No.W13.13.0385/III 's-Gravenhage, 17 januari 2014

**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**

Bij brief van de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van
24 oktober 2013 heeft de Tweede Kamer bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het 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, met memorie van toelichting.

Het voorstel introduceert een verplichting voor de arts om patiënten door te verwijzen, indien hij in het kader van een geneeskundige behandeling over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding overlegt met een patiënt, en hij in het algemeen bezwaren heeft tegen het toepassen onderscheidenlijk het verlenen daarvan. Het voorstel beoogt met deze verwijsplicht iedereen in Nederland binnen de grenzen van de wet dezelfde mogelijkheden te bieden om zijn of haar levenseinde te regisseren. Niet beoogd is om patiënten een recht op euthanasie toe te kennen, maar wel een recht op toetsing van zijn of haar verzoek aan de in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) gestelde zorgvuldigheidseisen.

De Afdeling merkt op dat de toelichting niet ingaat op de omstandigheid dat de KNMG haar standpunt recent, in 2011, heeft gewijzigd en in de KNMG-richtlijn inzake euthanasie als professionele standaard een verwijsplicht heeft opgenomen. De combinatie van het uit de evaluaties van de Wtl blijkende slinkende aandeel van artsen met gewetensbezwaren tegen doorverwijzen én de recente initiatieven van de KNMG inzake ‘tijdig spreken over het levenseinde’ doet de vraag rijzen naar de noodzaak van het voorstel op dit moment. De Afdeling adviseert daarom het wetsvoorstel nader te bezien.

Onverminderd het voorgaande gaat de Afdeling in op de reikwijdte van het voorstel. Zij adviseert deze te beperken tot de gevallen waarin de patiënt doorverwijzing wenst. Ook adviseert de Afdeling, mede uit een oogpunt van rechtszekerheid, in het voorstel aan te sluiten bij de omschrijving van de verwijsplicht in de KNMG-richtlijn inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde.

Ten slotte adviseert de Afdeling in de toelichting in te gaan op de positie van de arts.

1. Opportuniteit van het voorstel

a. *Wettelijk kader*

Het huidige juridische kader voor levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding is verspreid over drie wetten. In het Wetboek van Strafrecht zijn de strafbaarstelling van levensbeëindiging op uitdrukkelijk en ernstig verlangen en de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding opgenomen. Daarbij zijn drie cumulatieve voorwaarden voor strafuitsluiting opgenomen: indien het feit is begaan door een arts, die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, genoemd in artikel 2 van de Wtl, en die hiervan mededeling doet overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

De zorgvuldigheidseisen gaan uit van de waarborgen dat door ten minste twee artsen is vastgesteld dat sprake is van een vrije wilsbepaling, uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt die is voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt. Daarbij dienen arts en patiënt beiden tot de overtuiging te zijn gekomen dat er voor de situatie geen redelijke andere oplossing is. De levensbeëindiging moet ten slotte medisch zorgvuldig zijn uitgevoerd.[[1]](#footnote-1)

Euthanasie valt niet binnen het normale ‘medisch-professionele handelen’. In het wettelijke kader komt tot uitdrukking dat aan een in beginsel strafbare gedraging de strafbaarheid komt te ontvallen, wanneer de arts kan aantonen dat hij uit onderling strijdige plichten - enerzijds de plicht tot behoud van het leven en anderzijds de plicht om als arts al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een aan zijn zorg toevertrouwde patiënt te verlichten - een keuze heeft gemaakt die, objectief beschouwd en tegen de achtergrond van de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd was te achten. Uitgangspunt is dat enerzijds op artsen niet de plicht rust om euthanasie te verrichten en dat anderzijds de patiënt geen recht heeft op euthanasie. Hiermee wordt recht gedaan aan de ingrijpende aard van de handeling en ruimte gegeven voor mogelijke gewetensbezwaren van de arts.

Over een verwijsplicht is in de Wtl niets opgenomen, evenmin als in een van de andere op euthanasie (mede) betrekking hebbende bepalingen.

b. *Aandacht voor gewetensbezwaren bij totstandkoming Wtl*

Bij de totstandkoming van de Wtl is gesproken over de positie van de gewetensbezwaarde arts. De minister benadrukte dat de gewetensbezwaren van de arts moeten worden gerespecteerd, en dat het in de eerste plaats van belang is om in een vroeg stadium het gesprek over levensbeëindiging met de patiënt aan te gaan. Vervolgens gaat de minister in op de verwijsplicht: “Als dat nodig is, mag van de gewetensbezwaarde arts [..] worden verwacht dat hij de patiënt helpt dat contact [met een collega die geen gewetensbezwaren heeft] te leggen en, indien de patiënt dat wenst, de behandeling over te dragen aan [die] collega […].”[[2]](#footnote-2)

Een amendement van de leden Van der Vlies en Rouvoet om de positie van de gewetensbezwaarde arts vast te leggen, is niet aanvaard.[[3]](#footnote-3) Overigens werd hierin niet expliciet ingegaan op een eventuele verwijsplicht. De regering stond afwijzend tegenover het amendement, omdat het naar haar oordeel in de eerste plaats aan de beroepsgroep zelf is om een regeling te treffen die tegemoet komt aan de positie van de gewetensbezwaarde arts.[[4]](#footnote-4) De wetgever zou pas dienen op te treden wanneer de betrokken partijen er niet in slagen tot consensus te komen en een adequate regeling te treffen, aldus de regering.[[5]](#footnote-5)

*c. Professionele beroepsstandaarden*

Op het handelen van de arts zijn naast het kader van de Wtl ook de algemene normen met betrekking tot de geneeskundige behandelingsovereenkomst van toepassing. In dit verband zijn van belang de inlichtingenplicht van de arts jegens de patiënt[[6]](#footnote-6) alsmede de algemene zorgplicht die een goed hulpverlener in acht dient te nemen, waarbij de arts handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.[[7]](#footnote-7)

In eerste instantie stelde de KNMG zich bij de invulling van deze professionele standaard met betrekking tot een eventuele verwijsplicht op een terughoudender standpunt dan de minister ten tijde van de totstandkoming van de Wtl. De KNMG legde, net als de minister, vooral de nadruk op vroegtijdige communicatie over de wederzijdse verwachtingen bij het levenseinde.[[8]](#footnote-8)Over een verwijsplicht bij gewetensbezwaren van de arts was het standpunt van de KNMG afwijzend.[[9]](#footnote-9)

In 2011 heeft de KNMG haar standpunt aangepast. De KNMG is van mening dat, indien een arts zelf niet bereid is te overwegen in te gaan op een euthanasieverzoek van zijn patiënt, de arts de beoordelingsprocedure niet moet starten. “De arts moet de patiënt echter wel in de gelegenheid stellen in contact te kunnen treden met een collega die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Er is 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.”[[10]](#footnote-10)

In maart 2012 publiceerde de KNMG het advies ‘Wat moet een arts doen als zijn patiënt een euthanasieverzoek voorlegt aan de Levenseindekliniek?’[[11]](#footnote-11) De KNMG beschrijft in dit advies de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken artsen, en adviseert behandelend artsen om, op basis van toestemming van de patiënt, open met de arts van de Levenseindekliniek te communiceren.

In juni 2012 kwam de KNMG met een handreiking ‘tijdig spreken over het levenseinde’. Tegelijkertijd bracht zij een brochure gericht op patiënten uit, om vroegtijdige communicatie over het levenseinde tussen arts en patiënt te bevorderen. De toelichting onderkent dat er een zekere verantwoordelijkheid bestaat voor de patiënt om het gesprek over het levenseinde tijdig aan te gaan.[[12]](#footnote-12)

Beroepsstandaarden worden, net als blijkens de toelichting beoogd is met de voorgestelde wettelijke verwijsplicht, tuchtrechtelijk gehandhaafd.[[13]](#footnote-13) Er zijn nog geen tuchtrechtelijke uitspraken in verband met de norm van hulpverlening bij het vinden van een andere arts. De norm om vroegtijdig en op een open manier de mogelijkheden en verwachtingen omtrent het levenseinde te bespreken is inmiddels wel bevestigd in de tuchtrechtspraak.[[14]](#footnote-14)

d. *Huidige praktijk*

De eerste evaluatie van de Wtl wees er reeds op dat de uitgangspunten van de Wtl wel rechtszekerheid bieden aan de arts, maar weinig rechtszekerheid bieden aan de patiënt: “[…] afwijzing van een verzoek om euthanasie in een situatie waarin de patiënt gelet op de wet redelijkerwijs anders zou mogen verwachten, [kan] een reëel probleem [..] zijn.”[[15]](#footnote-15) Deze onzekerheid wordt weerspiegeld in de instroom bij de sinds 1 maart 2012 bestaande Levenseindekliniek. Deze kliniek ontving in de eerste anderhalf jaar van haar bestaan 1094 verzoeken, waarbij in 190 gevallen uiteindelijk euthanasie is toegepast. Dat gebeurde overigens in 89 gevallen door de eigen huisarts na tussenkomst door de levenseindekliniek. Dat duidt erop dat lang niet alle patiënten afkomstig zijn van huisartsen die principieel weigeren medewerking te verlenen aan euthanasie.[[16]](#footnote-16)

Uit gegevens van de eerste evaluatie van de Wtl uit 2007, blijkt dat in de onderzochte periode in 5% van de gevallen principiële bezwaren de oorzaak waren van het niet inwilligen van een verzoek tot levensbeëindiging.[[17]](#footnote-17) De evaluatie noemt geen aantallen weigeringen tot doorverwijzing. Wel is in het kader van de evaluatie een enquête onder artsen gehouden waarin de bereidheid tot meewerken aan levensbeëindiging aan de orde kwam. Daaruit bleek het aandeel artsen dat zei nooit te zullen doorverwijzen bij een euthanasieverzoek gestaag af te nemen.[[18]](#footnote-18) Deze trend heeft zich in de afgelopen jaren voortgezet, zo blijkt uit de tweede evaluatie van de Wtl uit 2012.[[19]](#footnote-19)

Specifieke aandacht verdient daarbij de positie van de huisartsen, nu deze artsen 88% van de gevallen van euthanasie en 95% van de gevallen van hulp bij zelfdoding in Nederland uitvoeren.[[20]](#footnote-20) Onder huisartsen is het aandeel van artsen met gewetensbezwaren tegen het uitvoeren van euthanasie én doorverwijzing in 2011 0,4% van het totaal. Bij verpleeghuisartsen is dit percentage waarschijnlijk hoger, terwijl een deel van de verpleeghuizen mogelijk tevens een instellingsbeleid toepast dat euthanasie uitsluit.[[21]](#footnote-21) Enig percentage doet uiteraard niet af aan de ernst van het probleem dat dit op kan leveren voor de individuele patiënt, of de ernst en oprechtheid van de gewetensbezwaren van de arts.

De toelichting schetst de omvang van de problematiek, maar besteedt geen aandacht aan het gegeven dat het aandeel (huis)artsen met gewetensbezwaren tegen euthanasie én het doorverwijzen van patiënten met een euthanasievraag al jaren afneemt.

e. *Conclusie*

De toelichting geeft kort de inhoud van de KNMG-richtlijn uit 2011 weer,[[22]](#footnote-22) maar gaat niet in op het gegeven dat deze richtlijn een wijziging ten opzichte van het eerdere standpunt van de KNMG inhoudt. De toelichting gaat evenmin in op de verhouding tussen de bestaande professionele standaard en de in de Wtl te verankeren verplichting. De duidelijke beroepsstandaard van de KNMG kan er op dezelfde voet als de voorgestelde bepaling toe leiden dat een niet doorverwijzende arts tuchtrechtelijk wordt aangesproken omdat deze heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij jegens een patiënt zou behoren te betrachten.

De combinatie van het slinkende aandeel artsen met gewetensbezwaren tegen doorverwijzen én de in de toelichting niet genoemde recente initiatieven van de KNMG inzake ‘tijdig spreken over het levenseinde’ doet de vraag rijzen naar de noodzaak van het voorstel op dit moment. Naar het oordeel van de Afdeling heeft het uit een oogpunt van zelfregulering en terughoudendheid met wetgeving de voorkeur de ontwikkelingen met betrekking tot de nieuwe richtlijn van de KNMG, waarin als professionele standaard een verwijsplicht is opgenomen, af te wachten en nu geen wettelijke regeling te bevorderen.

De Afdeling adviseert het wetsvoorstel nader te bezien.

Onverminderd het voorgaande merkt de Afdeling het volgende op.

2. Reikwijdte verwijsplicht

In antwoord op vragen van de KNMG naar de reikwijdte van de verplichting van de arts stelt de toelichting dat het voorstel de gewetensbezwaarde arts niet verplicht om te zoeken naar een arts die bereid is euthanasie toe te passen: “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.”[[23]](#footnote-23) De Afdeling maakt drie opmerkingen:

a. In de voorgestelde bepaling wordt de verwijsplicht als volgt verwoord: “[de arts] verwijst de patiënt door naar een arts die daartoe wel bereid is en raadpleegt daartoe zo nodig een of meer andere artsen”.

De tekst van het voorstel wijkt daarmee af van de bewoording van het standpunt van de KNMG inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde.[[24]](#footnote-24) In dit standpunt gaat het om de “verantwoordelijkheid om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts […] die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.”

In deze omschrijving ligt het element van tijdigheid van de doorverwijzing besloten, hetgeen in de voorgestelde bepaling ontbreekt. Aansluiting bij de omschrijving van de KNMG zal naar het oordeel van de Afdeling tevens bijdragen aan de rechtszekerheid omtrent de verplichtingen van de arts.

b. De Afdeling merkt verder op dat het voorstel de verwijsplicht koppelt aan het overleg met een patiënt over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Daarmee bestaat de verplichting, in ieder geval naar de letter van de voorgestelde bepaling, onafhankelijk van de wens tot doorverwijzing van de patiënt.

De toelichting stelt dat het wetsvoorstel uitdrukkelijk beperkt is 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. Deze algemene bezwaren zullen niet in alle gevallen los van een concreet verzoek aan de orde kunnen komen. Er zullen gevallen zijn waarin een patiënt abrupt van zorgverlener moet wisselen, bijvoorbeeld bij opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Dan wordt de arts van de instelling de behandelend arts. Indien de nieuwe arts of de instelling geen medewerking aan euthanasie wil verlenen, kan de patiënt worden geconfronteerd met een weigering een concreet verzoek te beoordelen. Dit ondanks een eerder en vroegtijdig gesprek met de tot het moment van opname behandelend arts over het levenseinde. De toelichting gaat op de betekenis van de verwijsplicht in deze situatie niet in.

c. Het voorstel ziet zowel op levensbeëindiging op verzoek als op hulp bij zelfdoding. In de toelichting wordt op hulp bij zelfdoding niet specifiek ingegaan.

*Conclusie*

De Afdeling adviseert in het voorstel aan te sluiten bij de bewoordingen van de KNMG-richtlijn inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde en tevens de reikwijdte van het voorstel te beperken tot de gevallen waarin de patiënt doorverwijzing wenst. Voorts adviseert zij in de toelichting in te gaan op de betekenis van de verwijsplicht in gevallen waarin het voor patiënt en arts niet mogelijk is geweest om in het algemeen de bezwaren van de arts te bespreken, en de patiënt een concreet euthanasieverzoek doet. Ten slotte adviseert de Afdeling in de toelichting in te gaan op hulp bij zelfdoding.

3. Positie van de arts

De KNMG stelt in haar reactie op het voorstel de vraag of het voorstel een recht op euthanasie impliceert dan wel door patiënten zo zal worden opgevat.[[25]](#footnote-25) De initiatiefnemers gaan in hun reactie op het KNMG-advies niet in op de vraag welke gevolgen het voorstel heeft voor de positie van de arts ten opzichte van euthanasie. Wel stelt de toelichting: “De initiatiefnemers vinden het […] niet wenselijk om een dergelijk recht [op euthanasie] 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 wettelijke kader rond euthanasie maakt dat euthanasie niet tot het normale ‘medisch-professionele handelen’ behoort waarop een patiënt recht heeft. Levensbeëindiging op verzoek is een strafbare handeling, waarbij slechts bij het voldoen aan specifieke voorwaarden sprake is van strafuitsluiting. De aard van de handeling maakt dat de arts niet tot de handeling gedwongen kan worden. Het voorstel brengt hier geen wijziging in. Het voorstel leidt noch tot een plicht tot euthanasie voor de arts, noch tot een aanspraak op euthanasie voor de patiënt.
De Afdeling merkt evenwel op dat het voorstel gevolgen kan hebben voor de positie van de arts door de druk die hij kan ondervinden van de opvatting die bij de burger zou kunnen ontstaan dat de verwijsplicht een recht op euthanasie zou impliceren, zoals door de KNMG opgemerkt. De toelichting gaat op dit punt niet in. De Afdeling adviseert dat alsnog te doen.

4. De Afdeling verwijst naar de bij dit advies behorende redactionele bijlage.

De vice-president van de Raad van State,

Redactionele bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no.W13.13.0385/III

* Artikel 2a schrappen, artikel 2b vernummeren tot “artikel 2a” en in dat artikel “de arts” vervangen door: Een arts.
* In artikel 2a (nieuw), “ook indien voldaan zou kunnen worden aan de zorgvuldigheidseisen” vervangen door: ook in het geval voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen.
1. Artikel 2 van de Wtl stelt de volgende eisen:

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kamerstukken II 2000/01, 26 691, nr. 9, blz. 22 in reactie op een vraag van de SGP, in dezelfde zin maar korter blz. 12 in reactie op een vraag van het CDA. [↑](#footnote-ref-2)
3. Kamerstukken II 2000/01, 26 691, nr. 13. [↑](#footnote-ref-3)
4. Kamerstukken I 2000/01, 26 691, nr. 137e, blz. 11. [↑](#footnote-ref-4)
5. In dit verband zij verwezen naar Gross t. Zwitserland, nr. 67810/10, waarin het Hof ingaat op de vereiste duidelijkheid omtrent de voorwaarden voor legale hulp bij zelfdoding. De zaak Gross is op 7 oktober 2013 doorverwezen naar de grote kamer, reden waarom er aan de zaak vooralsnog geen elementen worden ontleend. [↑](#footnote-ref-5)
6. Artikel 7:452 BW. [↑](#footnote-ref-6)
7. Artikel 7:453 BW. [↑](#footnote-ref-7)
8. Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 blz. 8. [↑](#footnote-ref-8)
9. Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003 blz. 8: “Er is in deze situatie geen sprake van een verwijsplicht, maar zo nodig zal de gewetensbezwaarde arts bereid moeten zijn de patiënt enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere arts. De arts dient - desgevraagd - passieve hulp te verlenen, zoals het doen van suggesties of het noemen van namen en telefoonnummers van collega-artsen, maar het zelf actief benaderen van collega-artsen behoort daar niet toe.” [↑](#footnote-ref-9)
10. KNMG-standpunt ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde’, 2011, blz. 33-34. [↑](#footnote-ref-10)
11. http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/Wat-moet-een-arts-doen-als-zijn-patient-eeneuthanasieverzoek-voorlegt-aan-de-Levenseindekliniek.htm. [↑](#footnote-ref-11)
12. Memorie van toelichting, §4 Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ingevolge artikel 47 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. [↑](#footnote-ref-13)
14. A. Van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw, december 2012, blz. 66, waar wordt verwezen naar Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 12 mei 2010, ECLI:NL:TGZREIN:2010:YG0289. Zie tevens Regionaal Tuchtcollege Den Haag 19 juni 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2140, waarin wordt verwezen naar het standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003. [↑](#footnote-ref-14)
15. B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding,* Den Haag: ZonMw, mei 2007, blz. 26. [↑](#footnote-ref-15)
16. 9% van de artsen gaf aan ook wel eens om een andere reden [dan dat niet aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan] een verzoek om levensbeëindiging afgewezen te hebben. De redenen die artsen noemden voor afwijzing terwijl aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan zijn veelzijdig. In het grootste deel van de gevallen gaf de arts aan nooit levensbeëindiging op verzoek uit te voeren (26%). Andere redenen waren gewetensbezwaren van de arts en te hoge emotionele belasting (16%), lijden door dementie of lijden aan het leven, een niet terminaal zieke patiënt of een patiënt met een psychiatrische aandoening (13%), een onvoldoende behandelrelatie met de patiënt (12%), Zie A. Van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw, december 2012, blz. 93. [↑](#footnote-ref-16)
17. B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding,* Den Haag: ZonMw, mei 2007, blz. 108. [↑](#footnote-ref-17)
18. Het aandeel artsen dat weigert door te verwijzen bij euthanasieverzoeken nam in de periode van 1990 tot 2005 af van 4% tot 1%. B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding,* Den Haag: ZonMw, mei 2007, blz. 99. [↑](#footnote-ref-18)
19. In 2011 was het aandeel artsen dat zegt te weigeren door te verwijzen, gedaald tot 0,8% van het totaal van de artsen. Bij medisch specialisten nam het aandeel tussen 2005 en 2011 af van 3% tot 1%, bij specialisten ouderen-geneeskunde van 2% tot 1% en bij huisartsen van 1% tot 0,4%. A. Van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw, december 2012, blz. 86. [↑](#footnote-ref-19)
20. A. van der Heide e.a., *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Sterfgevallenonderzoek 2010,* Den Haag: ZonMw, juni 2012, blz. 12. [↑](#footnote-ref-20)
21. Zie het percentage specialisten ouderen-geneeskunde in noot 20 waar verpleeghuisartsen onder vallen en zie A. van der Heide e.a., *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Sterfgevallenonderzoek 2010,* Den Haag: ZonMw, juni 2012, blz. 18. [↑](#footnote-ref-21)
22. Memorie van toelichting, §3. [↑](#footnote-ref-22)
23. Memorie van toelichting, §6 Adviezen. [↑](#footnote-ref-23)
24. KNMG-standpunt ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde’, 2011, blz. 33-34. [↑](#footnote-ref-24)
25. KNMG, Brief van 28 juni 2013 inzake de reactie op het wetsvoorstel verwijsplicht, blz. 1. [↑](#footnote-ref-25)