulp. Het gaat hierbij vaak om het opsparen van medicijnen teneinde uiteindelijk een dodelijke hoeveelheid in te nemen of om het stoppen met eten en drinken. Deze vormen van zelfdoding leiden vaak tot ongewenste gevolgen. Zelfdoding door middel van medicatie kan resulteren in een pijnlijke dood. Het kan er ook toe leiden dat de patiënt de poging overleeft, maar wel blijvende gezondheidsschade oploopt.

2. Historische achtergrond

2.1. Totstandkoming Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Na een decennia durend wetgevingsproces kwam in 2002 de euthanasiewet tot stand. In deze wet werden een zestal zorgvuldigheidseisen opgenomen, waaraan een arts het verzoek van de patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding moet toetsen. Een arts heeft in het geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding correct gehandeld als hij of zij:

- 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 zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
- f.de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Met deze wetgeving kregen artsen handvatten om te oordelen over de euthanasiewens of een verzoek om hulp bij zelfdoding van patiënten.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel werd ook gesproken over artsen die niet tegemoet willen of kunnen komen aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Door alle deelnemende partijen werd aangegeven dat arts en patiënt zo vroeg mogelijk in de behandelrelatie moeten aangeven hoe zij denken over euthanasie. Minister van Justitie Korthals verdedigde het uitgangspunt dat een arts een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding dat aan alle zorgvuldigheidsvereisten voldoet zal uitvoeren en anders zal doorverwijzen.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Borst-Eilers gaf tijdens het wetgevingsoverleg aan dat zij het tot de zorgplicht van de arts vond behoren om een patiënt die zelf niet langer in staat is op zoek te gaan naar een andere arts door te verwijzen naar een arts die wel bereid is tot het toetsen van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. «Als de patiënt op dat moment echter al doodziek is en ook geen poot meer trekken kan, dan vind ik het professioneel niet goed dat een gewetensbezwaarde arts geen poging wil doen om de patiënt in contact te brengen met een

andere arts die het eventueel wel wil. Dat vind ik gewoon beneden de maat.»⁴

Zij verwoordde aldus de zorgplicht die iedere arts, gewetensbezwaard of niet, heeft op het moment dat een patiënt in een terminaal stadium van de behandeling terecht is gekomen: «Het is natuurlijk makkelijk om te zeggen dat men op dat punt zelf geen functie heeft, maar het kan gaan om een patiënt in een terminaal stadium; die kan natuurlijk moeilijk zelf op zoek gaan naar een dokter die daar anders over denkt.»⁵

In het plenaire debat droeg Minister Borst-Eilers een concrete oplossing aan voor het probleem van de gewetensbezwaarde arts die ook verwijzing ziet als meewerken aan euthanasie of hulp bij zelfdoding: «Als het, om welke reden dan ook, toch tot de ongelukkige situatie komt dat de patiënt niet in staat is om dit zelf te doen, zou de arts natuurlijk ook kunnen vragen of de patiënt een vertrouwensrelatie heeft met een geestelijk leidsman of iemand anders; de arts stelt die persoon dan op de hoogte van het probleem van de patiënt en bemoeit zich er verder niet mee; dan moet die persoon maar even intermediëren. Dan signaleert de gewetensbezwaarde arts alleen maar dat zijn patiënt een probleem heeft.»⁶

De fracties van RPF/GPV (nu ChristenUnie) en SGP maakten bezwaar tegen deze verwijsplicht voor gewetensbezwaarde artsen. Wel erkennen zij het probleem. De heer Van der Vlies, toenmalig fractievoorzitter van de SGP, droeg een oplossing aan voor de mogelijkheid tot verwijzen door gewetensbezwaarde artsen, als hij verwijst naar het teamwerk in ziekenhuizen: «een beslissing over euthanasie is daar nooit een kwestie van één betrokken arts, maar altijd van meerdere artsen, waardoor ruimte ontstaat om gewetensbezwaarde artsen te ontzien. Dat biedt ruimte voor een oplossing op lokaal niveau waarbij verschillende artsen in een regio samenwerken bij onderlinge doorverwijzing.»⁷

In de tekst van de wet werd geen verwijsplicht verankerd.

2.2. Maatschappelijke ontwikkelingen

Het in de huidige euthanasiewetgeving ontbreken van een verwijsplicht voor artsen bij wie patiënten geen gehoor vinden, is niet zonder maatschappelijke gevolgen gebleven. Het bekendste en meest recente voorbeeld hiervan is de oprichting van de zogenaamde Levenseindekliniek: een in maart 2012 geopende instelling, bedoeld voor mensen met een

stervenswens die aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet voldoet, maar aan wie de arts geen euthanasie of hulp bij zelfdoding kan of wil geven. Met deze personen worden gesprekken gevoerd om te constateren of er al dan niet sprake is van een reëel verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, dat voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Een onafhankelijk arts toetst vervolgens het verzoek en het onderzoek van de kliniek, waarna – als voldaan wordt aan de wettelijke eisen – de euthanasie wordt uitgevoerd of hulp bij zelfdoding wordt geboden.

De Levenseindekliniek voorziet hiermee in een groeiende maatschappelijke behoefte. In het eerste jaar hebben 603 mensen bij de Levenseindekliniek een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding gedaan. Het ging overwegend om personen met een ongeneeslijke somatische ziekte of zwaar psychisch lijden, die bij hun behandelend arts om diverse redenen geen gehoor vonden. In totaal konden 79 mensen geholpen worden. Bij 47 mensen voerde de eigen arts alsnog het verzoek uit. In 32 gevallen voerde de arts van de Levenseindekliniek de euthanasie of hulp bij zelfdoding uit, nadat de Levenseindekliniek de hulpvraag met deze arts besproken had.

3. Ervaringen met verwijzen in de praktijk

De bereidheid van Nederlandse artsen om euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen is meerdere malen onderzocht. De meest recente data zijn afkomstig van een in 2011 verschenen KOPPEL-studie naar kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven⁸, en de in 2012 gepubliceerde tweede evaluatie van de euthanasiewet.⁹ Uit deze studies bleek dat een groot deel van de Nederlandse artsen bereid is mee te werken aan euthanasie en hulp bij zelfdoding. 85% vindt het «denkbaar» dat hij of zij ooit een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding inwilligt.¹⁰ Met name huisartsen krijgen te maken met verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding. 88% van de huisartsen kreeg de afgelopen vijf jaar te maken met een verzoek daartoe, tegenover 60% van de specialisten ouderengeneeskunde en 51% van de medisch specialisten.

De helft van de verzoeken die de huisartsen kregen werd ook daadwerkelijk uitgevoerd. De reden om een verzoek van een patiënt niet in te willigen is meestal gelegen in het feit dat de patiënt op natuurlijke wijze overlijdt voordat de euthanasie of hulp bij zelfdoding kon worden uitgevoerd. Dit bleek het geval te zijn in meer dan de helft van de onderzochte casus, namelijk in 54% van de gevallen. Ook gaat het hier soms om andere

patiëntgebonden redenen, bijvoorbeeld een patiënt die zijn verzoek intrekt. Echter, 14% van de ondervraagde artsen geeft aan altijd te zullen weigeren een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding in te willigen.¹¹ 0,8% van de ondervraagde artsen geeft aan een patiënt met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding ook niet te zullen doorverwijzen. Onder huisartsen bedragen deze percentages respectievelijk 7% en 0,4%.

Uit een andere studie, het landelijk Sterfgevallenonderzoek 2010, blijkt dat 8% van de verzoeken om euthanasie in 2010 niet werden uitgevoerd vanwege «persoonlijke bezwaren van de arts» of «het beleid van de instelling waar de patiënt verbleef.»¹²

Van de artsen die aangaven in het verleden een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding geweigerd te hebben, gaf ongeveer een derde aan dat zij de patiënt hadden doorverwezen naar een andere arts, zo blijkt uit de tweede evaluatie van de euthanasiewet. Een derde gaf aan de patiënt te hebben gewezen op de mogelijkheid een andere arts te zoeken. En een derde gaf aan de patiënt niet te hebben doorverwezen en hem of haar ook niet op deze mogelijkheid te hebben gewezen.¹³ Onder de huisartsen lag dit percentage hoger. 45% van de huisartsen die aangaven in het verleden een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding geweigerd te hebben, gaf aan een patiënt met een geweigerde hulpvraag niet te hebben doorverwezen. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen artsen die in specifieke gevallen niet doorverwijzen en artsen die dit nooit zullen doen. Uit onderzoek blijkt dat 2% van de huisartsen die eerder de hulpvraag van een patiënt weigerden aangaven überhaupt nooit te zullen doorverwijzen.¹⁴

Artsenorganisatie KNMG heeft de omgang met verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding opgenomen in haar richtlijnen voor artsen. Principiële bezwaren moet de arts in een vroeg stadium aan de patiënt duidelijk maken. Hoewel de richtlijnen geen formele verwijsplicht erkennen, geven zij wel aan dat de (gewetens)bezwaarde arts bereidt moet zijn «de patiënt in de gelegenheid te stellen in contact te kunnen treden met een collega die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding.»¹⁵ Er is dus geen sprake van een juridische verwijsplicht, maar «wel van een morele en professionele verantwoordelijkheid om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts (bijvoorbeeld binnen het samenwerkingsverband) die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.»¹⁶ Deze richtlijn wordt dus niet altijd nageleefd.

4. Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel

De euthanasiewet biedt niemand een recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding. De initiatiefnemers vinden het ook niet wenselijk om een dergelijk recht in de wet op te nemen. Een arts kan niet gedwongen worden om aan euthanasie of hulp bij zelfdoding mee te werken. De initiatiefnemers zijn wel van mening dat iedereen die in Nederland om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt het recht heeft op toetsing van zijn of haar verzoek aan de in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen. Ieder verzoek verdient het serieus genomen te worden. De overheid moet garanderen dat iedereen in Nederland dezelfde mogelijkheden heeft om binnen de grenzen van de wet zijn of haar levenseinde zelf te regisseren.

Het wetsvoorstel beoogt te verzekeren dat iedere arts die in het kader van een behandelrelatie met een patiënt overlegt over de mogelijkheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding, ook al is er nog geen sprake van een concreet verzoek, het aan de patiënt meedeelt als hij bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding. De arts geeft daarmee te kennen een dergelijk verzoek niet te zullen toetsen aan de zorgvuldigheidseisen. Daarnaast is het ook aan de patiënt om te vragen naar het standpunt van de arts met betrekking tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Een patiënt kan daardoor al voordat er eventueel sprake is van een concreet verzoek bekend zijn met het feit dat hij daarmee niet bij deze arts terecht kan. Het staat de patiënt dan vrij een andere arts te zoeken of met de behandelend arts een afspraak te maken over doorverwijzing bij een eventueel verzoek.

Een behandelend arts die bezwaren heeft tegen het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding krijgt ingevolge het wetsvoorstel de plicht dit op het moment dat overleg plaats vindt over de mogelijkheid tot euthanasie of hulp bij zelfdoding onverwijld aan de patiënt mee te delen. Vervolgens moet deze arts de patiënt doorverwijzen naar een arts die bereid is het verzoek van de patiënt uit te voeren, mits voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte zal de arts zijn handelingen moeten aantekenen in het dossier van de patiënt.

5. Uitvoeringsaspecten

De uitvoering van de voorliggende toevoeging aan de euthanasiewet is in principe niet problematisch.

In het algemeen verloopt de sanctionering van een gebrekkige naleving van de euthanasiewet, zoals bekend, via het strafrecht. De arts die de zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 onvoldoende naleeft, loopt het risico van strafrechtelijke vervolging wegens overtreding van de artikelen 293 of 294 Sr.

Deze wijze van sanctionering is niet van toepassing bij overtreding van het nieuwe artikel 2b. De sanctionering van deze bepaling verloopt via het tuchtrecht. Artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), stelt dat de arts die zich schuldig maakt aan enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij – in de hoedanigheid van arts – behoort te betrachten ten opzichte van zijn patiënt, is onderworpen aan tuchtrechtspraak. Het niet voldoen aan de uitdrukkelijke verplichting, neergelegd in het nieuwe artikel 2b van de euthanasiewet, om onder bepaalde voorwaarden door te verwijzen naar een andere arts, valt onder de reikwijdte van het aangehaalde artikel van de Wet BIG.

Het is aanbevelenswaardig om het proces van doorverwijzen in de toekomst te betrekken bij de evaluatie van de euthanasiewet.

6. Adviezen

Voorafgaand aan dit voorstel is een voorontwerp opgesteld. De initiatiefnemers hebben organisaties als de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (hierna: NVVE) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG), uitgenodigd om te reageren op het ontwerp.

De NVVE steunt het initiatiefwetsvoorstel.

De KNMG draagt de volgende bezwaren aan:

- 1.De verwijsplicht druist in tegen de vrijheid van de arts om niet mee te werken aan handelingen die in beginsel strafbaar zijn en die niet worden gerekend tot «normaal medisch handelen».
- 2.Er wordt in het voorstel van wet geen onderscheid gemaakt tussen artsen die gewetensbezwaren hebben en artsen die om andere redenen dan gewetensbezwaren geen euthanasie willen verrichten of hulp bij zelfdoding willen verlenen. De KNMG vindt dit onderscheid fundamenteel.
- 3.De reikwijdte van de wet is niet duidelijk: moet de arts net zo lang op zoek gaan tot een andere arts bereid is gevonden het verzoek over te nemen?

- 4. De handhaving van de verwijbsplicht zal op problemen stuiten, omdat niet goed valt in te zien hoe een patiënt in deze fase van zijn leven in staat en bereid zal zijn een tuchtklacht tegen de arts in te dienen.

De initiatiefnemers merken naar aanleiding hiervan het volgende op:

- 1. De verplichting tot verwijzing naar een andere arts kan niet gekwalificeerd worden als medewerking aan handelingen die in beginsel strafbaar zijn. De verantwoordelijkheid om te voldoen aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 van de euthanasiewet rust uitsluitend op de arts die, eventueel, de euthanasie uitvoert.
- 2. Vanuit de problematiek die in het onderhavige wetsvoorstel aan de orde is, is er geen aanleiding om onderscheid te maken tussen artsen met gewetensbezwaren en andere bezwaren. Vanuit het belang van de patiënt mag van beide groepen artsen gevergd worden dat zij hun patiënt doorverwijzen, indien zij in het algemeen bezwaren hebben tegen het uitvoeren van euthanasie of hulp bij zelfdoding.
- 3. Het wetsvoorstel is uitdrukkelijk beperkt tot de situatie waarin een arts in het algemeen, los van de vraag of in een concreet geval voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen, bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het wetsvoorstel ziet niet op de situatie waarin de toetsing aan de zorgvuldigheidseisen reeds heeft plaats gevonden, met als resultaat dat de arts van mening is dat aan die eisen niet is voldaan. De verplichting van de arts strekt zich dus niet uit tot het in die situatie op zoek gaan naar een arts die van mening is dat in het concrete geval wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De wet ziet op de situatie waarin de toetsing van een concreet verzoek nog niet aan de orde is. Daarbij gaat het om de persoonlijke bezwaren van de arts tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding in het algemeen. Heeft hij die, dan hoeft de arts slechts één keer door te verwijzen naar een collega van wie hij weet dat deze in het algemeen geen bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.

- 4. De initiatiefnemers gaan ervan uit, dat artsen hun wettelijke verplichtingen naleven, ongeacht eventuele gebreken in de effectiviteit van het tuchtrecht. Indien uit een evaluatie mocht blijken dat het tuchtrecht op dit punt niet goed functioneert, kan bezien worden welke maatregelen genomen moeten worden. Vooralsnog zien de initiatiefnemers daar geen aanleiding toe.

II. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 1

Artikel 2a

In artikel 1, onderdeel c, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt «arts» gedefinieerd als «de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend». In het voorgestelde nieuwe hoofdstuk 2a zijn nu juist verplichtingen opgenomen voor de arts die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van zijn bezwaren zal weigeren of weigert, ook al zou worden of wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2. Daarom is in artikel 2a een alleen voor dit hoofdstuk geldende afzonderlijke definitie opgenomen, waarbij onder arts wordt verstaan elke persoon die bevoegd is die titel te voeren. Door het opnemen van deze definitie worden de bepalingen van hoofdstuk 2a van toepassing verklaard op iedere arts die bevoegd is deze titel te voeren op grond van de Wet BIG.

Artikel 2b

De in artikel 2b geregelde verwijsplicht is alleen van toepassing als tussen arts en patiënt een overeenkomst inzake geneeskundige behandeling bestaat. Dat betekent dat de in dit artikel geregelde verplichtingen niet van toepassing zijn als een willekeurige persoon contact opneemt met een arts en hem naar zijn mening over euthanasie of hulp bij zelfdoding vraagt. Dit artikel verplicht een arts derhalve niet iemand die overweegt bij hem of haar patiënt te worden desgevraagd onmiddellijk mee te delen hoe hij over euthanasie en hulp bij zelfdoding denkt. Degene die een arts zoekt mag uiteraard, als hij op een dergelijke vraag geen antwoord krijgt, op zoek gaan naar een andere arts. Dit artikel verplicht de arts pas te antwoorden als hij met de patiënt een behandelrelatie heeft.

De in dit artikel neergelegde verplichtingen zijn van toepassing ongeacht de aard van de bezwaren die de arts heeft tegen het toepassen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Het is voor de toepassing van dit artikel bijvoorbeeld niet relevant of het gaat om

gewetensbezwaren. Als een arts bezwaren heeft, als gevolg waarvan hij als vaste gedragslijn steeds zal weigeren aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding te voldoen, ook al zou worden voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, is de verplichting van dit artikel op hem van toepassing.

Aan de verplichting dit onverwijld aan de patiënt mee te delen (onderdeel a), zal in de praktijk mondeling invulling worden gegeven. Om het handelen van de arts in dit opzicht toetsbaar te maken, is uitdrukkelijk vastgelegd (onderdeel c) dat de arts van een dergelijke mededeling melding maakt in het dossier van de patiënt.

Over het moment waarop de eigenlijke verwijsplicht (onderdeel b) gaat gelden, wordt opgemerkt dat deze van toepassing is zodra de patiënt de mogelijkheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding met zijn arts bespreekt. De arts die gedurende het overleg weet dat hij tegen het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding zodanige bezwaren heeft dat hij een dergelijk verzoek zal weigeren, ook al zou worden voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, is verplicht de patiënt door te verwijzen naar een andere arts die daartoe wel bereid is. Uiteraard zal het handelen van deze arts volledig getoetst worden aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Artikel II

Dit artikel regelt de inwerkingtreding. Teneinde deze plaats te kunnen laten vinden op één van de vaste verandermomenten – 1 januari en 1 juli – en een termijn van minimaal twee maanden te kunnen aanhouden tussen de publicatiedatum van de wet en het tijdstip van inwerkingtreding, is ervoor gekozen de datum van inwerkingtreding van de wet te doen vaststellen bij koninklijk besluit.

Pia Dijkstra

Voortman

Strafrecht en behelst het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op dienst uitdrukkelijk en ernstig verlangen.

2

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, blz. 12.

3

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, blz. 96.

4

Kamerstukken II 2000/01, 26 691, nr. 22.

5

Handelingen II 2000/01, 27, blz. 2257.

6

Handelingen II 2000/01, 27, blz. 2257.

7

Handelingen II 2000/01, 27, blz. 2257.

8

A. van der Heide, S. van der Vathorst, H. Weyers, D.G. van Tol (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.

9

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2012.

10

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, blz. 13.

11

Jansen-van der Weide MC, et al. *Granted, undecided, withdrawn and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide*. Arch Inter Med 2005;165:1698-1704., tweede evaluatie euthanasiewet, blz. 86.

12

Sterfgevallenonderzoek 2010. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, blz. 17.

13

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2012, blz. 95.

14

Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2012, blz. 96.

15

KNMG standpunt, de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, blz. 40.

16

KNMG standpunt, de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, blz. 40.