

Voltooid leven

*Over hulp bij zelfdoding
aan mensen die hun leven
voltooid achten*

Adviescommissie voltooid leven.

Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten

Voltooid leven

Voltooid leven

*Over hulp bij zelfdoding aan mensen
die hun leven voltooid achten*

Adviescommissie voltooid leven.

Prof.dr. P. Schnabel, voorzitter

Prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Prof. dr. W.J. Schudel

Prof. mr. C.P.M. Cleiren

Prof. mr. P.A.M. Mevis

Prof. dr. M.J. Verkerk

Prof. dr. A. van der Heide

G. Hesselmann, RN, MSc

Mr. L.F. Stultiëns, secretaris

Den Haag, januari 2016

© Adviescommissie voltooid leven, Den Haag 2016

ISBN 978 90 82495201

NUR 100

Grafische vormgeving en redactie:

bureau Stijlzoorg, Utrecht

Druk:

Wilco, Amersfoort

Inhoudsopgave

DANKWOORD	7
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	9
SAMENVATTING	11
I INLEIDING	17
1.1 Adviesvraag	17
1.2 Achtergrond	18
1.3 Samenstelling adviescommissie	18
1.4 Afbakening van de aan de adviescommissie verstrekte opdracht	19
1.5 Werkwijze van de adviescommissie	20
1.6 Opzet van het advies	22
2 VOLTOOID LEVEN: EEN LASTIG BEGRIP	24
2.1 Gehanteerde begrippen en definities ter omschrijving van de problematiek van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten	24
2.2 Het begrip ‘voltooid leven’	27
3 HET GELDEND JURIDISCHE KADER	38
3.1 Nederland: strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding; bijzondere (delictsgebonden) strafuitsluitingsgrond voor artsen	39
3.2 Grondslag voor de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding	41
3.3 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	45
3.4 Strafbaarheid van hulp bij zelfdoding door niet-artsen	67
3.5 De WTL in het licht van het EVRM	77
3.6 Buitenland	92
4 EMPIRISCHE GEGEVENS EN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT ‘VOLTOOID LEVEN’	109
4.1 Omvang van de groep mensen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten	109
4.2 Kenmerken van de groep mensen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten	112
4.3 Factoren die leiden tot het ontstaan van de wens tot levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’	113
4.4 Zelfdoding door mensen die hun leven ‘voltooid’ achten	116
4.5 De maatschappelijke opvattingen over het zelfgekozen levens-einde in geval van ‘voltooid leven’ en eventuele hulp daarbij	118

5	DE ETISCHE CONTEXT	128
5.1	Morele denkkaders	129
5.2	Theoretische benaderingen als uitgangspunten voor het juiste handelen	130
5.3	‘Voltooid leven’: morele dilemma’s en knelpunten	132
6	MOGELIJKHEDEN TER VOORKOMING DAT MENSEN HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN	142
6.1	Onderzoek naar kwaliteit van leven/succesvol ouder worden	144
6.2	Visies en oplossingsrichtingen maatschappelijke en professionele organisaties	146
6.3	Specifieke aandachtspunten ter voorkoming van ‘voltooid leven’	150
7	JURIDISCHE MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN HULP BIJ ZELFDODING AAN MENSEN DIE HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN	158
7.1	Afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr?	159
7.2	Hulp bij zelfdoding door niet-artsen onder bepaalde voorwaarden toestaan?	165
7.3	Opheffen van de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts?	173
7.4	Beschikbaar stellen van een ‘laatste wil’-pil?	176
7.5	‘Voltooid leven’ zonder medische grondslag expliciet onder de reikwijdte van de WTL brengen?	182
7.6	Het huidige juridische kader in stand houden?	187
7.7	Levensbeëindiging in eigen regie als alternatief voor ‘artsen-euthanasie’	192
8	INZICHTEN, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	196
8.1	Inzichten	196
8.2	Conclusies en aanbevelingen	209
8.3	Slotbeschouwing	230
	BIJLAGEN	
I	Instellingsregeling Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten	233
II	Brief van de Ministers van vws en v&j aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 3 juni 2014	236
III	Relevante wetgeving	240

Dankwoord

De Adviescommissie voltooid leven heeft tijdens haar werkzaamheden van veel mensen en organisaties informatie ontvangen en ook advies gekregen. Zij is daar heel erkentelijk voor en heeft in haar discussies ruim aandacht gegeven aan wat haar van veel verschillende zijden werd aangereikt. Veel daarvan heeft ook zijn weg gevonden in het voorliggende rapport. Uiteraard is de adviescommissie verantwoordelijk voor de inhoud van het rapport en bindt het niemand die informatie of advies heeft verstrekt.

Onze dank gaat uit naar:

Dhr. prof. mr. A.C. Hendriks en dhr. prof. mr. dr. M.A.J.M. Buijsen voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen die aan hen zijn voorgelegd inzake de interpretatie door het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM); dhr. prof. dr. J.H. Dijkhuis voor zijn advies; mw. drs. S. Kruyt (psychiater) voor haar informatie over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten; dhr. prof. mr. J.K.M. Gevers voor zijn commentaar bij hoofdstuk 3 (Het geldend juridische kader); mw. mr. C.S. Tilanus en mw. F. Nieuwenhuis voor hun werkzaamheden in het kader van het internationaal vergelijkend onderzoek; dhr. D.A.G. van Toor LL.M. BSc voor de door hem verstrekte informatie over Duitsland; dhr. dr.iur. F. Went voor de door hem verstrekte informatie over Zwitserland; dhr. prof. mr. dr. P.A.M. Verrest voor de door hem verstrekte informatie over Frankrijk; dhr. drs. E.H.J. van Wijlick (KNMG) voor zijn medewerking aan de organisatie van de door de adviescommissie georganiseerde focusgroep-bijeenkomsten; mw. drs. Y. Schothorst (Veldkamp Marktonderzoek B.V.) voor haar werkzaamheden in het kader van de focusgroep-bijeenkomsten; alle deelnemers aan de focusgroep-bijeenkomsten en alle deelnemers aan de door de adviescommissie georganiseerde hearings; dhr. drs. H.C.M. Middelplaats (Ministerie van vws) voor zijn betrokkenheid bij het adviestraject; mw. mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal, dhr. mr. P.J.M. van Wersch en mw. mr. N.E.C. Visée (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) voor het gesprek met de adviescommissie; dhr. mr. H.J. Bolhaar, mw. mr. C.A.M. de Jong, mw. mr. P. Hirschhorn en mw. mr. J. Smeur (Openbaar Ministerie) voor het gesprek met afgevaardigden van de adviescommissie; dhr. A. Heringa voor zijn gesprek met afgevaardigden van de adviescommissie; mw. drs. E.R. Dorrestijn (Notuleerbureau De Rondvraag) voor haar notuleerwerk-

zaamheden; dhr. A. Baltissen (Bibliotheek Ministerie van vws) voor alle informatieverstrekking; mw. L. Mijns (SER) voor haar ondersteunende werkzaamheden; mw. H. Vrolijk en mw. A. den Dulk (ZonMw) voor hun ondersteunende werkzaamheden.

Tot slot bedankt de adviescommissie de Sociaal Economische Raad voor de huisvesting en de service.

Namens de Adviescommissie voltooid leven
Prof.dr. Paul Schnabel, voorzitter

Lijst van gebruikte afkortingen

CLW	Coöperatie Laatste Wil
CoP	Code of Practice
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JPV	Juristenvereniging Pro Vita
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NAV	Nederlands Artsenverbond
NOOM	Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten
NPV	Nederlandse Patiëntenvereniging
NVVE	Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
PCOB	Protestants Christelijke Ouderen Bonden
PLI	Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut
RTE	Regionale Toetsingscommissie Euthanasie
SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
SLK	Stichting Levenseindekliniek
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SWL	Stichting Waardig Levenseinde
Unie KBO	Unie van Katholieke Bonden van Ouderen
WTL	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Samenvatting

Sinds begin jaren negentig van de vorige eeuw wordt in Nederland een maatschappelijk debat over ‘voltooid leven’ gevoerd. Uit diverse onderzoeken blijkt dat een substantiële minderheid van het Nederlandse publiek voorstander is van de mogelijkheid dat ouderen die dat wensen hun leven kunnen beëindigen en dat zij in staat zouden moeten worden gesteld om middelen te verkrijgen waarmee zij een einde aan hun leven zouden kunnen maken. Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar. Hulp bij zelfdoding wél, onder de voorwaarde dat de zelfdoding volgt – artikel 294 lid 2 Wetboek van Strafrecht (Sr). Op grond van artikel 293 lid 2 Sr en artikel 294 lid 2 Sr is levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding niet strafbaar indien dit is verleend door een arts die heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals neergelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) en die van zijn handelen melding heeft gemaakt.

In juli 2014 hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en van Veiligheid & Justitie (hierna: ‘de ministers’) een *Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* (hierna aangeduid als ‘de adviescommissie’) ingesteld onder voorzitterschap van prof. dr. Paul Schnabel. Naar aanleiding van een verzoek van de VVD-fractie hebben de ministers de adviescommissie gevraagd aan hen advies uit te brengen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma’s met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De volgende onderwerpen diende de adviescommissie in haar rapport te betrekken:

- a beschrijving van de huidige maatschappelijke context en indicatie van de maatschappelijke impact van mogelijke conclusies die uit het onderzoek voortvloeien;
- b onderzoek naar de juridische mogelijkheden en beperkingen van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten;
- c indicatie van de voor- en nadelen van deze juridische mogelijkheden;
- d onderzoek naar mogelijkheden om te voorkomen dat mensen hun leven voltooid achten.

In het licht van de aan haar verstrekte opdracht heeft de adviescommissie verschillende aspecten van de problematiek inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten geïnventariseerd. In onder-

staande zal op bovengenoemde onderwerpen (weliswaar niet precies in de genoemde volgorde) worden ingegaan.

DE MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Voltooid leven: een verzamelbegrip

Er bestaat veel verschil van opvatting over wat er onder het begrip ‘voltooid leven’ dient te worden verstaan. Dat geldt zowel voor de te hanteren terminologie ter omschrijving van de problematiek als voor de uitleg die aan het begrip gegeven dient te worden of kan worden. De adviescommissie heeft geconstateerd dat het begrip ‘voltooid leven’ een verzamelbegrip is dat voor onderling sterk van elkaar verschillende situaties wordt gebruikt.

Algemene kenmerken ‘voltooid leven’

Volgens de adviescommissie is de conclusie dat een leven ‘voltooid’ is de heel persoonlijke conclusie van mensen die veelal op leeftijd zijn en naar hun eigen oordeel geen positief levensperspectief meer hebben. Als gevolg daarvan hebben ze een persisterende en actieve doodswens ontwikkeld. Aan het niet meer ervaren van een positief levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. In de praktijk blijkt er veelal sprake te zijn van een combinatie van verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel. De interactie tussen deze verlieservaringen, waarbij in veel gevallen sprake zal zijn van een opeenstapeling van ouderdomsklachten, kan ertoe leiden dat mensen een actieve wens tot levensbeëindiging hebben.

Verskillende situaties van ‘voltooid leven’

Onder het begrip ‘voltooid leven’ kunnen de volgende situaties vallen:

- 1 situaties die al onder de huidige reikwijdte van de WTL vallen, namelijk waarbij er sprake is van lijden met een in overwegende mate medische grondslag; het advies van de commissie heeft hier geen betrekking op;
- 2 situaties die als ‘grensgevallen’ worden beschouwd, omdat minder duidelijk is of het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft;
- 3 situaties waarbij geen sprake is van lijden met een medische grondslag;
- 4 situaties waarbij geen sprake is van lijden.

In het rapport van de adviescommissie komt ieder van deze categorieën aan de orde.

De groep 'voltooid leven' met een actieve doodswens is waarschijnlijk klein

Uit onderzoek dat is verricht naar mensen die hun leven 'voltooid' achten en om die reden een actieve doodswens hebben, blijkt onder meer dat weliswaar niet duidelijk is wat de omvang is van deze groep, maar dat hun aantal waarschijnlijk klein is, zeker als het gaat om mensen bij wie de wens tot levensbeëindiging niet gerelateerd is aan medische problematiek.

Uiteenlopende en botsende visies in een pluralistische samenleving

De afweging tussen de verschillende ethische aspecten die een rol spelen bij de beantwoording van de vraag in hoeverre hulp bij zelfdoding in geval van 'voltooid leven' gelegitimeerd kan zijn, hangt mede samen met het perspectief van waaruit naar de problematiek wordt gekeken. Zowel vanuit het perspectief van de hulpvragende persoon als het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd (arts dan wel niet-arts) is relevant of de problematiek gezien wordt vanuit een individualistische dan wel een relationele benadering van autonomie. Vanuit het perspectief van de overheid en de samenleving is van belang tot welke maatschappelijke gevolgen eventuele verruiming van de huidige wettelijke mogelijkheden voor niet-strafbare hulp bij zelfdoding zal leiden.

Specifieke aandachtspunten ter voorkoming van 'voltooid leven'

Op grond van een algemene verkenning van eventuele mogelijkheden ter voorkoming dat mensen hun leven 'voltooid' achten, komt de adviescommissie tot de volgende specifieke aandachtspunten ter voorkoming van de beleving van 'voltooid leven' als een probleem: voorbereiding op en acceptatie van ouderdom; voorkomen van eenzaamheid en ondersteunen van ouderen bij het behouden of aangaan van sociale contacten; zorgen voor een voldoende welvaartsniveau; vergroten van zelfredzaamheid; passende zorg; aandacht voor zingeving; zin leren/blijven geven aan het bestaan op hoge leeftijd; aandacht voor ouderen met een doodswens; actieve inzet op spirituele zorg; herwaardering van de (maatschappelijke) visie op ouderdom.

DE JURIDISCHE CONTEXT

De WTL biedt veel ruimte

Uitgebreide bestudering van het huidige juridische kader heeft de adviescommissie een noodzakelijke voorwaarde geacht om tot een beoordeling en weging van de verschillende juridische mogelijkheden en beperkingen inzake hulp bij zelfdoding te kunnen komen. Helderheid over het huidige juridische kader en de reikwijdte van de WTL kan bovendien mogelijke misverstanden en onduidelijkheden hierover wegnemen. Een en ander heeft tot het inzicht geleid dat de WTL veel ruimte biedt, ook voor toekomstige ontwikkelingen in de opvattingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zo is – sinds de invoering van de WTL in 2002 – gebleken dat ook een opeenstapeling van ouderdomsklachten oorzaak van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan zijn. In veel gevallen van ‘voltooid leven’ zal sprake zijn van een opeenstapeling van ouderdomsklachten die, samen met verlieservaringen op andere terreinen, tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden aanleiding kunnen geven. Wel is vereist dat het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft.

Implicaties van uitspraken van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) gering

Aangezien onder de lidstaten van de Raad van Europa geen overeenstemming bestaat over het recht van het individu om te beslissen over de wijze en het tijdstip van het eigen levenseinde, komt staten in deze volgens het EHRM een aanzienlijke ‘margin of appreciation’ toe. Een staat mag voorzieningen creëren of maatregelen treffen om euthanasie of hulp bij zelfdoding te faciliteren onder de voorwaarde dat de getroffen voorzieningen voldoen aan de eisen van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en het EHRM. Een staat heeft echter geen positieve verplichting tot het creëren van voorzieningen of het treffen van maatregelen om (waardige) zelfdoding in het algemeen of in geval van ‘voltooid leven’ in het bijzonder te faciliteren. De implicaties van het feit dat hulp bij zelfdoding als belang wordt beschermd door artikel 8 EVRM – wat niet betekent dat het thans ook reeds als recht wordt erkend – lijken voor de Nederlandse euthanasiepraktijk en het huidige wettelijke kader gering.

Buitenland

De adviescommissie heeft ook de stand van zaken in het buitenland in haar beschouwingen betrokken. In dat kader is er rechtsvergelijkend onderzoek verricht. De adviescommissie is tot het inzicht gekomen dat,

hoewel de juridische stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding en euthanasie in de door haar onderzochte landen verschilt, de problematiek rondom hulp bij zelfdoding en euthanasie in de meeste van de onderzochte landen in enige vorm speelt. Recente ontwikkelingen in verschillende landen – waaronder Duitsland, Engeland, Frankrijk en de Verenigde Staten – getuigen daarvan.

De WTL functioneert goed

De WTL functioneert goed en beantwoordt aan haar doelen. Er is sprake van een zorgvuldige praktijk en onder artsen bestaat een groot draagvlak voor de WTL. Het overgrote deel van de artsen meldt gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding ook. Dat maakt de praktijk zichtbaar en toetsbaar, en wijst tevens op het bestaan van vertrouwen in de toetsing door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's). Het feit dat de RTE's iedere melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en – aan de hand van hun jaarverslag en de op hun website gepubliceerde oordelen die van belang zijn voor de normontwikkeling – van hun toetsing publiekelijk verslag doen, bevordert naar het oordeel van de adviescommissie dat er een gedeelde praktijk van omgang met de zorgvuldigheidseisen is ontstaan.

De positie van de arts

Zoals eerder aangegeven is het alleen aan artsen toegestaan om onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding te verlenen. Het feit dat het een vraagstuk van leven en dood betreft maakt dat de betrokkenheid van artsen om meerdere redenen van belang is. Zo is het omwille van de veiligheid en zorgvuldigheid van belang dat een arts vanuit zijn medische deskundigheid betrokken is bij de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, van het beschikbaar zijn van mogelijke alternatieven en de veilige en zorgvuldige uitvoering van de (hulp bij) zelfdoding. Bovendien leidt het huidige normerings- en toetsingskader tot een transparante en zorgvuldige praktijk.

Geen aanleiding tot wijziging van de WTL

De WTL biedt naar het oordeel van de adviescommissie voldoende ruimte om het merendeel van de 'voltooid leven'-problematiek te ondervangen. In veel gevallen zal namelijk sprake blijken te zijn van een medische grondslag waarbij een combinatie van medische en niet-medische problemen heeft geleid tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de WTL. In combinatie met het gegeven dat het aantal mensen dat hun leven 'voltooid'

acht en om die reden een actieve doodswens heeft waarschijnlijk klein is, zeker als het gaat om mensen bij wie de wens tot levensbeëindiging niet gerelateerd is aan medische problematiek, ziet de adviescommissie geen aanleiding om voor te stellen de WTL te wijzigen.

Verruiming juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding niet wenselijk

Bij de beoordeling van de wenselijkheid van een eventuele verruiming van de juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding heeft de adviescommissie een aantal fundamentele aspecten in haar beoordeling betrokken, waaronder: een individualistische versus een relationele benadering van autonomie, het belang van veiligheid (voor hulpvrager, hulpverlener en de samenleving als geheel), het gegeven dat zelfdoding onomkeerbaar is, het belang van transparantie en de toetsbaarheid van de betrokkenen, zorgvuldigheid, proportionaliteit (de groep waar het om gaat is waarschijnlijk klein), de maatschappelijke rol van de arts, het functioneren van de WTL en de huidige reikwijdte van deze wet, de functie en zorgplicht van de overheid, het maatschappelijke draagvlak en de wenselijkheid gewelddadige zelfdodingen te voorkomen.

Na alle voor- en nadelen van mogelijke veranderingen in de huidige regeling te hebben afgewogen, is de adviescommissie tot de conclusie gekomen dat het niet wenselijk is om de huidige juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding te verruimen. Omdat het hier gaat om een vraagstuk van leven en dood, is het naar het oordeel van de adviescommissie onwenselijk om ten aanzien van hulp bij zelfdoding meer vrijheid te laten ontstaan dan op grond van het huidige juridische kader is toegestaan.

I Inleiding

I.1 ADVIESVRAAG

De door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en van Veiligheid & Justitie (hierna: ‘de ministers’) ingestelde *Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* (hierna aangeduid als ‘de adviescommissie’) heeft als opdracht gekregen advies aan de ministers uit te brengen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma’s met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. In de instellingsregeling is aangegeven dat de adviescommissie de volgende onderwerpen in haar rapport dient te betrekken:

- ‘a Beschrijving van de huidige maatschappelijke context en indicatie van de maatschappelijke impact van mogelijke conclusies die uit het onderzoek voortvloeien;
- b Onderzoek naar de juridische mogelijkheden en beperkingen van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten;
- c Indicatie van de voor- en nadelen van deze juridische mogelijkheden;
- d Onderzoek naar mogelijkheden om te voorkomen dat mensen hun leven voltooid achten.’¹

I.2 ACHTERGROND

In 1991 initieerde prof. dr. H. Drion – oud-hoogleraar burgerlijk recht en oud-raadsheer van de Hoge Raad – het maatschappelijk debat over ‘voltooid leven’ in zijn in *NRC Handelsblad* gepubliceerde artikel *Het zelfgewilde einde van oude mensen*: ‘Het lijkt me aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hen dat – gezien wat hen daarvan nog te verwachten staat – passend voorkomt’.² Zijn pleidooi was aanleiding voor het ontstaan van het begrip ‘De pil van Drion’.

1 Instellingsregeling Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Zie bijlage 1.
 2 H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, in: *NRC Handelsblad*, 19-10-1991; opgenomen in: H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, Amsterdam, Balans, 1992.

In 2002 was 'het zelfgewilde einde' wederom aan de orde in de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Brongersma.³ Naar aanleiding van deze zaak werd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) de commissie Dijkhuis ingesteld die in 2004 haar rapport publiceerde over de rol van artsen bij 'lijden aan het leven'.⁴

In 2010 raakte de discussie over 'voltooid leven' weer volop in de belangstelling door de lancering van het Burgerinitiatief *Voltooid Leven* door de initiatiefgroep 'Uit Vrije Wil'. Doel van het burgerinitiatief was de huidige wetgeving te verruimen om oude mensen die hun leven voltooid achten stervenshulp te kunnen verlenen. Het burgerinitiatief werd op 8 maart 2012 plenair behandeld in de Tweede Kamer⁵, waarna in een motie⁶ de regering werd opgeroepen om in de kabinetsreactie op de wetsevaluatie van de WTL ook het burgerinitiatief te betrekken. De opvatting van het kabinet was dat het burgerinitiatief zich niet goed verhoudt tot het huidige stelsel. Een verdere doordenking van de aandachtspunten bij het burgerinitiatief werd door het kabinet wel van belang geacht.⁷

Naar aanleiding van een verzoek van de VVD-fractie om een onderzoek uit te voeren naar de juridische mogelijkheden en maatschappelijke dilemma's van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten, is vervolgens de *Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* ingesteld.⁸

3 HR 24 december 2002, NJ 2003, 167 (ECLI:NL:HR:2002:AE8772).

4 Rapport Commissie Dijkhuis, *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, KNMG, december 2004.

5 Kamerstukken II, Handelingen 2011-2012, nr. 61, item 10.

6 Kamerstukken II, 2011-2012, 33026, nr. 5.

7 Kamerstukken II, 2012-2013, 31036, nr. 7.

8 Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 26.

I.3 SAMENSTELLING ADVIESCOMMISSIE

De adviescommissie is als volgt samengesteld:

Prof. dr. P. Schnabel (voorzitter), universiteitshoogleraar, Universiteit Utrecht;

Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, em. hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Groningen;

Prof. dr. W.J. Schudel, em. hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam;

Prof. mr. C.P.M. Cleiren, hoogleraar straf- en strafprocesrecht, Universiteit Leiden;

Prof. mr. P.A.M. Mevis, hoogleraar straf- en strafprocesrecht, Erasmus Universiteit Rotterdam;

Prof. dr. M.J. Verkerk, bijzonder hoogleraar christelijke wijsbegeerte, Technische Universiteit Eindhoven en Universiteit Maastricht;

Prof. dr. A. van der Heide, hoogleraar Besluitvorming en zorg rond het levenseinde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam;

G. Hesselmann, RN, MSc, consulent palliatieve zorg Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Secretaris: mr. L.F. Stultiëns

I.4 AFBAKENING VAN DE AAN DE ADVIESCOMMISSIE VERSTREKTE OPDRACHT

In een brief aan de Tweede Kamer hebben de ministers aangegeven: ‘Kern van het onderzoek zal zijn hoe invulling kan worden gegeven aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven voltooid achten. Tegelijkertijd is van wezenlijk belang dat misbruik wordt voorkomen en mensen zich veilig voelen.’ In de brief wordt benadrukt dat de uitkomsten van het onderzoek niet op voorhand vaststaan en dat de adviescommissie ofwel met eventuele voorstellen tot nieuwe regelgeving kan komen ofwel tot bevestiging van bestaande wettelijke grenzen. Door de ministers is tevens opgemerkt dat de adviescommissie zich niet zal richten op gerelateerde onderwerpen rond het levenseinde, zoals

euthanasie bij psychiatrische patiënten en dementie, en dat de focus ligt bij hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.⁹

Vertrekpunt voor de beraadslagingen van de adviescommissie is het huidige juridische kader, te weten het verbod op hulp bij zelfdoding zoals neergelegd in artikel 294 lid 2 Sr en de daarin opgenomen bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen die hebben gehandeld in overeenstemming met de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen, en die van hun handelen melding hebben gemaakt aan de gemeentelijke lijkschouwer. De relevante wetsartikelen zijn opgenomen in bijlage III.

De adviescommissie heeft gaande haar werkzaamheden moeten constateren dat het onvermijdelijk was om de onderwerpen ‘psychiatrie’ en ‘dementie’ in enigerlei vorm in het advies te betrekken. Hetzelfde geldt voor ‘euthanasie’, dat waar relevant aan bod zal komen, en het element ‘leeftijd’. Hoewel in de opdracht aan de adviescommissie geen aanwijzingen voor een leeftijdsgrens zijn opgenomen, heeft de adviescommissie zich bij haar taakopdracht gerealiseerd dat het met name gaat om mensen die op leeftijd zijn en die om hen moverende redenen hun leven ‘voltooid’ achten en een doodswens hebben.

1.5 WERKWIJZE VAN DE ADVIESCOMMISSIE

Voor haar gedachtevorming heeft de adviescommissie zich georiënteerd op de uitgebreide (binnen- en buitenlandse) wetenschappelijke literatuur, vakliteratuur, journalistieke publicaties en concrete gevalbeschrijvingen die op het terrein van euthanasie, hulp bij zelfdoding en meer in het bijzonder ‘voltooid leven’ beschikbaar zijn. De adviescommissie heeft voorts dankbaar gebruik gemaakt van de in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opgestelde kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*.¹⁰ Ook heeft de adviescommissie aandacht besteed aan relevante jurisprudentie, waaronder tevens uitspraken van het EHRM, relevante oordelen van de RTE's, de door de RTE's in april 2015 gepubliceerde *Code of Practice* en de juridische stand van zaken ten

9 Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 26.

10 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014.

aanzien van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) in ons omringende landen. De adviescommissie is in juli 2014 met haar werkzaamheden gestart en is in totaal 17 keer bijeen gekomen. Begin januari 2016 heeft de adviescommissie haar werkzaamheden afgesloten.

In het kader van de aan haar verstrekte opdracht heeft de adviescommissie de volgende onderzoeken uitgezet¹¹:

1 aan prof. mr. A.C. Hendriks, hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden en aan prof. mr. dr. M.A.J.M. Buijsen, hoogleraar Recht & Gezondheidszorg aan de Erasmus School of Law (ESL) en het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (IBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, is een aantal onderzoeksvragen voorgelegd inzake de interpretatie door het EHRM van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM);

2 aan twee masterstudenten Gezondheidsrecht van de Universiteit van Amsterdam – mw. mr. C.S. Tilanus en mw. F. Nieuwenhuis – is gevraagd ten behoeve van het door de adviescommissie opgestarte internationaal vergelijkend onderzoek naar de juridische stand van zaken met betrekking tot hulp bij zelfdoding en euthanasie in enkele Europese landen, de Verenigde Staten en Australië, relevante literatuur en jurisprudentie uit ieder van die landen in kaart te brengen;

3 tijdens drie focusgroep-bijeenkomsten is SCEN-artsen gevraagd naar hun ervaringen met en visie op verzoeken om levensbeëindiging in het algemeen en bij voltooid leven in het bijzonder. Over dit in opdracht van de adviescommissie door Veldkamp Marktonderzoek B.V. uitgevoerde kwalitatieve onderzoek is een rapport opgesteld; en

4 tijdens een drietal hearings heeft de adviescommissie een groot aantal organisaties in de gelegenheid gesteld om hun visie op de problematiek rondom ‘voltooid leven’ en de aan de adviescommissie verstrekte opdracht te geven.

11 De in het kader van het onderzoek inzake de interpretatie door het EHRM van het EVRM ontvangen rapporten, het rapport inzake de focusgroepbijeenkomsten alsmede de verslagen van de hearings zijn als achtergronddocument te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/cvl.

Daarnaast heeft de adviescommissie gesprekken gevoerd met de heer A. Heringa¹², met vertegenwoordigers van de RTE's en met het Openbaar Ministerie (OM).

Velen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de adviescommissie schriftelijk van hun mening en ervaringen op de hoogte te stellen.

1.6 OPZET VAN HET ADVIES

De adviescommissie gaat in hoofdstuk 2 nader in op het begrip 'voltooid leven'. Zij inventariseert allereerst welke verschillende begrippen en definities in het maatschappelijke en politieke debat worden gehanteerd ter omschrijving van de problematiek van mensen die hun leven 'voltooid' achten. Vervolgens wordt aangegeven welke omschrijving van dit begrip de adviescommissie zelf wenst te hanteren, waarbij zij een aantal algemene elementen zal onderscheiden die volgens haar kenmerkend zijn voor 'voltooid leven'.

In hoofdstuk 3 wordt het geldend juridische kader uiteengezet. Zoals in 1.4 is aangegeven in het kader van de afbakening van de aan de adviescommissie verstrekte opdracht, is het huidige juridische kader het vertrekpunt voor de adviescommissie. Zij heeft dan ook gemeend – mede in het licht van mogelijke onduidelijkheden of misverstanden die er in de praktijk ten aanzien van de strafwetgeving en de WTL en de huidige reikwijdte van deze wet kunnen bestaan – hier uitgebreid op in te moeten gaan. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan relevante rechtspraak van het EHRM en de juridische stand van zaken ten aanzien van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) in enkele andere landen.

Hoofdstuk 4 behelst een weergave van beschikbare empirische gegevens over de omvang en de kenmerken van de groep mensen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven 'voltooid' achten. Ook wordt ingegaan op de factoren die aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van een wens tot levensbeëindiging vanwege een 'voltooid leven' en

12 De heer A. Heringa werd vervolgd wegens het verlenen van hulp bij zelfdoding aan zijn 99-jarige moeder. Op 13 mei 2015 is A. Heringa door het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden ontslagen van alle rechtsvervolging. Zie over de zaak Heringa: § 3.4 van dit advies. In *De laatste wens van Moek*, Uitgeverij De Brouwerij, Maassluis, 2013 heeft A. Heringa alle feiten en achtergronden rond het leven en de dood van zijn moeder Moek beschreven.

op de groep mensen die om die reden daadwerkelijk tot zelfdoding overgaan. Tot slot komt de maatschappelijke aanvaarding van het zelfgekozen levenseinde in geval van ‘voltooid leven’ en eventuele hulp daarbij in dit hoofdstuk aan de orde.

In hoofdstuk 5 wordt een aantal ethische aspecten inzake het vraagstuk rondom ‘voltooid leven’ verkend, waarbij de verschillende perspectieven – van de hulpvragende persoon, degene aan wie de hulp wordt gevraagd en de overheid – belicht worden.

In het kader van de aan haar gerichte vraag om te onderzoeken in hoeverre er mogelijkheden zijn om te voorkomen dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten, komt de adviescommissie op basis van een algemene verkenning van onderzoek en beleid ten aanzien van eventuele mogelijkheden dien-aangaande in hoofdstuk 6 tot een aantal specifieke aandachtspunten.

In hoofdstuk 7 wordt een overzicht gegeven van de juridische mogelijkheden en beperkingen waarmee tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp te verkrijgen wanneer zij hun leven ‘voltooid’ achten.

In hoofdstuk 8 gaat de adviescommissie vervolgens in op de weging van deze mogelijkheden waarna zij vervolgens tot een aantal conclusies en aanbevelingen komt.

2 Voltooid leven: een lastig begrip

In het maatschappelijke en politieke debat over de problematiek van mensen die veelal op leeftijd zijn en die om hen moverende redenen hun leven ‘voltooid’ achten en een doodswens hebben, worden naast, door en tegen elkaar verschillende begrippen gebruikt. Naast ‘voltooid leven’ wordt vaak gesproken over ‘klaar met leven’, ‘lijden aan het leven’, ‘levensmoe’, ‘vrijwillig levenseinde’ en ‘het zelfgekozen levenseinde’.¹ Bij alle verschillen in accentuering van de problematiek is het toch duidelijk dat het bij ‘voltooid leven’ altijd gaat om de subjectieve beleving van de betrokkene zelf.

In 2.1 wordt op hoofdlijnen een overzicht gegeven van de in het maatschappelijk en politiek debat gehanteerde begrippen en definities. In 2.2 wordt nader ingegaan op het begrip ‘voltooid leven’ en de door de adviescommissie gehanteerde omschrijving van dit begrip.

2.1 GEHANTEERDE BEGRIPPEN EN DEFINITIES TER OMSCHRIJVING VAN DE PROBLEMATIEK VAN MENSEN DIE HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN

KLAAR MET LEVEN

Parlementaire behandeling WTL (2000)

Tijdens de parlementaire behandeling van de WTL van augustus 1999 – april 2001² zijn termen gebezigd als ‘klaar met leven’, ‘geen levenswil’ en ‘levensmoe’. ‘Klaar met leven’ is daarbij door de regering als volgt omschreven:

- 1 Kennisagenda Ouderen en het zelfgekozen levenseinde. ZonMw/NWO, 19 februari 2014, p. 3 en p. 6; A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, p. 13-14.
- 2 E. Pans beschouwt augustus 1999 als het beginpunt van de wetsgeschiedenis van de WTL (dan wordt het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer aanhangig gemaakt) en als eindpunt april 2001, het moment dat de Eerste Kamer zijn goedkeuring aan de WTL verleent. Zie: E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*, Wolf Legal Publishers, 2006, p. 87. De politieke ontwikkelingen rondom euthanasie gaan verder terug (zie H. Weyers in *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002). De strekking van het wetsvoorstel uit 1999 is identiek aan een eerder (in 1998) ingediend initiatief wetsvoorstel.

‘Hiermee wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven.’³

Code of Practice RTE's (2015)

In de in april 2015 gepubliceerde Code of Practice van de RTE's, waarin een overzicht op hoofdlijnen wordt gegeven van de aspecten die de RTE's relevant achten voor het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, wordt onder verwijzing naar de wetsgeschiedenis de term ‘klaar met leven’ gebruikt waarbij de tijdens de wetsbehandeling gehanteerde omschrijving is overgenomen.⁴

LIJDEN AAN HET LEVEN

Commissie Dijkhuis (2004)

De door de KNMG in 2001 ingestelde commissie onder voorzitterschap van emeritus hoogleraar Klinische Psychologie en Psychotherapie J.H. Dijkhuis die, zoals eerder aangegeven de opdracht had om de rol van de arts bij ‘lijden aan het leven’ verder te verkennen, is van mening dat ‘klaar met leven’ een min of meer neutrale omschrijving is waarin de nadruk sterk ligt op een op rationele gronden gebaseerde afweging van de persoon zelf dat geen (toegevoegde) waarde meer kan worden toegekend aan verder leven. Met deze neutraliteit wordt volgens de commissie Dijkhuis de indruk gewekt dat er in zo’n situatie, bij deze groep mensen, geen sprake is van lijdensdruk, maar hoogstens van het ontbreken van uitzicht op iets positiefs om (nog) naar uit te kijken. De commissie acht het niet waarschijnlijk dat (veel) mensen in afwezigheid van lijdensdruk tot het formuleren van een doodswens komen. De commissie Dijkhuis, die aangeeft deze problematiek in het vervolg aan te willen duiden met de term ‘lijden aan het leven’, prefereert dan ook een omschrijving die minder neutraal is en waarin het accent meer op de lijdensdruk ligt:

3 TK, 1999–2000, 26691, nr. 6 (Nota naar aanleiding van het verslag) p. 30.

4 *Code of Practice* van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Den Haag, april 2015, p. 31-32.

‘Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsv verlangens, terwijl ter verklaring voor de afwezigheid of gebrekkigheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen.’⁵

Volgens de commissie Dijkhuis gaat het om problematiek met bijzondere kenmerken, net zoals dat bij lijden met een psychiatrische of psychische oorzaak het geval is. Er is bewust niet gekozen voor een leeftijdsindicatie als onderscheidend kenmerk. Hoewel de commissie Dijkhuis verwacht dat de groep waarbij deze problematiek zich voordoet hoofdzakelijk en misschien zelfs bijna uitsluitend zal bestaan uit ouderen of zelfs hoogbejaarden, wil zij niet uitsluiten dat deze problematiek zich ook op jongere leeftijd kan voordoen.⁶

Pans – juriste, in 2006 gepromoveerd op *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht* – is van mening dat de definitie van de commissie Dijkhuis te verkiezen valt boven de in de politiek gehanteerde omschrijving, omdat de definitie van de commissie Dijkhuis tegemoet komt aan het bezwaar dat de uitdrukking ‘klaar met leven’ te weinig specifiek is en de lijdensdruk en wanhoop van deze mensen onvoldoende tot uiting brengt. Zij merkt wél op dat het begrip ‘kwaliteit van leven’ in de rechtspraak ten aanzien van euthanasie tot nu toe juist altijd is verworpen. Pans pleit voor een scherpere conceptuele afbakening van dit type lijden en verwijst o.m. naar Wijsbek.⁷ Wijsbek – ethicus, in 2001 gepromoveerd op de *Philosophical Issues in the Dutch Euthanasia Debate* – is van mening dat ‘lijden aan het leven’ naar een andere categorie verwijst dan ‘klaar met leven’, ‘ontbreken van levenswil’ en ‘levensmoe’. Deze laatste drie begrippen verwijzen zijns inziens naar één en dezelfde categorie waarin niet besloten ligt wat de reden is voor het besluit dat het genoeg is geweest, in tegenstelling tot ‘lijden aan het leven’ waarin het lijden zelf ten grondslag ligt aan dat besluit. Volgens Wijsbek wordt de categorie ‘lijden aan het leven’ daarmee duidelijk afgegrensd van het begrip ‘klaar met leven’ in de betekenis die Drion daaraan gaf. Lijden aan het leven raakt het hele leven en heeft een complexe

5 Rapport Commissie Dijkhuis, *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, KNMG, december 2004, p. 15.

6 Ibid. p. 14-15.

7 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 251.

oorzaak met ingrijpende gevolgen op vele terreinen van het bestaan, anders is het geen lijden aan het leven. In tegenstelling tot de commissie Dijkhuis is Wijsbek (waarbij hij o.m. verwijst naar Drion) wél voorstander van het hanteren van een leeftijdsgrens. Niet als een noodzakelijke voorwaarde voor lijden aan het leven zelf, maar – in het licht van de mogelijkheid het lijden aan het leven te kunnen beoordelen – wel voor legitieme stervenshulp bij lijden aan het leven.⁸

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2011)
In haar standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* constateert de KNMG dat in het maatschappelijke debat, maar ook door artsen en patiënten, begrippen als ‘klaar met leven’, lijden aan het leven’ en een ‘voltooid leven’ door elkaar heen gebruikt worden. Tussen deze begrippen bestaat overlap en in de praktijk is het onderscheid moeilijk te maken. De KNMG is van mening dat lijden het kernelement is waar het over gaat. De KNMG geeft dan ook de voorkeur aan de term ‘lijden aan het leven’ en de bijbehorende beschrijving van de commissie Dijkhuis.⁹

VOLTOOID LEVEN

Initiatiefgroep Uit Vrije Wil (2010)

In een toelichting bij de door de initiatiefgroep Uit Vrije Wil gelanceerde ‘proeve van een wet’ die beoogt oude mensen die hun leven voltooid achten en waardig wensen te sterven op hun verzoek stervenshulp te kunnen verlenen (zie verder 7.2), is ‘voltooid leven’ omschreven als:

‘De toestand waarin een oudere tot de conclusie is gekomen dat de waarde en de zin van zijn leven zodanig zijn afgenomen, dat hij of zij de dood gaat verkiezen boven het leven.’¹⁰

Sutorius en Beekman, mede-initiatiefnemers van deze proeve van een wet, merken op dat het daarbij meer om een proces gaat dan om een moment en dat het eerder een uitkomst van langere afweging is dan een impulsief besluit: ‘Ouderen die hun leven als voltooid ervaren, slapen alle dagen in

8 H. Wijsbek, *Lijden aan het leven, verlangen naar de dood. Filosofie en Praktijk* 2006.

9 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, 23 juni 2011, p. 14-16.

10 J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011, p. 27.

met de wens niet meer wakker te hoeven worden. Zij kunnen naar de dood verlangen, omdat zij ervaren dat het leven zich definitief tegen hen heeft gekeerd en een onverbiddelijke natuurlijke orde tot gelding komt’.

Sutorius en Beekman geven aan dat het in de ervaring van een oudere vaak een combinatie van elementen is die de doorslag geeft bij de conclusie dat zijn of haar leven voltooid is: ‘Zo brengt de achteruitgang van verstandelijke en emotionele vermogens vaak een verminderd vermogen tot zingeving met zich mee, dat gepaard gaat met een eveneens verminderde behoefte om zin te verlenen aan nutteloze herhaling. Verlies van dit voor de mens belangrijke vermogen kan leiden tot onthechting en isolement. Bij ouderen is er vaak ook sprake van een niet te onderschatten verlies van controle over de eigen situatie, verlies van zelfstandigheid en van regie over het eigen leven, met een soms vergaande afhankelijkheid van hulp door derden [...] Dit verlies van zelfstandigheid en zingeving gaat vaak vergezeld van de beleving van een onomkeerbaar verlies van persoonlijke waardigheid. Ook het verlies van functies en een toenemende fysieke ontluistering roepen helaas gevoelens op van vernedering en schaamte. Uit onderzoek komt naar voren dat met name ontluistering, isolement en controleverlies de doorslag geven bij de conclusie van de oudere zelf dat zijn leven voltooid is.’¹¹ Sutorius en Beekman achten de term ‘voltooid leven’ niet in alle opzichten bevredigend, omdat hieruit zou kunnen worden opgemaakt dat het leven zelf als een volledig maakbaar product kan worden beschouwd. Maar benamingen als ‘klaar met leven’ of ‘lijden aan het leven’ vinden zij toch minder geschikt. ‘Klaar met leven’ niet omdat daarin het laconieke en cognitieve aspect van het opmaken van de balans te veel op de voorgrond staat en ‘lijden aan het leven’ niet omdat dit begrip naar hun mening het risico in zich draagt van een verdergaande medicalisering van ouderdom.¹²

In de *proeve van een wet* van de initiatiefgroep Uit Vrije Wil wordt een leeftijdsgrens gehanteerd van 70 jaar. Het uitgangspunt daarbij is dat – hoewel de initiatiefnemers aangeven dat een voltooid leven niet alleen aan ouderen voorbehouden hoeft te zijn – ouderen door hun levenservaring in een betere positie verkeren om (vanuit wilsvrijheid) een reële afweging te kunnen maken: ‘Op 70-jarige leeftijd mogen zij geacht worden hun brevet van leven wel te hebben verdiend en te mogen afzien van hetgeen nog volgt. Voor jongeren ligt dit anders; hun leven ligt nog grotendeels voor hen en hun

11 J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011, p. 27.

12 *Ibid.* p. 28-29.

omstandigheden kunnen zich nog ingrijpend wijzigen'. Sutorius en Beekman geven aan dat de gekozen leeftijdsgrens van 70 jaar in zekere mate arbitrair blijft, maar zijn van mening dat wetgeving vraagt om een leeftijdsgrens.¹³

De Lange – hoogleraar ethiek en auteur van het boek *De mythe van het voltooide leven* (2007)¹⁴ – merkt in een recent artikel in *Trouw* op dat vijf jaar na de lancering van het Burgerinitiatief *Voltooid Leven* door de initiatiefgroep Uit Vrije Wil de term 'voltooid leven' gemeengoed is geworden en dat de suggestie is dat wie zo ver is dood mag en een ander mag vragen daarbij te helpen. De Lange maakt een onderscheid tussen 'klaar met leven', 'levensmoe' en 'voltooid leven' en is van mening dat de term 'voltooid leven' de reden omschrijft waarom iemand de beslissing meent te kunnen nemen klaar met leven te zijn. Het 'voltooid leven' verwijst volgens De Lange dan naar een ethisch waardeoordeel over het geleefde leven tot dan toe. De Lange is van mening dat het bij 'voltooid leven' gaat om de illusie dat wij onszelf voltooien als individu door ons eigen levensproject te plannen. Hij wijst er op dat hulp bij levensbeëindiging op grond van een 'voltooid leven' veronderstelt dat de arts of een naaste zich absoluut moet conformeren aan de absolute zelfkennis van de oudere, maar dat we eigenlijk niet zeker weten wat 'zelf' en 'voltooid' betekenen.¹⁵

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) (2011-2015)

De NVVE, een vereniging met 162.000 leden, geeft aan dat 'voltooid leven' niet gelijk kan worden gesteld aan 'klaar met leven', 'lijden aan het leven' of 'levensmoe', omdat bij 'voltooid leven' mensen een stap verder gaan: zij besluiten de natuurlijke dood niet af te wachten, maar actief (met of zonder hulp) uit het leven te stappen.¹⁶

Volgens de NVVE lijden mensen die hun leven 'voltooid' achten vaak aan:

13 J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011, p. 30-33.

14 F. de Lange, *De mythe van het voltooide leven*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer, 2007.

15 F. de Lange, Niemand weet wat voltooid leven is. *Trouw* 30-05-2015.

16 M. Peters, *Voltooid Leven. Waar praten we over? Vragen en antwoorden*, NVVE, Amsterdam, april 2011, p. 9

‘Een combinatie van factoren die met ouderdom gepaard gaan en die tot levensmoeheid kunnen leiden. Het gaat volgens de NVVE om: niet-levensbedreigende aandoeningen; lichamelijke aftakeling (slechter lopen, zien, horen, vermoeidheid, lusteloosheid, incontinentie) met als gevolg verlies van activiteiten die het leven waardevol maken, verlies van zelfstandigheid en persoonlijke waardigheid; afhankelijkheid van professionele zorg en/of zorg van familie en naasten; verlies van status en regie over het eigen leven; het wegvallen van het sociale netwerk door het overlijden van partner en/of kinderen, vrienden en medebewoners; verlies van doel en zingeving; onthechting van de samenleving; angst voor de toekomst en het ontbreken van een toekomstperspectief.’¹⁷

In een ten behoeve van de adviescommissie opgesteld rapport wordt door de NVVE benadrukt dat de term ‘voltooid leven’ zich niet in een definitie laat vatten.

‘Het is een existentieel lijden, zonder noodzakelijke medische grondslag, waarbij de persoon de situatie als uitzichtloos ervaart en er geen passende alternatieve behandelmogelijkheden meer zijn. De mensen die een voltooid leven ervaren zijn doorgaans niet meer bij machte om zich te groeperen, organiseren, en voor zichzelf op te komen. De mens die dit veelal betreft is op hoge leeftijd, is onthecht, leeft geïsoleerd, is aan huis gekluisterd, zicht en gehoor zijn slecht en (men) wacht enkel nog op de dood.’¹⁸

Hoewel volgens de NVVE ook de term ‘existentieel lijden’ zich moeilijk laat omschrijven wordt hiertoe toch een poging ondernomen: ‘Het is het lijden aan de zinloosheid en uitzichtloosheid van het leven, een gevoel van nutteloosheid, verlies van doel, zingeving en ontbreken van perspectief.’ Opgemerkt wordt dat een belangrijk element in het lijden is de angst om de regie over het leven te verliezen.¹⁹

Defesche – *Onderzoek naar voltooid leven in Nederland (2011)*

Naar aanleiding van het door haar uitgevoerde onderzoek naar voltooid leven in Nederland merkt Defesche op dat de term ‘voltooid leven’ ver-

17 *Over de laatste levensfase. Een leidraad bij het denken, praten en beslissen.* NVVE, Amsterdam 2014.

18 *Rapport Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum.* NVVE 17 juli 2015, p. 4.

19 *Ibid.*

want is aan begrippen als ‘klaar met leven’, ‘levensmoe’, of ‘lijden aan het leven’, woorden waar volgens Defesche geen eensluidende definities voor bestaan. Zij geeft aan dat onder Nederlanders als kern van wat ‘voltooid leven’ is een specifieke levensfase wordt gezien:

‘Voltooid leven betekent dat de levensfasen van werken, van opvoeden, van zelfontplooiing en vernieuwing voorbij zijn; dat de fase van afbouwen ver is gevorderd en dat van de toekomst geen wezenlijke waardevolle vernieuwingen worden verwacht.’²⁰

Defesche merkt op dat – in het licht van de doelstelling van het onderzoek – genoemd kader ruimer is dan wat anderen (bijvoorbeeld de NVVE, Uit Vrije Wil) in de maatschappelijke discussie onder ‘voltooid leven’ verstaan. ‘Voltooid leven’ kan dan betrekking hebben op ouderen met of zonder een doodswens. Defesche geeft aan dat het belangrijkste criterium om te worden gerekend tot de groep ‘ouderen’ wordt gevormd door de opvatting hierover van de persoon zelf: er is sprake van een ‘oudere’ als iemand zichzelf oud noemt en zich tot de ouderen rekent. Daarnaast is door Defesche tevens de absolute leeftijdsgrens van 65 jaar en ouder aangehouden omdat, zoals zij aangeeft, bestaand onderzoek en statistieken over ouderen in Nederland veelal die leeftijdsgrens hanteren.²¹

Van Wijngaarden, Leget en Goossensen – Kwalitatief onderzoek naar de ervaringswereld van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen (2015)

In het kader van een onderzoek naar de ervaringen van ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven als voltooid beschouwen, het leven niet langer waard vinden te leven en een persistente doodswens hebben, wordt door Van Wijngaarden, Leget en Goossensen de onderhavige problematiek als volgt (in vertaling) omschreven:

20 F. Defesche, *Voltooid Leven in Nederland. Wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*. Van Gorcum, Assen, 2011, p. 150.

21 *Ibid.* p. 2-7 en p. 150.

‘Een wirwar van onvermogen en onwil om verbinding te maken met zijn/haar werkelijke leven die gekarakteriseerd wordt door een permanent ervaren spanning: dagelijkse ervaringen lijken onverenigbaar met de levensverwachtingen van betrokkenen en hun idee over wie zij zijn. Naarmate men zich meer ‘losgekoppeld’ voelt van het leven, wordt het aanhoudend verlangen om het leven te beëindigen versterkt. De ervaringen zijn onderverdeeld naar: 1) een gevoel van pijnlijke eenzaamheid; 2) de pijn er niet toe te doen; 3) het onvermogen zichzelf uit te drukken; 4) multi-dimensionele vermoeidheid; en 5) een gevoel van afkeer ten aanzien van gevreesde afhankelijkheid.²²

OUDEREN EN HET ZELFGEKOZEN LEVENSEINDE

ZonMw – Kennissynthese (2014)

In de in 2014 gepubliceerde kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde* van ZonMw wordt opgemerkt dat de verschillende veel gebruikte begripsomschrijvingen voor de groep ouderen met een doodswens onder meer variëren in de mate waarin ze neutraal zijn. Dat heeft te maken met de belangen die de betreffende groeperingen behartigen en hun inzet in het debat. Steeds terugkerende aspecten van de in de kennissynthese weergegeven begripsomschrijvingen van ‘klaar met leven’, ‘lijden aan het leven’ en ‘voltooid leven’ zijn:

- leeftijd: het gaat om ouderen, meestal zonder dat een precieze leeftijdsgrens wordt aangegeven;
- doodswens: persistierend doodsverlangen, de dood verkiezen boven verder leven;
- de grondslag van de doodswens is niet gelegen in een (ernstige) ziekte of aandoening.

In de kennissynthese is er voor gekozen de term ‘ouderen en het zelfgekozen levenseinde’ te gebruiken als algemene aanduiding voor de beschreven problematiek. Hierbij is geen scherpe leeftijdsgrens getrokken, maar is in het literatuuronderzoek dat in het kader van de kennissynthese is verricht,

22 E. van Wijngaarden et al, Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living’. *Social Science & Medicine* (2015) 1-8.

voor zover mogelijk en relevant, gekeken naar ouderen van 65 jaar en ouder.²³

2.2 HET BEGRIP ‘VOLTOOID LEVEN’

Uit bovenstaande beschrijving van de gehanteerde begrippen en omschrijvingen ter verduidelijking van de problematiek rondom mensen die veelal op leeftijd zijn en die om hen moverende redenen hun leven ‘voltooid’ achten en een doodswens hebben, wordt duidelijk dat er veel verschil van inzicht bestaat, zowel ten aanzien van de te hanteren terminologie als wel van de uitleg die er aan een bepaald begrip gegeven dient te worden of kan worden.

In het kader van de aan haar verstrekte opdracht is het uitgangspunt voor de adviescommissie het begrip ‘voltooid leven’ geweest. De adviescommissie is van mening dat dit een lastig begrip is en in feite een eufemisme of, zoals Den Hartogh aangeeft, een *ongelukkig* eufemisme, alsof het leven een klus is die op een gegeven ogenblik wel geklaard is.²⁴ De – subjectieve – constatering dat men zijn leven als ‘voltooid’ beschouwt, betekent bovendien nog niet dat men het leven ook zou willen beëindigen.

De adviescommissie constateert dat het begrip ‘voltooid leven’ een verzamelbegrip is dat zowel gebruikt wordt voor de situatie waarin alles is gebeurd en gedaan en waarin het leven in tevredenheid kan worden afgesloten (niet noodzakelijk door zelfdoding of hulp daarbij), als voor de situatie waarin het leven zo veel problemen heeft opgeleverd dat men er een afkeer van heeft gekregen en niet meer verder wil.

Ondanks het feit dat de adviescommissie van mening is dat ‘voltooid leven’ een lastig en ongelukkig begrip is en een, in relatie tot zelfdoding of euthanasie, veel te positieve connotatie heeft, heeft zij in het kader van de aan haar verstrekte opdracht en omwille van de leesbaarheid van het rapport, er voor gekozen het begrip ‘voltooid leven’ toch te hanteren.

De adviescommissie heeft zich afgevraagd of het zinvol zou zijn om tot een nadere definiëring van het begrip ‘voltooid leven’ te komen. Zij is

23 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde.*, ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, p. 13.

24 G. den Hartogh, *Klaar met leven: de open vragen. Podium voor Bio-ethiek*, 20 (2013) 3, p. 6.

van mening dat het in het kader van de uitvoering van haar taakopdracht wenselijk noch zinvol is om een definitie te formuleren. De adviescommissie geeft er de voorkeur aan om een neutrale omschrijving van ‘voltooid leven’ te geven waarbij zij een aantal algemene elementen zal onderscheiden die kenmerkend zijn voor ‘voltooid leven’.

Om zich een goed beeld te kunnen vormen van de problematiek inzake ‘voltooid leven’ en de huidige reikwijdte van de WTL heeft de adviescommissie onder meer relevante casuïstiek bestudeerd. Naast de door de adviescommissie geraadpleegde bronnen²⁵ hebben zowel de Stichting Levensindekliniek (SLK) als de NVVE bij hen aanwezige informatie over relevante casuïstiek van mensen met een ‘voltooid leven’ geanonimiseerd ter beschikking gesteld aan de adviescommissie.²⁶ Op basis van de door de adviescommissie bestudeerde casuïstiek en relevante onderzoeken naar de problematiek rondom ‘voltooid leven’ onderscheidt zij de volgende algemene elementen die kenmerkend zijn voor ‘voltooid leven’:

Het gaat om mensen die veelal op leeftijd zijn die naar hun eigen oordeel geen levensperspectief meer hebben en die als gevolg daarvan een *persisterende, actieve doodswens* ontwikkeld hebben.

- 25 In dit kader kan (zonder uitputtend te willen zijn) onder meer worden verwezen naar: de jaarverslagen van de RTE’s en de op de website www.euthanasiecommissie.nl gepubliceerde casuïstiek; casuïstiek gepubliceerd op de website www.eenwaardiglevenseinde.nl; L. Kars, *Ik ga liever gewoon dood. Ervaringen rond het vrijwillig levenseinde*, Brave New Books, oktober 2013; J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011; T. Vink, *Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken*, Uitgeverij Damon, 2009; F. Defesche, *Voltooid Leven in Nederland. Wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*, Van Gorcum, Assen, 2011; H. van Dam *Euthanasie, de praktijk anders bekeken. Interviews met nabestaanden*, Uitgeverij Libra & Libris, Veghel, 2005; T. Vink, *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*, Uitgeverij Damon, Budel, 2013; A. Heringa, *De laatste wens van Moek*, Uitgeverij De Brouwerij – Brainbooks, 2013; H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, Uitgeverij Balans, 1992/2001; B. Chabot en S. Braam, *Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand*, Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam 2015; B. Chabot, *Auto-euthanasie. Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten*, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 2007; A. van Bergen, *Mijn moeder wilde dood. Een persoonlijk en praktisch verhaal over zelfbeschikking*, Uitgeverij Atlas, Amsterdam/Antwerpen, 2010; E. van Wijngaarden et al, *Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living*. *Social Science & Medicine*, 2015, [dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015); E. van Wijngaarden et al, *Till Death Do Us Part: The Lived Experience of an Elderly Couple Who Chose to End Their Lives by Spousal Self-euthanasia*, *The Gerontologist*, 2015, 1-11.
- 26 Rapport *Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*. NVVE 17 juli 2015; de door de SLK verstrekte informatie is niet openbaar.

In onderstaande wordt nader ingegaan op de hierboven onderscheiden elementen waarbij tevens wordt aangegeven wat de implicaties daarvan zijn.

Veelal op leeftijd

Hoewel de adviescommissie niet uitsluit dat er ook mensen zijn die niet ‘op leeftijd’ zijn en hun leven als ‘voltooid’ beschouwen, constateert zij (na bestudering van relevante literatuur en casuïstiek) dat het veelal mensen ‘op leeftijd’ betreft. De adviescommissie heeft echter geen leeftijdsgrens als onderscheidend criterium voor het al dan niet kunnen ervaren van een ‘voltooid leven’ willen bepalen, omdat iedere grens arbitrair is. Niet iedereen veroudert in hetzelfde tempo en op dezelfde wijze. Leeftijd en daarmee het reëel te verwachten levensperspectief in termen van jaren en levensfasen zal echter altijd wel een rol spelen bij de beoordeling of aan de zorgvuldigheidseisen voor inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging kan worden voldaan.

Geen levensperspectief

Aan het niet meer ervaren van een levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen die gezien kunnen worden als verlies op lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel terrein. Er is veelal sprake van een combinatie en opeenstapeling van verlieservaringen op verschillende terreinen.²⁷

Persisterende, actieve doodswens

In het kader van dit advies is het onderscheidend element ‘persisterende, actieve doodswens’ van belang. Er zijn ouderen die hun leven voltooid achten, maar – en dat zijn de meesten – die geen doodswens hebben of die slechts incidenteel dergelijke gedachten of wensen hebben. Ook kan het voorkomen dat een doodswens weliswaar voortdurend (latent) aanwezig is, maar niet actief, dat wil zeggen dat betrokkene niet tot handelen overgaat om uitvoering te geven aan de doodswens (in hoofdstuk 4 zal nader worden ingegaan op de verschillende onderzoeken die zijn gedaan naar ‘voltooid leven’). Uiteraard moet de wens ook geuit zijn ten opzichte van degene van wie men hulp verwacht of hoopt te krijgen.

27 A. van Bergen spreekt van het ‘voortdurend-inleverensyndroom’ en geeft aan deze term dan ook de voorkeur boven ‘voltooid leven’. Zie: A. van Bergen, *Mijn moeder wilde dood. Een persoonlijk en praktisch verhaal over zelfbeschikking*. Uitgeverij Atlas, Amsterdam/Antwerpen, 2010 p. 195.

LIJDEN

In de door de adviescommissie gehanteerde omschrijving van ‘voltooid leven’ is niet het element ‘lijden’ opgenomen. Hoewel bij mensen die hun leven ‘voltooid’ achten en een persisterende, actieve doodswens hebben, hier veelal een vorm van (existentieel) lijden aan ten grondslag ligt, zijn er in het kader van de problematiek rondom ‘voltooid leven’ ook casussen beschreven waarbij er geen sprake lijkt te zijn van (enigerlei vorm van) lijden. In de eerder genoemde kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde* is een tabel opgenomen waarin een overzicht wordt gegeven van verschillende groepen ouderen met een wens tot levensbeëindiging in relatie tot de WTL. In deze tabel is een aparte categorie opgenomen van ouderen die hun leven ‘voltooid’ achten en een wens tot levensbeëindiging hebben zonder dat daar lijden aan ten grondslag ligt.²⁸

Uit de door de adviescommissie gehanteerde omschrijving van ‘voltooid leven’ volgt dat hieronder de volgende situaties kunnen vallen:

- 1 situaties die al onder de huidige reikwijdte van de WTL vallen, namelijk waarbij er sprake is van lijden met een in overwegende mate medische grondslag (zie hoofdstuk 3: Het geldend juridische kader);
- 2 situaties die als ‘grensgevallen’ worden beschouwd, omdat minder duidelijk is of het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft;
- 3 situaties waarbij geen sprake is van lijden met een medische grondslag;
- 4 situaties waarbij geen sprake is van lijden.

Duidelijk is dat de onder 1 genoemde situaties buiten de taakopdracht van de adviescommissie vallen. De onder 2, 3 en 4 genoemde situaties vallen wél binnen de taakopdracht van de adviescommissie. Zoals hierboven al aangegeven is gebleken dat bij mensen die op leeftijd zijn, hun leven ‘voltooid’ achten en een actieve doodswens hebben, er veelal sprake is van een combinatie van factoren die aan hun wens tot levensbeëindiging ten grondslag ligt (zie hoofdstuk 4). In veel gevallen zal sprake zijn van een

28 Kennissynthese. *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, p. 9.

opeenstapeling van ouderdomsklachten²⁹, die er toe kunnen leiden dat mensen (existentieel) lijden ervaren en een actieve wens tot levensbeëindiging hebben.

29 In de praktijk worden de begrippen 'ouderdomsklachten' en 'ouderdomskwalen' door elkaar gebruikt zonder de intentie om daarmee een duidelijk verschil aan te geven (zie bijvoorbeeld het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. 23 juni 2011, *de Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Zon Mw, Den Haag, december 2012; Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2013*, Den Haag, augustus 2014). In dit kader kan worden opgemerkt dat er in die zin wél een onderscheid is dat 'ouderdomsklachten' aansluit bij de subjectieve lijdensbeleving en 'ouderdomskwalen' eerder aansluit bij de medische grondslag. De adviescommissie zal in dit advies het begrip 'ouderdomsklachten' gebruiken, tenzij in het oorspronkelijke document waarnaar verwezen wordt gesproken wordt van 'ouderdomskwalen'. De adviescommissie is overigens niet gelukkig met het willekeurige en mogelijk ook verwarrende door elkaar heen gebruiken van 'kwalen' en 'klachten'.

3 Het geldend juridische kader

In dit hoofdstuk wordt het geldend juridische kader uiteen gezet. Duidelijk inzicht in de bestaande wetgeving acht de adviescommissie een noodzakelijke voorwaarde voor haar advies. Ook beoogt zij hiermee onder meer mogelijke onduidelijkheden of misverstanden die er kunnen bestaan ten aanzien van de strafwetgeving en de WTL en de huidige reikwijdte van deze wet weg te nemen. Duidelijk is in ieder geval dat sinds de inwerking-treding van de WTL in 2002 (die destijds als sluitstuk werd beschouwd) de discussie over de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding onverminderd is doorgegaan en dit onderwerp volop in de belangstelling staat.

In het licht van de aan de adviescommissie verstrekte opdracht zullen in dit hoofdstuk bepaalde aspecten worden uitgelicht en zullen andere (in dit kader minder relevante) onderwerpen niet aan de orde komen.¹ In 3.1 wordt allereerst ingegaan op de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding en euthanasie in het Nederlandse Wetboek van Strafrecht (Sr) en de bijzondere strafuitsluitingsgrond die in dat wetboek is gecreëerd en voor honorering waarvan in de WTL de voorwaarden zijn geformuleerd. Tevens wordt ingegaan op het strafrechtelijke onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. In 3.2 zal voorts in worden gegaan op de grondslag van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding. In 3.3 komt de WTL aan de orde, waarbij onder meer uiteen wordt gezet waarom er een bijzondere strafuitsluitingsgrond is gecreëerd voor artsen, wat de grondslag is van de WTL, wat de doelstellingen van de wetgever waren bij de totstandkoming van de WTL, hoe het toetsingskader is opgezet, wat de in de WTL opgenomen zorgvuldigheidscriteria behelzen, hoe bepaalde kerncriteria worden geïnterpreteerd (door de rechter, de RTE's en de KNMG) en wat de huidige reikwijdte is van de WTL. Aan de totstandkoming van de WTL is een lang proces voorafgegaan waarbij een aantal rechterlijke uitspraken van groot belang is geweest. Deze zullen aan de orde komen bij de bespreking van de zorgvuldigheidseisen uit de WTL, die rechtstreeks voortkomen uit de rechtspraak. In 3.4 wordt ingegaan op de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding door niet-artsen voor wie niet is voorzien in de mogelijkheid een beroep te doen op de WTL of enige andere strafuitsluitingsgrond. Hierbij zal worden aangegeven welke handelingen (op grond van de rechtspraak) wel en welke niet tot strafbare handelingen worden gerekend. De recente uitspraak van

1 Te denken valt bijvoorbeeld aan de discussie omtrent de schriftelijke wilsverklaring waar in 3.3.5 alleen kort naar verwezen wordt.

het Hof in de zaak Heringa² komt hierbij tevens aan de orde. In 3.5 zullen de WTL en het huidige Nederlandse juridische kader worden gezien in het licht van het EVRM, waarbij een aantal belangrijke uitspraken van het EHRM aan de orde zal komen. Tot slot wordt in 3.6 kort ingegaan op de juridische stand van zaken ten aanzien van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) in het buitenland.

3.1 NEDERLAND: STRAFBAARSTELLING VAN HULP BIJ ZELFDODING; BIJZONDERE (DELICTSGEBONDEN) STRAFUITSLUITINGSGROND VOOR ARTSEN

Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar. Een ander opzettelijk aanzetten tot zelfdoding, hem daarbij behulpzaam zijn of de middelen daartoe verschaffen is, indien de zelfdoding volgt, wél strafbaar gesteld en wel in artikel 294 lid 1 en 2 Sr. Omdat de ‘hoofddader’ niet strafbaar is, betreft het hier een zelfstandige strafbaarstelling (delictum sui generis: Hoge Raad 5 december 1995, NJ 1996/322) voor deelnemers.³ Met deze zelfstandige strafbaarstelling wijkt Nederland af van sommige andere landen waar, vanwege het feit dat zelfdoding als hoofddelict niet strafbaar is gesteld, hulp bij zelfdoding (derhalve) ook niet strafbaar wordt geacht (zie 3.6).⁴ Euthanasie (het beëindigen van iemands leven op diens verzoek) is strafbaar gesteld in artikel 293 lid 1 Sr.

De artikelen 293 en 294 Sr zijn sinds 1886 in het Nederlandse WvSr opgenomen (in titel XIX ‘Misdrifven tegen het leven gericht’). Deze artikelen luiden oorspronkelijk als volgt:

Artikel 293: ‘Hij die een ander op zijn uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren’.

Artikel 294: ‘Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren’.

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

3 *Tekst & Commentaar: Strafrecht*, red. C.P.M. Cleiren, J.H. Crijns, M.J.M. Verpalen, 10^e druk, Kluwer, Deventer. Zie ook T.J. Noyon, G.E. Langemeijer en J. R Emmelink, *Het Wetboek van Strafrecht*, voortgezet door J.W. Fokkens en A.J. Machielse (losbladig) commentaar bij de art. 293 en 294 Sr, laatste supplement: 122, juni 2003.

4 J. Griffiths, *Euthanasie versus hulp bij zelfdoding*. In: *Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*, red. M. Adams, J. Griffiths en G. den Hartogh, Kok-Kampen 2003.

In artikel 293 lid 2 jo artikel 294 lid 2 Sr is in 2002 door de wetgever een bijzondere strafuitsluitingsgrond geïntroduceerd voor artsen op grond waarvan artsen die euthanasie dan wel hulp bij zelfdoding verrichten niet strafbaar zijn indien zij hiervan mededeling hebben gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging en hebben voldaan aan de in artikel 2 WTL opgenomen zorgvuldigheidseisen. Artikel 294 is bij de wetwijziging van 2002 gesplitst: in het eerste lid is het aanzetten tot zelfdoding strafbaar gesteld, in het tweede lid het behulpzaam zijn bij zelfdoding of de middelen daartoe verschaffen. Tevens is in artikel 294 lid 2 Sr bepaald dat de bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen zoals opgenomen in artikel 293 lid 2 ook van toepassing is op hulp bij zelfdoding. Het opzettelijk een ander aanzetten tot zelfdoding is dus onverkort strafbaar gebleven. Een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond heeft de wetgever voor die gevallen niet geregeld.

Met de invoering van de WTL in 2002 is noch de grondslag voor de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding noch de strafmaat gewijzigd.

Artikel 293:

- 1 'Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie'.
- 2 'Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging'.

Artikel 294:

- 1 'Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie'.
- 2 'Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing'.

Vanuit strafrechtelijk oogpunt is er een duidelijk verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hulp bij zelfdoding is duidelijk een minder ‘zwaar’ delict, hetgeen onder meer blijkt uit:

- a de strafmaat: de strafmaat is ten hoogste 3 jaar versus 12 jaar gevangenisstraf in geval van euthanasie;
- b de bijkomende voorwaarde voor strafbaarheid: als hulp bij zelfdoding wordt verleend, maar de zelfdoding niet volgt, is de verleende hulp niet strafbaar. Dit laatste is een wezenlijk onderdeel van de delictomschrijving; en
- c de mogelijkheid tot voorlopige hechtenis: in geval van een verdenking op hulp bij zelfdoding is voorlopige hechtenis niet mogelijk (dit is alleen mogelijk bij delicten waar tenminste 4 jaar gevangenisstraf op staat dan wel het delict in artikel 67 Sv is aangewezen hetgeen voor artikel 294 niet het geval is), in geval van een verdenking op levensbeëindiging op verzoek wél.⁵

3.2 GRONDSLAG VOOR DE STRAFBAARSTELLING VAN HULP BIJ ZELFDODING

Door de wetgever van 1886 werd de waarde van het leven beschouwd als intrinsiek: menselijk leven bezit waarde in zichzelf, los van het doel, het nut of de capaciteit van dat leven. Pans geeft aan dat de waarde van het leven niet religieus of ethisch werd onderbouwd, maar als vanzelfsprekend werd verondersteld. Met de opname van de artikelen 293 en 294 in het Sr beoogde de wetgever zowel het recht op leven (het belang van de persoon bij voortbestaan) als de waarde van het leven (respect voor het menselijk leven in abstracto, los van wil of belang van de betrokkene) te beschermen. Desbetreffende artikelen berusten dan ook niet louter op de bescherming van het leven van een bepaald persoon die er geen bescherming voor wenst, maar richten zich mede tegen de schending van de eerbied aan het menselijk leven in het algemeen verschuldigd. Een verzoek tot levensbeëindiging neemt de strafbaarheid dan ook niet weg.

De ‘eerbied voor het menselijk leven’ van de ander vormde de legitimatie voor de hoge strafmaat voor levensbeëindiging op verzoek en het strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding als *delictum sui generis*. Door de wetgever werd het zogenaamde volenti-beginsel – op grond waarvan de

5 Tekst & Commentaar: Strafrecht, red. C.P.M. Cleiren, J.H. Crijns, M.J.M. Verpalen, 10e druk, Kluwer, Deventer.

toestemming van de betrokkene de strafbaarheid van een handeling kan doen opheffen – hier niet aanvaard.⁶

Door de Raad van State werden destijds de nodige kanttekeningen geplaatst bij de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding aangezien strafbaarstelling van hulp verleend bij een feit dat op zichzelf niet strafbaar is, uitzonderlijk is. Men vroeg zich af of er wel een genoegzame rechtsgrond bestond voor strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding en of die hulp niet hoogstens een overtreding opleverde.⁷ De wetgever meende in 1886 en meent tot op de dag van vandaag dat die grond er inderdaad is.

Over de handhaving van de strafbaarstelling van artikel 294 lid 2 Sr en de ratio daarvan bestaat discussie. Vink (filosoof en counselor van Stichting de Einder) komt na een analyse van de ratio van de introductie van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding tot de conclusie dat de redenering die de introductie van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding moest rechtvaardigen uitsluitend gebaseerd was op premissen van religieuze en/of zedelijke aard. Zelfdoding werd weliswaar niet strafbaar geacht, maar wel strafwaardig, omdat het werd beschouwd als een misdaad, een vergrijp tegen zichzelf, tegen God en de samenleving en tegen het leven. Vink concludeert dan ook dat het strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding plaatsvond om de onzedelijkheid van zelfdoding te benadrukken. ‘De veronderstelde strafwaardigheid op morele gronden van een niet-strafbare daad vormt de grondslag voor een strafrechtelijk verbod op de hulp daarbij.’

Vink’s verwijt aan het handhaven van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding door de wetgever in artikel 294 Sr is dat het een voorbeeld is van ‘juridisch moralisme’. Hij geeft aan dat de morele veroordeling van zelfdoding die destijds ten grondslag lag aan de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, een opvatting is waar ook in de eenentwintigste eeuw op wordt teruggegrepen om de huidige handhaving van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding te motiveren. Vink verwijst in dit kader onder meer naar de conclusie van advocaat-generaal mr. Keijzer bij het Brongersma-arrest van de Hoge Raad.⁸

6 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 189 e.v.

7 Advies van de Raad van State, in H.J. Smidt deel II *Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht. Volledige verzameling van regeringsontwerpen, gewisselde stukken, gevoerde beraadslagingen*, enz. Haarlem, Tjeenk Willink 1881, p. 442.

8 T. Vink, *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*. Uitgeverij Damon Budel, 2013, p. 35-59.

In zijn conclusie bij dit arrest (dat aan bod zal komen in 3.3.5) gaat Keijzer allereerst in op de rechtsgrond van artikel 294 Sr om vervolgens aan te geven waarom strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding is gehandhaafd. Over de rechtsgrond van artikel 294 Sr merkt Keijzer op dat de wetsgeschiedenis hierover slechts in beperkte mate opheldering geeft. Keijzer haalt G.E. Mulder aan die in zijn noot bij het arrest van de Hoge Raad in de zaak Kesteren⁹ over deze rechtsgrond het volgende schreef: 'Met de term eerbied voor het leven zal (...) te denken zijn aan de hoge rang van het leven als rechtsgoed. Omgaan met dit rechtsgoed zal dan inhouden schroom om dat rechtsgoed aan te tasten ongeacht de goede reden die men daarvoor zou kunnen hebben. (...) Binnen het rechtsgoed van het leven tekenen zich dus twee waarden af: enerzijds de waarde die het voor de gemeenschap heeft, anderzijds de waarde die het voor de individu heeft. (...) In welke relatie deze twee waarden tot elkaar staan is een filosofisch probleem. Maar zeker is dat de Wetgever het leven de bescherming waard heeft geacht, al heeft het geen waarde meer voor het individu. Het is ook de taak van de medicus om het leven als gemeenschapswaarde te hoeden. Zijn dienst aan de patiënt is mede dienst aan de gemeenschap. Dat zal ook zijn houding jegens de patiënt die aan het leven wanhoopt moeten beïnvloeden.'

Over de handhaving van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding in artikel 294 Sr, de ontwikkelingen in de eeuw na de totstandkoming van het WvSr ten spijt, merkt Keijzer op: 'Dat de strafbaarstelling van hulp bij zelfmoord¹⁰ ondanks al het voorgaande in beginsel is gehandhaafd is te verklaren aan de hand van een aantal factoren die wellicht als hedendaagse verbijzondering kunnen worden beschouwd van de algemene 'eerbied voor het menselijk leven' waarvan bij de totstandkoming van die strafbaarstelling sprake was. In de eerste plaats wordt zelfmoord, al is zij niet strafbaar, in het algemeen als iets betreuenswaardigs gezien. Dat geldt in het bijzonder de nabije nabestaanden, voor wie een zelfmoord zeer pijnlijk kan zijn. Daarmee te verbinden is de gedachte dat degene die zelfmoord overweegt in plaats van stervenshulp juist levenshulp zou moeten krijgen. Ter vergelijking kan worden gewezen op artikel 191 Sr. Zelfbevrijding door een rechtmatig gedetineerde is niet strafbaar gesteld, maar het daarbij opzettelijk behulpzaam zijn wèl. Vanuit maatschappelijk standpunt bezien

9 Hoge Raad, 21 oktober 1986, NJ 1987, 607.

10 Gezien het feit dat art. 294 Sr (oud) nog gold ten tijde van het bewezenverklaarde in de zaak Brongersma spreekt Keijzer van 'zelfmoord' in plaats van 'zelfdoding' hoewel ten tijde van de wijziging van het arrest de WvL inmiddels in werking was getreden en daarmee tevens het gewijzigde art. 294 Sr.

is die zelfbevrijding immers ongewenst. Dat op het hoofdfeit geen straf is gesteld ontnemt aan de hulpverlening niet haar strafwaardigheid. In de tweede plaats spelen de gevaren een rol, die aan het op verzoek beschikbaar stellen van euthanatica verbonden zijn. De mogelijkheid is niet denkbeeldig dat die stoffen in verkeerde handen komen en, al dan niet opzettelijk, tot een verkeerd doel worden aangewend. Ook daarin schuilt een rechtsgrond voor strafbaarstelling daarvan. (...)

Wellicht de belangrijkste grond voor de strafbaarstelling (behoudens noodgevallen, waarover hierna meer) van hulp bij zelfmoord is dat door het verlenen van zodanige hulp het algemene taboe met betrekking tot de dood van medemensen wordt doorbroken, waardoor dat taboe ook met betrekking tot andere situaties aan kracht zal inboeten en het gevaar bestaat dat het verbod tot levensberoving in het algemeen gemakkelijker zal worden overtreden.¹¹

In een aan de adviescommissie verstrekt document getiteld *Het schrappen van artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht* wijst de NVVE niet alleen op de uitzonderlijke situatie dat hulp verleend bij een feit dat zelf niet strafbaar is, wél strafbaar is en dat het verbod op hulp bij zelfdoding in strijd is met het non-volenti-beginsel, ook wordt door de NVVE aangevoerd dat eerbied voor het leven weliswaar nog steeds een belangrijk beginsel is, maar dat de maatschappelijke visie op zelfdoding is veranderd en dat zelfdoding niet langer als onzedelijk of strafwaardig wordt gezien. Tevens wordt er door de NVVE op gewezen dat niet meer wordt uitgegaan van het principe dat eerbied voor het leven een absolute waarde is nu er onder meer door middel van de WTL hierop een uitzondering is gecreëerd voor artsen. Er zou aldus sprake zijn van een weliswaar kleine, maar relevante verschuiving in het paradigma van de wetgever uit 1886.¹² Ook Blad en Bogert wijzen er op dat de ethische waardering van de zelfdoding verschoven is, meer genuanceerd is geworden: met de euthanasieregeling wordt de morele aanvaardbaarheid van een wil gericht op sterven en van zelfdoding onder medische begeleiding erkend.¹³

11 NJ 2003, 167, punt 9 t/m 17 Conclusie AG mr Keijzer.

12 NVVE, *Het schrappen van artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht*, 25 september 2014. Te raadplegen via: www.nvve.nl/files/6114/5277/4433/Het_schrappen_van_art_294_lid_2_van_het_Wetboek_van_Strafrecht.pdf

13 J.R. Blad en P.C. Bogert, *Beschikbaarstelling van zelfdodingsmiddelen. Delikt en Delinkwent* 32 (2002) 5.

Den Hartogh (emeritus hoogleraar ethiek), die naar aanleiding van de zaak Heringa de mogelijke ratio van artikel 294 Sr analyseert, wijst er op dat voor zover het juridisch moralisme nog leefde van 1886 tot 2011, het nu obsoleet is gezien de uitspraak van het EHRM in de zaak Haas vs. Zwitserland (waarover hieronder meer). Daarbij heeft het EHRM erkend dat het recht van een individu om zelf te bepalen op welke wijze en wanneer zijn/haar leven eindigt, één van de aspecten is van het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven (artikel 8 EVRM). Op grond van deze uitspraak is Den Hartogh van mening dat de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam dat als objectief rechtsgoed het doorslaggevende argument was voor de wetgever van 1886 om hulp bij zelfdoding strafbaar te stellen, als zodanig geen reden meer kan zijn om hulp bij zelfdoding te verbieden zodra zelfdoding als het uitoefenen van een grondrecht wordt beschouwd. Den Hartogh is van mening dat de enige overblijvende grondslag voor artikel 294 Sr (na ‘het belang van de betrokkene’ als andere mogelijke grondslag te hebben verworpen) het voorkomen van misbruik is: daarbij gaat het zowel om de bescherming van de rechtstreeks betrokken persoon als om de externe effecten van die bescherming op het algemeen gevoel van veiligheid.¹⁴

3.3 DE WET TOETSING LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Tijdens de parlementaire behandeling van de WTL (augustus 1999 – april 2001) is over de beschermwaardigheid van het menselijk leven als normatief uitgangspunt van de WTL niet uitvoerig gesproken.¹⁵ Wel wordt aangegeven dat aan het wetsvoorstel enerzijds de bescherming van het menselijk leven ten grondslag ligt en anderzijds het respecteren van de wens van ernstig lijdende mensen om op een voor hen waardige wijze te kunnen sterven.¹⁶

14 G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondrechtsconforme uitleg van art. 294 Sr. *NJB*, 20-6-2014, afl. 24.

15 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 192-193. E. Pans beschouwt augustus 1999 als het beginpunt van de wetsgeschiedenis van de WTL (dan wordt het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer aanhangig gemaakt) en als eindpunt april 2001, het moment dat de Eerste Kamer zijn goedkeuring aan de WTL verleent. De politieke ontwikkelingen rondom euthanasie gaan verder terug (zie H. Weyers in *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002). De strekking van het wetsvoorstel uit 1999 is identiek aan een eerder (in 1998) ingediend initiatief wetsvoorstel.

16 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 26691, nr. 6, p. 2.

Benadrukt wordt dat het wetsvoorstel te beschouwen is als het sluitstuk van het beleid dat de afgelopen jaren is gevoerd met betrekking tot de melding en toetsing van euthanasie en hulp bij zelfdoding.¹⁷ Pans merkt op dat bestudering van de parlementaire stukken leert dat een groot deel ervan bestaat uit herhaling van eerder ingenomen standpunten en letterlijk geciteerde overwegingen uit de rechtspraak. Zij stelt dat de WTL niet een op zichzelf staand gegeven is, maar onderdeel vormt van een morele verschuiving die de dertig jaar ervoor in Nederland heeft plaatsgevonden. De WTL is daarmee niet alleen het (voorlopig) sluitstuk van een maatschappelijk proces, maar ook de formele erkenning ervan.¹⁸ Waar van belang zal in onderstaande naar de parlementaire behandeling en relevante rechterlijke uitspraken worden verwezen.

Tot de inwerkingtreding van de WTL op 1 april 2002 waren euthanasie en hulp bij zelfdoding door de wetgever zonder uitzondering strafbaar gesteld zonder wettelijke op die delicten toegespitste uitzonderingsmogelijkheid. In de rechtspraak werd tot die tijd onder omstandigheden een uitzondering op dat verbod geaccepteerd: een arts die zich in een conflict van plichten bevond (behoud van menselijk leven vs verlichting van het lijden) kon, wanneer hij een aantal zorgvuldigheidseisen in acht nam, een beroep doen op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht (artikel 40 Sr). Met de invoering van de bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen in artikel 293 jo 294 Sr en de uitwerking van de zorgvuldigheidseisen in de WTL is de keuze bestendigd die binnen de rechtspraak is gemaakt om alleen aan artsen de mogelijkheid voor te behouden om onder strikte voorwaarden straffeloos euthanasie of hulp bij zelfdoding te kunnen verlenen. In 3.3.1 zal kort op de oorsprong van deze keuze worden ingegaan.

17 Kamerstukken II, vergaderjaar 1998-1999, 26691, nr. 3, p. 2.

18 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 87-90.

3.3.1 DE OORSPRONG VAN DE KEUZE VOOR HET ‘MEDISCH MONOPOLIE’

De oorsprong van de keuze voor het ‘medisch monopolie’¹⁹ is terug te voeren op de wijze waarop het euthanasiedebat zich sinds de jaren zestig van de vorige eeuw heeft ontwikkeld.²⁰

Kennedy (historicus) wijst in zijn analyse van het euthanasiedebat in Nederland (‘Een weloverwogen dood – Euthanasie in Nederland’²¹) onder meer op de invloed van het boekje van J.H. van den Berg (psychiater) *Medische macht en medische ethiek* (1969)²², die van mening was dat het – in een tijd van medische macht waarbij mensen in leven werden gehouden die al lang hadden moeten sterven – de taak van de arts was om zulke patiënten te laten sterven door hen niet langer te behandelen of hen in hun eigen belang te doden. Kennedy wijst er op dat het bestaan van deze medische macht een centrale rol zou spelen in het Nederlandse euthanasiedebat.

Trappenburg (politicologe) laat in haar betoog *Darwin in de medische ethiek*²³ zien dat betrekkelijk toevallige ‘begin- en schakelpunten’ een belangrijke rol hebben gespeeld bij de keuze voor deze ‘medische weg’. Zo wijst zij er op dat het boekje *Medische macht en medische ethiek* al heel duidelijk was geschreven in de richting van de ‘medische weg’ hoewel destijds ook gekozen had kunnen worden voor de ‘doe het zelf’-aanpak (ijveren voor toegang tot middelen waarmee men zich zelf van het leven kan beroven. Daar kwam volgens Trappenburg bij dat in Nederland niet alleen levensbeëindiging op verzoek, maar ook hulp bij zelfdoding expliciet strafbaar was gesteld. Trappenburg merkt op dat als hulp bij zelfdoding niet strafbaar was geweest, het evident makkelijker was

- 19 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 28. Pans wijst er op dat de keuze om alleen artsen de mogelijkheid voor te behouden om onder strikte voorwaarden straffeloos euthanasie of hulp bij zelfdoding te kunnen verlenen ook wel het medisch monopolie bij euthanasie/hulp bij zelfdoding wordt genoemd.
- 20 De ontwikkeling van het euthanasiedebat in Nederland en het proces van rechtsverandering is zeer uitgebreid beschreven door H. Weyers in *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002. De historische en culturele achtergrond voor de Nederlandse aanvaarding van hulp bij zelfdoding en euthanasie is uitgebreid beschreven in J. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Uitgeverij Bert Bakker, 2002.
- 21 J. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Uitgeverij Bert Bakker, 2002.
- 22 J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk, Callenbach, 1969.
- 23 M. Trappenburg, *Darwin in de medische ethiek*. In: *Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*, red M. Adams, J. Griffiths en G. den Hartogh, Uitgeverij Kok, Kampen, 2003, p. 237-253.

geweest om te kiezen voor de ‘doe het zelf’-aanpak. Bij de keuze voor de ‘medische weg’ is volgens Trappenburg ook de opstelling van de KNMG van cruciaal belang geweest aangezien de KNMG actief heeft meegedacht over de regulering van medische hulp bij het levenseinde.²⁴ Daarnaast wijst zij er op dat sinds de uitspraak van de Rechtbank Leeuwarden in de zaak Postma uit 1973²⁵ (waarbij voor het eerst door een rechter een aantal zorgvuldigheidseisen is geformuleerd voor levensbeëindiging op verzoek) de vaste lijn in de rechterlijke uitspraken over euthanasie is geweest dat gerechtvaardigde hulp bij het sterven dient te worden verleend door een arts.

Trappenburg merkt op dat in medisch-ethische debatten in Nederland de volgende regel lijkt te gelden: ‘wij onderwerpen ons zonder morren aan door medici bedachte normen²⁶ op voorwaarde dat artsen zich bij het stellen van die normen niet begeven buiten de grenzen van hun eigen professie.’ Zij geeft aan dat de keuze voor de ‘medische weg’ eveneens een keuze is voor medische indicatiestelling en onderwerping aan een medisch oordeel. De ‘medische regel’ dat euthanasie en hulp bij zelfdoding alleen mag als de arts van oordeel is dat de betrokken patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, lijkt volgens Trappenburg te zijn gekoppeld aan de eis dat artsen niet buiten hun boekje mogen treden.

3.3.2 GRONDSLAG VAN DE WTL

Pans, die de normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht uitgebreid heeft geanalyseerd, geeft aan dat uit de rechtspraak kan worden afgeleid dat in het ‘morele krachtenveld’ bij euthanasie en hulp bij zelfdoding vier beginselen een belangrijke rol spelen: zelfbeschikking, barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en waardigheid.²⁷

24 Kennedy merkt op dat door de beslissing van de KNMG in 1984 om richtlijnen vast te stellen voor de toepassing van euthanasie (waarbij wordt voorgesteld om geen onderscheid meer te maken tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding) men euthanasie meer als een medisch dan als een politiek probleem is gaan zien. Zie J. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Uitgeverij Bert Bakker, 2002, p. 10.

25 Rechtbank Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973, 183; Zie voor een uiteenzetting over de zaak Postma: E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 11-13 en H. Weyers in *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002, p. 65-68.

26 Hierbij merkt Trappenburg op dat het in strikte zin niet gaat om door ‘medici bedachte normen’, maar om normen ontwikkeld door de medische beroepsgroep, in overleg met juristen, ethici en ambtenaren.

27 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 24.

Zij wijst er op dat in de (strafrechtelijke) rechtspraak en wetgeving over euthanasie (in grote lijnen een codificatie van de rechtspraak) is bepaald dat de juridisch-ethische rechtvaardiging van euthanasie en hulp bij zelfdoding is gelegen in de afweging van de plicht van de arts tot het verlichten van het lijden (de barmhartigheidsplicht) en zijn plicht tot behoud van het menselijk leven (de beschermwaardigheid van het menselijk leven).²⁸

In 1984 is door de Hoge Raad in de zaak Schoonheim²⁹ voor het eerst geformuleerd wat onder een conflict van plichten bij euthanasie wordt verstaan en onder welke voorwaarden een beroep op overmacht door een arts in de zin van een conflict van plichten succesvol kan zijn. Met de juridische oplossing in termen van ‘conflict van plichten’ is de decriminalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding toegesneden op de arts en niet op de patiënt. Pans en Weyers concluderen dan ook dat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, zelfbeschikking niet hét dragende beginsel is van het Nederlandse euthanasierecht. Zelfbeschikking is zo gezien slechts een voorwaarde in die zin dat euthanasie en hulp bij zelfdoding alleen toegestaan is wanneer er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Daarnaast is het beginsel van zelfbeschikking onder meer van invloed op de barmhartigheidsplicht van de arts in die zin dat de invulling van het begrip lijden (zie voor de zorgvuldigheidscriteria 3.3.4), en met name de ondraaglijkheid daarvan, in belangrijke mate wordt bepaald door de opvattingen van de patiënt over zijn situatie en zijn beleving van het lijden.³⁰

Pans voert aan dat de plicht tot barmhartigheid materieel kan worden beschouwd als hét dragende beginsel achter de WTL, hoewel de wetgever formeel geen rangorde heeft aangegeven in de bij euthanasie en hulp bij zelfdoding toepasselijke beginselen.³¹ Den Hartogh merkt onder meer

28 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 285.

29 Hoge Raad, 27 november 1984, NJ 1985, 106.

30 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 285-286; H. Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002, p. 352.

31 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 215. Ook Hendriks wijst er op dat het recht op zelfbeschikking bij de totstandkoming van de WTL van ondergeschikt belang is geweest en dat de wet zich eenzijdig richt op (de rechtspositie van) de arts. Zie: A. Hendriks, *Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Euthanasiewet aan het EVRM*, NJCM-Bulletin, 39-2, maart-april 2014.

op dat het feit dat de WTL inhoudelijke eisen stelt, laat zien dat het zelfbeschikkingsrecht niet de rechtvaardigingsgrond kan zijn.³²

Weyers wijst er op dat waar in de meeste landen zelfbeschikking en respect voor het leven recht tegenover elkaar staan, in Nederland barmhartigheid als ‘derde waarde’ een ‘bemiddelende rol’ heeft gespeeld.³³ Voor wat de procedurele grondslag betreft: dat alles speelt zich af op de grondslag van het gehandhaafde strafrechtelijk juridisch kader dat als bewaker van de buitengrens functioneert.

3.3.3 DOELSTELLINGEN VAN DE WTL

Aan de totstandkoming van de WTL hebben de volgende doelstellingen ten grondslag gelegen:

- 1 Het vergroten van de rechtszekerheid voor artsen, en tegelijkertijd voor patiënten: duidelijkheid over wat de wet zegt en wat een ieder die erbij betrokken is, kan verwachten aan controle, handhaving en sanctionering;
- 2 Transparantie van de praktijk en maatschappelijke controle. Het meldingspercentage is hiervoor een indicatie. Met de WTL werd dan ook beoogd de meldingsbereidheid van artsen te vergroten. Uitgangspunt hierbij was dat het feit dat artsen, indien zij gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding melden, niet langer ‘automatisch’ worden blootgesteld aan een justitiële toets in de vorm van strafvervolgning waarin straffeloosheid werd vastgesteld, het vertrouwen in de meldingsprocedure en de meldingsbereidheid zou doen toenemen;
- 3 Het waarborgen, bewaken en bevorderen van de kwaliteit en zorgvuldigheid van medische beslissingen ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek die mede gewaarborgd wordt door de consultatie vooraf en de toetsing door de RTE’s achteraf.³⁴

Een arts dient een uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer.³⁵ Deze legt de melding ter beoordeling voor aan de betreffende RTE in wier regio de euthanasie of hulp bij zelf-

32 G.A. den Hartogh, *Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg*, TVGR, 3 (2007).

33 H. Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (diss Groningen) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002, p. 352.

34 Kamerstukken II, 1998-1999, 26691, nr. 3 en Kamerstukken II, 2012-2013, 31036, nr. 7.

35 Zie art. 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging; voor een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen is dit een voorwaarde die in art. 294 lid 2 jo 293 Sr staat.

doding is uitgevoerd. De RTE beoordeelt of de betreffende arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen zoals neergelegd in artikel 2 WTL. Is dit niet het geval dan brengt de RTE haar oordeel ter kennis van het OM en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze instanties beoordelen vervolgens of en zo ja welke eventuele vervolgacties er dienen te worden genomen.³⁶ Het aantal gevallen waarbij de RTE's tot het oordeel kwamen dat de arts niet aan (één van) de zorgvuldigheidseisen had voldaan, was in 2014 minder dan 0,1% van het totaal aantal meldingen (4 van de 5306 ontvangen meldingen).³⁷ Dit geringe percentage van het aantal ontvangen meldingen dat als onzorgvuldig is beoordeeld, is in lijn met voorgaande jaren. In 2013 was dit percentage ongeveer 0,1% (5 van de 4829 ontvangen meldingen)³⁸, in 2012 was dit ongeveer 0,2% (10 van de 4188 meldingen)³⁹ en in de periode 2007-2011 werden 36 meldingen als onzorgvuldig beoordeeld op een totaal aantal ontvangen meldingen van 13.918: een percentage van 0,26%.⁴⁰

De RTE's toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie en houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies en met beslissingen van het OM en de IGZ in de gevallen waarin de RTE's tot het oordeel zijn gekomen dat een arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Zaken die door een RTE als zorgvuldig worden beoordeeld, worden niet aan het OM en de IGZ doorgezonden. Het OM en de IGZ hebben echter de mogelijkheid om – indien zij via andere weg van een zaak op de hoogte komen – de zaak alsnog in onderzoek te nemen.⁴¹

Met het meer op een afstand plaatsen van het strafrecht wordt dus beoogd de meldingsbereidheid van artsen en daarmee openheid over het handelen van artsen te vergroten. De keuze voor een systeem waarbij het strafrecht 'op een afstand is geplaatst' en de toetsing van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in eerste instantie plaatsvindt door de RTE's, heeft er toe geleid dat iedere melding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt getoetst aan de criteria als

36 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 7.

37 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2014*, Den Haag, augustus 2015, p. 9.

38 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2013*, Den Haag, augustus 2014, p. 7.

39 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2012*, Den Haag, juli 2013, p. 5.

40 J. Legemaate en L.L.E. Bolt, *De afhandeling van onzorgvuldige euthanasiezaken door openbaar ministerie en Inspectie voor de Gezondheidszorg*, TvGR 2013 (37) 1.

41 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 7.

omschreven in de WTL. Daarmee is er ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding een eenvormige toetsingsstructuur voor het handelen van de arts ontstaan. Zo bezien is – met het creëren van de bijzondere strafuitsluitingsgrond, de daaraan in de WTL gekoppelde zorgvuldigheidseisen en de meldingsplicht, als voorwaarde voor een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond – een structureler, voller en transparanter controle op het handelen van artsen ontstaan dan normaal gesproken in ons Nederlandse rechtssysteem het geval is. Het OM heeft op grond van het opportuniteitsbeginsel (artikel 167 Sv) in beginsel immers altijd de bevoegdheid om van vervolging af te zien, waarbij inzicht in de daaraan ten grondslag liggende afwegingen beperkt blijft tot het aangeven van een sepotcode⁴².

Uit het gesprek dat in het kader van het adviestraject heeft plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de adviescommissie en het OM (zie 1.5) heeft de adviescommissie de conclusie getrokken dat het huidige toetsingskader en de rol van de RTE's daarin ook voor het OM een alleszins geaccepteerde werkwijze is.

3.3.4 DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN IN DE WTL

De in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen zijn eisen die gedurende decennia zijn ontwikkeld in de rechtspraak en in standpunten van de medische professie. De wet voegt daaraan geen nieuwe elementen toe.⁴³ In de Memorie van Toelichting wordt hierover opgemerkt: 'In dit wetsvoorstel zijn de zorgvuldigheidseisen voor de arts vastgelegd. Deze zijn in het algemeen af te leiden uit de vaste jurisprudentie ter zake van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, waarop tot dusver steeds het vervolgingsbeleid was gebaseerd.'⁴⁴

42 Indien op grond van het onderzoek geconcludeerd moet worden dat onvoldoende uitzicht bestaat op een veroordeling, dan wordt de (verdere) vervolging gestaakt met een 'technisch sepot'. Indien een succesvolle vervolging weliswaar technisch haalbaar zou zijn, maar op gronden aan het algemeen belang ontleend (verdere) vervolging onwenselijk is (opportuniteitsbeginsel) wordt een 'beleidssepot' toegepast. In art. 167 lid 2 Sv is aan het OM expliciet de bevoegdheid toegekend om van vervolging af te zien op gronden aan het algemeen belang ontleend. De grond(en) om te seponeren worden in het dossier vastgelegd door middel van een sepotcode en worden doorgegeven aan de justitiële documentatiedienst. Zie voor nadere toelichting de website van het OM: wetten.overheid.nl/BWBR0035469/geldigheidsdatum_02-06-2015

43 H.J.J. Leenen et al, *Handboek Gezondheidsrecht*. Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2014, p. 398. Zie ook E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 152.

44 Kamerstukken II, vergaderjaar 1998-1999, 26691, nr. 3, p. 5.

De zorgvuldigheidseisen zijn algemeen geformuleerd. Pans wijst er op dat het feit dat de regulering van euthanasie en hulp bij zelfdoding stoelt op overwegend ‘open normen’, een bewuste en onderbouwde keuze is geweest van de rechter en (later) de wetgever. Hierbij stond de wens om ruimte te laten voor de omstandigheden van het geval en voor toekomstige ontwikkelingen en inzichten voorop.⁴⁵ Pans merkt in dit kader op: ‘Die openheid is welhaast onvermijdelijk bij een zo complexe en gedifferentieerde problematiek als die door de wet wordt bestreken. De wet verschaft arts, toetsingscommissie en rechter zo de vrijheid om van geval tot geval te beslissen.’ Een bezwaar van open normen is dat voor de patiënt die om euthanasie verzoekt vooraf niet zeker is hoe in zijn geval geoordeeld zal worden en ook voor de arts wiens handelen achteraf getoetst wordt, kan deze onzekerheid belastend zijn.⁴⁶

In tegenstelling tot het belangrijke strafrechtelijke onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie 3.1) wordt in de WTL geen onderscheid gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding: de zorgvuldigheidseisen zijn voor beide handelingen gelijk. Ook vanuit medisch-ethisch oogpunt kan hier echter anders over worden geoordeeld en worden betoogd dat er wel degelijk een belangrijk onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding bestaat. Soms wordt gesteld dat hulp bij zelfdoding de voorkeur verdient boven euthanasie: de wil van de patiënt tot levensbeëindiging zou bij hulp bij zelfdoding meer vaststaan en duidelijker tot uitdrukking komen, en ook zou hulp bij zelfdoding psychologisch minder belastend zijn voor de arts aangezien de finale handeling door de patiënt zelf wordt verricht. Valt vanuit het oogpunt van zelfbeschikking de voorkeur voor hulp bij zelfdoding te beargumenteren, vanuit het oogpunt van doel en resultaat (levensbeëindiging, einde van het leven) kan beargumenteerd worden dat aan het onderscheid minder waarde moet worden gehecht.⁴⁷ De gelijkstelling in Nederland van euthanasie en hulp bij zelfdoding binnen de jurisprudentie en de daarop gebaseerde WTL, wat de toepassing van de zorgvuldigheidseisen betreft, is een keuze geweest waar in andere landen anders over wordt gedacht (zie 3.6).⁴⁸

45 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 3 en 217.

46 *Ibid.* p. 379-380.

47 H.J.J. Leenen et al, *Handboek Gezondheidsrecht*. Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2014, p. 395.

48 Overigens wijst Griffiths er op dat wanneer het gaat om lijden van niet-somatische oorsprong (‘psychisch lijden’), er in Nederland stilzwijgend wél onderscheid wordt

In haar Standpunt inzake euthanasie merkt de KNMG op: ‘De KNMG beveelt artsen aan om als in het individuele geval een keuze tussen het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding feitelijk mogelijk is, te opteren voor hulp bij zelfdoding. Bij die vorm wordt het best tot uitdrukking gebracht wat de verantwoordelijkheid en rol van de patiënt zelf is.’⁴⁹

Het begrip ‘arts’ in de WTL

In de WTL is nader omschreven wat onder het begrip ‘arts’ wordt verstaan, die aan de zorgvuldigheidscriteria in artikel 2 WTL moet hebben voldaan om aan strafbaarheid van zijn handelen te ontkomen: met arts wordt bedoeld ‘de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend’ (artikel 1 sub c WTL). Doorgaans gaat het om de behandelend arts, maar dit is geen wettelijk vereiste.⁵⁰

Het begrip ‘patiënt’ in de WTL

Het begrip ‘patiënt’ is in de WTL niet nader omschreven. Tijdens de wetsbehandeling werd door de bewindslieden aangegeven: ‘Naar ons oordeel is voldoende duidelijk dat met “patiënt” wordt bedoeld degene die het verzoek doet om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Opneming van het begrip “patiënt” bij de definities in artikel 1 [...] achten wij dan ook niet nodig’.⁵¹

In artikel 2 lid 1 WTL zijn de zorgvuldigheidseisen neergelegd waaraan een arts, die van zijn handelen melding heeft gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer, moet hebben voldaan wil hij aanspraak kunnen maken op de bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2 Sr. Dit artikel luidt als volgt:

gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hij wijst o.m. op de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie die in haar ‘Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis’ uitsluitend spreekt van hulp bij zelfdoding. Zie: J. Griffiths, Euthanasie versus hulp bij zelfdoding., In: Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie, Kok-Kampen, 2003, p. 134-135.

49 Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003, p. 4. Overigens wordt in de KNMG/KNMP Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (2012) opgemerkt dat vanwege de genoemde onvoorspelbaarheden hulp bij zelfdoding niet de voorkeur verdient (p. 17).

50 Zie in dit kader de Code of Practice van de RTE’s, Den Haag, april 2015, p. 10.

51 Kamerstukken II, 1999-2000, 26691, nr. 6, p. 50.

Artikel 2

- i 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;
 - 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.

3.3.5 INTERPRETATIE/TOETSING VAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Hieronder zal – in het licht van de aan de adviescommissie verstrekte opdracht – nader worden ingegaan op de zorgvuldigheidseisen onder a en b (zogenaamde kerncriteria⁵²) en de wijze waarop deze door de rechter, het OM, de RTE's en de KNMG geïnterpreteerd/getoetst worden. De RTE's hebben, zoals hiervoor aangegeven, de wettelijke taak om te beoordelen of een arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen (artikel 8 WvT). Van de toetsing doen de RTE's verslag in hun jaarverslag. Ook wordt een aantal oordelen van de RTE's gepubliceerd op hun website. De jaarverslagen en de gepubliceerde oordelen van de RTE's geven een beeld van de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen toepassen en interpreteren. In de in april 2015 gepubliceerde *Code of Practice (CoP)* van de RTE's hebben de RTE's de overwegingen die hier aan ten grondslag hebben gelegen

52 De zorgvuldigheidseisen inzake het verzoek, het lijden en de redelijke andere oplossing worden van oudsher gezien als de kerncriteria voor levensbeëindiging op verzoek. Zie: *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Zon Mw, Den Haag, december 2012, p. 214-215 en J. Legemaate en L.L.E. Bolt, *De afhandeling van onzorgvuldige euthanasiezaken door openbaar ministerie en Inspectie voor de Gezondheidszorg*, TvGR 37 (2013) 1.

samengevat. De CoP geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten en overwegingen die de commissies relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding. Eén en ander laat onverlet dat het OM en de strafrechter – indien het OM vervolging in een bepaalde zaak aangewezen acht – tot een andere interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidseisen zouden kunnen komen dan de RTE's.

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf is (zoals reeds uit artikel 293 en 294 lid 2 Sr blijkt) een *conditio sine qua non* voor het niet strafbaar uitvoeren van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Vrijwilligheid behelst zowel een aspect van externe als interne vrijwilligheid: het verzoek moet zijn gedaan zonder onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid). Verder moet de patiënt wilsbekwaam zijn (interne vrijwilligheid).⁵³ Bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt kan de ziekte die ten grondslag ligt aan het ondraaglijk en uitzichtloos lijden – bijvoorbeeld in geval van dementie of psychiatrische stoornissen – een complicerende factor zijn. Weloverwogenheid betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht. Het mag niet gaan om een verzoek dat in een opwelling is gedaan.⁵⁴ Een schriftelijke wilsverklaring kan in de plaats treden van een mondeling verzoek indien een patiënt niet langer in staat is om zijn wil te uiten (artikel 2 lid 2 WTL), bijvoorbeeld in geval van (verder gevorderde) dementie.⁵⁵ Over de betekenis en waarde van de schriftelijke wilsverklaring is een maatschappelijke discussie ontstaan. Gezien de opdracht aan de adviescommissie zal hier verder niet op deze discussie worden ingegaan.⁵⁶

53 Kamerstukken II, 1998-1999, 26691, nr. 3 (MvT), p. 8-9; *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 11-12.

54 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 12.

55 Zie o.m. het *Jaarverslag 2013* van de RTE's, p. 20-21.

56 Naar aanleiding van deze discussie heeft de Minister van VWS medio 2013 de ambtelijke werkgroep 'Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie' ingesteld die als opdracht kreeg om juridische en praktische duidelijkheid te bieden omtrent de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwame patiënten zoals wettelijk is verankerd in artikel 2, tweede lid, van de Euthanasiewet (zie Kamerstukken II 2012/2013, 32 647, nr. 16) De werkgroep heeft een Handreiking schriftelijk eutanasiaverzoek opgesteld, een

Psychiatrie

In de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Chabot (1994)⁵⁷ is bepaald dat ook aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen.⁵⁸ Wel dient in gevallen waarbij het lijden van de patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (patiënte leed aan een psychiatrische aandoening) het onderzoek van de rechter of in dergelijke gevallen sprake is van noodtoestand met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.⁵⁹

Aansluitend bij de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Chabot stellen de RTE's dat van de arts grote behoedzaamheid wordt gevraagd indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit psychisch lijden. In de CoP wordt aangegeven dat de arts in een dergelijk geval naast de reguliere consulent ook een onafhankelijke psychiater moet raadplegen. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is de voorkeur hebben (SCEN staat voor: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland⁶⁰).⁶¹

In een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) uit 2009 (*Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*) wordt aanbevolen om in geval van een psychiatrische patiënt twee consulenten te raadplegen: een onafhankelijk psychiater (een consulent die in het bijzonder expertise heeft op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt) en een onafhankelijke consulent, vaak een SCEN-arts, die vervolgens meer in algemene zin de zorgvuldigheidseisen toetst.⁶² In een brief aan de Tweede Kamer d.d. 3 juli 2015 heeft de minister van vws aangegeven dat zij met

versie voor artsen en een versie voor patiënten. De handreiking is op 17 december 2015 gepubliceerd. Beide versies van de handreiking zijn te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/vraag-en-antwoord/wilsverklaring-opstellen; Zie tevens: www.knmg.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/152257/Handreiking-schriftelijk-euthanasieverzoek-beschikbaar.htm. 57 HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656; Zie tevens: E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 15-18.

58 HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656, r.o. 6.1 en 6.2.

59 Ibid. r.o. 5.2.

60 SCEN is een programma dat artsen opleidt om deskundig en onafhankelijk advies te geven aan collega-artsen die een verzoek krijgen van een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het SCEN-programma wordt uitgevoerd door de KNMG, met financiering van het ministerie van vws. Zie: www.knmg.nl/Diensten/SCEN.htm.

61 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 26.

62 In veruit de meeste gevallen is de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent, zoals bedoeld in art. 2 lid 1 sub e WTL, een SCEN-arts (zie CoP § 3.6).

de NVvP heeft gesproken over aanpassing van de richtlijn. De richtlijn zal de komende jaren worden aangepast, onder meer om expliciet op te nemen dat huisartsen zich aan dezelfde eisen rondom consultatie moeten houden als psychiaters. Daarbij zullen de KNMG, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden betrokken om een breed draagvlak te creëren.⁶³

Dementie

Ook bij patiënten met dementie wordt in de CoP benadrukt dat er aanleiding bestaat tot extra behoedzaamheid, onder meer inzake de wilsbekwaamheid. Ten aanzien van euthanasie in de beginfase van dementie wordt in de CoP aangegeven dat in het algemeen met de reguliere consultatieprocedure kan worden volstaan (onder de voorwaarde dat de diagnose dementie lege artis is gesteld). Bij euthanasie in een latere fase dient de arts naast de reguliere consulent (SCEN-arts) ook een ter zake deskundige arts te raadplegen (zoals een klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een internist-ouderengeneeskunde) dan wel een SCEN-arts die over dezelfde deskundigheid beschikt.⁶⁴

In de Tweede Kamer is aan de orde gesteld of er niet een richtlijn zou moeten komen hoe om te gaan met verzoeken om euthanasie door mensen die lijden aan dementie. Hierin zou een vergelijkbare eis ten aanzien van de (extra) consultatie moeten worden opgenomen als opgenomen in de NVvP richtlijn, maar dan met een consultatie door een onafhankelijk specialist op het gebied van dementie.⁶⁵ De minister van vws heeft echter in een brief d.d. 3 juli 2015 aan de Tweede Kamer laten weten dat uit gesprekken hierover met de NVvP, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), de LHV, de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), en de KNMG is gebleken dat er weinig draagvlak is voor een dergelijke richtlijn en dat er verschillende kanttekeningen bij worden geplaatst die eerst onderzocht moeten worden voordat over de eventuele richtlijn een besluit genomen wordt.⁶⁶

63 Kamerstukken II, 2014-2015, 32647, nr. 48.

64 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 27-28.

65 Kamerstukken II, 2014-2015, 32647, nr. 40.

66 Kamerstukken II, 2014-2015, 32647, nr. 48.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseis ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ zijn drie uitspraken van de Hoge Raad van belang:

- 1 In de zaak Schoonheim (1984)⁶⁷ heeft de Hoge Raad bepaald dat lijden niet alleen het gevolg kan zijn van actueel lijden, maar ook kan bestaan uit angst voor steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven;
- 2 In de eerder aangehaalde zaak Chabot (1994) heeft de Hoge Raad voorts bepaald dat de oorsprong van het lijden niet afdoet aan de mate waarin dat lijden wordt ervaren.⁶⁸ Lijden kan zowel een somatische als een psychiatrische ziekte of stoornis als oorzaak hebben.

In zijn noot bij dit arrest merkt Schalken op: ‘De abstrahering van de oorzaak van het lijden zou de conclusie kunnen wettigen dat er geen gronden meer zijn een categoriaal onderscheid te maken naar andere groepen personen bij wie niet van een lichamelijk of psychisch lijden sprake is. Men kan daarbij denken aan mensen met ernstig levensverdriet of bejaarde mensen die de onttakeling een stapje voor willen zijn. Het is twijfelachtig of de Hoge Raad de deur zo ver heeft opengezet. De formulering in het arrest is weliswaar algemeen van opzet, maar vermoedelijk is niet bedoeld van ‘elke’ oorzaak te abstraheren, maar alleen van de oorzaak van het lichamelijk lijden. Het is niet waarschijnlijk dat de Hoge Raad nu ook al de ‘pil van Drion’ heeft gelegaliseerd. Dat is niet meer het terrein van de medicus’.⁶⁹

- 3 In de zaak Brongersma (2002)⁷⁰ – waarbij sprake was van een reeks van ouderdomsklachten, maar het lijden met name werd veroorzaakt door de lichamelijke en sociale aftakeling, de eenzaamheid van het bestaan, de afhankelijkheid en de ervaren zinloosheid – oordeelde de Hoge Raad dat aan het lijden van de patiënt in overwegende mate een of meer medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen ten grondslag moeten liggen.

67 Hoge Raad, 27 november 1984, NJ 1985, 106; Zie tevens: E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 13-14.

68 Hoge Raad 21 juni 1994, NJ 1994, 656, r.o. 5.2.

69 Schalken in punt 5 van zijn noot onder het Chabot-arrest.

70 Hoge Raad 24 december 2002, NJ 2003, 167; Zie tevens: E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 18-23.

In zijn noot bij het Brongersma-arrest merkt Schalken op: ‘De uitspraak van de Hoge Raad in de B.-zaak trekt een strakke grens: de huisarts die hulp bij zelfdoding bood omdat zijn patiënt ‘leed aan het leven’ trad buiten de competentie van zijn professie.(...) De Hoge Raad, zijn eigen rechtspraak interpreterend waarin ‘enige ruimte’ geboden werd voor straffeloosheid van de arts (...), geeft nu duidelijk aan dat uitbreiding naar de louter geestelijke of emotionele levenspijn, dus buiten een strikt medische indicatie, nooit de bedoeling is geweest (...)’ Schalken is echter van mening dat de stelligheid waarmee de Hoge Raad in deze zaak uitspraak heeft gedaan niet helemaal te rijmen lijkt met de gecompliceerdheid van de discussie over de klaar met het leven-problematiek. Hij merkt verder op dat er rondom de door de Hoge Raad getrokken grens altijd een grijs gebied – op het snijvlak van medisch en niet-medisch handelen – zal blijven bestaan. ‘Dat is bij de gecompliceerde lijdensproblematiek in relatie tot existentiële en religieuze opvattingen over de waardigheid van het sterven onvermijdelijk.’⁷¹

De Hoge Raad heeft in zijn uitspraak in de zaak Brongersma uitdrukkelijk verwezen naar eigen jurisprudentie en wetsgeschiedenis. In het arrest wordt onder meer naar de volgende passage uit de wetsgeschiedenis van de WTL verwezen: ‘Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten, hetgeen wellicht als ziekte kan worden aangemerkt (...). Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld.’⁷² Tijdens de parlementaire behandeling van de WTL is het begrip ‘geclassificeerde ziektes of aandoeningen’ overigens niet gehanteerd. Wél is duidelijk dat de wetgever expliciet heeft aangegeven dat de oorzaak van het lijden moet vallen binnen het medisch domein en dat niet is beoogd de WTL van toepassing te verklaren op euthanasie op grond van enkel ‘klaar met leven’: ‘Deze situatie [mensen die “klaar zijn met leven”] beoogt dit wetsvoorstel niet te regelen’.⁷³

71 Schalken in punt 1 en 3 van zijn noot onder het Brongersma-arrest.

72 Memorie van Antwoord, Kamerstukken I, vergaderjaar 2000–2001, 26691, nr. 137b, blz. 34.

73 Nota naar aanleiding van het Verslag, Kamerstukken II, vergaderjaar 1999–2000, 26691, nr. 6, blz. 30.

Het door de Hoge Raad gestelde ‘medisch classificatiecriterium’ heeft tot de nodige kritiek en discussie aanleiding gegeven. Zowel ten aanzien van de onderbouwing van deze eis door de Hoge Raad als de interpretatie, de toepasbaarheid en bruikbaarheid van het criterium ‘medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen’ en meer specifiek over de vraag of een stapeling van ouderdomsklachten een gerechtvaardigde grond kan vormen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding (de meningen of ouderdomsklachten zouden moeten worden gerekend tot ‘medisch classificeerbare ziektes of aandoeningen’ liepen uiteen). Zo werd er onder meer op gewezen dat het onderscheid in situaties waarbij wel en niet van een classificeerbare ziekte of aandoening sprake is niet altijd eenvoudig te maken is, dat hetgeen binnen het medische domein valt niet vaststaat maar veranderlijk is, dat door het classificatiesysteem getrokken grenzen soms tamelijk arbitrair zijn en dat het ‘medisch classificatiecriterium’ ten onrechte veronderstelt dat het lijden hiermee (naar objectieve medische maatstaven) gemakkelijker te beoordelen is. Tevens is gewezen op het feit dat bij patiënten bij wie het ondraaglijk en uitzichtloos lijden voortkomt uit een combinatie van symptomen en verschijnselen met een somatische, psychische en existentiële oorsprong, moeilijk te bepalen zal zijn wat de overwegende oorzaak van het lijden is. Ook zou de gekozen benadering ertoe kunnen bijdragen dat artsen het ziektebegrip ‘strategisch’ gaan hanteren.⁷⁴ Pans voert aan dat het beter verdedigbaar zou zijn geweest als de Hoge Raad had onderzocht of het verlenen van hulp bij zelfdoding in de zaak Brongersma te rechtvaardigen was in het licht van het destijds geldende wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en normen van medische ethiek waaruit eventueel zou kunnen volgen dat het ‘medisch classificatiecriterium’ als hulpmiddel zou kunnen dienen.⁷⁵

In het – naar aanleiding van het Brongersma-arrest en het rapport van de commissie Dijkhuis uit 2004 – uitgebrachte standpunt *De rol van de arts bij het*

74 Zie in dit kader onder meer: het rapport van de Commissie Dijkhuis *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, Utrecht, december 2004, p. 6 e.v.; E. Pans, *De Hoge Raad en de onzekere arts. Kanttekeningen bij het arrest over hulp bij zelfdoding in de zaak Brongersma*. *NJB*, 25 april 2003, afl. 17; E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 21-22; Schalken in punt 5 van zijn noot onder het Brongersma-arrest; J.K.M. Gevers, *Zelfbeschikking rond het levenseinde*, *TuGR* (2003) 27, p.80-84; G.A. den Hartogh, *Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg?* *TuGR*, 3 (2007).

75 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*, Wolf Legal Publishers, 2006, p. 22.

zelfgekozen levenseinde (2011) maakt de KNMG duidelijk dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten.⁷⁶ De KNMG verwijst onder meer naar de oordelen van de RTE's die volgens de KNMG inzichtelijk maken dat de norm- en praktijkontwikkeling van artsen met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn voortgeschreden sinds de WTL van kracht werd.⁷⁷ De KNMG stelt vast: 'Bij het beoordelen van lijden in het kader van levensbeëindiging door artsen moet er mede sprake zijn van een medische grondslag, ofwel een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt. Een medische classificatie kan bij de beoordeling van lijden een hulpmiddel zijn (...) Het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden is breder dan veel artsen tot op heden denken en toepassen. Kwetsbaarheid, inclusief dimensies als functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie mogen verdisconteerd worden in de beoordeling door artsen van een verzoek om euthanasie. Deze niet-lineaire optelsom van medische en niet-medische problemen, die dikwijls elk op zich niet levensbedreigend of fataal zijn, kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de Euthanasiewet.'⁷⁸

Op grond van de jaarverslagen en de daarin opgenomen oordelen van de RTE's wordt duidelijk dat zij bij het beoordelen van de ontvangen meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding waarbij sprake is van een stapeling van ouderdomsklachten – onder verwijzing naar het Brongersma-arrest en de wetsgeschiedenis van de WTL – de volgende uitgangspunten hanteren⁷⁹:

1 Aan het lijden moet een medische dimensie zitten. Over lijden dat slechts voortvloeit uit een andere dan de medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de

76 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, juni 2011, p. 8.

77 Ibid. p. 14.

78 Ibid. p. 43-44. In MC wordt een toelichting op/korte uiteenzetting van het (dan nog) conceptstandpunt van de KNMG gegeven, waarin wordt opgemerkt dat het conceptstandpunt duidelijk maakt dat een medische grondslag een vereiste is voor euthanasie, maar dat dit niet hetzelfde is als een medisch classificeerbare aandoening. Zie: E.H.J. van Wijlick, *Aftakeling ook grond voor euthanasie*. MC, 9 december 2010, 65, nr. 49.

79 Rozemond merkt op – in het licht van het vonnis van de Rechtbank Gelderland in de zaak Heringa waarin een uitspraak van de RTE's uit 2010 wordt aangehaald – dat uit deze beslissing blijkt dat de RTE het strenge vereiste uit het Brongersma-arrest als bindend beschouwde, maar daaraan een ruime uitleg gaf. Ook merkt Rozemond op: 'De (mogelijk) inconsistente uitspraak van de toetsingscommissie is geen incident: de toetsingscommissies en ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) hebben het causaliteitsvereiste uit het Brongersma-arrest gerelativeerd.'

medicus te buiten. De RTE's moeten derhalve van geval tot geval de vraag beantwoorden of de arts in kwestie in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden (in overwegende mate) zijn oorzaak vond in een of meer medisch classificeerbare ziekte(s) of aandoening(en), d.w.z. een medische grondslag had;

- 2 Niet vereist is dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Een stapeling van ouderdomsklachten kan dus oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden; afhankelijkheid, verlies van autonomie en waardigheid, eenzaamheid en dergelijke ten gevolge van ziekte(s), aandoening(en) of (een stapeling van) ouderdomsklachten kunnen belangrijke factoren zijn die bijdragen aan de ondraaglijkheid van het lijden;
- 3 De wetgever heeft niet beoogd de WTL van toepassing te verklaren op euthanasie/hulp bij zelfdoding op grond van enkel 'klaar met leven'.⁸⁰

In het recente jaarverslag 2014 van de RTE's zijn enkele casus opgenomen waarbij het aandachtspunt was de medische grondslag van het lijden.⁸¹

Medische factoren dienen wel een rol te spelen bij het lijden van de patiënt, maar niet is vereist dat zij in overwegende mate de oorzaak van het lijden zijn. Die oorzaak kan ook in existentiële factoren zoals het ontbreken van levensperspectief worden gevonden, waarbij medische factoren wel een rol dienen te spelen.' Zie: K. Rozemond, De voortdurende invloed van de Hoge Raad op het euthanasierecht, *Ars Aequi*, maart 2015. In het kader van voorgaande merkt de adviescommissie op dat in de betreffende uitspraak van de RTE's waar Rozemond naar verwijst (casus 11 uit het jaarverslag 2010 van de RTE's) over de zorgvuldigheidseis 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' door de RTE's het volgende wordt opgemerkt: 'De commissie heeft zich afgevraagd of de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was én hoofdzakelijk werd veroorzaakt door een ziekte of medische aandoening. (...) Daarbij merkt zij op dat het volgens de geldende zorgvuldigheidseisen noodzakelijk is dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate wordt veroorzaakt door een medisch geclassificeerde aandoening.' De commissie was van oordeel dat voor patiënte het lijden in overwegende mate veroorzaakt werd door haar (bijna) blindheid, die was ontstaan door haar maculadegeneratie.

- 80 Zie in dit kader de algemene passages dienaangaande in de jaarverslagen van de RTE's: RTE JV 2010, p. 6/7 ([www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JVeuthanasie2010%20\(EU10.01\)_30362.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JVeuthanasie2010%20(EU10.01)_30362.pdf)), RTE JV 2012, p. 29 (www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JV.RTE2012.WEB_38664.pdf) en RTE JV 2013, p. 30 (www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf). Voor relevante casus zie: casus 9 op p. 22 in het RTE JV 2009 ([www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%20RTE%202009%20Nederlands%20\(EU14.01\)_30365.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%20RTE%202009%20Nederlands%20(EU14.01)_30365.pdf)), casus 11 op p. 31 in het RTE JV 2010 ([www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JVeuthanasie2010%20\(EU10.01\)_30362.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JVeuthanasie2010%20(EU10.01)_30362.pdf)), casus 10 en 11 op p. 28 en 29 in het RTE JV 2011, casus 7 op p. 31 van het RTE JV 2012 (www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/JV.RTE2012.WEB_38664.pdf) en casus 10 op p. 30 van het RTE JV 2013 (www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf).
- 81 Zie in dit kader: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2014*, Den Haag, augustus 2015, Casus 2014-36 (p. 35), casus 2014-37 (p. 55) en casus 2014-03 (p. 58).

In tegenstelling tot eerdere jaarverslagen is in het jaarverslag 2014 geen uitgebreide toelichting meer gegeven ten aanzien van de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen, zoals weergegeven in hun oordelen en de daarin verwoorde afwegingen, maar wordt verwezen naar de CoP. In de CoP van de RTE's wordt over de grondslag van het lijden het volgende vermeld: 'De arts moet de overtuiging krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. In de zaak-Brongersma uit 2002 sprak de Hoge Raad uit dat het lijden van de patiënt zijn oorzaak moet vinden in een medische aandoening. Die aandoening kan zowel somatisch als psychiatrisch van aard zijn. Het hoeft niet te gaan om één overheersend medisch probleem. Het lijden van de patiënt kan ook het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere gezondheidsproblemen. De optelsom van medische problemen kan, in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt, een lijden doen ontstaan dat voor de patiënt ondraaglijk is.'⁸²

In de CoP wordt ten aanzien van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden onder meer nog aangegeven:

Algemeen:

- lijden is een breed begrip: lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, overheersende uitputting en moeheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid of verlies van waardigheid;
- de lijdensdruk die de patiënt ervaart, heeft zelden slechts één dimensie, in de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden.

Ondraaglijkheid van het lijden:

- de ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Het gaat er om of het voor de arts invoelbaar is dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is;
- de angst voor in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn.

82 Code of Practice van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 13.

Uitzichtloosheid van het lijden

- het lijden van de patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is om de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt.⁸³

Ten aanzien van de toetsing van de ondraaglijkheid van het lijden wordt door het OM benadrukt dat deze toetsing tweemaal een marginale toets in zich herbergt:

- Krijgt de arts de overtuiging dat de patiënt ondraaglijk lijdt?
- Kan de overtuiging van de arts dat de patiënt ondraaglijk lijdt marginaal gevolgd/begrepen worden?⁸⁴

In de *Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)* is in dit kader aangegeven: ‘De ondraaglijkheid van het lijden dient voor de arts invoelbaar te zijn. De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden komt neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.’⁸⁵

Ook tijdens de parlementaire behandeling is aan de orde geweest dat het hier een marginale toets betreft.⁸⁶

3.3.6 DE HUIDIGE REIKWIJDTE VAN DE WTL

Op grond van de boven besproken jurisprudentie van de Hoge Raad, (de wetsgeschiedenis van) artikel 293 lid 2 jo 294 lid 2 Sr laatste volzin en van de WTL, de (nadere) interpretatie door de RTE's van de zorgvuldigheidseisen die zijn neergelegd in de WTL en de visie van de KNMG hierop, stelt de adviescommissie vast dat niet-strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding niet is beperkt tot gevallen waarin sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden ten gevolge van een ernstige, levensbedreigende (soma-tische) aandoening, maar ook wordt aanvaard voor gevallen waarin sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden ten gevolge van een stapeling van ouderdomsklachten, een psychiatrische aandoening of dementie.

83 *Code of Practice* van de RTE's, Den Haag, april 2015, p. 13-14.

84 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2014*, Den Haag, augustus 2015, p. 74.

85 *Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*, *Staatscourant* 2012 nr. 26899 42 december 2012.

86 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 26691, nr. 6, p. 60.

Over de huidige reikwijdte van de WTL wordt in de samenleving verschillend gedacht: door sommigen wordt aangevoerd dat de reikwijdte van de WTL door de RTE's teveel is opgerekt en dat de toetsing van onder meer 'ondraaglijk lijden' aan erosie onderhevig is. Meer (toe)zicht op de RTE's zou gewenst zijn en er zou dienen te worden voorzien in een centrale toetsingscommissie. Ook is er kritiek geuit op de SLK (die in maart 2012 van start ging) waar men terecht kan indien de eigen arts om hem of haar moverende redenen niet op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kan of wil ingaan.⁸⁷ Opgemerkt moet worden dat een behandelrelatie geen wettelijk vereiste is en dat ook de artsen die verbonden zijn aan de SLK euthanasie en hulp bij zelfdoding mogen verrichten.⁸⁸ Evenals andere artsen die euthanasie of hulp bij zelfdoding verrichten, dienen de artsen van de SLK zich te houden aan de WTL en de daarin opgenomen zorgvuldigheidscriteria.

Anderen zijn van mening dat de huidige reikwijdte van de WTL niet ruim genoeg is. Ook wordt wel aangevoerd dat het er vanaf hangt hoe het verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt gedaan wil het verzoek ingewilligd worden waarbij de arts het laatste woord heeft.⁸⁹ De WTL zou te paternalistisch zijn. In de maatschappij zijn dan ook verschillende initiatieven ontplooid om de mogelijkheden ten aanzien van het zelfgekozen levenseinde te vergroten, zoals de proeve van een wet van de initiatiefgroep Uit Vrije Wil uit 2010⁹⁰ (zie 1.2) en de campagne 'Hulp

87 Zie in dit kader onder meer: T. A. Boer, Euthanasie wordt te ruim opgevat, *NRC Handelsblad* 10 februari 2011; M. Buijsen, Levensindekliniek beschadigt arts-patiëntrelatie, *MC*, 16 oktober 2014; B. Chabot, Storm in euthanasielan', *Bijblijven*, december 2014; A. Hendriks, Meer (toe)zicht op toetsing euthanasie dringend gewenst, *NJB* 2014/976; M. Buijsen, Euthanasie in de psychiatrie beter toetsen, *MC*, 28 augustus 2014. Zie in dit kader: J. Legemaate, Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie, *TvGR* 2014 (38) 8 waarin onder meer een reactie op voornoemde artikelen van A. Hendriks en M. Buijsen wordt gegeven en waarin de rechtsontwikkelingen die zich in de afgelopen decennia met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten hebben voorgedaan, uiteen worden gezet; A. Hendriks, Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Euthanasiewet aan het EVRM, *NJCM-Bulletin*, 39-2, maart-april 2014; B. Ummelen, De ondraaglijke lichtheid van het euthanasiedebat, in *S&D* 72 (2015) 1; G. den Hartogh, Ondraaglijk lijden onder druk, *MC* 12 maart 2015; R. Hulsebosch, Euthanasie is geen consumptieartikel, *MC*, 10 september 2015.

88 G. den Hartogh pleit er overigens voor om bij psychiatrische en demente patiënten de behandelrelatie als aanvullende eis te stellen; zie: G. den Hartogh De beoordeling van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische en demente patiënten, *NJB* 29-05-2015, afl. 21.

89 D.G. van Tol, S. van de Vathorst en A.A. Keizer hebben in het artikel Euthanasie voor beginners (*MC*, Nr. 04 – 22 januari 2008) er op gewezen dat het kiezen van de juiste formulering van belang is voor patiënten die een verzoek om euthanasie doen.

90 J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011.

is geen misdaad' van de NVVE uit 2013 (ter ondersteuning van Albert Heringa en alle andere Nederlanders in een soortgelijke situatie) waarin de NVVE heeft opgeroepen tot een breed maatschappelijk debat over het vrijwillig levenseinde. De overtuiging van de NVVE dat zelfdoding een waardig afscheid van het leven moet zijn, gesteund door wie je lief is, leidde tot het document *Manifest 294*. In dit manifest is er voor gepleit om artikel 294 lid 2 uit het WvSr te schrappen.⁹¹ Naast de NVVE zetten ook andere organisaties zich in voor (de belangen van) mensen met een doodswens: de Stichting Waardig Levenseinde (SWL)⁹², de Stichting De Einder en de Coöperatie Laatste Wil (CLW) waarbij de geboden hulp uiteenloopt, afhankelijk van de aard en de doelstelling van de organisatie.

Zoals bij 1.5. is aangegeven heeft de adviescommissie tijdens een drietal hearings diverse organisaties in de gelegenheid gesteld om hun visie op de euthanasiepraktijk in het algemeen en de problematiek rondom 'voltooid leven' in het bijzonder te geven. Deze visies komen in de navolgende hoofdstukken aan bod.

3.4 STRAFBAARHEID VAN HULP BIJ ZELFDODING DOOR NIET-ARTSEN

Uit het huidige juridische kader inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding – waarbij alleen artsen een beroep kunnen doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond zoals neergelegd in artikel 294 lid 2 jo artikel 293 lid 2 Sr – volgt, dat indien hulp bij zelfdoding wordt verleend door een niet-arts (bijvoorbeeld door een familielid, vriend of een zelfdodingconsulent) er geen beroep op deze bijzondere strafuitsluitingsgrond kan worden gedaan. Wel blijft in dergelijke situaties de mogelijkheid bestaan om een beroep te doen op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht (artikel 40 Sr). Dit artikel luidt als volgt: 'Niet strafbaar is hij die een feit begaat waartoe hij door overmacht is gedrongen.' Deze bepaling behelst twee strafuitsluitingsgronden: 'psychische overmacht' en 'overmacht in de zin van noodtoestand'.⁹³ Hoewel de ruimte voor erkenning van een algemene strafuitsluitingsgrond in geval van hulp bij zelfdoding door een niet-arts

91 *Manifest 294*, 19 februari 2013, te raadplegen via: www.nvve.nl/actie/hulp-geen-misdaad/manifest-294/.

92 Zie in dit kader B. Chabot en S. Braam, *Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand*, Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam 2015.

93 C.P.M. Cleiren, T&C *Strafrecht*, art. 294 Sr, aant 1 (online).

niet groot is, lijkt de feitenrechter die mogelijkheid voorslagnog in zeer bijzondere omstandigheden wel aanwezig te achten.⁹⁴

De vraag die in geval van hulp bij zelfdoding door niet-artsen van belang is, is wanneer er precies sprake is van strafbare hulp. In een aantal rechterlijke uitspraken (in de periode 1995-2009) is het onderscheid tussen strafbare hulp bij zelfdoding en niet-strafbare vormen van hulp en ondersteuning nader verhelderd: het betreft de zaken Mulder-Meiss (Hoge Raad 5 december 1995)⁹⁵; Cornelisse (Rechtbank 's-Hertogenbosch 10 juni 2003)⁹⁶; Muns (Hoge Raad 22 maart 2005)⁹⁷; Vink (Rechtbank Amsterdam 22 januari 2007)⁹⁸; en Hilarius (Hoge Raad 18 maart 2008)⁹⁹. In alle gevallen was sprake van hulp bij zelfdoding verleend door niet-artsen (of die 'niet in die capaciteit optraden'), te weten hulpverleners van (of die samenwerkten met) de NVVE, Stichting De Einder en de Stichting Vrijwillig Leven.¹⁰⁰

In de zaak Mulder-Meiss stelt de Hoge Raad: 'Het begrip 'behulpzaam zijn' in artikel 294 Sr is noch in dat artikel, noch in de wetsgeschiedenis nader omljnd. Bij de afbakening van dit begrip zal daarom aansluiting dienen te worden gezocht bij het algemeen spraakgebruik, terwijl de beantwoording

94 Zie in dit kader tevens de noot van P.A.M. Mevis bij het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden in de zaak Heringa, *TvGR* 39 (2015) 6.

95 NJ 1996/322; In de zaak Mulder-Meiss hebben de rechtbank Rotterdam en het Gerechtshof 's Gravenhage eerder uitspraak gedaan. Voor een beschrijving zie: H.A.M. Weyers, *Het proces van rechtsverandering* (diss. Groningen), Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002, p. 292-293.

96 NBSTRAF 2003/273; Interessant is overigens dat het OM de zaak in eerste instantie seponeerde, waarop de broer van de overleden vrouw via het gerechtshof strafvervolgving heeft bewerkstelligd. Zie: *Relevant*, 29,(2003) 3, p. 13.

97 ECLI:NL:PHR:2005:AR8225; In de zaak Muns deed de rechtbank Groningen uitspraak op 10 april 2003 (ECLI:NL:RBGRO:2003:AF7260) waarna hoger beroep volgde: het Gerechtshof Leeuwarden deed uitspraak op 14 oktober 2003 (ECLI:NL:GHLEE:2003:AL8866).

98 ECLI:NL:RBAMS:2007:AZ6713

99 ECLI:NL:PHR:BC4463; In de zaak Hilarius heeft de Rechtbank Alkmaar uitspraak gedaan op 7 december 2005 (ECLI:NL:RBALK:2005:AU7519) en in hoger beroep het Gerechtshof Amsterdam op 31 augustus 2006 (ECLI:NL:GHAMS:2006:AY7270).

100 Zie in dit kader tevens: H.J.J. Leenen et al, *Handboek Gezondheidsrecht*. Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2014, p. 395; G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondrechtsconforme uitleg van art. 294 Sr, in *NJB*, 20-06-2014, afl. 24; B. Chabot en S. Braam, *Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand*. Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam 2015; T. Vink, *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*, Uitgeverij Damon, Budel, 2013. Merkt Den Hartogh op dat het duidelijk is waar de grenzen getrokken zijn, Vink wijst er op dat in de praktijk niet altijd duidelijk is welke handelingen wél of niet strafbaar zijn. Zie: T. Vink, *Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken*. Uitgeverij Damon, 2009, p. 31.

van de vraag of in een concreet geval een ten laste van de verdachte bewezenverklaarde gedraging onder die term 'behulpzaam zijn' moet worden begrepen, in belangrijke mate afhankelijk is van de omstandigheden van het geval, de weging en waardering waarvan is voorbehouden aan de rechter die over de feiten oordeelt.¹⁰¹

Samengevat komt het er op neer dat de volgende handelingen onder het bestanddeel 'behulpzaam bij' vallen:

- instruerend, sturend, regisserend of procesbewakend optreden; of
- hulp verschaffen in de vorm van concrete voorbereidingen en handelingen (bijvoorbeeld het gereedmaken van de middelen).¹⁰²

Onderstaande handelingen vallen niet onder het bestanddeel 'behulpzaam bij':

- het verschaffen van algemene informatie (hieronder wordt mede verstaan het geven van informatie over de juiste middelen en procedures)¹⁰³;
- het bieden van morele steun; en/of
- het aanwezig zijn bij zelfdoding.

In aanvulling op bovenstaande is het volgende van belang:

- behulpzaamheid bij zelfdoding is niet alleen strafbaar indien deze plaatsvindt tijdens het plegen van de zelfdoding, ook *voorafgaande* vormen van hulp kunnen als strafbare behulpzaamheid in de zin van artikel 294 Sr worden aangemerkt: 'De opvatting dat van "behulpzaam zijn" geen sprake kan zijn indien het gaat om gedragingen die niet tijdens de uitvoering van de zelfdoding zijn verricht, maar daaraan voorafgaand, is onjuist. 's Hofs oordeel dat het moment waarop de hulp is geboden niet doorslaggevend is voor het antwoord op de vraag of sprake is van 'behulpzaam zijn', is juist.'¹⁰⁴

101 Hoge Raad 5 december 1995, NJ 1996/322, r.o. 8.1

102 Het 'verschaffen van de middelen' ten behoeve van de zelfdoding is expliciet strafbaar gesteld in de delictsomschrijving van art. 294 lid 2 Sr. In dit kader dient wél te worden opgemerkt dat bijkomende voorwaarde voor strafbaarheid is dat de zelfdoding ook daadwerkelijk volgt.

103 G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondrechtsconforme uitleg van art. 294 Sr, NJB, 20-06-2014, afl. 24. Ook wijst Den Hartogh er op dat het toegestaan is een niet-publiek beschikbaar adres op te geven waar de gewenste middelen beschikbaar zijn. Zie: G. den Hartogh, Zelfeuthanasie, autonomie en de goede dood, *Filosofie & Praktijk* 2013;34(3).

104 Hoge Raad 22 maart 2005.

- bij het verschaffen van algemene informatie of een advies is van belang dat er geen sprake mag zijn van een instructie. Algemene informatie of een advies in algemene zin krijgt het karakter van een instructie, indien deze is gericht op een concrete handeling of vaardigheid, gekoppeld aan de uitvoering ervan en komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt.¹⁰⁵

Pans merkt op dat vooral het onderscheid tussen het geven van informatie (niet strafbaar) en het geven van instructies (wel strafbaar) problematisch kan zijn. ‘Bepalend voor dit onderscheid is hoe concreet de gegeven informatie is en hoezeer deze is toegespitst op de betrokken persoon. Ook de beoordelingsvraag of sprake is van het verrichten van concrete handelingen of vaardigheden zal een hoog feitelijk gehalte hebben.’¹⁰⁶

Naast de hierboven weergegeven rechterlijke uitspraken inzake hulp bij zelfdoding verleend door een hulpverlener (niet-arts) is er ook een aantal rechterlijke uitspraken geweest waarbij sprake was van hulp bij zelfdoding verleend door naasten. Een belangrijke rechterlijke uitspraak in dit kader betreft de recente uitspraak van het Hof Arnhem-Leeuwarden in de zaak Heringa. Alvorens tot bespreking van deze uitspraak (en de uitspraak van de rechtbank in deze zaak) over te gaan, zal nog kort worden ingegaan op drie andere zaken waarbij sprake was van hulp bij zelfdoding verleend door een naaste (familielid, vriend). In dit kader kan worden verwezen naar een uitspraak van de Rechtbank Utrecht van 21 december 1982 (de zaak Plachman)¹⁰⁷. Volgens de rechtbank is een niet-medicus niet in staat te beoordelen of het lijden van de patiënt uitzichtloos is, of er nog mogelijkheden tot pijnbestrijding zijn, welke alternatieve behandelmethoden eventueel nog iets zouden kunnen uitrichten en of via andere disciplines een uitweg uit het lijden kan worden geboden, bijvoorbeeld door te pogen

¹⁰⁵ Hoge Raad 5 december 1995, NJ 1996/322; Kamerstukken II, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6, p. 44.

¹⁰⁶ E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2006, p. 31.

¹⁰⁷ NJ 1983/264; Deze zaak betrof een man die zijn echtgenote hulp bij zelfdoding had verleend. Door de raadsman van de verdachte werd een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand gedaan nu er voor verdachte geen andere mogelijkheid meer overbleef om het lijden van zijn echtgenote te verlichten, dan wel de pijn die zij leed te bestrijden, dan te handelen zoals hij deed. Door de rechtbank werd dit verweer verworpen aangezien niet aannemelijk was geworden dat de mogelijkheden voor een medische behandeling van de pijn waren uitgeput. Volgens de rechtbank viel hier met name te denken aan een behandeling op psychisch gebied. Volgens de rechtbank zou deze behandeling niet alleen betrekking gehad kunnen hebben op de pijn zelf, maar ook op de bij de echtgenote van verdachte ontstane zelfmoordverlangens. Bovendien zou deze

de patiënt uit een isolement te halen.¹⁰⁸ In een andere zaak – Rechtbank Almelo, 26 september 1989¹⁰⁹ – was de rechtbank van oordeel dat levensbeëindiging waarbij de beslissing daartoe niet is genomen door een arts in het kader van zorgvuldig medisch handelen, een dermate laakbare zaak is dat een strafrechtelijke veroordeling op zijn plaats is.

Pans merkt op (onder meer verwijzend naar deze twee zaken) dat de norm die op dit punt uit de rechtspraak volgt ‘glashelder’ is en dat uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding door een niet-medicus onaanvaardbaar is – hoe edelmoedig diens achterliggende motief ook. Een beslissende rol in deze voor een niet-arts wordt verworpen vanwege diens ondeskundigheid.¹¹⁰

Ook na de invoering van de WTL blijkt dat de lijn wordt gehanteerd dat hulp bij zelfdoding is voorbehouden aan artsen. In een uitspraak van de Rechtbank 's-Hertogenbosch van 21 april 2006¹¹¹ overwoog de rechtbank als volgt: ‘Verdachte heeft [slachtoffer] actief geholpen bij het verwezenlijken van diens wens tot levensbeëindiging. Verdachte heeft – in de wetenschap dat de behandelend arts van [slachtoffer] niet de door [slachtoffer] gevraagde hulp bij levensbeëindiging wilde bieden – bewust de voor dit moeilijke onderwerp bestaande regels en procedures genegeerd. Hij heeft zich door zijn handelen een oordeel over de kwaliteit van

behandeling het fatale (medische) isolement, waarin verdachte en zijn echtgenote op den duur zijn geraakt, hebben kunnen voorkomen of doorbreken.

- 108 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2006, p. 28.
- 109 TuGR 1990/5, p. 49-52; H.A.M. Weyers, *Het proces van rechtsverandering* (diss. Groningen), Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2002, p. 244. Deze zaak betrof een man die besloot aan de wens van zijn echtgenote, die aan dystrofie leed, om een einde aan haar leven te maken tegemoet te komen en heeft samen met een vriendin zijn echtgenote geholpen pillen te slikken waardoor zij overleed. Namens de verdachte werd betoogd dat hij in psychische overmacht verkeerde toen hij zijn vrouw op haar uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven beroofde dan wel dat bij hem alle schuld afwezig was. De rechtbank was echter van oordeel dat het beroep op psychische overmacht diende te worden verworpen nu er geen aanwijzingen waren dat de man minder dan de gemiddelde rechtsgenoot in zijn positie in staat was weerstand te bieden aan de druk die ongetwijfeld van de vrouw is uitgegaan. De rechtbank was evenmin van oordeel dat tot afwezigheid van alle schuld kon worden geconcludeerd.
- 110 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2006, p. 28.
- 111 ECLI:NL:RBSHE:2006:AW2803; In deze zaak was sprake van een verdachte die de hulpvrager viereneenhalf jaar voor zijn zelfdoding had leren kennen. De hulpvrager leed sinds jaren aan een dwangneurose en was onder behandeling van een psychiater. Verdachte heeft van/via een druggebruiker methadon en heroïne gekocht en deze middelen alsmede een of meerdere injectiespuiten, aan de hulpvrager gegeven waarmee hij, in aanwezigheid van verdachte, een einde aan zijn leven heeft gemaakt.

een menselijk leven aangemeten dat niet aan hem is. Ook waar het gaat om mensen met een psychische lijdensdruk is steeds de hoogste mate van zorgvuldigheid geboden en is hulp bij het beëindigen van een menselijk leven voorbehouden aan artsen in bepaalde, door de rechtspraak strak omlinjende, ondraaglijke en uitzichtloze gevallen.’

Met de uitspraak van het Hof in de zaak Heringa¹¹² – waarbij A. Heringa, die vervolgd werd wegens het verlenen van hulp bij zelfdoding aan zijn moeder, door het Hof is ontslagen van alle rechtsvervolging – is vooralsnog van bovengenoemde ‘glasheldere norm’ (waarbij niet-medici hun beroep op noodtoestand, psychische overmacht, rechtsdwaling of andere excepties hebben zien falen) afgeweken.

De feiten in deze zaak zijn als volgt: mevrouw Heringa vond dat haar leven voltooid was en dat verder leven geen zin meer had. Zij wilde absoluut geen 100 jaar worden. Mevrouw Heringa leed aan hartfalen, osteoporose met rugklachten, maculadegeneratie waardoor zij nagenoeg blind was, een slechte nierfunctie en permanente vermoeidheid. Zij had veel moeite met het afhankelijk zijn en wist de dag niet door te komen. Mevrouw Heringa verzocht haar huisarts om euthanasie. De huisarts gaf in een gesprek aan er moeite mee te hebben om in de toen voorliggende situatie mee te werken. Mevrouw Heringa bleek inmiddels medicijnen opgespaard te hebben waarmee zij een einde aan haar leven wilde maken. A. Heringa heeft contact gelegd met de NVVE in verband met te verkrijgen informatie over een methode van zelfdoding en heeft het WOZZ-boekje¹¹³ aangeschaft. Hij heeft vervolgens zijn moeder geïnformeerd over de wijze waarop zelfdoding kan plaatsvinden, heeft met haar een dag gepland waarop de zelfdoding door inname van pillen zou plaatsvinden, heeft een protocol opgesteld met betrekking tot de wijze van uitvoering van de zelfdoding, heeft voorafgaand aan of tijdens de uitvoering van de zelfdoding van zijn moeder aan haar een of meer instructies en/of aanwijzingen gegeven omtrent de tijd en wijze van innemen van de voor de zelfdoding benodigde/te gebruiken pillen, heeft de voor de zelfdoding benodigde/te gebruiken pillen aan zijn moeder verstrekt en pillen fijn gemaakt, in een bakje met yoghurt gedaan en aan zijn moeder aangereikt en vervolgens nog andere

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

113 Het WOZZ-boekje betreft een uitgave van de stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding uit 2008 met als titel ‘Informatie over zorgvuldige levensbeëindiging’. Het boekje bevat informatie over middelen die de dood veroorzaken.

pillen aangereikt. Zijn moeder heeft alle pillen tot zich genomen. Later is zij – nadat A. Heringa haar woning had verlaten – overleden. De inname van de pillen en het daarop volgend overlijden vonden plaats in de periode van 7-8 juni 2008.

*Het oordeel van de rechtbank:*¹¹⁴

Door de raadsman van A. Heringa is in eerste aanleg een beroep gedaan op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht in de zin van noodtoestand (artikel 40 Sr): staande voor de noodzaak te kiezen uit onderling strijdende plichten en belangen, heeft verdachte de zwaarstwegende laten prevaleren. Tegenover de plicht om artikel 294 lid 2 van het WvSr na te leven stond de ongeschreven morele plicht/maatschappelijke plicht/zorgplicht van A. Heringa om zijn 99-jarige moeder te helpen bij het realiseren van een pijnloze, vredige en waardige dood.

De rechtbank overwoog met betrekking tot het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand het volgende: ‘In een geval als het onderhavige waarin de wetgever – overigens nog in 2002 – een bijzondere regeling heeft getroffen voor de afweging van de aan de naleving van de wet verbonden nadelen – namelijk in de vorm van de mogelijkheid dat een arts onder strikte voorwaarden hulp biedt bij zelfdoding – is een beroep op noodtoestand niet zonder meer uitgesloten, maar een dergelijk beroep zal slechts bij hoge uitzondering kunnen worden aanvaard. De manoeuvreerruimte van de rechter is in zo’n geval uitermate klein. Iemand die geen arts is kan naar het oordeel van de rechtbank geen geslaagd beroep op noodtoestand doen behoudens zeer uitzonderlijke omstandigheden.

Een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 294 lid 2 van het WvSr is door de wetgever na een uitvoerige parlementaire discussie alleen aan artsen toegekend. De wetgever heeft niet-strafbare hulp bij zelfdoding alleen mogelijk willen maken in gevallen die medisch begeleid worden en achteraf verplicht worden getoetst. Dat artsen niet verplicht zijn om medewerking te verlenen aan de doodswens van een patiënt is één van de uitgangspunten van de euthanasiewetgeving, en heeft bij de totstandkoming van de wettelijke strafuitsluitingsgrond van artikel 294 lid 2 Sr niet geleid tot een ruimere formulering die in het geval van een weigering door een arts ook niet-artsen omvat.

Het enkele feit dat een arts vooralsnog weigert medewerking te verlenen of terughoudendheid aan de dag legt, levert daarom op zich geen

¹¹⁴ Rb. Gelderland, 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

situatie op die een beroep op noodtoestand voor een niet-arts mogelijk maakt, hoe aangrijpend ook de situatie is van degene die zelfdoding wenst en daar hulp bij nodig heeft.’

De rechtbank verwerpt het beroep op noodtoestand en is van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat bij voorbaat geen reële alternatieven voorhanden waren voor het op waardige wijze realiseren van het zelfgekozen levenseinde van mevrouw Heringa. A. Heringa heeft zich te weinig inspanningen getroost om te handelen binnen de kaders van de in de wet omschreven euthanasieprocedure waarbij de wettelijke zorgvuldigheidseisen in acht zouden kunnen worden genomen. Volgens de rechtbank hebben zich geen zeer uitzonderlijke omstandigheden voorgedaan die een beroep op noodtoestand doen slagen. Ook verwerpt de rechtbank een beroep op psychische overmacht nu niet aannemelijk is geworden dat er sprake was van een van buiten komende, onweerstaanbare drang.

De rechtbank geeft aan dat er verschillend gedacht wordt over de toelaatbaarheid van hulp bij zelfdoding. Dat de maatschappelijke discussie zeker gevoerd moet worden en dat het uiteindelijk aan de wetgever zal zijn daar al dan niet wat mee te doen. ‘Wat daar verder ook van zij, dat het onderwerp van hulp bij zelfdoding leeft, zorgt voor discussie en dat daarbij door sommigen ook vraagtekens worden gezet bij de huidige strafbaarstelling, is op zich geen reden om verdachte, die heeft gehandeld in strijd met de geldende wettelijke bepalingen, geen straf op te leggen.’

Ook overweegt de rechtbank dat A. Heringa als niet-arts heeft gehandeld en dat daarin mogelijk ook risico’s op complicaties verscholen lagen die A. Heringa op de koop toe heeft genomen. ‘Verdachte is geen arts en had geen ervaring op het gebied van het toedienen van een letale medicatie. Hij was niet opgeleid om met mogelijke onverwachte complicaties adequaat om te gaan. [...] Juist de wettelijke zorgvuldigheidseisen en de betrokkenheid van een arts bij een levensbeëindiging op verzoek waarborgen de minimale kans op complicaties en/of dat bij een onverwachte complicatie medisch adequaat kan worden gehandeld.’

De rechtbank verklaart A. Heringa schuldig aan het plegen van het misdrijf ‘opzettelijk een ander bij de zelfdoding behulpzaam zijn en hem de middelen daartoe verschaffen, terwijl de zelfdoding volgt’, maar legt hem geen straf op. De rechtbank overweegt daartoe allereerst dat buiten kijf staat dat het handelen van A. Heringa mede ingegeven is geweest uit naastenliefde en – gegeven de innige band met zijn moeder – zijn en haar wens om haar bij te staan, te helpen en zich over haar te ontfemen. De rechtbank betoogt dat A. Heringa weliswaar geen beroep op overmacht toekomt, maar dat het op zich begrijpelijk is dat de innige band tussen

moeder en zoon een grote rol heeft gespeeld bij zijn handelen. De rechtbank overweegt verder dat door de relatief lange duur die het OM nodig heeft gehad om tot een vervolgingsbeslissing te komen, verdachte lange tijd in onzekerheid heeft verkeerd over wat de toekomst hem brengen zou. Dit tezamen maakt dat de rechtbank geen meerwaarde ziet in een (voorwaardelijke) straf.

*Het oordeel van het gerechtshof:*¹¹⁵

Het hof geeft aan dat voor het aannemen van het bestaan van een strafrechtelijk relevante noodtoestand vereist is dat er sprake is van een gedraging die voortvloeit uit een actuele concrete nood door een conflict van belangen of plichten, welke gedraging bovendien voldoet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Bij het beoordelen van het handelen van A. Heringa hanteert het hof de zorgvuldigheidseisen en de mededelingsplicht uit de WTL als referentiekader bij de toetsing, nu daarin de verschillende aspecten van nood, proportionaliteit en subsidiariteit bij hulp bij zelfdoding tot uitdrukking komen.¹¹⁶ Het hof merkt daarbij op – nu A. Heringa geen arts is – daarbij niet zijn bijzondere positie als niet-medicus en bovendien zoon van de hulpvraagster uit het oog te verliezen.

Het hof is van oordeel dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Voorts is het hof van oordeel dat er uit het dossier voldoende aanwijzingen te putten zijn dat er bij mevrouw Heringa sprake was van ‘zeer ernstig fysiek en psychisch lijden dat, gemeten naar de huidige maatstaven, met een grote mate van waarschijnlijkheid zou voldoen aan het vereiste onder b voor het straffeloos toepassen van euthanasie en/of hulp bij zelfdoding door een medicus’. Het hof geeft hierbij aan zich voor dit oordeel onder meer te baseren op de brief van de huisarts waarin vermeld stond dat mevrouw Heringa leed aan hartfalen, osteoporose en rugklachten vanwege ingezakte ruggenwervels. Ook zag zij zeer slecht door maculadegeneratie. Zij was nagenoeg blind. Verder had mevrouw Heringa een erg slechte nierfunctie waardoor zij erg vermoeid was. Ook had zij een open been gehad. Volgens het hof staat vast dat mevrouw Heringa voldoende was voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond

¹¹⁵ Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

¹¹⁶ Mevis wijst er op dat het hof hiermee de eisen voor overmacht niet expliciet voorop stelt en dat de opbouw en motivering van het hof niet onmiddellijk en evident tot de conclusie leidt dat sprake is van noodtoestand in de zin van conflict van plichten of belangen, en dat de vraag is of hier niet eerder een schulduitsluitingsgrond van toepassing is. Zie: de noot van P.A.M. Mevis bij het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden in de zaak Heringa, TuGR 2015 (39)6.

en dat er in de gegeven situatie geen redelijke andere oplossing bestond om haar lijden te verlichten. Gezien de euthanasiewetgeving en -praktijk in 2008, de verklaring van de huisarts en de toestand waarin mevrouw Heringa verkeerde, acht het hof de kans dat een andere arts onder de gegeven omstandigheden bereid zou zijn geweest om medewerking te verlenen aan de door mevrouw Heringa gewenste zelfdoding theoretisch. Het hof stelt tot slot vast dat A. Heringa, voor zover dat als niet-medicus in zijn vermogen lag, de hulp bij zijn moeders zelfdoding zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Het hof komt tot de conclusie dat ‘op grond van de zeer bijzondere omstandigheden van dit geval het beroep op noodtoestand gegrond is.’ Het bewezenverklaarde levert geen strafbaar feit op en A. Heringa wordt ontslagen van alle rechtsvervolgning.

In zijn noot bij het arrest zet Schalken de nodige vraagtekens bij het oordeel en de overwegingen van het hof nu het hof van oordeel was dat de wettelijke norm in deze zaak in het geheel niet van toepassing was. Bij een dergelijke extensieve interpretatie van de wettelijke norm rijst volgens Schalken de vraag of dat nog wel past binnen de bedoeling van de wetgever zoals die ook in de rechtspraak is uitgelegd. Schalken voert als eerste punt van kritiek aan dat het hof niet helder heeft aangegeven in hoeverre aan de doodswens van mevrouw Heringa een medische ziekte of aandoening ten grondslag lag, terwijl voor de juridische beoordeling van ‘klaar met leven’-situaties het Brongersma-arrest nog steeds leidend is. Schalken merkt op dat het interessant zou zijn te weten hoe de Hoge Raad in deze tijd denkt over het ontbreken van professionele expertise en distantie als onderdeel van de wettelijke zorgvuldigheidseisen (bestemd voor een arts, dus zeker voor een niet-arts) en dat de Hoge Raad mogelijk een verschuiving constateert sinds 2002 in het ‘wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen’. Schalken vraagt zich af of daarvoor voldoende is dat het hof verwijst naar het KNMG-standpunt uit 2011 (zie 3.3.5). Hij merkt op: ‘Zolang een eenduidig standpunt van de Hoge Raad, ter nadere duiding van het Brongersma-criterium, niet bekend is, krijgt het arrest van het Arnhemse hof een “activistisch” karakter in die zin dat daarin de uitdrukkelijke bedoeling van de wetgever opzij wordt geschoven (...)’. Schalken voert verder aan dat de constatering van het hof dat in 2008 geen arts bereid zou zijn geweest mevrouw Heringa hulp bij zelfdoding te verlenen feitelijk nauwelijks onderbouwd is. Kern van de kritiek van Schalken is vooral dat het hof de wettelijke zorgvuldigheids-

eisen van overeenkomstige toepassing verklaart op de handelwijze van A. Heringa als niet-arts.¹¹⁷

Den Hartogh merkt over de uitspraak van het hof op dat het niet alleen opmerkelijk is dat het hof het toetsingskader van de WTL gebruikt voor het handelen van een niet-arts, maar ook dat het hof het niet bestaan van een ‘redelijke andere oplossing’ anders uitlegt dan op grond van de WTL bedoeld is: wordt in het licht van de WTL namelijk bedoeld een oplossing anders dan euthanasie of hulp bij zelfdoding, het hof is van oordeel dat een redelijk alternatief zou zijn geweest als de arts van mevrouw Heringa of een andere arts bereid zou zijn geweest op haar verzoek om hulp bij zelfdoding in te gaan.¹¹⁸

Het OM heeft tegen het arrest van het gerechtshof beroep in cassatie ingesteld.

Over de betekenis van het arrest in de zaak Heringa is Buijsen de mening toegedaan dat deze gering is:

- 1 Het arrest biedt volgens hem geen houvast voor niet-artsen: aan het feit dat de rechter de WTL analoog toepast op niet-artsen mag niet de conclusie worden verbonden dat de rechter de WTL op niet-artsen van toepassing acht¹¹⁹;
- 2 het hof heeft aangegeven dat het oordeel moet worden gezien in het licht van de euthanasiepraktijk zoals deze in 2008 was.¹²⁰

Buijsen merkt verder op: ‘In 2015 kan voor het beëindigen van het lijden als dat van de moeder van Heringa contact gezocht worden met bijvoorbeeld de Levensindekliniek.’

3.5 DE WTL IN HET LICHT VAN HET EVRM

Het juridische kader dat op de Nederlandse praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding van toepassing is, wordt niet alleen bepaald door Nederlandse wetgeving en jurisprudentie, maar ook door internationaal en dan met name Europees recht. Tijdens de parlementaire behandeling

117 GJ 2015-86 Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 13-05-2015.

118 G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Tweede ronde, NJB 25-09-2015, afl. 32.

119 Ook Mevis wijst hier op nu het hof duidelijk heeft aangegeven de WTL (slechts) als ‘referentiekader’ te gebruiken. Zie: de noot van P.A.M. Mevis bij het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden in de zaak Heringa, TvGR 2015 (39)6.

120 M. Buijsen, Betekenis van het arrest in de zaak Heringa is gering. NJB 05-06-2015, afl. 22.

van de WTL is dan ook aan de orde geweest in hoeverre de WTL strijdig is met het recht op leven zoals onder meer neergelegd in artikel 2 EVRM. De regering heeft zich steeds op het standpunt gesteld dat het systeem van de WTL – waarbij de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding onverkort gehandhaafd blijft en alleen artsen die hebben voldaan aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidscriteria waaronder het vrijwillig en weloverwogen verzoek van betrokkene (en hiervan melding hebben gedaan) zich op een bijzondere strafuitsluitingsgrond kunnen beroepen – zich verdraagt met de in artikel 2 EVRM neergelegde beschermwaardigheid van het leven.¹²¹ In een recent artikel heeft Hendriks de WTL getoetst aan het EVRM waarbij hij onder meer heeft onderzocht in hoeverre de WTL in strijd is met het recht op leven en het recht op zelfbeschikking. Zijn conclusie is dat de huidige WTL in ieder geval in grote lijnen in overeenstemming is met relevante rechten uit het EVRM. Hendriks wijst er onder meer op dat tot voor enkele jaren zonder meer de stelling kon worden verdedigd dat de rechtspraak van het EHRM weinig ruimte liet voor verdragsstaten om euthanasie te decriminaliseren en burgers een recht op een zelfgekozen dood toe te kennen, maar dat dit inmiddels niet meer kan worden volgehouden.¹²²

Sinds de WTL op 1 april 2002 in werking is getreden, heeft het EHRM een aantal uitspraken gedaan die van belang zijn voor de Nederlandse euthanasiepraktijk in het algemeen en het verbod op hulp bij zelfdoding in het bijzonder. Het betreft de zaken *Pretty vs. Verenigd Koninkrijk* (2002)¹²³, *Haas vs. Zwitserland* (2011)¹²⁴, *Koch vs. Duitsland* (2012)¹²⁵, *Gross vs. Zwitserland* (2013)¹²⁶ en *Nicklinson en Lamb vs. Verenigd Koninkrijk*

121 H.J.J. Leenen et al, *Handboek Gezondheidsrecht*. Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2014, p. 392; Kamerstukken II 1999/2000, 26691, nr. 6.; Onder meer Buijsen heeft zich destijds kritisch uitgelaten over deze uitleg door de regering. Zie: M.A.J.M. Buijsen, *Euthanasiewet & art. 2 EVRM*, NJB 2001, afl. 23.

122 A. Hendriks, *Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Euthanasiewet aan het EVRM*, NJCM-Bulletin, 39-2, maart-april 2014.

123 EHRM 29 april 2002, appl. No. 2346/02 (Case of *Pretty v. The United Kingdom*); NJ 2004, 543 (m.nt. E.A. Alkema).

124 EHRM 20 januari 2011, appl. No. 31322/07 (Case of *Haas v. Switzerland*).

125 EHRM 19 juli 2012, appl. No. 497/09 (Case of *Koch v. Germany*).

126 EHRM 14 mei 2013, appl. No. 67810/10 (Case of *Gross v. Switzerland*).

(2015)¹²⁷. In deze paragraaf zal allereerst kort op deze uitspraken van het EHRM worden ingegaan.¹²⁸

Vervolgens zal worden bekeken in hoeverre deze uitspraken implicaties (kunnen) hebben voor de Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek en (met name) hulp bij zelfdoding. In dit kader heeft de adviescommissie bij twee deskundigen – Hendriks en Buijsen – advies ingewonnen (zie 1.5). De informatie die de adviescommissie van deze deskundigen heeft ontvangen naar aanleiding van de door haar bij hen uitgezette onderzoeksvragen inzake de interpretatie van het EVRM door het EHRM zal hierbij aan de orde komen¹²⁹, waarbij tevens zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre, zoals door sommigen wordt betoogd, het verbod op hulp bij zelfdoding in artikel 294 lid 2 Sr inbreuk maakt op artikel 8 EVRM – recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven – dan wel of dit verbod te restrictief wordt uitgelegd.¹³⁰

De in dit kader twee meest relevante artikelen van het EVRM luiden als volgt:

127 EHRM 23 juni 2015, appl. Nos. 2478/15 en 1787/15 (Case of Nicklinson and Lamb v. the United Kingdom).

128 Op 5 juni 2015 heeft het EHRM uitspraak gedaan in de zaak Lambert vs Frankrijk (EHRM 5 juni 2015, appl. No. 46043/14 – Case of Lambert and others v. France). Aangezien het in deze zaak ging om een verzoek tot het stopzetten van een geneeskundige behandeling en niet om een verzoek om hulp bij zelfdoding zal deze uitspraak hier verder niet besproken worden. Op deze zaak zal wel nog kort worden ingegaan in 3.6 waar in het kader van het internationaal vergelijkend onderzoek op de situatie ten aanzien van hulp bij zelfdoding in Frankrijk wordt ingegaan.

129 Opgemerkt dient te worden dat de adviescommissie de beantwoording van de onderzoeksvragen door Hendriks en Buijsen in respectievelijk januari en februari 2015 heeft ontvangen. Uitspraken die het EHRM nadien heeft gedaan zijn daarin dan ook niet meegenomen.

130 Zie in dit kader: G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. *NJB* 20-6-2014 afl 24, p. 1598-1605; L. de Vito, Het recht op een zelfgekozen levenseinde. *NJB* 14-08-2015, afl. 28, p. 1926-1929; G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Tweede ronde. *NJB* 25-09-2015, afl. 32, p. 2215-2220; Het pleidooi van de verdediging van A. Heringa in hoger beroep bij het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden (zie 3.5.2).

Artikel 2

Recht op leven

- 1 Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, behoudens door de tenuitvoerlegging van een gerechtelijk vonnis wegens een misdrijf waarvoor de wet in de doodstraf voorziet.
- 2 De beroving van het leven wordt niet geacht in strijd met dit artikel te zijn geschied ingeval zij het gevolg is van het gebruik van geweld, dat absoluut noodzakelijk is:
 - a ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld;
 - b teneinde een rechtmatige arrestatie te bewerkstelligen of het ontsnappen van iemand die op rechtmatige wijze is gedetineerd, te voorkomen;
 - c teneinde in overeenstemming met de wet een oproer of opstand te onderdrukken.

Artikel 8

Recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven

- 1 Een ieder heeft recht op respect voor zijn privé-leven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.
- 2 Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

3.5.1 DE RECHTSPRAAK VAN HET EHRM

Pretty vs. Verenigd Koninkrijk (2002)

De zaak *Pretty* betrof een ALS-patiënte die het Engelse openbaar ministerie had verzocht haar echtgenoot op voorhand te vrijwaren van strafvervolging indien deze haar zou helpen bij het beëindigen van haar leven. Haar verzoek werd echter afgewezen. Voor het EHRM werd door *Pretty* onder meer aangevoerd dat er sprake was van een schending van artikel 2 EVRM. Het EHRM stelde dat uit artikel 2 EVRM geen 'right to die' kan worden afgeleid: 'Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of con-

ferring on an individual the entitlement to choose death rather than life. The Court accordingly finds that no right to die, whether at the hands of a third person or with the assistance of a public authority, can be derived from Article 2 of the Convention.¹³¹ Pretty betoogde tevens dat het Engelse wettelijk verbod op hulp bij zelfdoding in strijd was met artikel 8 EVRM. Het EHRM overwoog dat persoonlijke autonomie een belangrijk uitgangspunt vormt bij de interpretatie van artikel 8 EVRM.¹³² Het EHRM overwoog eveneens dat '[...] 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.'¹³³ Het EHRM verklaarde, na vastgesteld te hebben dat mevrouw Pretty door de toepasselijke Engelse strafwetgeving belemmerd werd in het maken van haar keuze om een in haar ogen onwaardig en schrijnend levenseinde aldus te vermijden, niet bereid te zijn uit te sluiten dat dit neerkwam op een inmenging van het in artikel 8 lid 1 EVRM neergelegde recht op privé-leven.¹³⁴ Volgens het EHRM kon inmenging echter worden gerechtvaardigd op grond van artikel 8 lid 2 EVRM: de inmenging was bij wet voorzien, had een legitiem doel, namelijk het beschermen van de rechten van anderen, meer in het bijzonder hun recht op leven, en was noodzakelijk in een democratische samenleving. Het EHRM houdt hierbij rekening met een 'margin of appreciation' voor de nationale autoriteiten. Het EHRM was van oordeel dat het Engelse algehele verbod op hulp bij zelfdoding uiteindelijk niet onevenredig was, daar bij de handhaving van dit verbod kennelijk de nodige flexibiliteit betracht werd.¹³⁵

Haas vs. Zwitserland (2011)

Met de uitspraak in de zaak Haas is het EHRM een andere koers ingeslagen met betrekking tot vragen omtrent een zelfgekozen dood. Het EHRM heeft in deze zaak het recht op een zelfgekozen dood erkend als aspect van artikel 8 EVRM, mits de betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is geweest.¹³⁶

131 *Pretty v. Verenigd Koninkrijk*, § 39-40.

132 *Ibid.* § 61.

133 *Ibid.* § 65.

134 *Ibid.* § 67.

135 *Ibid.* § 68-78.

136 A. Hendriks, *Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Euthanasiewet aan het EVRM*, *NJCM-Bulletin*, 39-2, maart-april 2014, p. 158.

Deze zaak betrof een man die al 20 jaar leed aan een ernstige bipolaire stoornis. Haas verzocht de ‘right-to-die-society’ Dignitas hem te helpen zijn leven te beëindigen. Echter, Haas slaagde er niet in het benodigde dodelijke middel, dat alleen op recept verkrijgbaar is, te verkrijgen. Haas wendde zich – tevergeefs – tot de Zwitserse autoriteiten om het middel zonder recept te verkrijgen. Voor het EHRM voerde Haas aan dat er sprake was van een schending van artikel 8 EVRM. Het EHRM overwoog allereerst dat in de zaak *Pretty* het EHRM van oordeel was dat ‘[...] the applicant’s choice to avoid what she considered an undignified and distressing end to her life fell within the scope of Article 8 of the Convention.’¹³⁷ En vervolgens dat ‘In the light of this case-law, the Court considers that an individual’s right to decide by what means and at what point his or her life will end, provided he or she is capable of freely reaching a decision on this question and acting in consequence, is one of the aspects of the right to respect for private life within the meaning of Article 8 of the Convention.’¹³⁸ In de onderhavige zaak ging het volgens het EHRM echter om de vraag of er, in het licht van artikel 8 EVRM, op de staat een positieve verplichting rust om de nodige maatregelen te nemen om een waardige zelfdoding mogelijk te maken. Het EHRM is van oordeel dat de lid-staten hierin een ‘considerable margin of appreciation’ toekomt.¹³⁹ Het EHRM was van oordeel dat de regelingen die Zwitserland heeft getroffen een legitiem doel dienen, namelijk het beschermen van de publieke gezondheid en veiligheid en het voorkomen van misdaad. Het EHRM overwoog dat dergelijke regelingen met name noodzakelijk zijn in een land als Zwitserland waar relatief eenvoudig toegang tot hulp bij zelfdoding kan worden verkregen. De risico’s op misbruik in een dergelijk systeem dienen volgens het EHRM niet te worden onderschat.¹⁴⁰ Het EHRM was van oordeel dat het recht van Haas op het invullen van zijn zelfgekozen levenseinde niet slechts ‘theoretical and illusory’ was en verwierp het beroep op artikel 8 EVRM.

Koch vs. Duitsland (2012)

De zaak *Koch* was bij het EHRM ingediend door de heer Koch, echtgenoot van wijlen mevrouw Koch. Mevrouw Koch was na een ongeluk vrijwel volledig verlamd geraakt en diende bij de autoriteiten in Duitsland,

137 Haas v. Zwitserland, § 50.

138 Ibid. § 51.

139 Ibid. § 52-54.

140 Ibid. § 56-58.

gezamenlijk met haar man, een verzoek in tot verkrijging van dodelijke medicijnen, nu zij het leven als ondraaglijk ervoer. Dit verzoek wordt in eerste aanleg afgewezen. Alvorens de uitspraak van de hoogste Duitse rechter af te wachten, reisde mevrouw Koch samen met haar echtgenoot naar Zwitserland waar zij stierf met behulp van Dignitas. Na het overlijden van mevrouw Koch diende de zaak voor de hoogste Duitse rechter. Meneer Koch werd niet-ontvankelijk verklaard, omdat hij door het bestreden besluit niet in zijn belangen werd geraakt. Het EHRM was echter van oordeel dat – op grond van de bijzondere omstandigheden (het echtpaar was 25 jaar getrouwd en had een zeer hechte relatie) – de heer Koch wél rechtstreeks in zijn belangen was getroffen door het besluit zijn vrouw geen dodelijke middelen te verstrekken en de weigering van de Duitse rechter zich te buigen over de klachten van de heer Koch, en dat er dus sprake was van een inbreuk op zijn privé- en gezinsleven en aldus een schending van artikel 8 EVRM.¹⁴¹ In deze zaak heeft het EHRM, onder verwijzing naar de zaken *Pretty en Haas*, wederom het recht op een zelfgekozen dood als aspect van artikel 8 EVRM erkend.¹⁴²

Gross vs. Zwitserland (2013)

De zaak *Gross* betrof een vrouw van boven de 80 die al enkele jaren een doodswens had, omdat zij leed onder de voortgaande fysieke en mentale aftakeling van haar lichaam en dit niet langer wenste mee te maken. Na tevergeefs een arts gezocht te hebben die bereid was haar een recept voor te schrijven voor de dodelijke dosis medicatie (artsen weigerden, onder meer omdat de gedragsregels van de beroepsgroep in de weg stonden aan het uitschrijven van het recept aan iemand die niet leed aan een medisch geïnclassificeerde ziekte), diende zij hiertoe een verzoek in bij de gezondheidsautoriteiten. Haar verzoek werd afgewezen. De hoogste Zwitserse rechter oordeelde dat er op de staat geen verplichting rust om individuele toegang tot dodelijke middelen te garanderen. Ook was de rechter van oordeel dat mevrouw *Gross* niet voldeed aan de eisen zoals neergelegd in de medisch-ethische richtlijnen.

Voor het EHRM stelde mevrouw *Gross* dat de Zwitserse autoriteiten artikel 8 EVRM hadden geschonden. Het EHRM stelde vast dat de wens van mevrouw Koch om dodelijke medicatie te verkrijgen binnen de reikwijdte valt van het recht op privé-leven zoals beschermd door artikel 8 EVRM (§ 60).

141 A.C. Hendriks, *Kroniek rechtspraak rechten van de mens. TuGR 2012 (36)7*, p. 583; *NJB 2012/2102*; *Koch v. Duitsland*, § 54.

142 *Koch v. Duitsland*, § 51-52.

Het EHRM constateerde verder dat op grond van Zwitserse rechtspraak een arts gerechtigd is om een dodelijk medicijn voor te schrijven als aan de voorwaarden in de medisch-ethische richtlijnen is voldaan, waaronder de voorwaarde dat de patiënt als gevolg van een ziekte binnen enkele dagen of weken zou komen te overlijden. Het EHRM was van oordeel dat er sprake was van een schending van artikel 8 EVRM aangezien het in Zwitserland ontbrak aan duidelijke en omvattende richtlijnen met betrekking tot de omstandigheden waaronder iemand als mevrouw Gross aan dodelijke medicatie zou kunnen komen.^{143, 144} Nadat de zaak op verzoek van de Zwitserse regering naar de Grote Kamer was verwezen, bleek dat mevrouw Gross ten tijde van de behandeling door de Kamer al was overleden en overigens dat haar wel degelijk medicijnen waren verstrekt (§ 30). De Grote Kamer meende dat daardoor de Kamer mogelijk tot een ander oordeel zou zijn gekomen, ook in zake het antwoord op de vraag of sprake was van een schending van het EVRM. De Grote Kamer achtte het niet van belang aan dit punt verder aandacht te besteden nu het oordeel van de Kamer toch niet finaal zal worden (artikel 44 lid 2 EVRM). Uiteindelijk verklaarde de Grote Kamer het verzoekschrift in 2014 niet ontvankelijk wegens misbruik van het recht (niet informeren omtrent het verkrijgen van medicijnen). Als gevolg van dit oordeel is de eerdere uitspraak van de Kamer niet geldig.¹⁴⁵

Nicklinson en Lamb vs. Verenigd Koninkrijk (2015)

De heren Nicklinson en Lamb waren beiden als gevolg van een ongeval zeer ernstig verlamd geraakt en wilden niet verder leven. Door hun verlamming waren zij echter niet in staat om hun eigen leven te beëindigen. Voor het EHRM klaagden de weduwe van de inmiddels overleden heer

¹⁴³ EHRC 2013/152 EHRM, 14-5-2013, 67810/10, m.nt. A.C. Hendriks.

¹⁴⁴ Een minderheid van het EHRM (in casu 3 van de 7 rechters) heeft in een dissenting opinion echter aangegeven dat er geen sprake was van een schending van art. 8 EVRM nu het Zwitserse Federal Supreme Court 1) voldoende en duidelijk heeft aangegeven onder welke omstandigheden een arts sodium pentobarbital mag voorschrijven en 2) in haar uitspraken de medisch-ethische richtlijnen correct en duidelijk heeft geïnterpreteerd. De minderheid heeft bovendien gewezen op het ontbreken van consensus in de lidstaten ten aanzien van de toelaatbaarheid van Physician Assisted Suicide (PAS) op grond waarvan Zwitserland in deze een ruime beoordelingsruimte zou toekomen. Zie: *Case of Gross v. Switzerland, joint dissenting opinion*; I. Black, *Existential suffering and the extent of the right to physician-assisted suicide in Switzerland*. *Medical Law Review*, Vol. 2, No. 1, p. 109-118.

¹⁴⁵ EHRM 30 september 2014, appl nr 67810/10 (Case of Gross v. Switzerland); M.A.J.M. Buijsen, beantwoording onderzoeksvragen Adviescommissie voltooid leven inzake de interpretatie van het EVRM, 16 februari 2015 (Te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/cvl).

Nicklinson en de heer Lamb over het ontbreken van de mogelijkheid om in het Verenigd Koninkrijk hulp bij zelfdoding te verkrijgen. De weduwe van Nicklinson klaagde in het bijzonder over de onmogelijkheid om de relevante wetgeving als zodanig aan te vechten, en stelde dat uit artikel 8 EVRM een procedurele verplichting moet worden afgeleid om in een rechtsmiddel op dit punt te voorzien. Het EHRM wees op de mogelijkheid die in het Verenigd Koninkrijk bestaat om via de Human Rights Act 1998 wetgeving aan te vechten vanwege de onverenigbaarheid met artikel 8 EVRM. Daarbij zou het EHRM strikt genomen aan het Verenigd Koninkrijk een procedurele positieve verplichting op kunnen leggen met de strekking dat de nationale rechter steeds de feitelijke omstandigheden van het individu moet beoordelen. Het EHRM acht het echter fundamenteel problematisch om een dergelijke positieve verplichting op te leggen. Het EHRM voerde aan dat het binnen de *margin of appreciation* van staten valt om te bepalen hoe aan de vereisten van artikel 8 EVRM tegemoet wordt gekomen en welke van de drie staatsmachten daarover beslissingen nemen. Ook wees het EHRM er op dat de meerderheid van het Britse Supreme Court wel degelijk naar de individuele merites van de zaak had gekeken. Het EHRM achtte de klacht van mevrouw Nicklinson daarmee kennelijk ongegrond.

Wat de klacht van Lamb betreft, was het EHRM van oordeel dat hij niet alle argumenten en mogelijkheden met betrekking tot zijn klacht over hulp bij zelfdoding aan de nationale rechter heeft gepresenteerd en dat voor Lamb moet worden aangenomen dat hij niet alle nationale rechtsmiddelen had uitgeput, zodat zijn klacht om die reden niet-ontvankelijk werd verklaard.¹⁴⁶

3.5.2 IMPLICATIES VAN DE RECHTSPRAAK VAN HET EHRM VOOR DE NEDERLANDSE PRAKTIJK VAN LEVENSBEEÏN- DIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Hendriks wijst er op dat het EHRM tot op heden niet één zaak heeft beoordeeld waarin de (on)toelaatbaarheid van euthanasie aan de orde was. In de zaken Pretty, Haas, Koch en Gross was sprake van (een potentiële wens aangaande) hulp bij zelfdoding. De zaak Pretty had betrekking op hulp bij zelfdoding door een niet-arts (de partner van patiënte); de zaken Haas, Koch en Gross gingen over toegang tot medicatie om tot zelfdoding over

¹⁴⁶ EHRC 2015/210 EHRM, 23-06-2015, 2478/15, 1787/15, m.nt. J.H. Gerards; Press Release ECHR 245 (2015), 16-07-2015, 'Case concerning UK ban on assisted suicide and voluntary euthanasia declared inadmissible'.

te kunnen gaan, eveneens zonder betrokkenheid/aanwezigheid van een arts bij de inname van de medicatie. Het betreft dus allemaal situaties die buiten het bereik vallen van de WTL aangezien de WTL zorgvuldigheidseisen formuleert die door artsen in acht moeten worden genomen en geen patiëntenrechten. De uitkomsten van deze zaken kunnen daarom niet zonder meer worden doorgetrokken naar de Nederlandse situatie/(toetsings)praktijk.¹⁴⁷

Hendriks merkt verder op dat vanwege de grote verschillen in Europa met betrekking tot de regulering van euthanasie en hulp bij zelfdoding, het in de rede ligt dat het Hof uiterst terughoudend zal zijn zich een oordeel aan te meten met betrekking tot de vigerende wetgeving aangaande euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland of elders.¹⁴⁸ Bij medisch-ethische zaken waarover in Europa geen consensus bestaat laat het Hof verdragsstaten doorgaans een ruime *margin of appreciation* (beoordelingsruimte om zelf te bepalen hoe rechten en belangen moeten worden afgewogen).¹⁴⁹ Tegelijkertijd heeft het Hof bij herhaling uitgemaakt dat ‘the Convention is intended to guarantee not rights that are theoretical or illusory but rights that are practical and effective’.¹⁵⁰ Dat geldt volgens het Hof ook voor rechten die de nationale wetgever heeft toegekend, waaronder die met betrekking tot abortus¹⁵¹ en het recht om zelf te beslissen over de wijze en het moment van levensbeëindiging.

147 A. Hendriks, beantwoording onderzoeksvragen Adviescommissie voltooid leven inzake de interpretatie van het EVRM, 18 januari 2015, te raadplegen op www.rijksoverheid.nl/cvl.

148 Ibid. Hij verwijst hierbij onder meer naar: EHRM 18 april 2002, Litovchenko t. Rusland (ontv.besl.), nr. 69580/01 (betreft, zijdelings, verbod euthanasie in Rusland) en EHRM 6 december 2007, Lind t. Rusland, nr. 25664/05, EHRC 2008, 22 (m.nt. G. de Jonge) (betreft, zijdelings, euthanasie in Nederland). Zie reeds eerder ECieRM 3 juli 1983, R. t. het VK (ont.besl.), nr. 10083/82 (vervolgving van lid Britse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie voor het behulpzaam zijn bij zelfmoord).

149 Ibid. Hij verwijst hierbij bijvoorbeeld naar: EHRM 1 april 2010, S.H. e.a. t. Oostenrijk, nr. 57813/00, EHRC 2010, 64 (m.nt. A.C. Hendriks), NTM/NJCM-Bull. 2011, p. 1032 (m.nt. C.J. Forder) en EHRM 8 juli 2004, Vo t. Frankrijk (GC), nr. 53924/00, NJ 2006, 52 (m.nt. E.A. Alkema), NJCM-Bulletin 2005, p. 579 (m.nt. H.L. Janssen), AB 2004, 10 (m.nt. B.C. van Beers), EHRC 2004, 86 (m.nt. A.C. Hendriks & J.A. Bomhoff), GJ 2005, 36 (m.nt. J.H.H.M. Dorscheidt).

150 Ibid. Hij verwijst hierbij naar: EHRM 9 oktober 1979, Airey t. Ierland, nr. 6289/73, NJ 1980, 376 (m.nt. E.A. Alkema) en EHRM 13 mei 1980, Artico t. Italië, nr. 6694/74, NJ 1980, 586. Sindsdien vaste jurisprudentie.

151 Ibid. Hij verwijst hierbij naar: EHRM 30 oktober 2012, P. & S. t. Polen, nr. 57375/08, EHRC 2013, 15 (m.nt. A.C. Hendriks).

Op grond van de rechtspraak van het EHRM en de beantwoording van de door de adviescommissie aan Hendriks en Buijsen voorlegde vragen inzake de interpretatie van het EVRM kunnen de volgende algemene conclusies worden getrokken voor de Nederlandse praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding:

1 Over het eventuele belang van het in Nederland bestaande onderscheid tussen euthanasie of hulp bij zelfdoding kan op basis van de jurisprudentie van het EHRM niets worden gezegd, dan wel lijkt dit onderscheid voor het EHRM niet van belang te zijn.

2 Uit de jurisprudentie van het EHRM kan niet worden afgeleid dat het onderscheid tussen hulp bij zelfdoding door een arts of door een niet-arts van belang zal of kan zijn op het niveau van toekennen of erkennen van rechten of belangen. Bij de nadere invulling van – dan – noodzakelijke waarborgen kan dat anders liggen.

3 Aangezien er onder de lidstaten van de Raad van Europa geen overeenstemming bestaat over het recht van het individu om te beslissen over de wijze en het tijdstip van het eigen levenseinde komt staten een aanzienlijke ‘margin of appreciation’ toe.

4 Een staat heeft niet de positieve verplichting tot het creëren van voorzieningen of het treffen van maatregelen om (waardige) zelfdoding te faciliteren.

5 Een staat mag hulp bij zelfdoding verbieden. Of een absoluut verbod onder alle omstandigheden houdbaar is, is wellicht een andere zaak.

6 In geval een staat wél voorzieningen creëert of maatregelen treft voor burgers die zich een waardig levenseinde door zelfdoding wensen, dan heeft de staat wél een positieve verplichting. Namelijk tot het vaststellen van een procedure die kan garanderen dat het besluit tot beëindigen van het eigen leven inderdaad overeenkomt met de vrije wil van het betrokken individu. Tevens heeft een staat dan de verplichting om effectief officieel onderzoek uit te (laten) voeren naar de doodsoorzaak bij verdenking van niet-natuurlijke dood. Dat officiële onderzoek moet adequaat, onafhankelijk en onpartijdig zijn.

7 Er bestaat geen positieve verplichting voor de Nederlandse overheid om in geval van een door de betrokkene ervaren ‘voltooid leven’ het realiseren van die wens te faciliteren. De bestaande jurisprudentie van het Hof geeft hiervoor ook geen aangrijpingspunten.

8 Mits de door Nederland getroffen voorzieningen om tegemoet te komen aan verzoeken tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding voldoen aan de eisen van het EVRM en het Hof, is omgekeerd niet

onmiddellijk te verwachten dat het Hof een dergelijke keuze van Nederland als zodanig in strijd met het EVRM zou achten.

9 Ter zake van een eventuele keuze voor een regeling ten aanzien van ‘voltooid leven’, kan worden gezegd dat het EHRM hierin leidt noch hindert. Van belang is dat het Hof geen andere eisen lijkt te stellen dan Nederland thans doet (waarborg voor vrijwilligheid, onderzoek van niet natuurlijke oorzaken van overlijden, etc.).

Ad 4: L. de Vito is van mening dat uit de uitspraak van het EHRM in de zaak Haas kan worden afgeleid dat het EHRM niet uitsluit dat landen een plicht kunnen hebben om een waardige zelfdoding met regelgeving te faciliteren. Het gaat om de volgende overweging (§ 61): ‘Having regard to the foregoing and to the margin of appreciation enjoyed by the national authorities in such a case, the Court considers that, even assuming that the States have a positive obligation to adopt measures to facilitate the act of suicide with dignity, the Swiss authorities have not failed to comply with this obligation in the instant case.’

Eén van de door de adviescommissie aan Hendriks en Buijsen voorgelegde vragen was hoe deze overweging van het EHRM dient te worden opgevat, en of bijvoorbeeld de opvatting dat deze ‘voorzichtige erkenning’ van een positieve verplichting voor staten om maatregelen te nemen om een waardige zelfdoding te faciliteren (met name) van belang kan worden geacht voor staten waar hulp bij zelfdoding in het geheel niet is toegestaan en minder voor staten waar hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden is toegelaten, correct is?¹⁵²

Beiden zijn van mening dat deze overweging van het EHRM niet impliceert dat het bestaan van een dergelijke staatsverplichting kan worden aangenomen. Hendriks merkt in dit kader op dat de interpretatie die aan ‘assuming’ wordt toegekend niet correct is, in die zin dat het EHRM het reguleren van euthanasie/hulp bij zelfdoding aan verdragsstaten laat evenals de invulling daarvan. Hendriks meent dat eerder het omgekeerde correct is: landen die hulp bij zelfdoding hebben gedecriminaliseerd moeten burgers ook in staat stellen hiervan gebruik te maken.¹⁵³ Buijsen merkt in dit kader op dat het EHRM in de betreffende overweging

152 Zie in dit kader: I. Black, *Suicide assistance for mentally disordered individuals in Switzerland and the state’s positive obligation to facilitate dignified suicide*, *Med Law Review* 20, Winter 2012, pp 157-166.

153 A. Hendriks, *beantwoording onderzoeksvragen Adviescommissie voltooid leven inzake de interpretatie van het EVRM*, 18 januari 2015, te raadplegen op www.rijksoverheid.nl/cvl.

in feite zegt dat het bestaan van een dergelijke staatsverplichting niet wordt aangenomen. En dat het enige recht dat met zoveel woorden door het EHRM erkend wordt, is het recht van keuze met betrekking tot het hoe en het wanneer van het eigen levenseinde, mits het betrokken individu de keuze vrijelijk kan maken, met een volledig begrip van de implicaties, en daarnaar kan handelen. Buijsen benadrukt dat er geen sprake is van erkenning van een positieve verplichting tot het nemen van maatregelen om een waardige zelfdoding te faciliteren.¹⁵⁴

Ad 5: Op grond van de jurisprudentie van het EHRM (in het bijzonder de zaak Haas) is in het licht van de zaak Heringa, de vraag gerezen of het verbod op hulp bij zelfdoding zoals neergelegd in artikel 294 lid 2 Sr inbreuk maakt op artikel 8 EVRM.¹⁵⁵ Zo heeft Den Hartogh naar aanleiding van het vonnis van de rechtbank Gelderland in de zaak Heringa betoogd dat – nu het EHRM in de zaak Haas heeft bepaald dat het recht op een privéleven ook het recht omvat om te beslissen over de wijze en het tijdstip waarop men wil sterven en dat dit recht concreet en effectief moet zijn en niet alleen maar theoretisch en illusoir – dat recht in beginsel inhoudt dat ook straffeloos hulp geboden mag worden. Den Hartogh is van mening dat hulp bij zelfdoding door intimi in principe beschermd wordt door het recht op een privé-, familie- en gezinsleven, of die zelfdoding nu uitgevoerd wordt door het innemen van medicijnen of door te stoppen met eten en drinken.¹⁵⁶ Wel kan dit recht op grond van artikel 8 lid 2 EVRM en de daarin omschreven doeleinden worden ingeperkt, bijvoorbeeld om misbruik te voorkomen. Den Hartogh pleit voor een ‘grondrechtsconforme wetsuitleg’ van artikel 294 Sr en betoogt dat hulp door intimi straffeloos moet zijn als de betrokkenen genoegzaam kunnen aantonen dat de persoon die zijn leven heeft beëindigd dat geheel uit vrije wil en weloverwogen heeft gedaan en daarbij tot het eind toe de uiteindelijke regie heeft gevoerd.¹⁵⁷

154 M.A.J.M. Buijsen, beantwoording onderzoeksvragen Adviescommissie voltooid leven inzake de interpretatie van het EVRM, 16 februari 2015, te raadplegen op www.rijksoverheid.nl/cvl.

155 Zie in dit kader: G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. *NJB* 20-6-2014, afl 24, p. 1598-1605; L. de Vito, Het recht op een zelfgekozen levenseinde. *NJB*, 14-08-2015, afl. 28 en G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. *NJB* 2015-1626. Zie ook het standpunt van de verdediging in de zaak Heringa: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

156 In tegenstelling tot Den Hartogh (zie ook Mevis in zijn noot onder Heringa) is de KNMG van mening dat stoppen met eten en drinken niet als zelfdoding dient te worden beschouwd, maar als het weigeren van een behandeling. Zie: KNMG en v&vn-handreiking *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen* (2014).

157 G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi, *NJB* 20-6-2014, afl 24, p. 1598-1605.

Ook de verdediging van A. Heringa heeft in hoger beroep bij het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden een beroep gedaan op artikel 8 EVRM. De verdediging bepleitte dat artikel 294, lid 2 Sr in deze concrete zaak geen toepassing zou mogen vinden wegens onverenigbaarheid met artikel 8, lid 1 EVRM.¹⁵⁸ Het hof wijst er in zijn arrest op dat de verdediging hierbij, onder meer, heeft gewezen op de uitspraak van het EHRM in de zaak Pretty, waaruit volgens de verdediging volgt dat onder de bescherming van artikel 8 EVRM ook iemands ‘personal autonomy’ valt en de wens (toekomstig) fysiek en geestelijk lijden te beëindigen door een zelfverkozen levenseinde.¹⁵⁹ Voorts dat de verdediging heeft aangevoerd dat uit de uitspraak van het EHRM in de zaak Koch kan worden afgeleid dat ook naasten van personen met een wens tot een zelfverkozen levenseinde op basis van artikel 8 EVRM bescherming toekomt.¹⁶⁰ De verdediging heeft aangevoerd dat deze bescherming zowel vorm kan krijgen als naaste *qualitate qua*, maar ook als afgeleide van de bescherming van de betrokkene zelf: de gedragingen van A. Heringa vallen volgens de verdediging dan ook onder de reikwijdte van artikel 8 lid 1 EVRM. De verdediging heeft verder aangevoerd dat de vervolging van A. Heringa niet voldoet aan de beperkingsclausule van artikel 8 lid 2 EVRM. Dit enerzijds omdat het door artikel 294, lid 2 Sr beschermde rechtsbelang – het leven als ‘objectief rechtsgoed’ – geen legitiem verdragsdoel zou zijn en anderzijds omdat beperking van Heringa’s recht niet noodzakelijk zou zijn in een democratische samenleving.¹⁶¹ Door de verdediging is dan ook aangevoerd dat artikel 294 lid 2 Sr in dit concrete geval op grond van artikel 94 van de Grondwet buiten toepassing zou moeten worden gelaten, nu toepassing van de nationale bepaling niet verenigbaar zou zijn met de eenieder verbindende verdragsbepaling van artikel 8 lid 1 EVRM. Om die reden diende A. Heringa te worden ontslagen van rechtsvervolging, wegens het niet als strafbaar feit kunnen kwalificeren van het bewezenverklaarde.¹⁶²

158 Pleitnotities van mr. J.T.E. Vis inzake de vervolging van A. Heringa, deel II van III van het gezamenlijk pleidooi met mr. W. Anker, desgevraagd aan de Adviescommissie verstrekt en door haar ingezien (Pleitnotities Heringa, deel II van III).

159 Ibid. punten 10-17 met verwijzing naar EHRM, Pretty v. het Verenigd Koninkrijk, 29 april 2002, app. no. 2346/02.

160 Ibid. punten 28-31 met verwijzing naar EHRM, Koch v. Duitsland, 19 juli 2012, app. no. 497/09.

161 Pleitnotities van mr. J.T.E. Vis inzake de vervolging van A. Heringa, deel II van III van het gezamenlijk pleidooi met mr. W. Anker, desgevraagd aan de Adviescommissie verstrekt en door haar ingezien (Pleitnotities Heringa, deel II van III), punten 34-46.

162 Ibid. punten 47-54.

Het hof heeft echter de vraag van de verdediging of in dit concrete geval artikel 294 lid 2 Sr wegens strijd met artikel 8 lid 1 EVRM buiten toepassing diende te worden gelaten, onbeantwoord gelaten, aangezien het hof al had geoordeeld dat het handelen van A. Heringa niet strafbaar was vanwege een geslaagd beroep op noodtoestand.¹⁶³ Volgens Den Hartogh had het op de weg van het hof gelegen op dit beroep op artikel 8 EVRM in te gaan.¹⁶⁴ De Vito wijst er op dat de verdediging in de zaak Heringa nadrukkelijk heeft bepleit dat het niet zozeer artikel 294 lid 2 Sr zelf is dat strijd met artikel 8 EVRM oplevert, maar veel meer de vervolging in de betreffende zaak en dat – nu er sprake was van een weloverwogen besluit van mevrouw Heringa en er geen sprake was van misbruik – vervolging in dit geval niet noodzakelijk was in een democratische samenleving. Zij wijst er tevens op dat nu het hof heeft geoordeeld dat A. Heringa moet worden ontslagen van alle rechtsvervolging Nederland gebruik heeft gemaakt van de door het EHRM benoemde mogelijkheid tot het maken van uitzonderingen.¹⁶⁵

Eén van de door de adviescommissie aan Hendriks en Buijsen voorgelegde vragen was of de stelling dat uit de uitspraak van het EHRM in de zaak Haas kan worden geconcludeerd dat niet alleen zelfdoding, maar ook de hulp daarbij beschermd wordt door artikel 8 EVRM, in zijn algemeenheid kan worden onderscheven.

Hendriks en Buijsen zijn beiden van opvatting dat hulp bij zelfdoding wel als *belang* wordt beschermd door artikel 8 EVRM, wat niet betekent dat het thans ook/reeds als recht wordt erkend. De implicaties van het feit dat hulp bij zelfdoding als *belang* wordt beschermd door artikel 8 EVRM lijken voor de Nederlandse euthanasiepraktijk en het huidige wettelijke kader gering. Het Hof laat het namelijk aan de verdragsstaten om zelf te bepalen op welke wijze zij het recht om zelf te beslissen over wijze en moment van zelfdoding wensen te faciliteren via het toekennen van aanspraken/positieve verplichtingen.

163 Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444; Zie over de volgorde van de beslissingen van het Hof op dit punt ook Mevis in zijn noot onder het arrest, TuGR 2015, p. 485-486

164 G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. NJB 2015-1626. Den Hartogh wijst er op dat de verdediging – anders dan zijn pleidooi voor een ‘grondrechtsconforme uitleg’ van art. 294 Sr – de voorkeur heeft gegeven aan een beroep op art. 94 Grondwet (Gw).

165 L. de Vito, Het recht op een zelfgekozen levenseinde, NJB, 14-08-2015, afl. 28.

3.6 BUITENLAND

Om een beeld te krijgen van de juridische stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) in andere landen heeft de adviescommissie (zoals bij 1.5 al is aangegeven) internationaal vergelijkend onderzoek verricht. In dit onderzoek zijn de volgende landen betrokken: België, Luxemburg, Zwitserland, Engeland & Wales, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Noorwegen, Zweden, Denemarken, de Verenigde Staten en Australië. Er is niet alleen gekeken naar de stand van zaken ten aanzien van de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) en mogelijke discussies over een eventuele wijziging hiervan, maar tevens naar de rol van de medische professie, standpunten van ethiek-comité's en de publieke opinie in de betreffende landen. Het voert te ver om in het kader van het onderhavige rapport bij genoemde landen op al deze onderzochte aspecten in te gaan. Wel heeft de adviescommissie op basis van de onderzoeksresultaten een beeld gekregen van de huidige stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding (en euthanasie) in de betreffende landen.

De onderzochte landen zijn grofweg als volgt onder te verdelen:

	Euthanasie ¹⁶⁶ wél strafbaar, hulp bij zelfdoding niet of niet onvoorwaardelijk strafbaar	Euthanasie en/of hulp bij zelfdoding door artsen onder bepaalde voorwaarden toegestaan	Hulp bij zelfdoding en euthanasie onvoorwaardelijk strafbaar
Duitsland	X		
Frankrijk	X		
Zwitserland	X		
Zweden ¹⁶⁷	X		
België		X	
Luxemburg		X	
6 Amerikaanse staten ¹⁶⁸		X	
Engeland & Wales			X
Oostenrijk			X
Noorwegen			X
Denemarken			X
Australië			X

Hoewel de juridische stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding en euthanasie in de onderzochte landen verschilt, is uit het onderzoek onder meer duidelijk geworden dat in de meeste van de onderzochte landen de problematiek rondom hulp bij zelfdoding/euthanasie speelt, in welke vorm dan ook. In veel landen is een groot deel van de bevolking weliswaar voorstander van enigerlei vorm van legalisering van euthanasie of hulp bij zelfdoding¹⁶⁹, maar staat de medische beroepsgroep daar veelal anders tegenover. Nederland neemt, samen met België en Luxemburg, ten opzichte van andere landen een uitzonderingspositie in gezien het feit

¹⁶⁶ Hierbij dient te worden opgemerkt dat euthanasie – waar in Nederland onder wordt verstaan ‘opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens uitdrukkelijk verzoek’ – als zodanig niet in alle onder deze categorie vallende landen strafbaar is gesteld. In landen waar ‘doden op verzoek’ niet expliciet strafbaar is gesteld wordt euthanasie beschouwd als moord of doodslag. In Noorwegen en Denemarken kan er – indien sprake is van doden op verzoek – een lagere straf worden opgelegd.

¹⁶⁷ In Zweden begaat een leek of een arts geen strafbaar feit indien hij bijdraagt aan de zelfdoding van een persoon. Een arts kan echter wel zijn autorisatie om het beroep van arts uit te oefenen verliezen indien hij hulp bij zelfdoding verleent. Zie: J. Griffiths et al, *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart publishing 2008, p. 429.

¹⁶⁸ Het betreft de staten Oregon, Washington, Vermont, Montana, New Mexico en Californië.

¹⁶⁹ Uit een recent onderzoek naar de publieke opinie inzake euthanasie (en dus niet hulp bij zelfdoding) in Europa is gebleken dat er in een kleine groep West-Europese landen

dat in deze drie landen wetgeving van kracht is op grond waarvan, onder bepaalde voorwaarden, een arts euthanasie dan wel hulp bij zelfdoding mag verrichten en dus niet strafbaar is. Op grond van het bestaan van een euthanasiewet in Nederland en het feit dat Nederland het eerste land ter wereld was met een dergelijke wet wordt veelal aangevoerd dat Nederland ver voor de troepen uit loopt. Duidelijk is echter dat in andere landen gedragingen/handelingen worden toegestaan die in Nederland niet worden toegestaan. Zo is in Duitsland, Frankrijk en Zwitserland hulp bij zelfdoding niet (of niet onvoorwaardelijk) wettelijk strafbaar gesteld.

Hieronder komen, per categorie, de meest recente, vermeldenswaardige zaken aan de orde ten aanzien van hulp bij zelfdoding en – waar van belang – euthanasie.

*Landen waar, anders dan euthanasie, hulp bij zelfdoding niet of niet onvoorwaardelijk strafbaar is gesteld*¹⁷⁰

Zowel in Duitsland als in Frankrijk heeft het niet strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding een juridische achtergrond: nu zelfbeschadiging en zelfdoding niet strafbaar is, is de hulp daarbij evenmin strafbaar (het vereiste van accessoriteit van de deelnemingsvorm).¹⁷¹

Over de vraag of hulp bij zelfdoding in Duitsland en Frankrijk dan ook nooit vervolgd kan worden, lopen de meningen uiteen. Naar aanleiding van een wetsvoorstel dat onlangs in Duitsland is aangenomen, is in ieder geval strafbaar geworden het bedrijfsmatig aanbieden van hulp bij zelfdoding (zie hieronder).

(Nederland, België, Luxemburg, Denemarken, Frankrijk, Zweden en Spanje) een relatief grote acceptatie ten aanzien van euthanasie bestaat. In een groot deel van Europa was echter sprake van relatief lage tot matige acceptatie waarbij een tendens werd waargenomen richting een polarisatie tussen oost- en west-Europa. Zie: J. Cohen et al, Public acceptance of euthanasia in Europe, *Int J Public Health* (2014) 59, 143-156.

170 Over de situatie in Zweden beschikt de adviescommissie over zeer beperkte informatie. Zweden zal hier dan ook buiten beschouwing worden gelaten.

171 Zie voor Duitsland: C. Grosse and A. Grosse, Assisted suicide: Models of legal regulation in selected European countries and the case law of the European Court of Human Rights. *Medicine, science and the law*, 2014, vol 54 (4); zie voor Frankrijk Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie (2012), p. 68, te raadplegen via www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000675.pdf. en

Duitsland

Delbeke wijst er op dat sommige Duitse auteurs van mening zijn dat men de plicht heeft om levensreddende hulp te geven aan de ‘kandidaat-zelfdoder’ zodra hij het bewustzijn heeft verloren. Andere auteurs spreken een dergelijke plicht echter weer tegen.¹⁷² Het *Bundesgerichtshof* heeft bepaald dat het bestaan van een dergelijke plicht (die ook voor een arts geldt) afhangt van de vraag of er sprake was van een uitdrukkelijk gewenst einde van het leven. De omstandigheden van het geval moeten worden gewogen om te onderzoeken of er sprake is van een ‘rationeel gewenste suïcide’. Als dat het geval is, dan bestaat er geen plicht om in te grijpen.¹⁷³

Afgezien van de vraag of hulp bij zelfdoding vervolgd kan worden, is het in de praktijk zo dat de meest ‘efficiënte’ en meest pijnvrije dodelijke middelen zijn onderworpen aan het *Betäubungsmittelgesetz* (Verdovingsmiddelenwet) waardoor de beschikbaarheid van deze middelen wordt beperkt. Daarnaast is het zo dat de *Bundesärztekammer* van mening is dat hulp bij zelfdoding geen aangelegenheid is voor artsen. In de *Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* is in artikel 16 een expliciet verbod op hulp bij zelfdoding (en levensbeëindiging op verzoek) door artsen opgenomen.¹⁷⁴

In Duitsland zijn vier wetsvoorstellen bij de Duitse Bondsdag ingediend met betrekking tot hulp bij zelfdoding. Het strengste wetsvoorstel voorziet in een algeheel verbod op hulp bij zelfdoding, het meest liberale wetsvoorstel beoogt *Sterbehilfeorganisationen* uitdrukkelijk toe te staan. Eén van de wetsvoorstellen is er op gericht (onder bepaalde voorwaarden) hulp bij zelfdoding door artsen uitdrukkelijk toe te staan.¹⁷⁵ Deze stand van zaken illustreert de grote verschillen van mening over het onderwerp. In *Der Spiegel* wordt aangegeven dat onder juristen grote twijfel bestaat of de voorliggende wetsvoorstellen verenigbaar zijn met de Duitse grondwet: drie van de vier wetsvoorstellen zijn mogelijk met de grondwet in strijd waardoor alleen het wetsvoorstel dat voorziet in een algeheel verbod op hulp bij zelfdoding over zou blijven. Echter, hiervoor zouden niet veel

J. Griffiths et al, *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart publishing 2008, p. 372 en 386. In Nederland heeft de wetgever – zoals besproken in 3.1 – een van de reguliere dogmatiek afwijkende regeling gecreëerd nu zelfdoding niet strafbaar is, maar hulp bij zelfdoding wel als zelfstandig delict.

172 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia 2012, p.337.

173 BGH 4 juli 1984, NJW 1984, 2639.

174 Zie: www.bundesaeztekammer.de/downloads/MBO_o8_20112.pdf.

175 Voor een overzicht van de verschillende wetsvoorstellen, zie een artikel in *Der Spiegel* van 27 juni 2015, *Wie wir sterben wollen*, p. 52-57.

voorstanders te vinden zijn. De Duitse Bondsdag wil het bedrijfsmatig aanbieden van hulp bij zelfdoding door organisaties of individuen verbieden. In dit kader wordt opgemerkt dat wat onder hulp bij zelfdoding moet worden verstaan echter betwistbaar is, omdat het begrip ‘bedrijfsmatig’ niet is gedefinieerd.¹⁷⁶

Gezien de vier sterk verschillende voorstellen en het hevige (en zoals de Bundestag het zelf noemt: emotionele) debat over de wetsvoorstellen¹⁷⁷, kan men concluderen dat hulp bij zelfdoding in Duitsland zich niet in een rustig vaarwater bevindt.

Op 6 november 2015 heeft de Duitse Bondsdag over de voorliggende wetsvoorstellen gestemd. Het wetsvoorstel dat voorziet in een verbod op het bedrijfsmatig aanbieden van hulp bij zelfdoding is aangenomen. Het betreffende verbod in het Duitse Wetboek van Strafrecht (StGB), artikel 217, luidt als volgt:

“Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

1 Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

2 Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.”

Op grond van deze aanpassing van het WvSr zullen in Duitsland de volgende activiteiten verboden zijn:

- 1 het verlenen van stervenshulp door verenigingen (bijvoorbeeld *Sterbehilfe Deutschland*);
- 2 het verrichten van voorbereidende handelingen voor hulp bij zelfdoding op Duits grondgebied door in Zwitserland opererende ‘right-to-die’-organisaties;
- 3 het bij herhaling verlenen van hulp bij zelfdoding door artsen of leken.¹⁷⁸

176 Zie: www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-bundestagsexperten-beanstanden-gesetzentwuerfe-a-1049838.html (geraadpleegd op 2 november 2015).

177 Zie www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436 (geraadpleegd op 15 december 2015).

178 Artikel *Die Welt* d.d. 6-11-2015, Bundestag stimmt für Verbot geschäftsmässiger Sterbehilfe; Artikel *Die Welt* d.d. 6-11-2015, Das steht beim Sterbehilfe. Showdown zur Wahl.

Critici van het aangenomen wetsvoorstel betogen dat één en ander zal leiden tot grote juridische onzekerheid aangezien het onduidelijk is wanneer een arts ‘zaken doet’.¹⁷⁹ Daarnaast lijkt deze bepaling in strijd met de dogmatische eis dat geen gronddelict bestaat, terwijl dit juist altijd de reden is geweest om hulp bij zelfdoding niet strafbaar te stellen.

Frankrijk

Ten aanzien van Frankrijk wijst Delbeke er op dat sommige Franse auteurs van mening zijn dat hulp bij zelfdoding vervolgd kan worden wegens schuldig verzuim, op grond van artikel 223-6 van de *Code Pénal* waarin een algemene plicht is opgenomen om hulp te verlenen aan iemand die in dreigend gevaar verkeert. Andere auteurs zijn echter van mening dat dit artikel zelden grond zal vormen voor strafrechtelijke vervolging in *right-to-die* zaken.¹⁸⁰

Dat hulp bij zelfdoding wel degelijk strafbaar kan zijn op grond van artikel 223-6 van de *Code Pénal* (schuldig verzuim) blijkt uit een recente veroordeling (1 jaar voorwaardelijke gevangenisstraf) op grond van dit artikel van een man die zijn echtgenote hulp bij zelfdoding heeft verleend door haar de benodigde dodelijke middelen te verstrekken. Of deze veroordeling ook in hoger beroep stand zal houden, dient te worden afgewacht.¹⁸¹

In Frankrijk is overigens – net als in Nederland – wél het aanzetten van iemand tot zelfdoding strafbaar (artikel 223-13 *Code Pénal*). Ook het verspreiden of publiceren van informatie over producten, objecten of methodes om zelfdoding te plegen (artikel 223-14 *Code Pénal*) is strafbaar. Of het verstrekken van middelen waarmee het leven kan worden beëindigd onder de strafbepaling met betrekking tot het aanzetten tot zelfdoding valt, daarover wordt verschillend gedacht. Aangevoerd wordt dat hierbij van belang is de vraag of de determinerende oorzaak van de zelfdoding bij de ‘kandidaat-zelfdoder’ zelf ligt.¹⁸²

179 Artikel NRC *Handelsblad* d.d. 7-11-2015, Bondsdag verbiedt hulp bij zelfdoding door stichtingen.

180 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia 2012, p.335 en J. Griffiths et al, *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart publishing 2008, p.386.

181 Zie: www.lemonde.fr/fin-de-vie/article/2015/10/27/jean-mercier-condamne-a-un-an-de-prison-avec-sursis-pour-avoir-aide-sa-femme-a-mourir_4797864_1655257.html (geraadpleegd op 2 november 2015).

182 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia 2012, p.334-336.

Ook in Frankrijk heeft de medische wereld zich tot nu toe altijd negatief tegen enige vorm van actieve levensbeëindiging uitgesproken omdat dit tegen de eed in zou gaan. In artikel 38 van de *Code de Déontologie Médicale* is bepaald dat een arts niet opzettelijk de dood bij een patiënt teweeg mag brengen.¹⁸³ Sinds de wet met betrekking tot de rechten van de patiënt uit 2002 (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) is de *Code Déontologie Médicale* opgenomen in de *Code de la Santé Publique* (artikel R.4127-1 t/m R4127-112). In 2005 is de zogenaamde ‘Loi Leonetti’¹⁸⁴ in werking getreden, waarmee is beoogd de rechten van patiënten aan het einde van hun leven te verbeteren. Met deze wet zijn verschillende aanpassingen in de *Code de la Santé Publique* doorgevoerd die het onder meer mogelijk maken dat artsen onder voorwaarden stoppen met een behandeling. Deze voorwaarden zijn voor een groot deel vergelijkbaar met de voorwaarden die in Nederland aan het verlenen van euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gesteld.

Griffiths et al wijzen er overigens op dat in Frankrijk in de praktijk door artsen wel degelijk euthanasie wordt uitgevoerd, maar dat heel weinig artsen hier voor vervolgd zijn. En dat het er bovendien op lijkt dat in een aantal zaken waarbij vervolging en veroordeling heeft plaatsgevonden van wat als euthanasie beschouwd moet worden, veroordeelden ofwel heel licht gestraft zijn of zelfs in het geheel niet. Een dergelijke milde houding van Franse rechters zou gelegen zijn in het feit dat de publieke opinie gevoelig is voor ‘euthanasie’ als een rechtens beschermenswaardige vorm van barmhartigheid in geval van ernstig lijden en dat men vindt dat degenen die hiertoe overgaan niet al te zwaar dienen te worden gestraft.¹⁸⁵

Ook in Frankrijk bestaat veel discussie over het levenseinde, de rol van de arts daarbij en eventuele wenselijkheid van wetswijziging, getuige het zeer uitgebreide rapport hierover van de in 2012 door president Hollande ingestelde ‘commissie Sicard’. In dit rapport stelt deze commissie

183 Ordre National des Médecins, *Code de Déontologie Médicale*, Édition Novembre 2012, te raadplegen via: www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf. Art. 38 luidt als volgt: ‘Le médecin doit accompagner le mourant jusqu’à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d’une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n’a pas le droit de provoquer délibérément la mort.’

184 LOI nr. 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droit des malades et à la fin de vie, te raadplegen via: www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT-000000446240&categorieLien=id.

185 J. Griffiths et al, *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart publishing 2008, p. 387-389; Euthanasie is als zodanig in de Franse *Code Pénal* niet strafbaar gesteld, vervolging vindt plaats op grond van doodslag of moord.

onder meer dat hulp bij zelfdoding nooit als alternatieve oplossing kan worden voorgesteld indien palliatieve behandeling of daadwerkelijke begeleiding ontbreken. De (volgens de commissie Sicard) zeer zeldzame gevallen dat iemand terminaal ziek is en palliatieve zorg de ondraaglijkheid van het lijden niet meer weg kan nemen, zouden aanleiding kunnen zijn voor de wetgever om in deze gevallen hulp bij zelfdoding – in de vorm van het voorschrijven van middelen door een arts – wel mogelijk te maken. De commissie noemt een aantal voorwaarden die in acht genomen zouden moeten worden indien de wetgever zou menen tot ‘dépénalisation’ van hulp bij zelfdoding over te moeten gaan waaronder:

- dat de patiënt zijn verzoek expliciet en herhaaldelijk kenbaar maakt;
- dat een college van artsen constateert dat sprake is van een einde van leven situatie;
- dat het verzoek autonoom en vrijelijk tot stand is gekomen;
- dat er geen alternatieve behandelingen zijn.

Benadrukt wordt dat het van belang is dat de patiënt zelf de middelen inneemt. Indien een derde de middelen toedient is er sprake van actieve euthanasie waar de commissie Sicard tegenstander van is, omdat het totaal indruist tegen het idee van de zorg.¹⁸⁶

Het Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) heeft in een advies van 30 juni 2013¹⁸⁷ geadviseerd om het debat over het einde van het leven te verlengen en uit te breiden.

Op 29 januari 2015 is door de Franse Assemblée Nationale een wetsvoorstel, waarmee werd beoogd euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen ('le suicide médicalement assisté') te legaliseren, terugverwezen naar de Commission des affaires sociales (een permanente commissie van de Assemblée Nationale die zich buigt over wetgeving).¹⁸⁸ Het wetsvoorstel strekte tot aanpassing van de Code de la Santé Publique, en beoogde euthanasie/hulp bij zelfdoding door artsen mogelijk te maken voor een meerderjarige die ondraaglijk lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte. Een commissie zou (achteraf) moeten controleren of aan de vereisten zou zijn voldaan.

186 Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie (2012), p. 100-101, te raadplegen via www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000675.pdf

187 Avis No. 121 – Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, CCNE, 30 juni 2013. Te raadplegen via: www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir#.VjeWjNlUeU

188 Proposition de loi visant à assurer aux patients le respect de leur choix de fin de vie, nr. 2435, déposée le 9 décembre 2014; te raadplegen via: www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/respect_choix_fin_vie_patients.asp.

Als dit niet het geval zou zijn, zou de zaak worden doorgestuurd naar de openbare aanklager. Door de indieners van het wetsvoorstel is er op gewezen dat (zoals hierboven is aangegeven) in Frankrijk op clandestiene wijze euthanasie wordt verricht en dat 90% van de Fransen voorstander is van legalisering van actieve stervenshulp ('de l'aide active à mourir').

Op 29 oktober 2015 heeft de Franse Senaat een wetsvoorstel aangenomen waarmee niet wordt beoogd de huidige juridische stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding en euthanasie te wijzigen, maar waarmee nieuwe rechten worden gecreëerd ten behoeve van zieken en mensen die aan het eind van hun leven zijn. Het betreft een verdere ontwikkeling van de eerder genoemde 'Loi Leonetti'. De wijzigingen hebben onder meer betrekking op de bevestiging van de rechten van zieken aan het einde van hun leven, de definiëring van het recht op palliatieve sedatie, de bevestiging van het recht van een zieke om een behandeling te weigeren, en het versterken van het toepassingsgebied van wilsverklaringen.¹⁸⁹

Een zaak waar in Frankrijk veel discussie over is geweest en die heeft bijgedragen aan het maatschappelijk debat over het levenseinde betreft de zaak van Vincent Lambert, waar uiteindelijk het EHRM zich over heeft uitgesproken.¹⁹⁰ Deze zaak betreft een man die (na een motorongeluk) sinds 2008 in chronisch neuro-vegetatieve staat in het ziekenhuis ligt en daar door kunstmatige voeding en hydratatie in leven wordt gehouden. De echtgenote van Lambert wilde de kunstmatige toediening van voedsel en vocht laten stopzetten wat in overeenstemming zou zijn met een door Lambert tijdens zijn leven (mondeling) geuite wens. Dit verzoek werd ondersteund door het medische team dat Lambert verzorgt. De ouders van Lambert verzetten zich hier echter tegen. De verantwoordelijke arts – die constateerde dat er bij Lambert sprake was van onomkeerbare hersenschade, dat de behandeling zinloos en disproportioneel was en dat Lambert de bestaande situatie niet zou hebben gewild – initieerde de vereiste procedure voor het staken van een geneeskundige behandeling. De arts besloot uiteindelijk dat de voeding en hydratatie moest worden stopgezet. De Conseil d'État concludeerde op 24 juni 2014 dat het stopzetten van de behandeling niet onrechtmatig zou zijn waarna de ouders van Lambert zich gewend hebben tot het EHRM. Volgens de ouders zou het stopzetten

189 Het betreft wetsvoorstel nr. 2512 van J. Leonetti en A. Claeys. Zie: www.senat.fr/espace_presse/actualites/201504/fin_de_vie_creeer_de_nouveaux_droits_en_faveur_des_malades.html

190 EHRM, 5 juni 2015, Appl. no. 46043/14 (Case of Lambert and others v. France).

van de kunstmatige voeding en hydratatie neerkomen op een schending van artikel 2 EVRM (recht op leven). Het EHRM overweegt dat het hier niet gaat om het actief beëindigen van het leven, maar om het beëindigen van een behandeling die het leven kunstmatig in stand houdt. Daarbij is volgens het EHRM geen sprake van een inbreuk op het recht op leven, maar van een niet-naleven van positieve verplichtingen. Het EHRM kent staten hierin echter een ruime *margin of appreciation* toe en komt – in het licht van de (wettelijke) waarborgen die in Frankrijk in dit kader bestaan – tot de conclusie dat artikel 2 EVRM niet is geschonden.¹⁹¹ Ondanks deze uitspraak van het EHRM hebben de artsen de behandeling uiteindelijk niet durven staken vanwege geuite dreigementen en vrees voor represailles. Een nieuwe rechtszaak werd aangespannen.¹⁹² Op 9 oktober 2015 is het verzoek van een neef van Lambert om de behandeling te staken, verworpen. De rechter was van oordeel dat het aan de artsen is om hierover te beslissen.¹⁹³

Zwitserland

Vaak wordt gedacht dat hulp bij zelfdoding in Zwitserland niet strafbaar is. Echter, hulp bij zelfdoding is strafbaar gesteld in artikel 115 van het Zwitserse *Strafgesetzbuch*: hulp bij zelfdoding is strafbaar indien deze hulp is verleend omwille van ‘egoïstische motieven’.¹⁹⁴

Hulp bij zelfdoding zonder ‘egoïstische motieven’ is dus niet strafbaar, ook niet als het niet-artsen betreft.¹⁹⁵ Ook wordt er geen vereiste gesteld ten aanzien van een specifieke ziekte of medische conditie van degene die om hulp bij zelfdoding vraagt. Sinds 1982 heeft zich een open praktijk van hulp bij zelfdoding ontwikkeld binnen het raamwerk van *right to die-organisations* (Exit en Dignitas).¹⁹⁶ Deze organisaties hebben gebruik

191 EHRC 2015/171 EHRM, 05-06-2015, 46043/14, m.nt. J.H. Gerards.

192 Zie in dit kader een artikel in *Trouw* d.d. 30 september 2015, Opnieuw juridisch circus rond vegeterende Vincent Lambert.

193 Zie artikel *Le Monde*, 9 oktober 2015, Vincent Lambert : la justice administrative rejette la demande d’arrêt des traitements, te raadplegen via: www.lemonde.fr/fin-de-vie/article/2015/10/09/vincent-lambert-la-justice-administrative-rejette-la-demande-d-arret-des-traitements_4786245_1655257.html.

194 Art. 115 StGb: ‘Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord. Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.’

195 Delbeke wijst er op dat bij egoïstische of zelfzuchtige motieven gedacht dient te worden aan materiële motieven, haatmotieven en publiciteit. Zie: E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia 2012, p. 339-340.

196 J. Griffiths et al, *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart publishing 2008, p. 471 e.v.

gemaakt van het feit dat er in Zwitserland geen specifieke regelgeving is met betrekking tot hulp bij zelfdoding (anders dan het strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding verleend omwille van ‘egoïstische motieven’). Er zit niet zozeer een expliciet liberaal beleid achter in Zwitserland.¹⁹⁷

In 2004 heeft de Zwitserse Academie voor Medische Wetenschappen (SAMW) nieuwe richtlijnen uitgevaardigd waarin zij – in tegenstelling tot een eerder door haar ingenomen standpunt waarbij de SAMW stelde dat er voor hulp bij zelfdoding geen plaats was in de medische praktijk – heeft aangegeven dat als een arts, in overeenstemming met zijn geweten, besluit hulp bij zelfdoding te verlenen, zijn besluit dient te worden gerespecteerd. In de richtlijnen is een aantal voorwaarden geformuleerd waaraan voldaan moet zijn. Zo moet een patiënt zich in de terminale fase van zijn ziekte bevinden, moeten alternatieven met de patiënt zijn besproken en moet een patiënt wilsbekwaam zijn. De wens moet weloverwogen zijn, zonder druk van buitenaf ontstaan en de patiënt moet volharden in zijn wens. Dit moet geverifieerd zijn door een derde persoon, niet noodzakelijkerwijze een arts. Het moet de patiënt zelf zijn die de laatste stap in het proces zet.¹⁹⁸ De richtlijnen van de SAMW zijn geïncorporeerd in de professionele code van de Swiss Medical Association en zijn daarmee bindend voor alle beroepsbeoefenaren.¹⁹⁹ In 2006 heeft het Zwitserse *Bundesgericht* in een uitspraak bepaald dat er strengere regels worden gesteld wanneer de hulp bij zelfdoding wordt verricht door een arts:

- 1 de patiënt moet zijn levenseinde naderen;
- 2 alternatieven moeten zijn besproken;
- 3 de arts moet ervan overtuigd zijn dat de patiënt wilsbekwaam is en dat zijn verzoek weloverwogen, duurzaam en vrijwillig is. Dit moet ook door een onafhankelijke derde (niet per definitie een arts) worden gecontroleerd.

Door het *Bundesgericht* is ook aanvaard dat artsen hulp bij zelfdoding verlenen aan mensen met een ongeneeslijke psychische aandoening.²⁰⁰

197 R. Andorno, Nonphysician-Assisted Suicide in Switzerland, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2013), 22, 246-253.

198 SAMW, *Medical-ethical guidelines. End of life care*, herziene versie 2013, te raadplegen via: www.samw.ch/en/Ethics/Guidelines/Currently-valid-guidelines.html

199 R. Andorno, Nonphysician-Assisted Suicide in Switzerland, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2013), 22, 246-253.

200 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia 2012, p.346.

Zowel Exit als Dignitas maken op hun websites melding van het feit dat zij beschikken over aan hen gelieerde artsen die eventueel een recept voor zelfdodingsmiddelen kunnen uitschrijven. In de praktijk blijkt dat 92% van de hulp bij zelfdoding door artsen wordt verleend binnen het raamwerk van *right to die-societies*. Hulp bij zelfdoding door artsen buiten dit raamwerk lijkt zeldzaam te zijn. Hulp bij zelfdoding door leken (buiten deze organisaties) met niet-medische middelen lijkt nog minder voor te komen (of de autoriteiten zijn hiervan niet op de hoogte); cijfers zijn niet bekend.²⁰¹

Landen waar euthanasie en/of hulp bij zelfdoding door artsen onder bepaalde voorwaarden is toegestaan

België

Aanvankelijk bestond er in België onduidelijkheid over de vraag of de Belgische euthanasiewet²⁰² zich ook uitstreckte tot hulp bij zelfdoding. In deze wet wordt namelijk niet van hulp bij zelfdoding gesproken, enkel van euthanasie.²⁰³ Na de invoering van de euthanasiewet hebben zowel de Orde van Geneesheren²⁰⁴ als de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie²⁰⁵ hulp bij zelfdoding door een arts gelijkgesteld aan euthanasie, voor zover alle voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie zoals bepaald in de euthanasiewet vervuld zijn.

201 J. Griffiths et al, 'Euthanasia and Law in Europe, Portland: Hart publishing 2008, p. 476.

202 In België van kracht sinds 23 september 2002.

203 Adams en Nys wijzen er op dat het lijkt of de Belgische wetgever – ondanks de kritiek van de Raad van State – deze keuze bewust heeft willen maken. Een reden hiervoor zou volgens hen kunnen zijn dat het Belgische strafrecht hulp bij zelfdoding niet expliciet strafbaar stelt. Zij wijzen er echter op dat hulp bij zelfdoding wel degelijk op een indirecte wijze strafbaar kan zijn, namelijk wanneer er sprake is van schuldig verzuim wegens het niet verlenen van hulp aan een persoon in groot gevaar (art. 422bis en 422ter Belgische Strafwetboek). De vooronderstelling is dan dat een persoon die zelf moord wenst te plegen hiervan moet worden weerhouden, aangezien hij of zij in groot gevaar verkeert. Zie: M. Adams en H. Nys, 'De Belgische euthanasiewet in rechtsvergelijkend perspectief', p. 40, in: M.Adams et al, 'Euthanasie – nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie', Utrecht: Kok-Kampen 2003.

204 Zie: Orde van Geneesheren, 'Advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde', 22 maart 2003, te raadplegen via: www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/advies-betreffende-palliatieve-zorg-euthanasie-en-andere-medische-beslissingen-omtrent-het-levenseinde.

205 Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, *Eerste verslag aan de wetgevende kamers*, 22 september 2002 – 31 december 2003, te raadplegen via: health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm#.VSvEtdJ03xl.

Op 28 februari 2014 is door het Belgische parlement een wetsvoorstel aangenomen dat euthanasie bij wilsbekwame minderjarigen mogelijk maakt. Er is geen leeftijdsgrens meer verbonden aan euthanasie/hulp bij zelfdoding door artsen in België. Een van de redenen voor deze uitbreiding van de euthanasiewet is om rechtszekerheid te geven aan hulpverleners. In de praktijk gaven artsen bij niet te genezen lijden bij kinderen vaak al medicatie die de dood bespoedigde dan wel veroorzaakte. De onmogelijkheid om hierover te praten bracht onwenselijke spanningen met zich mee.²⁰⁶ Verlichten van het lijden en meer transparantie creëren zijn overwegingen die aan het wetsvoorstel ten grondslag hebben gelegen. Uit peilingen is gebleken dat 74% van de Belgen voor uitbreiding van de wet was.²⁰⁷

In België ontstond discussie over een verzoek om euthanasie door een geïnterneerde, F. van den Bleeken, (zedendelinquent, niet behandeld voor zijn stoornis), die in 2014 toestemming kreeg van Justitie om in een ziekenhuis met behulp van euthanasie te overlijden aangezien hij ondraaglijk leed aan een ongeneeslijke psychiatrische aandoening. Er was veel kritiek op het feit dat aan deze gedetineerde hiertoe toestemming was gegeven aangezien het in België ontbreekt aan (adequate) behandeling van dergelijke gedetineerden. Bovendien was er in Nederland wel een mogelijkheid om de gedetineerde de benodigde behandeling te geven. Volgens Distelmans – palliatief arts, euthanasie-expert en voormalig behandelend arts van de gedetineerde – mag een euthanasievraag van een geïnterneerde geen verlengstuk zijn van een falend systeem.²⁰⁸ Deze zaak werd beschouwd als een ethisch dieptepunt voor beleid en euthanasiewet.²⁰⁹ De arts die uiteindelijk de euthanasie zou uitvoeren, zag daar op het laatste moment vanaf.²¹⁰

Verenigde Staten

In de overgrote meerderheid van de Amerikaanse staten is hulp bij zelfdoding strafbaar. De meeste staten voorzien in een specifieke strafbepaling waarin alle vormen van hulp bij zelfdoding worden verboden; andere staten

206 Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 7 februari 2014, verslag n.a.v. wetsvoorstel. Doc. 3245/004 p.6.

207 Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 7 februari 2014, verslag n.a.v. wetsvoorstel, doc. 3245/004. p.47.

208 F. van Garderen en A. De Boek, Distelmans over geïnterneerde die euthanasie mag plegen: “Slachtoffer van ziekte of beleid?”, *De Morgen*, 16 september 2014.

209 W. Lemmens, Te laat, hij wil niet meer leven, *De Morgen*, 16 september 2014.

210 Toch geen euthanasie voor Frank Van Den Bleeken, *De Volkskrant* d.d. 6 januari 2015.

hebben geen specifieke wetgeving, maar volgt strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding uit het common law. In sommige staten is de status van hulp bij zelfdoding niet duidelijk (o.m. District of Columbia, Utah).²¹¹

In Oregon, Washington en Vermont is, evenals in Nederland, hulp bij zelfdoding strafbaar (evenals euthanasie), maar zijn bij wet bepaalde voorwaarden gesteld op grond waarvan hulp bij zelfdoding niet strafbaar is. Zo mag hulp bij zelfdoding alleen verleend worden door een arts aan een wilsbekwame en terminaal zieke volwassene. Alleen patiënten die lijden aan een ongeneeslijke aandoening en van wie te verwachten is dat zij binnen 6 maanden of binnen een ‘relatief korte tijd’ zullen komen te overlijden vallen binnen het wettelijk kader. Naast deze drie staten waar hulp bij zelfdoding voorwaardelijk is gedepenaliseerd, zijn er twee staten waar hulp bij zelfdoding door een arts onder bepaalde voorwaarden niet strafbaar is op grond van een rechterlijke uitspraak: Montana (2009) en New Mexico (2014).²¹² Er moet sprake zijn van een wilsbekwame, terminaal zieke patiënt.

Op 11 september 2015 heeft de senaat van de staat Californië ingestemd met een wetsvoorstel op grond waarvan een arts aan terminaal zieke patiënten hulp bij zelfdoding mag verlenen. Het wetsvoorstel is geënt op de *Oregon Death with Dignity Act* (1997), maar behelst een aantal belangrijke wijzigingen: zo verloopt de betreffende Californische wet na 10 jaar en dient dan opnieuw te worden goedgekeurd. Ook moet een arts onder vier ogen spreken met de patiënt die wenst te sterven, om ervoor te zorgen dat niemand gedwongen kan worden om zijn of haar leven te beëindigen.²¹³ Het wetsvoorstel is op 5 oktober 2015 door de gouverneur van Californië ondertekend.²¹⁴

In meer dan de helft van de Amerikaanse staten zijn wetsvoorstellen ingediend om hulp bij zelfdoding op enigerlei wijze te legaliseren.²¹⁵

211 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Antwerpen: Intersentia 2012, p. 333.

212 D. Orentlicher, *The Changing Legal Climate for Physician Aid in Dying*, JAMA, May 21, 2014, Vol 311, Nr 19.

213 *The New York Times*, 11 september 2015, California Legislature Approves Assisted Suicide, te raadplegen via: www.nytimes.com/2015/09/12/us/california-legislature-approves-assisted-suicide.html?_r=0

214 Zie: *Los Angeles Times*, 5 oktober 2015, After struggling, Jerry Brown makes assisted suicide legal in California, te raadplegen via: www.latimes.com/local/political/la-me-pc-gov-brown-end-of-life-bill-20151005-story.html. Zie tevens: *De Volkskrant*, 6 oktober 2015, Euthanasie legaal bij terminale patiënten.

215 Voor een overzicht van de stand van zaken ten aanzien van ‘Death with Dignity Legislation’ in de Verenigde Staten, zie: www.deathwithdignity.org/advocates/national

Landen waar het verrichten van hulp bij zelfdoding en euthanasie onvoorwaardelijk strafbaar is gesteld

Engeland & Wales

In Engeland en Wales, waar hulp bij zelfdoding expliciet strafbaar is gesteld²¹⁶ en euthanasie wordt beschouwd als moord of doodslag (waarin de motieven van de arts noch de instemming van de patiënt verandering kunnen brengen)²¹⁷, keert het onderwerp hulp bij zelfdoding regelmatig terug in de discussie. Dit volgt niet alleen uit rechtszaken die in verband met het verbod op hulp bij zelfdoding zijn ingesteld (zowel voor de nationale rechter als voor het EHRM²¹⁸), maar ook uit het feit dat al verschillende malen een wetsvoorstel tot aanpassing van het verbod op hulp bij zelfdoding bij het Britse parlement is ingediend. Tot op heden heeft dit niet tot aanpassing van de wet- en regelgeving geleid. Nog zeer recent heeft het Britse Lagerhuis een wetsvoorstel, dat ertoe strekte om hulp bij zelfdoding door artsen aan ongeneeslijk zieken mogelijk te maken, met grote meerderheid verworpen.²¹⁹

Hoewel hulp bij zelfdoding expliciet strafbaar is gesteld, wordt er niet per definitie vervolging ingesteld: in artikel 2(4) *Suicide Act 1961* is namelijk bepaald dat ‘No proceedings shall be instituted for an offence under this section except by or with the consent of the Director of Public Prosecutions’. Griffiths et al geven aan dat er erg weinig vervolgingen hebben plaatsgevonden.²²⁰ Shaw merkt op dat ‘Although assisting suicide is a criminal offence in the UK, no health professional has been convicted in spite of anecdotal

216 Hulp bij zelfdoding (al dan niet door een arts verleend) is expliciet strafbaar gesteld in art. 2(1) van de *Suicide Act 1961*;

217 J. Griffiths et al, ‘Euthanasia and law in Europe’, Hart Publishing, Oxford and Portland, Oregon, 2008, p. 359; S. McLean, ‘United Kingdom – The illegality of euthanasia’, p. 98, in: *Ethical eye – Euthanasia, Volume II, National and European perspectives*, Council of Europe Publishing, January 2004.

218 In dit kader kan onder meer worden gewezen op de eerder besproken zaak *Pretty v. Verenigd Koninkrijk* (EHRM 29 april 2002, appl. No. 2346/02) en op de zaken *Nicklinson en Lamb die*, na hun klacht aan de nationale rechter te hebben voorgelegd (zie in dit kader: R. van der Hulle, ‘Hulp bij zelfdoding in Engeland en Wales – Verandering in zicht?’, *NJB* 16-1-2015, afl. 2), gezamenlijk hun zaak hebben voorgelegd aan het EHRM (*Nicklinson en Lamb v. Verenigd Koninkrijk*, EHRC 2015/210 EHRM, 23-06-2015, 2478/15, 1787/15), zie 3.5.1.

219 *The Guardian* 12-9-2015 *Assisted dying bill overwhelmingly rejected* bij MP’s; *The Independent* 11-9-2015, *Assisted dying bill. MP’s overwhelmingly reject plans to legalise procedure for people with terminal illnesses*; *Financial Times* 11-9-2015, *UK Parliament votes heavily against assisted suicide*.

220 Griffiths et al, *Euthanasia and law in Europe*. Hart Publishing, Oxford and Portland, Oregon, 2008, p.364.

evidence and voluntary disclosures'.²²¹ Tot 2010 waren er geen openbare richtlijnen ten aanzien van het vervolgingsbeleid van de Director of Public Prosecutions (DPP). Naar aanleiding van de zaak *Purdy v. Director of Public Prosecutions* (2009) werd de DPP verplicht zijn vervolgingsbeleid bekend te maken.²²² In de 'Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide' (februari 2010)²²³ is onder meer aangegeven dat vervolging minder waarschijnlijk is indien:

- 1 de beslissing van 'the victim' overwogen, duidelijk, duurzaam en geïnformeerd was;
- 2 de verdachte enkel uit medeleven handelde;
- 3 de handelingen van de verdachte enkel minimaal waren;
- 4 de verdachte heeft getracht 'the victim' op andere gedachten te brengen;
- 5 de verdachte met tegenzin toegang aan de vastberaden wil van 'the victim';
- 6 de verdachte de zelfdoding heeft aangegeven bij de politie en zijn volledige medewerking aan het onderzoek biedt.

Vervolging ligt wél voor de hand indien bijvoorbeeld: 'the suspect was acting in his or her capacity as a medical doctor, nurse, other healthcare professional, a professional carer [whether for payment or not], or as a person in authority, such as a prison officer, and the victim was in his or her care'. Wat de vervolging van euthanasie betreft wijst McLean er op dat ondanks de klaarblijkelijke duidelijkheid van het recht over het illegale karakter van 'actieve euthanasie' (waaronder wordt verstaan het opzettelijk doden van een persoon op diens verzoek) en ondanks bewijs dat artsen betrokken zijn bij de dood van hun patiënten, ook al is dit in strijd met de strafwet, dit zelden tot vervolging heeft geleid. En indien dit al het geval is geweest, was er sprake van een 'reluctance of British juries to convict a

221 J. Shaw, Recent Developments in the Reform of English Law on Assisted Suicide, *European Journal of Health Law* 16 (2009) 336.

222 E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia, p. 331-332.; J. Shaw, Recent Developments in the Reform of English Law on Assisted Suicide, *European Journal of Health Law* 16 (2009) 339.

223 The Director of Public Prosecutions, *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, February 2010. Te raadplegen via www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html.

medical practitioner of serious crime when the charge arises from what they see as his considered medical judgement'.²²⁴

Oostenrijk

In Oostenrijk heeft de Oostenrijkse Ärztekammer (ÖÄK) op 12 februari 2015 een standpunt ingenomen over hulp bij zelfdoding en euthanasie. Aanleiding voor dit standpunt was het standpunt van de Bioethikkommission van 9 februari 2015²²⁵, waarin de commissie te kennen gaf een voorstander te zijn van versoepeling van het verbod op hulp bij zelfdoding (familieleden, naasten en artsen zouden hulp bij zelfdoding moeten kunnen verlenen aan een ongeneeslijk zieke met beperkte levensverwachting.) De ÖÄK heeft zich echter uitdrukkelijk tegen 'aktive Sterbehilfe' en 'assistierter Selbstmord' uitgesproken aangezien dit volgens de ÖÄK niet te verenigen is met het artsenethos.²²⁶

224 S. McLean, United Kingdom. The illegality of euthanasia, p. 98, in: *Ethical eye – Euthanasia, Volume II, National and European perspectives*, Council of Europe Publishing, January 2004.

225 Stellungnahme der Bioethikkommission vom 9. Februar 2015, *Sterben in Würde*, Te raadplegen via: www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509

226 Österreichische Ärztekammer, *Ärztekammer lehnt assistierten Selbstmord ab*, 12 februari 2015, zie: www.aerztekammer.at/archiv1/-/asset_publisher/3yDY/content/arztekammer-lehnt-assistierten-selbstmord-ab/10431.

4 Empirische gegevens en maatschappelijke context ‘voltooid leven’

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op relevant onderzoek dat is verricht naar de groep mensen die hun leven ‘voltooid’ achten en om die reden een doodswens hebben en op de maatschappelijke context van deze problematiek. Voor de relevante onderzoeksgegevens is voor een belangrijk deel gebruik gemaakt van de in 2014 in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opgestelde kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*.¹

In 4.1 komt de beschikbare kennis over de omvang van deze groep mensen aan de orde. In 4.2 wordt ingegaan op de kenmerken van de groep mensen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten. In 4.3 wordt aangegeven welke factoren aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van een wens tot levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’. In 4.4 wordt ingegaan op de groep mensen die hun leven ‘voltooid’ achten en daadwerkelijk tot zelfdoding overgaan. In 4.5 komt de maatschappelijke aanvaarding van het zelfgekozen levenseinde in geval van ‘voltooid leven’ en eventuele hulp daarbij aan de orde, waarbij zowel wordt gekeken naar de publieke opinie als naar de opvattingen van verschillende maatschappelijke en professionele organisaties hierover. In de verschillende in dit hoofdstuk aangehaalde onderzoeken worden veelal verschillende termen en omschrijvingen gebruikt voor de onderzochte problematiek. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten in dit hoofdstuk is zoveel mogelijk de oorspronkelijke terminologie aangehouden.

4.1 OMVANG VAN DE GROEP MENSEN DIE EEN WENS TOT LEVENSBEËINDIGING HEBBEN OMDAT ZIJ HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN

In de kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde* wordt een overzicht gegeven van de bevindingen van diverse vragenlijst- en interview-

1 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*, ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014.

studies rondom de problematiek van ouderen en het zelfgekozen levens-einde.² De afbakening van de groep ouderen waar deze studies zich op richtten was verschillend. Onderzoek naar de omvang van de groep ouderen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten zonder dat zij aan een (ernstige) medisch classificeerbare aandoening lijden bleek niet beschikbaar.

LASA-cohort (2005-2006)

In 2005/2006 vonden Rurup en collega's in een representatieve groep van Nederlandse ouderen van 65 jaar en ouder (het LASA-cohort) dat 15% van hen ooit wel eens doodsgedachten of -wensen had gehad.³ Daarnaast had 3,4% van deze groep een actuele doodswens en/of verminderde wens tot voortleven. Als dit laatste percentage wordt vertaald naar de totale Nederlandse bevolking zouden bijna 100.000 ouderen in Nederland een doodswens of verminderde wens om voort te leven hebben. Onbekend is echter hoeveel ouderen in het LASA-cohort een duurzame en actieve wens tot levensbeëindiging hadden, dat wil zeggen bereid waren tot het verrichten van handelingen om het leven daadwerkelijk te (laten) beëindigen. Ook is onbekend bij hoeveel van hen de doodswens voortkwam uit lijden als gevolg van een of meer al dan niet ernstige medische aandoeningen.

Tweede evaluatie WTL (2012)

Ook de tweede evaluatie van de WTL biedt geen duidelijke cijfers maar geeft wel een indruk van de omvang van de groep mensen die een wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten.⁴ Uit dit onderzoek bleek dat in 2011 ongeveer 400 mensen in Nederland hun huisarts verzochten om euthanasie of hulp bij zelfdoding zonder dat zij een ‘ernstige’ medisch classificeerbare aandoening hadden. Onbekend is hoeveel van deze verzoeken van ouderen afkomstig waren en in hoeverre er bij deze mensen sprake was van ‘niet-ernstige’ medische aandoeningen (een stapeling van ouderdomsklachten).

- 2 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, Kennissynthese. *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*, ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, p. 15-41.
- 3 M.L. Rurup, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, A.J.F.M. Kerkhof, B.D. Onwuteaka-Philipsen, Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors, *Crisis* 2011;32(4):194-203.
- 4 A. van der Heide, J. Legemaate, B. Onwuteaka-Philipsen, E. Bolt, I. Bolt, H. van Delden et al, *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag, ZonMw, december 2012.

Stichting Levensindekliniek (SLK) (2012-2013), Stichting de Einder (2012-2013), Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde (NVVE) (2010-2015)

Bij de SLK kwamen in het eerste jaar van haar bestaan (2012) 75 hulpvragen binnen (10,5% van het totaal aantal aanmeldingen) waarbij er geen medische grond voor het lijden benoemd was in de aanmelding. De SLK rubriceert deze groep als ‘voltooid leven’.⁵ In 2013 ontving de SLK 83 euthanasieverzoeken vanwege ‘voltooid leven’ (11% van het totaal aantal aanmeldingen).⁶ In het jaarverslag over 2014 wordt ‘voltooid leven’ niet (meer) als specifieke categorie genoemd. Bij 81 aanmeldingen is sprake van ‘multiple ouderdomsklachten’ (7% van het totaal aantal aanmeldingen).⁷ Bij Stichting de Einder kwamen in 2013 73 hulpvragen binnen (16% van de hulpvragers) waarbij psychisch lijden het voornaamste onderliggende lijden vormde, waarbij vooral ‘voltooid leven’, ‘klaar met leven’, ‘lijden aan het leven’ en ‘existentieel lijden’ worden genoemd alsmede ‘(jeugd)trauma’s’ en ‘eenzaamheid’. Niet duidelijk is in hoeveel gevallen sprake is van ‘voltooid leven’ in engere zin. Bij 115 hulpvragers (24%) is er geen sprake van een ziekte.⁸ Bij de NVVE vroegen in de periode januari 2010 tot juli 2015 790 mensen om advies vanwege ‘voltooid leven’-problematiek.⁹ Voor al deze hulp- en adviesvragen is onbekend in hoeverre er bij betrokkenen sprake was van (ernstige of niet-ernstige) medische aandoeningen.

Focusgroep-bijeenkomsten (2015)

Tijdens de drie focusgroep-bijeenkomsten die in opdracht van de adviescommissie zijn gehouden (zie 1.5) gaven SCEN-artsen aan dat zij zelden in consult geroepen worden bij verzoeken om levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ zonder dat er ondraaglijk lijden met een medische grondslag aanwezig is. Zij verwachten voor de komende jaren wel een duidelijke toename van dergelijke verzoeken in verschillende geledingen van de samenleving.¹⁰

5 Rapportage Jaar 1 – Levensindekliniek, 28 februari 2013, te raadplegen via: www.levensindekliniek.nl/wp-content/uploads/2013/03/2013-02-feb-rapportage.pdf

6 Levensindekliniek, *Jaarverslag 2013*, te raadplegen via: www.levensindekliniek.nl/jaarverslag-2013/

7 Levensindekliniek, *Jaarverslag 2014*, te raadplegen via: www.levensindekliniek.nl/jaarverslag-2014/

8 Stichting De Einder, *Jaarverslag 2013*.

9 Rapport *Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*. NVVE 17 juli 2015, p. 5.

10 Het rapport dat naar aanleiding van de focusgroep-bijeenkomsten is opgesteld, is te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/cv1

Uit het voorgaande blijkt dat niet duidelijk is wat de omvang is van de groep mensen die een actuele en actieve wens tot levensbeëindiging hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten. Hun aantal lijkt echter klein, zeker als het gaat om mensen bij wie de wens tot levensbeëindiging niet gerelateerd is aan medische problematiek. De groep ouderen die op termijn het leven zou willen kunnen beëindigen ook als er geen sprake is van ondraaglijk lijden met een medische grondslag is veel groter. Een aanwijzing voor de omvang van deze groep komt uit onderzoek naar de publieke opinie over de mogelijkheid dat hoogbejaarden medicatie kunnen krijgen om het leven te beëindigen. In 2010 was 31% van de volwassen bevolking vóór die mogelijkheid.¹¹ Een andere aanwijzing is het feit dat de initiatiefgroep Uit Vrije Wil in korte tijd bijna 117.000 steunbetuigingen verzamelde. Ook uit het recent door NRC Handelsblad uitgevoerde onderzoek onder haar lezers over euthanasie (waarop 3.264 lezers reageerden) blijkt dat een meerderheid (onder wie opvallend veel artsen) wel iets ziet in een ‘laatste-wil-pil’: op de vraag ‘Moet een oudere (75+) in Nederland kunnen beschikken over een middel waarmee deze persoon zelf het leven kan beëindigen wanneer hij of zij de tijd daarvoor rijp acht?’ antwoordde 44% ‘Ja en dit middel zou ook verkrijgbaar moeten zijn voor patiënten die uitzichtloos lijden en onbehandelbaar zijn, ongeacht hun leeftijd; 15% antwoordde ‘Ja’ en 4% ‘Ja, maar alleen als zij ernstig ziek zijn’.¹²

4.2 KENMERKEN VAN DE GROEP MENSEN DIE EEN WENS TOT LEVENSBEËINDIGING HEBBEN OMDAT ZIJ HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN

Er is geen kwantitatief onderzoek verricht waarin in kaart is gebracht wat de kenmerken zijn van de groep mensen met een wens tot levensbeëindiging omdat het leven ‘voltooid’ is zonder dat daar een medische grondslag voor is.

LASA-Cohort (2005-2006)

Ouderen met een wens tot levensbeëindiging uit het LASA-cohort, van wie dus niet bekend is in hoeverre hun wens duurzaam en actief was en/of

11 J.J.M. van Delden, A. van der Heide, S. van de Vathorst, H. Weyers, D.G. van Tol, *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.

12 Euthanasie, verder gaan dan de wet. NRC Handelsblad, 31 oktober 2015.

gerelateerd was aan een medische aandoening, waren vaker eenzaam en hadden vaker depressieve symptomen en het gevoel weinig zeggenschap over het eigen leven te hebben dan ouderen die geen wens tot levensbeëindiging hadden.¹³ Daarnaast hadden zij meer gezondheids-, visus-, gehoor- en spraakproblemen. Bovendien waren zij vaker 75 jaar of ouder en hadden zij vaak een klein sociaal netwerk. Alhoewel 67% van de ouderen met een actuele doodswens depressieve symptomen vertoonde, leed slechts 20% aan een depressieve stoornis. Een kwart van de ouderen met een actuele doodswens in dit cohort beschouwde de eigen gezondheid als uitstekend of goed.

NVVE (2015)

Uit een analyse van de NVVE van een willekeurige selectie van 20 verzoeken om advies van personen die hun leven 'voltooid' achtten, blijkt dat het soms vele jaren kan duren voordat een latente doodswens zich ontwikkelt tot een actuele actieve doodswens.¹⁴ Bij deze 20 verzoeken ging het vaak om 'intelligente', 'goed verzorgde' en 'assertieve' vrouwen van boven de 80 jaar, die alleen en zelfstandig woonden en een beperkt sociaal netwerk hadden.

Van Wijngaarden, Leget en Goossensen (2015)

Van Wijngaarden en collega's interviewden in 2013 25 ouderen van boven de 70 jaar die hun leven als 'voltooid' beschouwden en de wens hadden om hun levenseinde zelf te bepalen; ook deze geïnterviewden waren vaak goed opgeleid en alleenwonend.¹⁵

4.3 FACTOREN DIE LEIDEN TOT HET ONTSTAAN VAN DE WENS TOT LEVENSBEËINDIGING VANWEGE EEN 'VOLTOOID LEVEN'

Rurup et al (2011)

Rurup en collega's vonden in diepte-interviews met ouderen met een actuele doodswens dat traumatische life-events, een leven met opeenvolgende tegenslagen en verdriet, slechte kwaliteit van leven door ouder-

13 M.L. Rurup, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, A.J.F.M. Kerkhof, B.D. Onwuteaka-Philipsen, Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis* 2011;32(4):194-203.

14 Rapport *Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*. NVVE 17 juli 2015, p. 5.

15 E. van Wijngaarden et al, Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine* (2015) 1-8.

domsproblemen en/of medische aandoeningen en herhaalde depressies factoren waren die bijdragen aan het ontstaan van een doodswens.¹⁶

Deze factoren leidden bij sommige ouderen tot het gevoel geen controle meer te hebben over het eigen leven en tot ontevredenheid met de bestaande situatie. Volgens de onderzoekers kan het ontwikkelen van een doodswens in dergelijke situaties voor ouderen – bewust of onbewust – een manier zijn om controle over het leven terug te krijgen. De meeste ouderen in het onderzoek van Rurup en collega's hadden al vele jaren een doodswens, die echter wel kon samengaan met een wens om voort te leven. Deze doodswens werd niet altijd als heel belastend ervaren, maar deze ouderen dachten wel veel na over de situatie die de aanleiding was voor hun gedachten aan de dood. De meesten van hen hadden geen plannen om op korte termijn het leven te beëindigen.

Defesche (2011)

Defesche hield in 2010 en 2011 interviews met (nabestaanden van) ouderen die hun leven 'voltooid' noemden.¹⁷ Uit deze interviews kwam een groot aantal factoren die kunnen leiden tot een doodswens naar voren: een slechte gezondheid, gebrek aan mobiliteit, uitgeputte coping-strategieën, fysieke afhankelijkheid, verlies van partner en dierbaren, verlies van zinvolle contacten, aantasting van het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde, de overtuiging dat de situatie niet verbeterd kan worden, niet afdoende te behandelen pijn, vermoeidheid en apathie, zich niet meer nuttig voelen, zich een langdurige en te grote (emotionele en financiële) belasting voelen voor dierbaren, eenzaamheid, traumatische gebeurtenissen en structurele uitzichtloosheid.

Het aanhouden van de doodswens leek terug te voeren tot het samengaan van problemen met de fysieke en/of geestelijke gezondheid enerzijds en het verlies van dierbaren en de sociale omgeving anderzijds. De doodswens kende gradaties in intensiteit en frequentie en had een fluctuerend beloop. Sommige ouderen kozen ervoor om dóór te leven in aanvaarding van een hoger gezag of een natuurlijk verloop van hun laatste levensfase. Anderen gingen wel tot handelen over en bespraken hun wens met anderen,

16 M.L. Rurup, D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, A.J.F.M. Kerkhof, B.D. Onwuteaka-Philipsen, Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis* 2011;32(4):194-203. M.L. Rurup, H.R.W. Pasman, A.J.F.M. Kerkhof, D.J.H. Deeg, B.D. Onwuteaka-Philipsen, Ouderen die 'klaar met leven' zijn: toekomstverwachtingen en ervaren uitzichtloosheid. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2011;42(4):159-169.

17 F. Defesche, *Voltooid Leven in Nederland. Wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*. Van Gorcum, Assen, 2011.

verzochten hun arts om hulp bij levensbeëindiging of gingen op zoek naar mogelijkheden om het leven zelf te beëindigen.

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensbeëindigen (NVVE) (2015)

Uit de eerder genoemde analyse van de NVVE van een willekeurige selectie van 20 verzoeken om advies van personen die hun leven ‘voltooid’ achtten, blijkt dat veel van deze adviesvragers zich eenzaam voelden, soms omdat zij doelbewust gekozen hadden voor een eenzaam bestaan.¹⁸ Zij gaven aan hun leven als zinloos en uitzichtloos te ervaren, waarbij ernstige moeheid en de angst om uiteindelijk de regie over het eigen leven te verliezen een belangrijke rol speelden. Veel cliënten hadden weliswaar somatische klachten of problemen, zoals pijn, visus- en gehoorklachten, immobiliteit en incontinentie, maar geen van deze cliënten gaf aan te lijden aan deze klachten, terwijl die er wel de oorzaak van waren dat zij afscheid namen/zich los maakten van het leven.

Focusgroep-bijeenkomsten (2015)

In de eerder genoemde focusgroep-bijeenkomsten gaven SCEN-artsen aan dat eenzaamheid, woon- en leefsituatie en slechte ervaringen met zorg een rol kunnen spelen bij het ontstaan van het gevoel dat het leven ‘voltooid’ is. Als mensen daarbij angstig zijn voor wat de toekomst hun zal brengen kan een wens tot levensbeëindiging ontstaan.

Van Wijngaarden, Leget en Goossensen (2015)

Van Wijngaarden en collega's vonden in de door hen afgenomen interviews in 2013 (zie hierboven) vijf steeds terugkerende klachten: eenzaamheid, er niet meer toe doen, het onvermogen om zichzelf te uiten, geestelijke of lichamelijke vermoeidheid en een aversie tegen afhankelijkheid. Door deze klachten voelden de geïnterviewden zich niet meer verbonden met de wereld om hen heen en hadden zij het gevoel dat hun leven geen zin meer had. Volgens deze onderzoekers suggereert de term ‘voltooid leven’ ten onrechte dat het bij deze groep vooral om zelfbeschikking gaat, terwijl er in werkelijkheid sprake is van lijden in verband met kwetsbaarheid en afhankelijkheid.¹⁹

18 Rapport *Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*. NVVE 17 juli 2015.

19 E. van Wijngaarden et al, Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine* (2015) 1-8.

4.4 ZELFDODING DOOR MENSEN DIE HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN

Uit diverse studies blijkt dat een klein deel van de mensen die hun leven ‘voltooid’ achten maar geen hulp bij levensbeëindiging krijgen van een arts, zelf het leven beëindigt. Niet-gewelddadige methoden om het leven zelf te beëindigen zijn het stoppen met eten en drinken, het innemen van (zelf verkregen) dodelijke medicatie en het inademen van helium.

4.4.1 STOPPEN MET ETEN EN DRINKEN

Bij bewust stoppen met eten en drinken vormt het vrijwillig en bewust handelen tot de dood volgt een belangrijk aspect. Het betreft dus niet het geleidelijk minder eten en drinken als onderdeel van een terminaal ziekteproces of als gevolg van ouderdom. Een aantal studies biedt enig inzicht in de frequentie en belangrijkste kenmerken van deze manier van levensbeëindiging.²⁰

Sterfgevallenonderzoek (2010)

In het Sterfgevallenonderzoek 2010 werd gevonden dat in 0,4% van de sterfgevallen in dat jaar de betrokkene was gestopt met eten en drinken.

Chabot (2007)

Op basis van een vragenlijstenonderzoek onder Nederlandse burgers schatte Chabot in 2007 dat 2,1% van alle overlijdens het gevolg was van stoppen met eten en drinken.

Een verklaring van het verschil tussen bovengenoemde schattingen kan liggen in de gebruikte onderzoeksmethoden: in het Sterfgevallenonderzoek werden artsen bevroegd over een representatieve steekproef van sterfgevallen, terwijl Chabot Nederlandse burgers vroeg naar hun ervaringen met naasten of vrienden die waren gestopt met eten en drinken. In beide onderzoeken betreft het merendeel van de mensen die overleden door bewust te stoppen met eten en drinken ouderen. Ongeveer een kwart had – volgens de betrokken artsen of naasten – geen ernstige medisch

20 A. van der Heide, J. Legemaate, B. Onwuteaka-Philipsen, E. Bolt, I. Bolt, H. van Delden et al, *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag, ZonMw, december 2012; A. van der Heide, A. Brinkman-Stoppelenburg, H. van Delden, B. Onwuteaka-Philipsen, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde: sterfgevallenonderzoek 2010*. Den Haag: ZonMw; 2012; B. Chabot, *Auto-euthanasie Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 2007.

classificeerbare aandoening. Volgens het onderzoek van Chabot was het gevoel van een ‘voltooid leven’ bij bijna de helft van de betrokkenen een reden om te stoppen met eten en drinken. Het proces van stoppen met eten en drinken duurde in 69% van de gevallen in dit onderzoek zeven tot vijftien dagen en in 31% langer dan vijftien dagen. De naasten van de betrokkenen oordeelden dat de overledene het overlijden in 74% wel en in 17% niet waardig zou hebben gevonden.

4.4.2 INNEMEN VAN DODELIJKE MEDICATIE

Een andere manier om zelf het leven te beëindigen is het innemen van zelfverworven dodelijke medicatie. Ook naar deze manier van levensbeëindiging is enig onderzoek verricht.²¹

Sterfgevallenonderzoek (2010)

Volgens het Sterfgevallenonderzoek 2010 was 0,2% van de sterfgevallen het gevolg van het innemen van (zelfverkregen) middelen.

Chabot (2007)

Chabot schatte de frequentie op 1,1% van alle overlijdens. Het verschil met de uitkomst van het Sterfgevallenonderzoek 2010 is waarschijnlijk veroorzaakt doordat verschillende informatiebronnen werden gebruikt. Ouderen vormden ongeveer een derde tot de helft van de groep mensen die door het innemen van zelfverworven medicatie het leven heeft beëindigd. Een vijfde had geen ernstige ziekte. De middelen werden volgens het onderzoek van Chabot verkregen via een arts of apotheek die niet van het plan afwist (35%), via een arts die er wel van wist (22%) of via vrienden of familie (16%). Het sterven trad bij een kwart binnen een uur en bij een derde binnen vier uur na inname van de dodelijke medicatie in. De naasten van de betrokkenen oordeelden dat de overledene het overlijden in 83% wel en in 11% niet waardig zou hebben gevonden.

21 A. van der Heide, J. Legemaate, B. Onwuteaka-Philipsen, E. Bolt, I. Bolt, H. van Delden et al, *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag, ZonMw, december 2012; A. van der Heide, A. Brinkman-Stoppelenburg, H. van Delden, B. Onwuteaka-Philipsen, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde: sterfgevallenonderzoek 2010*. Den Haag: ZonMw; 2012; B. Chabot, *Auto-euthanasie Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 2007.

Stichting de Einder (2013)

De overgrote meerderheid van de door counselors van Stichting de Einder begeleide overleden cliënten gebruikte de methode van het zelf innemen van dodelijke middelen om het leven te beëindigen.²²

Defesche (2011)

(Nabestaanden van) ouderen die hun leven ‘voltooid’ noemden in het onderzoek van Defesche vertelden dat de oudere soms werd geholpen om de benodigde middelen te verzamelen, door kinderen of vrienden.²³ Een arts werd soms gevraagd om verzamelde medicatie te controleren. Soms stierf de oudere zonder dat er iemand bij aanwezig was, vanwege diens wens om alles in eigen regie te doen of uit vrees voor het risico dat aanwezige naasten zouden lopen.

4.4.3 ANDERE METHODEN

Door het inademen van zuivere helium dat zich verzamelt in een plastic zak over het hoofd ontstaat een zuurstofgebrek (anoxie) en verliest de betrokkene snel het bewustzijn, waarna de dood binnen enkele minuten volgt. De frequentie van zelfdoding met behulp van de heliummethode is onbekend. In het Sterfgevallenonderzoek 2010 bleek dat de betrokkene in 0,9% van alle sterfgevallen een andere methode om zelf het leven te beëindigen had toegepast dan stoppen met eten of drinken of het innemen van dodelijke medicatie (1275 personen); veelal betrof het hier gewelddadige methoden. Iets meer dan 10% van deze personen was 65 jaar of ouder.

4.5 DE MAATSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN OVER HET ZELF- GEKOZEN LEVENSEINDE IN GEVAL VAN ‘VOLTOOID LEVEN’ EN EVENTUELE HULP DAARBIJ

4.5.1 PUBLIEKE OPINIE

Uit diverse onderzoeken blijkt dat een substantiële minderheid van het Nederlandse publiek voorstander is van de mogelijkheid dat ouderen

²² Stichting De Einder, *Jaarverslag 2013*.

²³ F. Defesche, *Voltooid Leven in Nederland. Wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*. Van Gorcum, Assen, 2011.

die dat wensen hun leven kunnen beëindigen. Of deze opinie wordt beïnvloed door het al dan hebben van een medische aandoening of door de aanwezigheid van lijden als gevolg van een medisch probleem is niet goed onderzocht.

Trappenburg en Holsteyn (2001)

In 2001 vonden Trappenburg en Holsteyn in een schriftelijk vragenlijst-onderzoek onder het algemene publiek dat 29% van de respondenten het eens was met de stelling dat de ‘pil van Drion’, waarmee ouderen die dat wensen zelf een eind aan hun leven kunnen maken, een goed idee is, omdat ouderen het recht zouden moeten hebben hun leven te beëindigen wanneer zij dat willen. Met de stelling dat de ‘pil van Drion’ een goed idee is maar niet in de praktijk gebracht zou moeten worden vanwege het gevaar op misbruik was in dit onderzoek 51% van de respondenten het eens.²⁴

Rurup et al (2002)

Rurup en collega’s bevroegen in 2002 het algemene publiek over het zelfgekozen levenseinde voor ouderen. Van de deelnemers aan het onderzoek was 45% het eens met de stelling ‘Oudere mensen moeten in staat worden gesteld middelen te verkrijgen waarmee zij op een door henzelf te bepalen moment een einde aan hun leven kunnen maken’. Daarnaast vond 15% dat er een ‘suïcidepil’ beschikbaar gesteld zou moeten worden voor ouderen die een einde aan hun leven willen maken ook al lijden ze niet aan een ernstige ziekte.²⁵

Buiting et al (2001-2009)

Buiting en collega’s hebben gekeken naar de opinie van ouderen (in dit geval mensen ouder dan 64 jaar) met betrekking tot de eventuele beschikbaarheid van een zelfdodingspil voor ouderen. In 2003 kon 31% van hen zich indenken ooit over een zelfdodingspil te willen beschikken; in 2009 was dit voor 40% het geval.²⁶

24 M. Trappenburg, J. van Holsteyn, The quest for limits. In: A. Klijn, F. Mortier, M. Otlowski, M. Trappenburg (red.), *Regulating physician-negotiated death*. Den Haag: Elsevier; 2001.

25 M.L. Rurup, B.D. Onwuteaka-Philipsen, A. van der Heide, G. van der Wal, P.J. van der Maas, A ‘suicide pill’ for older people: attitudes of physicians, the general public and relatives of a patient who died of EAS in the Netherlands. *Death Stud* 2005;29:519-534.

26 H.M. Buiting, D.J.H. Deeg, D.L. Knol, J.P. Ziegelmann, H.R.W. Pasma, G.A.M. Widdershoven, et al., Older peoples’ attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001-2009. *J Med Ethics* 2012;38:267-273.

KOPPEL-onderzoek (2010)

In het KOPPEL-onderzoek uit 2010 was 36% van het algemene publiek van mening dat hoogbejaarden medicatie zouden moeten kunnen krijgen om een eind aan hun leven te maken als zij dat wensen.²⁷

NRC Handelsblad (2015)

Op 24 oktober 2015 is NRC Handelsblad in samenwerking met de KNMG een verkenning gestart naar de mening van Nederlanders over dilemma's rond euthanasie (waaronder tevens wordt begrepen hulp bij zelfdoding). Als reden hiervoor wordt aangevoerd: 'Met toenemende ingewikkelde euthanasieverzoeken en druk op (huis)artsen om deze uit te voeren, rijst de vraag of een trotse Nederlandse verworvenheid zijn eigen grenzen raakt.'²⁸ Op de website van NRC Handelsblad is een korte vragenlijst geplaatst waarin enkele dilemma's over euthanasie worden voorgelegd.

De uitkomsten van het onderzoek laten onder meer zien dat:

- 63% van de respondenten van mening is dat een oudere (75+) in Nederland moet kunnen beschikken over een middel waarmee deze persoon zelf het leven kan beëindigen wanneer hij of zij de tijd daarvoor rijp acht. Hiervan is 4% van mening dat er sprake moet zijn van een ernstige ziekte en acht 44% een leeftijdsgrens niet relevant als er sprake is van uitzichtloos lijden en onbehandelbaarheid. 27% van de respondenten is van mening dat een oudere (75+) niet zou moeten kunnen beschikken over een middel waarmee hij zijn leven kan beëindigen;
- 34% van de respondenten bereid is om een vriend of familielid te helpen bij zelfdoding waarvan 25% de voorwaarde stelt dat er sprake is van ernstig lijden, onbehandelbaarheid, ernstige dementie of een combinatie van deze factoren. 15% van de respondenten zou nooit tot het verlenen van hulp bij zelfdoding bereid zijn. 34% van de respondenten zou altijd eerst een arts consulteren.

Door de onderzoekers wordt geconcludeerd dat uit de enquête blijkt dat lezers over het algemeen bereid zijn om verder te gaan dan de huidige

27 J.J.M. van Delden, A. van der Heide, S. van de Vathorst, H. Weyers, D.G. van Tol, *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.

28 Zie: knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht-1/151495/NRC-en-KNMG-willen-maatschappelijk-debat-euthanasie-verder-brengen.htm; Artikel NRC Handelsblad d.d. 24-10-2015, Dat regelen we even.

wetgeving toetstaat. En dat (zoals eerder aangegeven) een meerderheid (onder wie opvallend veel artsen) iets ziet in de 'laatste-wil-pil'. 45% van de deelnemers aan de enquête is ouder dan 60 jaar en 85% heeft een HBO (36%) dan wel WO (49%) opleiding.²⁹

4.5.2 OPVATTINGEN VAN ARTSEN

Tweede evaluatie WTL (2012)

De meeste artsen zijn terughoudend als het gaat om het inwilligen van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding wanneer geen sprake is van een ernstige medische aandoening. In het vragenlijstonderzoek dat onderdeel was van de tweede evaluatie van de WTL gaf 77% van de artsen aan het niet denkbaar te vinden dat zij ooit hulp bij zelfdoding zouden verlenen aan een patiënt die lijdt doordat het leven 'voltooid' is zonder dat er een medische grondslag voor het lijden is. Daarnaast vond 67% hulp bij zelfdoding niet denkbaar bij lijden vanwege een 'voltooid' leven zonder dat er sprake is van een 'ernstige' lichamelijke of psychiatrische aandoening. Veel artsen zijn wel van mening dat de ervaring van 'ondraaglijk lijden' niet beperkt is tot patiënten met een ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening.

Het KOPPEL-onderzoek (2010)

In een vragenlijstonderzoek naar de kennis en opvattingen van onder andere zorgprofessionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven werd een gevalsbeschrijving gepresenteerd van een 86-jarige man met een goede gezondheid die vanwege aanhoudende eenzaamheidsproblematiek zijn huisarts om hulp bij zelfdoding verzocht. Van de bevraagde artsen vond 18% het juist om gehoor te geven aan een dergelijk verzoek. Overigens meende 7% van de artsen dat inwilliging van een verzoek om hulp bij zelfdoding in deze situatie is toegestaan, terwijl 14% dacht dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland alleen zijn toegestaan als de betreffende patiënt nog hooguit enkele weken te leven heeft. In kwalitatieve interviews gaven artsen aan dat zij bij het ontbreken van een ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening vaker twijfelen aan de uitzichtloosheid van het lijden en zich vaker afvragen of er geen andere mogelijkheden zijn om de lijdensdruk te verminderen. Ouderdomsklachten, afname van lichaamsfuncties en verlies van regie zien zij veelal als iets dat nu eenmaal bij het leven hoort en hulp bij zelfdoding vanwege dergelijke problemen past niet bij hun verantwoordelijkheid als arts.

²⁹ Artikel NRC *Handelsblad*, 31 oktober 2015, Euthanasie, verder gaan dan de wet.

Focusgroep-bijeenkomsten (2015)

Ook in de focusgroepen met SCEN-artsen was een door veel deelnemers gedeelde opvatting dat het niet aan artsen is om een rol te spelen in de problematiek van ‘voltooid leven’ door het verlenen van hulp bij zelfdoding, omdat het om een maatschappelijk en niet om een medisch probleem gaat.

4.5.3 OPVATTINGEN VAN VERSCHILLENDE MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

In de kennissynthese *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde* wordt een overzicht gegeven van de standpunten van Nederlandse organisaties over het wettelijk mogelijk maken van hulp bij zelfdoding aan ouderen met een wens tot levensbeëindiging zonder dat sprake is van een medisch classificeerbare aandoening. Onderzoek naar de standpunten van deze organisaties – waaronder patiënten-/cliëntenorganisaties, artsenorganisaties en politieke partijen – is met name verricht aan de hand van door de betreffende organisaties op internet gepubliceerde standpunten.³⁰

Zoals in 1.5 is aangegeven heeft de adviescommissie in het kader van haar gedachtevorming zich tijdens een drietal hearings door diverse organisaties laten informeren over hun visie op de problematiek rondom ‘voltooid leven’ en de aan de adviescommissie verstrekte opdracht (sommige van deze organisaties komen ook aan de orde in de kennissynthese). Aan deze hearings hebben zowel voor- als tegenstanders van uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden in het kader van ‘voltooid leven’ deelgenomen. Hieronder zal kort op de standpunten van de diverse deelnemende organisaties worden ingegaan.³¹

Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut (PLI)

Het PLI stelt zich op het standpunt dat het bij ‘voltooid leven’ in werkelijkheid lijkt te gaan om een situatie waarin zich ouderdomsklachten stapelen die vervolgens behandeld zouden moeten worden met palliatieve middelen. Het instituut is van mening dat niet de suggestie moet worden gewekt dat tragiek en verval maakbaar in de zin van oplosbaar zijn, en dat er gewezen moet worden op de alternatieven: versterving, behandelweigeren. Men

30 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, hoofdstuk 7.

31 De verslagen van de hearings zijn te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/cvl

geeft aan dat het op dit moment te vroeg is om over een structurele oplossing in de vorm van een regeling voor hulp bij zelfdoding na te denken.

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

JPV is van mening dat men pas in termen van ‘oplossingen’ kan denken, als men weet voor welk probleem men een oplossing zoekt. JPV acht het een denkfout om ‘voltooid’ leven te zien als een gegeven, als een voldongen feit. JPV vraagt zich onder meer af of het antwoord van de samenleving op de problematiek (waarbij verwezen wordt naar de uitkomsten van het onderzoek van Van Wijngaarden et al) moet worden gezocht in het creëren van een wettelijke regeling die hulp bij zelfdoding straffeloos zou maken en of daarmee een oplossing wordt gevonden en voor wie. JPV wijst er op dat de huidige euthanasiepraktijk voldoende mogelijkheden biedt in geval er sprake is van een stapeling van ouderdomsklachten waardoor de (door mensen die hun leven ‘voltooid’ achten) gevreesde afhankelijkheid en ‘niet meer kunnen doen wat je wilt’-problemen gaan ontstaan.

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)

In de optiek van de NVVE zijn er drie wegen voor een vrijwillig levenseinde:

- 1 met behulp van een arts: de medische route;
- 2 met hulp van een niet-arts of een naaste: de Heringa-route; en
- 3 zelf: de autonome route.

De NVVE is van mening dat – vanuit de interpretatie van de WTL dat het lijden leidend is en niet de medische grondslag per se – een arts zich moet kunnen beroepen op de WTL om euthanasie of hulp bij zelfdoding te kunnen verlenen bij ‘voltooid leven’. De NVVE constateert echter een tekort aan draagvlak hiervoor bij artsen en is dan ook van mening dat de autonome route – die gerealiseerd zou kunnen worden door aanpassing van de Geneesmiddelenwet en afschaffing dan wel aanpassing van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding – uiteindelijk een goede oplossing is voor de samenleving als geheel. Een goede tussenstap naar de realisering hiervan is volgens de NVVE de Heringa-route.

Coöperatie Laatste Wil (CLW)

De CLW is van oordeel dat de problematiek rondom ‘voltooid leven’ er vooral uit bestaat dat er voor degenen die bewust en waardig wensen te sterven, geen mogelijkheden zijn om dat te realiseren zonder de wet te overtreden. Het niet meer strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding door niet-artsen zal volgens de CLW verbetering opleveren, maar er dient daar-

naast een oplossing te komen voor de verkrijgbaarheid van betrouwbare middelen. De CLW pleit er dan ook voor dat 'laatste wil'-middelen beschikbaar komen voor volwassenen die dat willen. De CLW zou hiertoe een pilot willen organiseren onder de leden van de CLW.

Stichting de Einder

Volgens Stichting de Einder (hierna: De Einder) is leven geen plicht. Diegene die daartoe op basis van een autonome, weloverwogen, authentieke, duurzame en consistente beslissing het moment rijp oordeelt, moet volgens De Einder op een menswaardige wijze uit het leven kunnen stappen. De Einder is van mening dat er in juridisch opzicht waarborgen moeten worden geschapen opdat deze categorie van mensen op een menswaardige wijze met humane middelen uit het leven kan stappen. De Einder is er voorstander van dat er naast artseneuthanasie zoals neergelegd in de WTL ook zelfeuthanasie mogelijk is. Hulp daarbij dient volgens De Einder niet strafbaar te zijn onder de voorwaarde dat hierbij zorgvuldigheidsnormen in acht worden genomen. De Einder verwijst in dit kader naar de uitspraak van het hof in de zaak Heringa en is met de verdediging van Heringa van mening dat het grondrecht van de mens om zijn leven zelfstandig op waardige wijze te mogen beëindigen en het verlenen van hulp daarbij door een naaste, beschermd wordt door artikel 8 EVRM.

Stichting Waardig Levenseinde (SWL)

De SWL – pleitbezorger van de mogelijkheid tot een waardig levenseinde in eigen regie – wijst op het proces van acceptatie van regie over het eigen sterven, zowel in Nederland als in andere Europese landen. De SWL vindt het van belang dat acht wordt geslagen op uitspraken van het EHRM op grond waarvan volgens de SWL (onder verwijzing naar Den Hartogh) zowel het recht op zelfdoding als hulp daarbij door intimi beschermd wordt door artikel 8 EVRM.

De SWL is geen voorstander van wijziging van artikel 294 Sr in de komende jaren. Dit zou volgens de SWL, gezien de door haar geschetste snelle ontwikkelingen sinds 2011, ondoordacht zijn. De SWL acht het van belang dat er meer jurisprudentie komt over 'hulp bij zelfeuthanasie door intimi': via jurisprudentie dienen de voorwaarden waaraan verantwoorde en toetsbare hulp bij zelfdoding door een naaste kan worden gegeven, worden ontwikkeld. De SWL beschouwt waardig sterven in eigen regie als complementair aan euthanasie door een arts.

Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV)

De NPV is van mening dat er weinig wetenschappelijke kennis beschikbaar is over ‘voltooid leven’ en pleit voor het vergroten van de doelgroep van onderzoek naar ‘voltooid leven’.

De NPV voert aan dat door ‘voltooid leven’ en levensbeëindiging aan elkaar te verbinden een oplossing gesuggereerd wordt en als product in de markt wordt gezet voor een probleem dat nog lang niet in zijn volle omvang is verkend. Het lijkt de NPV dan ook te prematuur om nu al na te denken over het al dan niet faciliteren van deze stervenswens.

De NPV hanteert als uitgangspunt dat een natuurlijk sterven te verkiezen is boven een zelfgekozen, technische dood. De NPV ziet meer in een herwaardering van de visie op ouderdom en eventuele gebreken dan in het creëren van mogelijkheden voor ouderen om het leven te verlaten.

Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (Unie KBO)

De Unie KBO vindt het huidige debat over het ‘voltooid leven’ – waarbij vooral in wordt gegaan op juridische kwesties waarbij anderen dan een arts stervenshulp bieden – te beperkt. De Unie KBO is van mening dat de betekenis van de term ‘voltooid leven’ meerduidig is en afhankelijk is van de wijze waarop het leven en ouderdom worden gewaardeerd. De directe koppeling van ‘voltooid leven’ aan ‘klaar met leven’, doodswens en de eis van stervenshulp door derden maakt volgens de Unie KBO dat aan de complexiteit van de onderliggende problematiek voorbij wordt gegaan. De Unie KBO ziet als oplossingsrichtingen voor ‘ouderen met een doodswens’ (welke benaming de voorkeur verdient): het verbeteren van ‘passende zorg’ in de laatste levensfase en het stimuleren van bewustzijn daarover; handelen naar de wens van ouderen, ouderen in de gelegenheid stellen om het gesprek over het levenseinde te voeren; nadere studies naar de zogenaamde ‘autonome route’ en actieve inzet op spirituele zorg. Volgens de Unie KBO biedt de huidige euthanasiewet voldoende mogelijkheden voor stervenshulp aan ouderen.

Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB)

De PCOB stelt dat een deel van de vragen om het leven te beëindigen, zijn te voorkomen of uitgesteld kunnen worden door intensiever aandacht te besteden aan levensvragen van mensen en hun sociale omgeving. Het gesprek hierover dient volgens de PCOB veel eerder over zingevingsaspecten te gaan dan over wet- en regelgeving of praktische zaken. Het onderzoek van Van Wijngaarden et al. laat volgens de PCOB zien dat

vragen rond 'voltooid leven' existentiële vragen zijn, die allereerst met zingeving te maken hebben.

De PCOB pleit voor een brede benadering en voor bezinning in de samenleving op het vraagstuk van het 'voltooid leven' in plaats van de oplossing te zoeken in verandering van wetgeving of in het – al dan niet met behulp van een arts – faciliteren van de (vermeende) wens om te sterven. Een nieuwe of extra juridische oplossing is volgens de PCOB niet nodig, maar juist wél het borgen dat het leven niet 'zomaar' door een naaste beëindigd kan worden. De PCOB pleit voor oplossingen op diverse terreinen waaronder het bevorderen van het (tijdige) gesprek over het levenseinde, het bestrijden van eenzaamheid en het verder ontwikkelen van palliatieve zorg.

Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM)

Voor de meeste migrantenouderen is (vanuit hun religieuze achtergrond) de gedachte om zelf een einde te maken aan het leven niet aan de orde. Het NOOM vindt de term 'voltooid leven' sterk negatief beladen. Het NOOM beschouwt de laatste fase van het leven juist als een bezinningsperiode. Mogelijke oplossingen van het probleem zijn volgens het NOOM niet gelegen in verruiming van de wetgeving op hulp bij zelfdoding, maar in heel andere zaken, zoals: contact met de familie (naaste omgeving); contacten met de buitenwereld (mogelijkheden tot onderlinge ontmoeting, zinvolle dagbesteding, bezoek moskeeën en kerken, recreatiecentra e.d.); toegang tot goede zorg die bij hem of haar past (cultuursensitief); psychische en geestelijke ondersteuning. Samengevat: zorgen voor een menswaardig bestaan. Het NOOM wijst er op dat door onbegrip over de huidige wet- en regelgeving met betrekking tot euthanasie en palliatieve sedatie er bij bepaalde groeperingen van migrantenouderen al een zeker onbegrip en wantrouwen bestaat ten opzichte van de Nederlandse zorgverleners. Invoering van hulp bij zelfdoding in het kader van 'voltooid leven' zal volgens het NOOM deze negatieve beeldvorming verder doen toenemen.

Nederlands Artsenverbond (NAV)³²

Volgens het NAV kan 'voltooid leven' (onder verwijzing naar het onderzoek van Van Wijngaarden et al) een verwoording zijn van iets waar

32 Het NAV was niet in de gelegenheid om bij de door de adviescommissie georganiseerde hearings aanwezig te zijn, maar stelde het wel op prijs een schriftelijke reactie op de door de adviescommissie voorgelegde vragen te geven.

eenzaamheid, uitzichtloosheid, verlies aan zelfwaardering aan ten grondslag ligt. Het NAV ziet hiervoor (vanuit zijn visie op de waarde van het menselijk leven) het mogelijk maken van een geassisteerd overlijden niet als oplossing. Ingaan op de achtergronden en daarmee aan de gang gaan ligt volgens het NAV meer voor de hand. Volgens het NAV gaat het om een heel duidelijk maatschappelijk probleem en kan er dan ook helemaal geen connectie worden gemaakt met medische hulpverlening. Het NAV pleit voor het starten van een breed onderzoek naar de mogelijkheden om de onderhavige problematiek (waaronder met name het verlies van zelfwaardering) aan te pakken. Naast het feit dat het NAV de dood nooit als oplossing voor ervaren problemen beschouwt, lijkt het volgens het NAV prematuur om nu een verantwoorde keuze te kunnen maken wegens gebrek aan data om een dergelijke keuze te ondersteunen.

5 De ethische context

De discussie over ‘voltooid’ leven betreft niet alleen medische, gezondheids-, sociale en juridische, maar ook morele of ethische kwesties. Na de aandacht voor de juridische context in hoofdstuk 3 en de empirische gegevens in hoofdstuk 4, schetst de adviescommissie in dit hoofdstuk de hoofdlijnen van de ethische context rond ‘voltooid leven’ en de wens tot levensbeëindiging om die reden.

Als vertrekpunt neemt de adviescommissie de keuzes die door de wetgever zijn gemaakt bij de totstandkoming van de WTL (zie in dit kader 3.3.2).

In een pluralistische samenleving als de Nederlandse wordt in ethische zin zeer verschillend gedacht over de consequenties die aan de beleving van het ‘voltooid leven’ gekoppeld mogen worden.

Een korte aanduiding van de belangrijkste in onze samenleving aanwezige morele denkkaders en daaruit voortvloeiende ethische perspectieven kan helderheid bieden over de aan en met die perspectieven verbonden standpunten ten aanzien van ‘voltooid leven’. De adviescommissie beoogt daarmee een kader te schetsen voor de keuzes waarvoor de adviescommissie zich bij het beantwoorden van de vragen rondom ‘voltooid leven’ gesteld ziet.

In 5.1 wordt kort ingegaan op de oorsprong van de belangrijkste morele denkkaders. In 5.2 wordt een beschrijving gegeven van een aantal theoretische benaderingen in de wijsgerige ethiek van waaruit de problematiek rondom ‘voltooid leven’ benaderd kan worden en waarin verantwoorde uitgangspunten voor het handelen worden gegeven. In 5.3 wordt gereflecteerd op de vraag welke morele en ethische argumenten van betekenis kunnen zijn om eventueel van de thans door de wetgever gemaakte (juridisch-)ethische keuzes af te wijken. De adviescommissie hanteert bij de reflectie in 5.3 de volgende driedeling: 1 het perspectief van de hulpvragende persoon, 2 het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd en 3 het perspectief van de overheid die gevraagd wordt om dergelijke hulp te faciliteren.

Voor wat betreft de terminologie merkt de adviescommissie vooraf nog het volgende op. Hoewel in het dagelijkse spraakgebruik de woorden ‘moraal’, ‘ethiek’, ‘moreel’ en ‘ethisch’ vaak door elkaar worden gebruikt, worden de begrippen ‘moraal’ en ‘moreel’ in het algemeen toch vooral gebruikt om de kwaliteit van bepaalde handelingen, praktijken of overtuigingen van een individu of een groep individuen aan te duiden. De woorden

‘ethiek’ en ‘ethisch’ worden meestal gebruikt voor de systematische reflectie op het morele handelen van een individu of een groep individuen.¹

5.1 MORELE DENKKADERS

De Nederlandse samenleving is pluriform: er is een veelheid van culturen, politieke voorkeuren en levensbeschouwingen en al die opvattingen zijn er in verschillende varianten en modaliteiten. Vanuit filosofisch perspectief kunnen we drie fundamenteel verschillende morele denkkaders onderscheiden waar deze verschillende standpunten uit voortvloeien: religieus, humanistisch en postmodern. In religieuze tradities stelt de mens zijn vertrouwen op een godheid en/of bron die buiten hemzelf ligt. Daaraan ontleent hij zijn visie op de wereld, zijn moraal en zijn opvattingen over het goede leven.² In de humanistische traditie stelt de mens zijn vertrouwen in de rede, wetenschap en techniek. Binnen die modaliteiten probeert hij niet alleen greep op de werkelijkheid te krijgen, maar ook normatief zijn moraal te ontwikkelen en zijn waarden te realiseren. In het meer recent tot ontwikkeling gekomen postmoderne gedachtegoed gaat elk individu zijn eigen weg en construeert elk individu zijn eigen wereld, leven en moraal.³

Tot in de tweede helft van de jaren zestig van de vorige eeuw werd het morele kompas van de burger binnen de Nederlandse samenleving gedomineerd door de christelijke en humanistische tradities. Vanaf de zestiger jaren zien we daarin een behoorlijke verschuiving optreden. Niet iedere burger voegt zich meer naar een gedeelde moraal en in de loop van de daarop volgende decennia zien we de dominante positie van de christelijke en humanistische traditie afbrokkelen. In het huidige tijdsgewricht wordt van ieder individu verwacht dat hij zijn eigen keuzes maakt en zelf bepaalt in hoeverre hij in zijn morele keuzes wil aansluiten bij (al dan niet leidende) morele tradities. In die zin is er minder sprake van een samenleving, maar meer van individuen die in netwerken aan elkaar

- 1 A. Leijen, *Profielen van ethiek: Van Aristoteles tot Levinas*. Bussum: Coutinho, 2002, tweede druk.
- 2 In Nederland is het christendom de meest voorkomende religieuze stroming. De laatste decennia groeit het aantal aanhangers van de Islam. In 2007/2008 behoorde ongeveer 5% van de Nederlandse burgers tot de Islam. Zie CBS, *Religie aan het begin van de 21^{ste} eeuw*, Den Haag, 2009.
- 3 Zie onder andere: B. Szerszynski, *Nature, Technology and the Sacred*. Malden, MA: Blackwell, 2005; L. Ferry, *Beginnen met filosofie. Met andere ogen kijken naar je leven*. Arbeiderspers, Amsterdam, 2007; M.J. Verkerk, *Herordering van het sacrale. Religie, ethiek en zorginnovatie*. Oratie, Universiteit Maastricht, 2010.

verbonden zijn. We worden – in de woorden van filosoof Zygmunt Bauman – geconfronteerd met de ‘difficulty of loving thy neighbour’ en met een situatie van ‘togetherness dismantled’. Niet langer is het ervaren van een dieperliggende verbondenheid tussen mensen vanzelfsprekend, zeker niet in grotere verbanden.⁴

5.2 THEORETISCHE BENADERINGEN ALS UITGANGSPUNTEN VOOR HET JUISTE HANDELEN

In de wijsgerige ethiek vindt men verschillende theoretische benaderingen om morele vragen te bespreken.⁵ De drie belangrijkste zijn: de deugdeethiek, de plichtethiek en de gevolgethiek.

De deugdeethiek richt zich op de persoonlijke kwaliteiten (deugden) van degene die handelt. De klassieke deugden zijn wijsheid, rechtvaardigheid, matigheid en moed. Later kwamen daar de theologische deugden geloof, hoop en liefde bij.

De plichtethiek richt zich op de toelaatbaarheid van de handeling zelf in het licht van bepaalde min of meer absolute plichten. De plichtethiek vinden we bijvoorbeeld terug in richtlijnen en ethische codes waarin voorgeschreven wordt hoe gehandeld zou moeten worden.

De gevolgethiek richt zich op de voor- en nadelige gevolgen van de handeling: een handeling is moreel juist wanneer ze leidt tot de beste gevolgen in vergelijking met andere handelingen.

De drie benaderingen sluiten elkaar niet uit, maar richten zich wel op verschillende aspecten van het menselijk handelen.

- 4 Z. Bauman, *Liquid love. On the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity Press, 2003, De woorden ‘difficulty of loving thy neighbour’ en ‘togetherness dismantled’ zijn de titels van respectievelijk het derde en vierde hoofdstuk. Zie tevens H. Kunneman, *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Humanistics University Press, Amsterdam, 2006, tweede druk; M. van Hintum en J. Latten, *Liefde à la carte. Trends in moderne relaties*. Archipel, Amsterdam, 2007; N. Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd*. Meulenhoff, Amsterdam, 2008, vierde druk.
- 5 Voor handleidingen in de wijsgerige ethiek zie onder andere A. MacIntyre, *A short history of ethics*. Routledge, London, 1967;; A. Leijen, *Profielen van ethiek: Van Aristoteles tot Levinas*. Coutinho, Bussum, 2002, tweede druk; M. Timmons, *Moral theory. An introduction*. Rowman, Lanham, 2013; L.M. Hinman, *Ethics: a pluralistic approach to moral theory*. Cengage Learning, Wadsworth, 2013. G. Widdershoven geeft in zijn boek *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek* (Boom, Amsterdam, 2000), een overzicht van de niet-klassieke ethische benaderingen in de zorg.

In de medische ethiek – een professionele op plicht-, deugd- en gevolgethiek georiënteerde systematische reflectie voor artsen – worden de drie bovengenoemde klassieke theorieën van de wijsgerige ethiek veel gebruikt. Beauchamp en Childress (1994) hebben geprobeerd de verschillende benaderingen op elkaar af te stemmen.⁶ Volgens hen gelden er in de zorg vier morele principes (of waarden):

- respect voor autonomie: de wens van een patiënt zo veel mogelijk respecteren;
- niet-schaden: de patiënt geen schade toebrengen;
- weldoen: het welzijn van de patiënt bevorderen, inclusief zijn leven beschermen;
- rechtvaardigheid: de rechtvaardige verdeling van middelen en toegang tot de gezondheidszorg.

Het principe van weldoen, dat zijn oorsprong vindt in de gevolgethiek, verdient hier in het bijzonder de aandacht. De andere drie principes, die hun oorsprong vinden in de plichtethiek, dienen in de beoordeling van de mate en gerechtvaardigheid van weldoen mee te worden gewogen, om te voorkomen dat het ‘weldoen’ ten behoeve van de ene mens ten laste gaat van het welzijn van een ander. ‘Weldoen’ kan worden beschouwd als het equivalent van de plicht tot barmhartigheid, dat – aldus Pans – materieel kan worden beschouwd als het dragende beginsel achter de WTL.⁷ Zoals in 3.3.2 is aangegeven, hebben in de rechtspraak over euthanasie en hulp bij zelfdoding vier beginselen een belangrijke rol gespeeld: zelfbeschikking, barmhartigheid, beschermwaardigheid van het leven en waardigheid. De WTL is in grote lijnen gebaseerd op de jurisprudentie van voor de totstandkoming van de wet. De modaliteit van de WTL steunt op het uitgangspunt dat de juridisch-ethische rechtvaardiging van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de afzonderlijke casus en als uitzondering op strafbaarheid in het algemeen, gelegen is in de afweging van de plicht van de arts tot het verlichten van het lijden enerzijds (de barmhartigheidsplicht) en anderzijds zijn plicht tot behoud van het menselijk leven (de beschermwaardigheid van het menselijk leven). Zelfbeschikking is dan ook niet het dragende beginsel van artikel 293 en artikel 294 Sr jo de WTL.

6 T.L. Beauchamp en J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York/Oxford, 1994, 4e editie.

7 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 215.

Zoals in de inleiding is aangegeven, wordt in 5.3 de onderhavige problematiek gezien vanuit drie perspectieven: 1 het perspectief van de hulpvragende persoon, 2 het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd en 3 het perspectief van de overheid die gevraagd wordt om dergelijke hulp te faciliteren. De bovenstaande drie benaderingen (deugdethiek, plichtethiek en gevolgethiek) kunnen daarbij handvatten bieden voor het formuleren van antwoorden op de vragen die de problematiek rondom ‘voltooid leven’ oproept.

5.3 ‘VOLTOOID LEVEN’: MORELE DILEMMA’S EN KNELPUNTEN

De kern van de morele vraag die voorligt bij het vraagstuk rondom ‘voltooid leven’ is:

Welke morele en ethische argumenten kunnen rechtvaardigen dat hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten wordt gefaciliteerd?

Vooraleer deze vraag in onderstaande vanuit de drie verschillende perspectieven te bespreken, wordt in 5.3.1 kort nader ingegaan op het begrip ‘voltooid leven’. De inhoud daarvan is in hoofdstuk 2 reeds in algemene zin verkend, maar vanuit het oogpunt van ethische reflectie is nog enige nadere oriëntatie zinvol.

5.3.1 HET BEGRIP ‘VOLTOOID LEVEN’

Zoals in 2.2 is aangegeven, heeft de adviescommissie geconstateerd dat ‘voltooid leven’ een verzamelbegrip is: er kan sprake zijn van een leven waarop men in tevredenheid terugkijkt, maar ook van een leven dat zich niet goed heeft ontwikkeld of dat zelfs mislukt is en waarvan het resterende deel als perspectiefloos of uitzichtloos wordt gezien.

Het bijvoeglijk naamwoord ‘voltooid’ verdient in de ethische context nadere aandacht. Wanneer we spreken van een ‘voltooid leven’ bedoelen we daarmee niet het ‘voltooid zijn’ van het *biologische* leven, maar van het *biografische* leven (het levensverhaal). De ervaring van ‘voltooid-zijn’ vloeit voort uit het niet in de pas lopen van het biologische en het biografische leven. Het biologische leven zet zich voort waar het biografische leven in de visie van de betrokkene zijn eindpunt heeft bereikt. Dat kan er toe leiden dat men tot de conclusie komt dat nu ook het biologische leven zijn eindpunt moet bereiken.

De wet kent het onderscheid tussen het biologische en het biografische leven niet. De wet kent alleen het biologische leven, maar laat onder bepaalde voorwaarden ruimte voor een biografisch gemotiveerde afsluiting van het leven door of met hulp van anderen dan de betrokkene zelf. In principe is het doden van een ander strafbaar. Dat is ook het uitgangspunt van de wet.

Biologisch is het einde van het leven absoluut, biografisch is het relatief en dat levert ook in morele zin een bijzonder probleem op. Het subjectieve en potentieel veranderlijke karakter van het evaluatieve oordeel over het ‘voltooid-zijn’ van het eigen leven maakt het noodzakelijk om behalve de vrijwilligheid van een verzoek om levensbeëindiging ook de weloverwogenheid van het verzoek te onderzoeken. Medisch-ethisch gezien zou de arts anders tekort schieten in ‘weldoen’.

De ervaring van het ‘voltooid-zijn van het eigen leven’ is weliswaar de ervaring van de persoon zelf, maar kan toch tegelijk niet los worden gezien van wat mensen in het algemeen als een ‘zinnig’ leven ervaren. Maatschappelijke beeldvorming met betrekking tot (kwetsbare) ouderen en mensen met beperkingen, en opvattingen over wat een ‘zinnig leven’ inhoudt kunnen hierbij van invloed zijn. Dat wordt precair op het moment dat er in de samenleving opvattingen post vatten die er toe zouden kunnen leiden dat mensen in verkortende zin naar hun eigen biografische leven gaan kijken.

Het onderscheid tussen het biologische en het biografische leven is overigens zeker niet absoluut. Biologische factoren hebben grote invloed op hoe het eigen bestaan wordt ervaren, maar omgekeerd kunnen ook vanuit een vitaal biografisch gevoel de beperkingen waar het lichaam door ziekte of handicap aan onderhevig is, genegeerd of gerelativeerd worden. In de context van het werk van de adviescommissie is natuurlijk vooral de situatie relevant waarin de biografische factoren lijken te wijzen in de richting van een einde en dus eventueel ook een zelf gekozen beëindiging van het leven. De opdracht in de zorgvuldigheidseisen van de WTL om te kijken naar ‘redelijke andere oplossingen’ kan in dit verband gezien worden als een opdracht aan de arts tot ‘weldoen’ vanuit de gedachte dat leven de voorkeur verdient boven niet-leven.

5.3.2 DE VRAAG OM HULP BIJ ZELFDODING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE HULPVRAGENDE PERSOON

In de discussie rondom ‘voltooid leven’ spelen de begrippen ‘autonomie’ en ‘zelfbeschikking’ een grote rol. Het begrip autonomie wordt meestal gebruikt in relatie tot morele vraagstukken terwijl het begrip zelfbeschikking

doorgaans betrekking heeft op juridische vraagstukken en met name gerelateerd is aan een vrije handelwijze.⁸ Zelfbeschikking zou daarom omschreven kunnen worden als een juridische uitwerking van het meer abstracte ethische begrip autonomie.

Hendriks wijst er op dat autonomie ruim wordt opgevat en zowel ziet op de vrijheid om invulling te geven aan het eigen leven als op de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en zelfontplooiing van mensen alsmede hun zelfontwikkeling en authenticiteit. De betekenis van het begrip zelfbeschikking is volgens Hendriks beperkter en ziet primair op het beslissen over het eigen leven.⁹

Het is niet eenvoudig om de vraag welke morele en ethische argumenten het faciliteren van hulp bij zelfdoding in geval van ‘voltooid leven’ kunnen rechtvaardigen eenduidig te beantwoorden vanuit het ethische begrip autonomie. Men stuit dan namelijk op de eerder beschreven pluraliteit in denken die kenmerkend is voor onze tijd.

De meer individualistische benaderingen van autonomie pleiten voor een recht op zelfbeschikking met betrekking tot leven en sterven, en daarmee voor een recht op hulp bij zelfdoding.¹⁰ Dit wordt ook wel de ‘pure autonomie visie’ genoemd.¹¹ De meer relationele benaderingen van autonomie zijn gebaseerd op de erkenning dat de individuele autonomie altijd is ingebed in en de resultante is van de verbondenheid met anderen. Vanuit het perspectief van relationele autonomie is zelfdoding een daad die per definitie een intrinsiek relationele en sociale betekenis heeft en niet een louter individuele en private betekenis. Met die relationele betekenis kan men in beginsel twee kanten op: aan de ene kant kan men redeneren dat de relatie geheel ten dienste staat c.q. zou moeten staan van de individuele zelfverwerkelijking; aan de andere kant heeft de zelfdoding een relationele

8 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*, Wolf Legal Publishers, 2006, p. 287.

9 A. Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*. Stichting NJCM-Boekerij 43, Leiden, 2006.

10 J. Peters e.a. verwoorden dit in *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd* (Boom, Amsterdam, 2011, p. 56) als volgt: ‘Aan de vrije mens komt de ruimte toe zelf te beslissen over zijn leven én zijn sterven. Zelfbeschikking is immers een wezenlijk beginsel van onze beschaving. Het vrijwillige en weloverwogen besluit van een oudere om te willen sterven verdient aandacht, respect en solidariteit. Wanneer een oudere bij zijn besluit te sterven om professionele hulp en de daartoe geëigende middelen verzoekt, behoort hij deze hulp onder voorwaarden van zorgvuldigheid en toetsbaarheid te kunnen krijgen’.

11 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014, p. 50-51.

dimensie die er om vraagt het perspectief te verbreden tot buiten dat van het individu dat hulp bij zelfdoding wenst. Volgens deze laatste lijn van redeneren heeft zelfdoding ook altijd een sociale en maatschappelijke dimensie waardoor hulp bij zelfdoding, nog los van de strafbaarheid, niet vanzelfsprekend is. De bredere dimensie omvat ook aandacht voor mogelijke beïnvloeding van het autonome individu door diens sociale omgeving in de richting van een oordeel van ‘voltooid leven’ c.q. van een wens tot zelfdoding.

Vanuit een meer individualistische benadering van het begrip autonomie is het zelfbeschikkingsrecht van het individu als (absoluut) uitgangspunt in principe grenzeloos.¹² Waarom zou een oudere van 85 jaar wel zijn eigen leven als ‘voltooid’ mogen zien en een man of vrouw van 65 of 45 jaar niet? En als het gaat om een jongere van 25 jaar? Als het zelfbeschikkingsrecht van het individu als (absoluut) uitgangspunt wordt genomen, dan zou hulp bij zelfdoding bij elke leeftijd en in elke situatie toegestaan zijn, is er geen reden elkaar er van te weerhouden om een einde aan het leven te maken en is de straffeloosheid van hulp bij zelfdoding gebaseerd op het legitiem helpen realiseren van de autonomie van de ander over diens leven.¹³

Zo extreem zal het in de praktijk zelden beleefd worden. De eigen keuzes van ‘autonome’ individuen hebben immers invloed op het leven van anderen, zeker van hun naasten. Dit aspect wordt naar voren gebracht door de gevolgethiek. Deze ethiek weegt niet alleen de gevolgen voor het autonome individu, maar ook de gevolgen voor de omgeving en de hele samenleving. Soms zal de omgeving begrip hebben voor de keuze van het individu en kunnen familie en vrienden misschien zelfs terugkijken op een mooi afscheid, maar in andere gevallen is er geen begrip en leidt de zelfdoding tot boosheid en verdriet.¹⁴ Zelfdoding kan ook zelfdoding

12 K. Yuill, *Assisted suicide. The liberal, humanist case against legalization*. Palgrave MacMillan, London, 2015, p.52-57.

13 Petra de Jong, ex-directeur van de NVVE, is van mening dat de autonomie leidend is en dat er geen grenzen gesteld hoeven te worden. Wat haar betreft zou de ‘laatste wil’-pil voor iedereen beschikbaar moeten zijn. Zie P. J. Dijkman en J. Prij, Het zou doodnormaal zijn om te spreken over een zelfgekozen levenseinde. In gesprek met Petra de Jong, *CDA-verkenningen*, Lente 2014, p138-143.

14 L. Kars beschrijft in haar boek *Ik ga liever gewoon dood. Ervaringen rond het vrijwillig levens-einde* (Brave New Books, oktober 2013) meerdere voorbeelden van ‘voltooid leven’ met een mooi afscheid. P. Berkhuisen verhaalt in *NRC Handelsblad* van 6 september 2014 (‘Ik erken hun recht op zelfbeschikking. Maar niet zo’) over de boosheid en het verdriet over de zelfdoding van haar ouders die hun leven als ‘voltooid’ beschouwden.

oproepen.¹⁵ Het is niet bekend in hoeverre zelfdoding bij ‘voltooid leven’ ook weer gedachten aan zelfdoding oproept bij anderen die hun leven ook als ‘voltooid’ beschouwen. Denkend vanuit de gevolgethiek zou degene die zelfdoding overweegt zich geremd kunnen voelen niet alleen door het verdriet dat anderen er door kan worden aangedaan, maar ook door de voorbeeldwerking die er van uit zou kunnen gaan. Zelfbeschikking neemt in het recht een belangrijke plaats in, onder meer in het gezondheidsrecht waar zelfbeschikking een van de ‘dragende beginselen’ is. Die belangrijke positie is te begrijpen vanuit de ingrijpende invloed van de gezondheidszorg op de grondwettelijk beschermde lichamelijke integriteit van de patiënt en de fundamentele vragen die daarbij aan de orde komen. Zelfbeschikking wordt in het gezondheidsrecht bovenal gezien als een afweerrecht.¹⁶

Het beginsel van zelfbeschikking heeft in het gezondheidsrecht weliswaar een prominente plaats gekregen, maar dit geldt echter niet voor de (strafrechtelijke) rechtspraak en wetgeving over euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie ook 5.2). Zulks om de voor de hand liggende reden dat daarbij geen sprake is van normaal medisch handelen.¹⁷

Binnen de WTL is zelfbeschikking dan ook (zoals eerder is aangegeven) een (weliswaar) belangrijke voorwaarde – euthanasie dan wel hulp bij zelfdoding is alleen toegestaan als er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt; zie ook artikel 293 Sr – maar het is niet hét dragende beginsel. Pans schrijft over de WTL: ‘De wet is niet geschreven ter consolidatie van een recht op zelfbeschikking van een patiënt. De wettelijke regeling van euthanasie beoogt de belangen van alle betrokken partijen te beschermen: de patiënt, de arts en de overheid (...) Het vereiste dat alleen een arts beroep kan doen op de noodtoestand (...) beperkt het zelfbeschikkingsrecht in aanzienlijke mate.’¹⁸ De in het strafrecht (artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2 Sr) en de WTL geïmpliceerde notie van zelfbeschikking wijkt dus af van de meer individualistische benadering van autonomie en sluit meer aan bij de relationele benadering.

15 J.M. Hecht, *Stay. A history of suicide and the philosophies against it*, Yale University, New Haven, 2013, p. 149-174.

16 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006; A. Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*. Stichting NJCM-Boekerij 43, Leiden, 2006.

17 E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers, 2006, p. 285-326.

18 *Ibid.* p. 286 en p. 298.

5.3.3 DE VRAAG OM HULP BIJ ZELFDODING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DEGENE AAN WIE DE HULP WORDT GEVRAAGD

In de discussie over ‘voltooid leven’ staat hulp bij zelfdoding centraal. Dit komt onder andere naar voren in de als bijlage bij dit rapport opgenomen brief van de ministers van vws en v&j aan de Tweede Kamer, die de grondslag vormt voor de aan de adviescommissie verstrekte opdracht. In die brief spreken de bewindspersonen over ‘de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven voltooid achten’.¹⁹ Het gaat dus om 1 een ruimere uitleg van het recht op zelfbeschikking, 2 in de vorm van hulp om die zelfbeschikking te kunnen uitoefenen. In deze paragraaf richt de adviescommissie zich met name op het tweede element. Vanuit de ethiek gezien gaat het om de vraag in hoeverre de wens om hulp bij zelfdoding te ontvangen gelegitimeerd kan worden.

Vanuit een individualistische benadering van autonomie geredeneerd bestaat er een spanning tussen de woorden ‘zelfbeschikking’ en ‘te ontvangen hulp’.²⁰ De autonome burger, die hulp bij zelfdoding wenst, verwacht van zijn (autonome) medeburgers (artsen, naasten) dat deze zijn besluit accepteren en ook daadwerkelijk hulp bij zelfdoding verlenen. Maar het is lastig om te beargumenteren waarom het autonome individu van een ander zou mogen verwachten dat deze die hulp daadwerkelijk verleent. Vanuit de individualistische visie op autonomie ligt het dus meer voor de hand dat het individu niet alleen zelf beslist, maar deze beslissing ook zelf uitvoert en daarmee voor de zogenaamde autonome route kiest.²¹ Bezwaren tegen deze route zijn dat het autonome individu tot een zekere eenzame weg veroordeeld is, degene die fysiek niet in staat is zijn auto-

19 Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 26.

20 Die spanning zien we bijvoorbeeld in J. Peters e.a., ‘Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd’, Boom, Amsterdam, 2011. Zij schrijven: ‘Aan de vrije mens komt de ruimte toe zelf te beslissen over zijn leven én zijn sterven. Zelfbeschikking is immers een wezenlijk beginsel van onze beschaving. Het vrijwillige en weloverwogen besluit van een oudere om te willen sterven verdient aandacht, respect en solidariteit. Wanneer een oudere bij zijn besluit te sterven om professionele hulp en de daartoe geëigende middelen verzoekt, behoort hij deze hulp onder voorwaarden van zorgvuldigheid en toetsbaarheid te kunnen krijgen’ (p. 56, cursivering door de adviescommissie).

21 T. Vink is een voorstander van de autonome methode. Hij spreekt over een ‘zelf-bezorgde goede dood onder eigen regie’. Hij introduceert het begrip ‘zelfeuthanasie’: ‘opzettelijk levensbeëindigend handelen, dóór de betrokkene zelf, áán de betrokkene zelf, na een heldere afweging besloten, op zorgvuldige wijze uitgevoerd’. Zie: T. Vink, *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*. Uitgeverij Damon, Budel, 2013, p. 17.

nomie te realiseren achtergesteld wordt en dat tijdens de uitvoering er complicaties kunnen ontstaan die niet altijd onmiddellijk op te lossen zijn.²²

Vanuit de meer relationele benadering van autonomie geredeneerd ligt de zaak anders. In de verbondenheid met anderen spelen ook de visies, normen en waarden van die anderen met betrekking tot 'voltooid leven' een rol. Vanuit het perspectief van die anderen kunnen er twee soorten dilemma's optreden. Allereerst de vraag hoe de autonomie van degene die hulp bij zelfdoding wenst zich verhoudt tot de autonomie van degenen van wie hulp bij zelfdoding wordt gevraagd. Het tweede dilemma heeft betrekking op de principes 'niet schaden' en 'weldoen'. Het eerste dilemma heeft betrekking op de visie op de relatie tussen autonomie aan de ene kant en verbondenheid aan de andere kant. Dit dilemma is onder andere lastig omdat degene die zijn eigen leven als 'voltooid' ziet vaak afhankelijk is van de mensen om hem heen. Het tweede dilemma is ook niet gemakkelijk. Hoe kan men als naaste de principes van 'weldoen' en 'niet-schaden' goed afwegen als er onvoldoende distantie is met betrekking tot de persoon die om hulp bij zelfdoding vraagt?

In geval een arts gevraagd wordt om hulp bij zelfdoding in geval van 'voltooid leven' te geven wordt in de meer individualistische benadering van autonomie de eigen verantwoordelijkheid van de arts in feite ondergeschikt gemaakt aan de autonomie van de patiënt die hulp bij zelfdoding wil. Dit gaat in tegen de ethiek van de arts zoals deze onder andere verwoord is in de eed van Hippocrates. In de meer relationele benadering treedt met betrekking tot het principe van de autonomie opnieuw een dilemma op. Vanuit ethisch oogpunt kan een arts alleen de autonomie van de patiënt respecteren als de keuzen die daaruit voortvloeien in overeenstemming zijn met zijn professionele ethiek. Dat wil zeggen, de autonomie van de patiënt wordt begrensd door de autonomie van de arts. Het dilemma tussen 'niet-schaden' en 'weldoen' komt ook in de meer relationele benadering scherp naar voren. De invoelbaarheid en begrijpelijkheid van de vraag naar hulp bij zelfdoding bij 'voltooid leven' doet het dilemma tussen 'niet-schaden' en 'weldoen' niet verdwijnen. Het afwegen van beide principes is bij 'voltooid leven' lastig, als het al mogelijk is, omdat men te maken heeft met aan de ene kant een definitieve 'oplossing' die de patiënt schaadt (overlijden) en aan de andere kant existentiële problematiek waarin van de

22 Vink (2013) is van mening dat de autonome route verantwoord is. Hij verwijt de NVVE en UVW dat zij ten onrechte de autonome route als ondeugdelijk en onbetrouwbaar beoordelen en zo de 'paternalistische' artseneuthanasie in stand houden.

arts verwacht wordt wel te doen en dat kan bij het ontbreken van redelijke andere oplossingen ook euthanasie of hulp bij zelfdoding inhouden.²³

5.3.4 DE VRAAG OM HULP BIJ ZELFDODING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE OVERHEID

De overheid heeft onder meer tot taak om de klassieke grond- en mensenrechten, alsmede de sociale grondrechten van zijn burgers te waarborgen. De reikwijdte van de klassieke grond- en mensenrechten geldt onverkort. De reikwijdte van de sociale grondrechten is niet voor alle rechten even groot. Men kan daarbij tot op zekere hoogte spreken van een glijdende schaal.

Zowel de bescherming van het leven als die van de veiligheid van personen worden algemeen beschouwd als een recht waarvoor de overheid een zorgplicht heeft. Die plicht wordt onder meer gerealiseerd door middel van strafbaarstelling van gedragingen die het leven aantasten en/of bedreigen. Onder meer het WvSr en een reeks van bijzondere wetten (www, Opiumwet, Wet Wapens en munitie, Milieuwetten, etc.) staan in dienst van deze bescherming, naast vele regelingen die gezondheid beogen te waarborgen, zoals de Geneesmiddelenwet en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Waar het hulp bij zelfdoding betreft heeft de overheid de beschermingsplicht gerealiseerd in artikel 294 lid 2 Sr jo artikel 293 lid 2 Sr, jo WTL. Naast de Nederlandse grondwet is Nederland gebonden aan het EVRM. In het bijzonder aan artikel 2 - het recht op leven – en artikel 8 EVRM – het recht op privéleven. De overheid dient ook volgens de positieve verplichtingen die uit het EVRM voortvloeien het leven te beschermen en zich dus in te spannen om te voorkomen dat mensen zichzelf van het leven beroven. Op grond van artikel 8 EVRM heeft een ieder weliswaar recht op een zelfgekozen dood, maar één en ander impliceert niet dat hieruit ook een positieve verplichting voor de overheid voortvloeit om in geval van een door betrokkene ervaren ‘voltooid leven’ het realiseren van die wens te faciliteren (zie 3.5).

Het uitgangspunt van de wetgever is (tot op de dag van vandaag) dat burgers respect moeten opbrengen voor het leven van een andere burger, ook als die verzoekt om hulp bij zijn (op zichzelf in het recht gerespecteerde) wens daaraan een einde te maken. Die rechtsverhouding wordt niet

23 Het is de vraag of een arts deskundig is op het gebied van de existentiële problematiek. Op deze vraag wordt geen eenduidig antwoord gegeven.

alleen bepaald door de wens tot bescherming tegen misbruik (veiligheid) maar ook door de bescherming van de eerbied voor het leven als algemeen rechtsgoed. Alleen voor situaties waarin sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden is er een uitzonderingsregeling getroffen, in die zin dat de verantwoordelijkheid van de overheid daarbij de vorm heeft aangenomen van het inrichten van de modaliteit van toetsing conform artikel 293 en 294 Sr jo WTL. Zoals in hoofdstuk 3 is uitgelegd, omvat dit een striktere toets dan normaal in strafzaken het geval is.

In het licht van de problematiek van ‘voltooid leven’ rijst echter de vraag hoe ver de bescherming van het leven en de veiligheid van personen reikt. Moet die bescherming wijken of worden gemitigeerd in het licht van de autonomie van de hulp vragende persoon? En, gaat de zorgplicht voor veiligheid zo ver dat de overheid een positieve verplichting heeft om de hulp vragende burger te ondersteunen in het op een veilige wijze realiseren van zijn doodswens? Deze vragen illustreren dat de rechtsgoederen en belangen die de overheid heeft te dienen – zoals op veel terreinen – ook hier met elkaar op gespannen voet kunnen staan.

Met deze vragen betreden we het terrein van de gevolgethiek; een benadering die juist voor de overheid vruchtbaar kan zijn omdat zij niet alleen te maken heeft met de gevolgen voor het individu dat hulp wil krijgen bij zelfdoding, maar ook met de gevolgen voor de hele samenleving.

Zou de overheid straffeloosheid van hulp bij zelfdoding in dergelijke gevallen ruimer wettelijk regelen, dan zou dit (terecht of onterecht) indirect als signaal opgevat kunnen worden dat op collectief niveau de morele vraag een gepasseerd station is. Ook zou de vraag aan de orde kunnen komen hoe het faciliteren van hulp bij zelfdoding bij ‘voltooid leven’ zich verhoudt tot suïcidepreventie (wat in het beleid van dit kabinet hoog op de agenda staat).²⁴

Een wettelijke mogelijkheid zal zeker ook een daadwerkelijke optie worden. Dat betekent dat burgers zelf bewust of onbewust (bijvoorbeeld door de toch al negatieve beeldvorming over ouderen die door een wettelijke mogelijkheid verder kan worden versterkt) een afweging zullen gaan maken over de wenselijkheid van deze optie: te weten of ze hulp bij zelfdoding willen of niet. Dat betekent ook dat burgers bewust of onbewust door hun omgeving ‘gestimuleerd’ kunnen worden om zo’n afweging te maken.²⁵

24 Zie o.m. Kamerstukken II, 2014-2015, 32793, nr. 168.

25 Hecht wijst er op dat zelfdoding een ‘cultural script’ kan worden waardoor zelfdoding leidt tot meer zelfdoding. Dit zou ook het geval kunnen zijn bij hulp bij zelfdoding bij ‘voltooid leven’. J.M. Hecht, *Stay. A history of suicide and the philosophies against it*, Yale University, New Haven, 2013, p. 149-174.

Als hulp bij zelfdoding als oplossing bovendien procedureel gemakkelijker zou worden dan euthanasie, zal dat zeker tot een verschuiving in de richting van meer hulp bij zelfdoding leiden en misschien ook tot een verhoging van het aantal gevallen.

In het bijzonder kan in dit kader ook gedacht worden aan de noodzaak van bescherming van kwetsbare groepen. Hierbij dient onder meer gedacht te worden aan burgers die vanwege het ontbreken van morele kaders, sociale verbanden, gebrek aan psychiatrische veerkracht of gezondheid extra kwetsbaar zijn. Maar in het meer extreme geval – wanneer de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding geheel wordt opgeheven – moet men ook denken aan demente bejaarden, verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten. Ondanks de positieve connotatie van het begrip ‘voltooid leven’ zal het in de praktijk toch vooral gaan om mensen die naar hun aard of situatie toch al kwetsbaar zijn en vaak ook afhankelijk van de hulp van anderen. Zij hebben recht op bescherming tegen de druk of de verleiding om te kiezen voor levensbeëindiging. Het recht om er te zijn geldt onverkort voor wie er is. Dat maakt de zorgvuldigheidseisen van de WTL ook moreel relevant in het licht van de opdracht van de overheid het leven te beschermen.

De bovenstaande overwegingen op basis van de ‘wat als’-vraag laten zien dat het niet vanzelfsprekend is dat uitbreiding van straffeloosheid van hulp bij zelfdoding bij ‘voltooid leven’ alleen maar positieve effecten heeft, namelijk alleen maar hulp aan personen die een actieve doodswens hebben omdat zij hun leven ‘voltooid’ achten als invulling en erkenning rechtens van het zelfbeschikkingsrecht. Er zijn dan ook belangrijke overwegingen aan te voeren om straffeloosheid van hulp bij zelfdoding voor deze situatie niet wettelijk mogelijk te maken. Er staan hier ook andere belangen op het spel dan het belang van de verzoeker om hulp. De overheid heeft een eigen verantwoordelijkheid tot bescherming van het leven als publiek belang.

6 Mogelijkheden ter voorkoming dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten

In de aan de adviescommissie verstrekte opdracht is door de ministers aangegeven dat niet alleen onderzocht dient te worden wat de juridische mogelijkheden en beperkingen zijn van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar dat tevens dient te worden bekeken welke mogelijkheden er zijn ter voorkoming dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten (zie 1.1).

In dit hoofdstuk wordt – vanuit bovengenoemde vraagstelling – voornamelijk aandacht besteed aan de alleroudsten. In dit kader dient te worden opgemerkt dat er weinig bekend is over de mogelijkheden om te voorkomen dat ouderen hun leven ‘voltooid’ achten.¹ Er is veel in ontwikkeling. Er zijn dan ook veel verschillende initiatieven op het terrein van ouderenproblematiek.

De adviescommissie heeft het niet tot haar taak gerekend om op dit punt eigen onderzoek te laten uitvoeren. Dit hoofdstuk biedt een algemene verkenning van onderzoek en beleid ten aanzien van eventuele mogelijkheden ter voorkoming dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten. Concrete oplossingen, zeker op individueel niveau, kunnen hier niet worden geboden. De adviescommissie beschouwt het als ‘voltooid’ ervaren van het eigen leven als een subjectieve beleving en een hoogst individuele aangelegenheid. Niettemin is voor de beleving van het leven als ‘voltooid’ ook de bredere levens- en maatschappelijke context van belang. Hoe meer de samenleving uitstraalt dat ouderen daarin een zinvolle plaats (behoren te) hebben en het overheidsbeleid daarop daadwerkelijk is gericht, hoe minder bij ouderen het gevoel van (een doodswens op basis van) een ‘voltooid leven’ zal opkomen.

Aan de uiteindelijke afweging van de adviescommissie om tot een standpunt en advies inzake de problematiek rondom ‘voltooid leven’ te komen, draagt dit hoofdstuk als schets van die context bij.

Het aantal mensen dat in deze tijd een hoge leeftijd bereikt is groter dan ooit tevoren in de geschiedenis. Sinds 2000 is de groep 100-plussers verdubbeld tot 2200 mensen, terwijl er begin 1900 ongeveer 20 eeuwelingen

1 Er is wel veel onderzoek naar en kennis over suïcide, wat overigens niet geleid heeft tot een effectieve preventie op individueel niveau. In dit hoofdstuk zal hierop verder niet worden ingegaan.

waren.² In honderd jaar tijd is de gemiddelde levensverwachting gestegen van 40 naar 80 jaar en de kans om 65 jaar te worden is verdrievoudigd van 30% naar 90%.³ Veel meer mensen dan vroeger bereiken nu een hoge leeftijd. Door de enorm toegenomen medische kennis kunnen we lang(er) leven met ziekten en kwalen, langer dan sommigen lief is. Hoewel mensen steeds ouder worden is er weinig ervaring met het voorbereiden op deze levensfase en de problemen die dit meebrengt.⁴

De periode waarin ouderen afhankelijk en kwetsbaar worden, wordt wel de ‘Vierde Leeftijd’ of de ‘vijfde fase’ genoemd. Deze periode onderscheidt zich van de ‘Derde Leeftijd’ of ‘vierde fase’, de periode van ‘actieve ouderdom’ waarin ouderen (60-65 jaar tot doorgaans 80 jaar of zelfs later) hun leven in redelijke gezondheid doorbrengen. Of en wanneer de ‘Vierde Leeftijd’ of ‘vijfde fase’ ingaat is sterk individueel bepaald.⁵

Een belangrijk kenmerk van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten en een persisterende, actieve doodswens hebben, is het ontbreken van levensperspectief. Bij hen bestaat ook veel angst, onder meer angst voor controleverlies. Aan het niet meer ervaren van levensperspectief blijkt vaak een veelvoud aan oorzaken ten grondslag te liggen: verlies op lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel terrein (zie 2.2). Factoren die kunnen leiden tot het ontstaan van een actieve wens tot levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ zijn zeer divers (zie 4.3).

In 6.1 worden de uitkomsten van twee onderzoeken naar respectievelijk kwaliteit van leven en succesvol ouder worden besproken. Uit deze onderzoeken wordt duidelijk welke aspecten ouderen zelf van belang vinden om kwaliteit van leven te ervaren. De door de ouderen gegeven antwoorden kunnen – naast hetgeen bekend is over factoren die kunnen leiden tot het ontstaan van een wens tot levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ (4.3) – eveneens een aanknopingspunt bieden voor het ontwikkelen van mogelijkheden ter voorkoming dat ouderen geen levensperspectief meer ervaren, hun leven daardoor ‘voltooid’ achten en een actieve doodswens ontwikkelen.

- 2 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4149-wm.htm>
- 3 R. Westendorp, *Oud worden zonder het te zijn*. Uitgeverij Atlas Contact, Amsterdam/Antwerpen, 2014, p. 9.
- 4 Zie in dit kader ook: F. de Lange, *De mythe van het voltooide leven*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer, 2007.
- 5 F. de Lange, *De mythe van het voltooide leven*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer, 2007; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002), *Verkenning levensloop*.

Daarnaast is in het kader van de door de adviescommissie gehouden hearings aan de deelnemende organisaties onder meer de vraag voorgelegd hoe voorkomen kan worden dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten. In 6.2 komen de verschillende visies van deze organisaties en de eventueel door hen aangedragen oplossingsrichtingen aan de orde. In 6.3 wordt nader ingegaan op een aantal specifieke aandachtspunten ter voorkoming van ‘voltooid leven’.

6.1 ONDERZOEK NAAR KWALITEIT VAN LEVEN/SUCCESVOL OUDER WORDEN

Kwaliteit van leven in LASA-cohort

In het onderzoek van Puts en Deeg werden gestructureerde interviews bij 11 kwetsbare en 14 niet kwetsbare ouderen uit het cohort van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) afgenomen.⁶ Hierbij werden vijf thema's gevonden die kwaliteit van leven betekenis gaven: (lichamelijke) gezondheid, geestelijk welzijn, sociale contacten, activiteiten, en woning en omgeving. Lichamelijke gezondheid achten de respondenten noodzakelijk om onafhankelijk te zijn. Een goede gezondheid valt iemand ten deel door geluk, goede medische zorg, medicijnen, hulpmiddelen zoals een rollator, zelf initiatieven nemen om gezond te leven en goed voor jezelf te zorgen. Maar het accepteren van achteruitgang van de gezondheid en het vinden van nieuwe activiteiten werden ook belangrijk gevonden. Voldoende financiële middelen om medische hulpmiddelen en medicijnen aan te schaffen en een auto om naar de winkel en het ziekenhuis te rijden werden belangrijk gevonden. En lekker in je vel zitten, je goed voelen is voor alle respondenten belangrijk. De mate van sociale contacten verschilde tussen mensen met en zonder partner. Respondenten met partner hadden vaak een groter sociaal netwerk en meer – maar vaak minder intensieve – contacten met anderen. Respondenten zonder partner voelden zich af en toe eenzaam, hadden vaak een wat kleiner sociaal netwerk maar intensievere contacten met anderen. Er was vaak veel contact met broers en zussen en met kinderen. Overlijden en dementie van familieleden verkleinden het sociale netwerk. De niet kwetsbaren hadden veel activiteiten buitenshuis, de kwetsbaren gaven aan minder intensieve activiteiten te hebben en

6 M.T.E. Puts, D.J.H. Deeg, Welke aspecten van kwaliteit van leven vinden kwetsbare ouderen zelf van belang? *Bijblijven* (2006) 22, p. 378-383; M.T.E. Puts, *Biological risk factors, negative consequences and quality of life* (diss). Amsterdam, Vrije Universiteit 2006.

deden meer binnenshuis zoals lezen en puzzelen. Respondenten die alleen woonden namen deel aan clubjes. Alle respondenten vonden het belangrijk iets voor anderen te betekenen.

Wat betreft hun woning en de omgeving zijn de aanwezige voorzieningen zoals een aangepaste douche en een supermarkt in de buurt belangrijk. De perceptie van de buurt als veilig werd belangrijk gevonden. Ouderen met een rollator hadden vaak last van oneffen stoepen met boomwortels, losse tegels en fietsen die in de weg staan.

Simpele alledaagse dingen, zoals iemand hebben om mee te praten en te kunnen doen wat je leuk vindt, zijn van belang voor kwaliteit van leven. De respondenten hadden duidelijk voor ogen dat als zij in de toekomst geen kwaliteit van leven meer zouden ervaren, zij niet langer wilden leven. Puts en Deeg merken op dat Fry en Borglin tot soortgelijke resultaten kwamen.⁷

In ander onderzoek gaf 80% van een groep oudere vrouwen aan liever dood te zijn dan verlies van onafhankelijkheid en opname in een verpleeghuis te moeten meemaken.⁸ De meeste respondenten van het LASA-cohort gaven aan bezorgd te zijn om dement te worden en opgenomen te moeten worden in een verpleeghuis.

Leiden 85+ studie

In de 85+ studie uit Leiden werd bij 27 deelnemers een diepte-interview afgenomen over succesvol ouder worden, waar vergelijkbare bevindingen uit kwamen. Voor de meeste ouderen was welbevinden synoniem aan succesvol oud worden.⁹ Zij beschouwden het hebben van sociale contacten als de belangrijkste voorwaarde voor welbevinden. Succesvol ouder worden is volgens hen geen kwestie van optimaal lichamelijk functioneren maar van een goed verlopen proces van aanpassing aan lichamelijke beperkingen. Succesvol betekent dat de betreffende persoon tevreden is met het huidige leven. De meeste deelnemers vonden dat sociale contacten op latere leeftijd het gevolg zijn van investeringen op jongere leeftijd. Zij accepteren

- 7 P.S. Fry, Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it. *Int J Aging Hum Dev* 2000, 50(4), 361-83; G. Borglin, A.K. Edberg, I.R. Hallberg, The experience of quality of life among older people. *J.Aging Studies* 2005, 19:201-20.
- 8 G. Salkeld, I.D. Cameron, R.G. Cumming, S. Easter, J. Seymour, S. Kurrle et al., Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ* 2000;320:341-6.
- 9 M. von Faber et al., Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *JAMA Int Med* 2001, 161:2694-2700; J. Gussekloo et al., Succesvol oud in maat en getal en volgens ouderen zelf. De Leiden 85+ studie. *Bijblijven* 2006, (22) 9: 59-66.

het teruglopen van het aantal sociale contacten door lichamelijke beperkingen, maar vinden de kwaliteit van contacten uitermate belangrijk. Eén gemist contact kan zwaarder tellen dan vele bestaande. Ook hier waren de meeste deelnemers bang voor cognitieve achteruitgang. Het vermogen zich aan te passen en een positieve attitude te behouden waarbij men zich richt op wat men nog heeft – tel je zegeningen – werden genoemd als essentiële voorwaarden voor welbevinden. Veel ouderen zijn tevreden over hun leven ondanks beperkingen.

6.2 VISIES EN OPLOSSINGSRICHTINGEN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

De organisaties die aan de door de adviescommissie georganiseerde hearings hebben deelgenomen, hebben de volgende visies op en mogelijke oplossingsrichtingen voor het voorkomen van ‘voltooid leven’ gegeven.

Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut (PLI)

Het PLI is van oordeel dat – naast over de vraag hoe groot het probleem van ‘voltooid leven’ is en wat de oorzaken ervan zijn – er een goede discussie op gang moet komen over de vraag hoe voorkomen kan worden dat mensen (hulp bij) zelfdoding wensen. Het PLI geeft aan dat de diepe wens om te sterven overigens lang niet altijd voorkomen hoeft te worden en dat het rationeel kan zijn om te willen sterven (waarbij actieve levensbeëindiging niet automatisch als oplossing moet worden beschouwd; de mogelijkheid van versterven zou ‘uit de sfeer van de verdachtmaking’ moeten worden gehaald). Het PLI acht het van belang dat mensen meer dan voorheen op tijd nadenken of zij op hoge leeftijd nog medische behandelingen en eventueel reanimatie wensen.

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

JPV stelt zich op het standpunt dat de vraag hoe voorkomen kan worden dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten om exploratie vraagt vanuit de ethiek, filosofie, theologie en psychologie. Volgens JPV lopen onderwerpen als zingeving, het kunnen beschikken over coping-strategieën in perioden van tegenslag, vaardigheden om sociale netwerken op te kunnen bouwen, als rode draden door mensenlevens. JPV is van mening dat als blijkt dat het ‘erbij horen’, ‘mee kunnen doen’, ‘er mogen zijn’, essentiële voorwaarden voor iemands bestaan zijn, dit ons verplicht om eerst te investeren in andere mogelijkheden dan het treffen van een nieuwe wet-

telijke regeling voor hulp bij zelfdoding. Overigens zal volgens JPV nooit kunnen worden voorkomen dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten. JPV vraagt zich af of dit niet gewoon bij het mens zijn, bij het leven hoort.

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)

De NVVE beschouwt het ‘voltooid leven’ als een uitzichtloze situatie waarin er geen behandelopties meer mogelijk of wenselijk zijn. De NVVE wijst er op dat Nederland een zorgplicht kent en dat het uiteraard nodig is om te achterhalen of de persoon met een doodswens goede medische en psychologische zorg heeft gehad. Mochten er nog behandelopties zijn die tot een verandering van de gevoelens van de persoon leiden waardoor zijn doodswens verdwijnt, dan is er geen sprake van ‘voltooid leven’. Volgens de NVVE kan het echter zo zijn dat zorg niet meer baat, en dat erkend moet worden dat een persoon ‘klaar is met het leven’.

Coöperatie Laatste Wil (CLW)

De CLW vindt dat het er soms op lijkt dat iedereen moet blijven leven, ook als de persoon in kwestie daar zelf niet langer voor kiest. Volgens de CLW ligt in de vraag hoe voorkomen kan worden dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten besloten dat je de problematiek van ‘voltooid leven’ zou moeten willen vermijden en oplossen. De CLW is van mening dat je niet voor iemand anders kunt besluiten dat er nog mogelijkheden zijn voordat diens leven ‘voltooid’ is, terwijl de ander dat niet zo ervaart. Hiermee is volgens de CLW niet gezegd dat je de betrokkene geen raad zou mogen of kunnen geven, dat naasten, familie, vrienden, behandelaars en dergelijke geen invloed zouden kunnen hebben op de opvattingen van betrokkene. Echter naar de opvattingen van de CLW heeft betrokkene het laatste woord om het leven ‘voltooid’ te vinden en te willen sterven.

Stichting de Einder

Stichting de Einder (hierna: De Einder) stelt de vraag aan de orde waarom moet worden voorkomen dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten of ‘klaar zijn met leven’ als dat niet vanuit een beleving van lijden is ingegeven. Als het recht op leven een objectief rechtsgoed is, dan is in de visie van De Einder het recht op sterven dat evenzeer.

De Einder wijst er (in de woorden van Minister Schippers) op dat ook al is de kwaliteit van zorg ‘top’, ook al doet de omgeving er alles aan om eenzaamheid te bestrijden, ook al krijgen patiënten de beste palliatieve zorg die er is, er toch mensen zullen zijn die zelf willen bepalen hoe te leven en hoe te sterven. De Einder geeft aan hiermee overigens niet over

het hoofd te willen zien dat eenzaamheid vaak een reden is om het leven als ‘voltooid’ te beschouwen en dat eenzaamheid onder ouderen moet worden bestreden, maar dat dit onverlet laat dat er niet altijd een remedie is die voorkomt dat mensen uit het leven wensen te treden. De Einder geeft aan dat als er sprake is van ‘lijden aan het leven’ of van ‘levensmoeheid’, onder ogen dient te worden gezien dat er voor bepaalde vormen van lijden geen oplossing is.

Stichting Waardig Levenseinde (SWL)

De SWL geeft aan de vraag hoe voorkomen kan worden dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten niet te kunnen beantwoorden vanwege de veranderingen in de gezondheidszorg en de sociale zekerheid met veelomvattende consequenties. Door bezuinigingen in de zorg valt volgens de SWL niet te overzien hoe de kwaliteit van leven voor kwetsbare burgers zal afnemen en in hoeverre de samenleving de veerkracht en creativiteit heeft om zich aan te passen aan ingrijpende omvormingen in de gezondheidszorg en sociale zekerheid.

Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV)

De NPV is van mening dat mensen alleen individueel zin kunnen ervaren tegen de achtergrond van een gedeelde culturele horizon. Daarbij horen visies op de waarde van ouderdom, de betekenis van ziekte, dood en lijden, de waarde van de onderlinge zorg van generaties, enzovoort. Volgens de NPV is de mens een sociaal wezen, waardoor zijn levenszin mede bepaald wordt door zijn omgeving. Wanneer men geleidelijk aan verouderd en kwetsbaarder wordt, verandert de waardering van het leven vaak mee. De NPV meent dat ons land meer gediend is met een herwaardering van haar visie op ouderdom en eventuele gebreken, dan met het creëren van mogelijkheden voor ouderen om het leven te verlaten. Volgens de NPV hebben ouderen genoeg te bieden aan andere generaties en verlangen zij ernaar van betekenis te zijn.

Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (Unie KBO)

De Unie KBO ziet de volgende oplossingsrichtingen: 1 het verbeteren van ‘passende zorg’ in de laatste levensfase en het stimuleren van bewustzijn daarover; 2 het werkelijk communiceren over en handelen naar de wens van ouderen; 3 ouderen in de gelegenheid stellen om het gesprek over het levenseinde te voeren; 4 nadere studies naar de zogenaamde ‘autonome route’ (gewezen wordt op de studie van de KNMG over stoppen met eten en drinken in de laatste levensfase); en 5 actieve inzet op spirituele zorg.

Deze zorg moet uitgevoerd worden door mensen die deskundig zijn in het omgaan met moeilijke levensvragen. Niet iedere oudere met een doodswens verlangt naar hulp bij zelfdoding. Ouderen met een doodswens verdienen meer aandacht en steun.

De Unie KBO wijst op het belang van onderzoek naar de omstandigheden waarin zich een doodswens ontwikkelt, zodat een meer gerichte aanpak mogelijk wordt. Ook pleit de Unie KBO voor een grotere inzet op positievere beeldvorming rond ouderdom: onderzoek wijst uit dat ouderen over het algemeen ‘gelukkiger’ zijn dan jongeren, maar in de beeldvorming lijkt het omgekeerde het geval te zijn. Oud wordt te veel gezien als synoniem voor ‘ziek, zwak en kwetsbaar’ en maatschappelijk uitgeteld. De maatschappelijke waarden hebben invloed op de eigen waardering van het leven. Wanneer er weinig maatschappelijke waardering is voor de rol van ouderen, hebben individuele ouderen daar volgens de Unie KBO last van.

Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB)

Volgens de PCOB vraagt de problematiek rondom ‘voltooid leven’ allereerst om een maatschappelijke bezinning op de manier waarop we zeer hoge ouderdom zinvol inrichten. Deze bezinning moet doorklinken tot in het gesprek tussen patiënt en arts en zijn uitwerking hebben op de dagelijkse zorgverlening aan mensen – binnen en buiten zorginstellingen – die zich voor dit vraagstuk geplaatst weten. In het onderzoeken en tegengaan van gevoelens van ‘klaar zijn met leven’ pleit de PCOB voor een holistische benadering, waarbij een oudere méér is dan zijn aandoening of ziekte.

De PCOB pleit ervoor oplossingen te zoeken op verschillende terreinen: 1 het bevorderen van het tijdige gesprek over het levenseinde; 2 het bestrijden van eenzaamheid; 3 verdere ontwikkeling van palliatieve zorg in de laatste levensfase en goede voorlichting over de mogelijkheden van palliatieve zorg; 4 aandacht voor zingeving en zingevingvraagstukken; 5 ouderen leren blijvend te investeren in hun sociale netwerk.

Netwerk van Organisaties van Oudere Migrantten (NOOM)

In de visie van de NOOM kan voorkomen worden dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten door er voor te zorgen dat ouderen blijven participeren in de samenleving. Dit zou onder meer gerealiseerd kunnen worden door: 1 ouderen uit isolement te houden/halen; 2 zorg op maat te verlenen; 3 ouderen in welzijn te laten leven; 4 ouderen deel te laten nemen in de welvaart; en 5 geestelijke steun, bijvoorbeeld door geestelijk verzorgers, te organiseren.

Nederlands Artsenverbond (NAV)¹⁰

Volgens het NAV komt het gevoel dat een leven ‘voltooid’ is voort uit de gedachte dat alles is gedaan en dat men dus overbodig is en geen vreugde meer ervaart in de verbondenheid met naasten. Voorkomen dat zo’n situatie ontstaat betekent aldus het NAV werken aan een maatschappij waarin ouderen zich gewaardeerd voelen en actief kunnen blijven. Eén en ander zal ook van staats- en gemeentewege gefaciliteerd moeten worden. Het betreft volgens de NAV niet een medische maar een sociaal-maatschappelijke discussie.

6.3 SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN TER VOORKOMING VAN ‘VOLTOOID LEVEN’

Op basis van bovengenoemde onderzoeken (6.1) en de opvattingen van de door de adviescommissie gehoorde maatschappelijke en professionele organisaties (6.2) wordt duidelijk dat in de context belangrijke aspecten die mogelijk kunnen bijdragen aan het voorkomen dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten, gevonden zouden kunnen worden op de volgende gebieden:

- voorbereiding op en acceptatie van ouderdom;
- voorkomen van eenzaamheid en ondersteunen van ouderen bij het behouden of aangaan van sociale contacten;
- zorgen voor een voldoende welvaartsniveau;
- vergroten van zelfredzaamheid;
- passende zorg (w.o. tijdig nadenken over behandelvoorkeuren en eventuele reanimatie bij ernstige ziekte en op hoge leeftijd en voorkomen van overbehandeling);
- aandacht voor zingeving: zin leren/blijven geven aan het bestaan op hoge leeftijd; aandacht voor ouderen met een doodswens; actieve inzet op spirituele zorg;
- herwaardering van de (maatschappelijke) visie op ouderdom.

In 6.3.1 – 6.3.7 wordt kort nader op deze specifieke aandachtspunten ingegaan.

10 Het NAV was niet in de gelegenheid om bij de door de adviescommissie georganiseerde hearings aanwezig te zijn, maar stelde het wel op prijs een schriftelijke reactie op de door de adviescommissie voorgelegde vragen te geven.

6.3.1 VOORBEREIDING OP EN ACCEPTATIE VAN OUDERDOM

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven, worden mensen tegenwoordig steeds ouder maar is er weinig ervaring met het voorbereiden op deze levensfase en de problemen die dit meebrengt. Westendorp (hoogleraar ouderengeneeskunde) merkt in dit kader op dat onze emotionele en maatschappelijke aanpassing aan het gegeven dat wij steeds ouder worden nog fors achterloopt.¹¹

Belangrijk is dan dat iedereen als het ware ‘spelenderwijs’ om leert gaan met verlies en dat we ons zo leren aanpassen aan veranderende omstandigheden. Jong leren verliezen is oud gedaan in een periode waarin we steeds meer met (een stapeling van) verliezen te maken krijgen. Wanneer je als je ouder geworden bent goed met verlies kunt omgaan, is het gemakkelijker om gezond en tevreden oud te zijn en nog ouder te worden.¹²

6.3.2. VOORKOMEN VAN EENZAAMHEID EN ONDERSTEUNING BIJ BEHOUDEN EN AANGAAN VAN SOCIALE CONTACTEN

Eenzaamheid is de belangrijkste indicator voor sociaal onwelbevinden van mensen.¹³ De mate van eenzaamheid onder ouderen verschilt sterk. Ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking is sterk eenzaam, terwijl ruim 20% zich matig eenzaam voelt.¹⁴ Ruim de helft (54%) van de ouderen is niet eenzaam. Vier op de tien ouderen (40%) zijn matig eenzaam en 6% is (zeer) sterk eenzaam. Eenzaamheid neemt toe naarmate mensen ouder worden: 10% van de ouderen vanaf 75 jaar voelt zich (zeer) sterk eenzaam; bij ouderen in de leeftijd van 65-74 jaar is dit 5%. Eenzaamheid komt het vaakst voor bij alleenstaande ouderen: 14% van de alleenstaande ouderen is (zeer) sterk eenzaam. Van de ouderen die samenwonen is 4% (zeer) sterk eenzaam.¹⁵

11 R. Westendorp, *Oud worden zonder het te zijn*. Uitgeverij Atlas Contact, Amsterdam/Antwerpen, 2014.

12 M. Olde Rikkert, *Jong blijven & oud worden*. Amsterdam/Antwerpen, Uitgeverij.Thoenis 2015.

13 T.G. Van Tilburg, J. de Jong Gierveld (red), *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen, Van Gorcum, 2007.

14 T. Meulenkamp et al, *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*. Rapportage participatiemonitor, NIVEL 2013.

15 Kamerstukken II, 2013-2014, 29538, nr. 155.

Sterke eenzaamheid wordt vaak gekenmerkt door een combinatie van problemen. Risicogroepen zijn: mensen van wie de partner minder dan drie jaar geleden is overleden; oudere mensen met een sociaal-economische achterstand zoals vrouwen met beperkte financiële middelen of vrouwen die als eerste generatie-immigranten afkomstig zijn uit mediterrane landen; mensen die op oudere leeftijd geconfronteerd worden met ernstige langdurige ziekten en handicaps.¹⁶

Er worden inmiddels vele activiteiten ontplooid om mensen bij sociale activiteiten te betrekken en te ondersteunen bij het aangaan en onderhouden van (nieuwe) sociale contacten. In het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw zijn projecten ontwikkeld waarin ouderen meer contacten verkregen, zoals Delfgoud, Samen Oud, Levenslust.¹⁷ Het rapport *Voorkomen of verminderen van eenzaamheid in de langdurige zorg* laat 13 buitenlandse ‘interventies’ zien waarvan positieve effecten zijn aangetoond.¹⁸

6.3.3 VOLDOENDE WELVAARTSNIVEAU

Een manier om sociale contacten te leggen is participeren in de maatschappij. Voor mensen die willen participeren in de maatschappij zijn twee voorwaarden noodzakelijk: voldoende financiële middelen en toegankelijkheid van voorzieningen. Bij een substantiële groep mensen met beperkingen en ouderen bestaat behoefte om meer te participeren. Echter, ruim een derde van de mensen met een lichamelijke beperking en ouderen heeft onvoldoende geld om te sporten of uit te gaan naar bioscoop of theater (in de algemene bevolking is dat bij een kwart het geval). Mensen met een ernstige beperking en lager opgeleiden hebben vaker onvoldoende financiële middelen om dit te kunnen doen als zij dat willen. Voor een substantieel deel van de mensen met een ernstig lichamelijke beperking zijn openbare voorzieningen niet altijd toegankelijk: zes op de tien ondervindt dit bij uitgaansgelegenheden en verenigingsgebouwen.¹⁹

16 J. de Jong-Gierveld, *Eenzaamheid onder kwetsbare oudere mannen en vrouwen; oorzaken en oplossingen*. *Bijblijven* (2006) 22, p. 390-396.

17 Zie: www.beteroud.nl

18 S.Hommersom, T. van Tilburg. *Voorkomen of verminderen van eenzaamheid*. Coalitie Erbij. Amsterdam: vu, 2015

19 T. Meulenkamp et al, *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*. Rapportage participatiemonitor, NIVEL 2013.

6.3.4 VERGROTEN VAN ZELFREDZAAMHEID

Met behulp van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam werd aangetoond dat tussen 1992 en 2009 het aantal chronische ziekten bij ouderen in de leeftijd van 60-85 jaar is toegenomen, en dat deze toename gepaard is gegaan met een toename in het aantal lichte beperkingen, maar niet met een toename van ernstige beperkingen.²⁰

Ouderen hechten over het algemeen veel belang aan zelfredzaamheid. Mannen, de oudste ouderen en ouderen met de meeste beperkingen vinden zelfredzaamheid minder belangrijk.²¹

Gemiddeld genomen lijkt het tamelijk goed te gaan met de ouderenpopulatie, maar uit analyses in verschillende subgroepen bleek dat het met de oudste en meest kwetsbare ouderen, ouderen met veel ernstige beperkingen en een laag opleidingsniveau, juist slechter gaat.²²

Ondersteuning door vrijwilligers, mantelzorg en professionele instanties bij problemen met zelfredzaamheid is gewenst en mogelijk. Ook daarvan zijn in het Nationaal Programma Ouderenzorg voorbeelden te vinden, zoals in de projecten 'Even Buurten', 'Lang leve thuis', 'Samen Oud' en 'Om U'.²³ De NVP heeft in 2014 100.000 uur vrijwillige thuishulp geleverd. Er blijken voldoende mensen te zijn die vrijwilligerswerk willen doen en van betekenis willen zijn voor anderen.

6.3.5 PASSENDE ZORG

Zorg is alleen passend als deze aansluit bij de wens van de patiënt. Het is niet eenvoudig – onder andere door verschillen in leeftijd, opleiding, sociaal economische status, culturele achtergrond en ziektelast tussen bevolkingsgroepen en door de verschillen in gezondheidssystemen – om aan te wijzen waar en wanneer er sprake is van overgebruik, ondergebruik

20 H. Galenkamp, I. Plaisir, M. Huisman, A.W. Braam, D.J.H. Deeg, *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, februari 2012.

21 H. Galenkamp, I. Plaisir, M. Huisman, A.W. Braam, D.J.H. Deeg, *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, februari 2012.

22 Ibid.

23 Zie: www.beteroud.nl

of verkeerd gebruik van gezondheidszorg of overbehandeling. Overbehandeling is weliswaar niet goed gedefinieerd, maar betekent in veel gevallen vergroting of verlenging van het lijden.²⁴

De arts-auteur Gawande beschrijft in zijn boek 'Sterfelijk Zijn' dat artsen nauwelijks kunnen accepteren dat het leven niet maakbaar is, en dat niet elke kwaal te genezen is. Gawande merkt op dat hij tijdens zijn opleiding geneeskunde niets heeft geleerd over mortaliteit, het sterven en de dood.²⁵ Het is de vraag of dat in deze tijd bij de universitaire opleidingen geneeskunde anders is.

Belangrijk is dat hulpverleners zich zouden moeten richten op de patiënt, niet op diens ziekte, en dat patiënten en hun naasten zich tijdig over hun perspectieven en mogelijkheden, hun wensen en verwachtingen zouden moeten beraden.²⁶

Advance care planning (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. In een steekproef onder de Nederlandse bevolking bleek dat veel mensen hebben nagedacht over de zorg rond hun levenseinde, maar gesprekken met artsen daarover zijn nog zeldzaam.²⁷

In de derde Els Borst Lezing getiteld 'De mens achter de moleculen' concludeert Keizer (arts, filosoof en schrijver) dat het ziekenhuis nog heel lang de verkeerde plaats zal blijven voor mensen in de stervensfase. Hij is niet optimistisch over de aandacht voor palliatieve zorg in de hedendaagse gezondheidszorg.²⁸

De laatste 20 jaar is er echter veel geïnvesteerd in de palliatieve zorg. Op dit moment loop er een nationaal programma waar de overheid jaarlijks 8,5 miljoen euro in investeert. Dit neemt volgens de adviescommissie niet weg dat de aandacht in de reguliere zorg beter zou kunnen.

24 Th. Boer, M. Verkerk, D.J. Bakker, *Over(-)behandelen*. Reeds Business Education, Amsterdam, 2013.

25 A. Gawande, *Sterfelijk zijn*. Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, 2015.

26 Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase, *Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase*. Utrecht, 2015.

27 B. Ott, G.J.M.W. van Thiel, C.M. de Rooter, J.J.M. van Delden. Kwetsbare ouderen en advance care planning. *NTvG* 2015;159:A8295.

28 B. Keizer, *De mens achter de moleculen*. 3e Els Borst Lezing, CEG 2015; B. Keizer, Geef liever een hand dan een pil, *NRC Handelsblad*, 28 november 2015.

6.3.6 ZINGEVING

Veel zorgbehoefte ouderen worstelen met ingrijpende gebeurtenissen en veranderingen die zingevingsvragen kunnen oproepen, zoals het verlies van regie en gezondheid, het gedwongen samenleven met medebewoners in verzorgings- of verpleeghuizen, gebrek aan privacy en het gevoel er niet meer toe te doen. Meer belevingsgerichte zorg – zorg die recht doet aan iemands persoonlijkheid en rekening houdt met zijn behoeften en beleving van de situatie – vormt daarom een waardevolle aanvulling op het kwaliteitsdenken.²⁹

In een integrale visie op een goede ouderdom zouden alle hieronder aangeduide dimensies betrokken moeten worden. Een mens is bezig zinvol oud te worden als hij binnen de situatie waar de ouderdom hem voor stelt een redelijke balans heeft gevonden tussen de vervulling van zijn natuurlijke behoeften (voedsel, onderdak en intimiteit, veiligheid, liefde en respect, zelfverwerkelijking of zelfontplooiing), de eisen die zijn rol binnen de gemeenschap aan hem stelt, zijn morele autonomie en de wijze waarop hij in staat is zijn bestaan zin te geven.³⁰

De Duitse socioloog Elias schrijft: ‘In het dagelijks leven is het duidelijk genoeg dat iemands ervaring dat zijn/haar leven zin heeft, samenhangt met het idee dat dit leven voor andere mensen betekenis heeft en omgekeerd. Een zinvol leven is nauw verbonden met de betekenis van dit leven voor andere mensen’.³¹

6.3.7 HERWAARDERING MAATSCHAPPELIJKE VISIE OP OUDERDOM

In het rapport *De sociale dimensie van ouder worden* (2012) wordt opgemerkt dat er tal van voorbeelden te bedenken zijn die de lagere status van ouderen onderstrepen: ouderen zouden niet met de tijd meegaan en niet productief zijn voor de samenleving en in toenemende mate lijden aan chronische aandoeningen. Ouderen zouden daardoor onevenredig veel zorg nodig hebben en een beroep doen op mantelzorg en de inkomens van jongere generaties. Er wordt echter op gewezen dat empirisch bewijs een en ander tegen lijkt te spreken: in ontwikkelde landen zijn ouderen, ondanks het

29 J. van Dijke, *Zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg* [scriptie]. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht. 2008.

30 F. de Lange, *Zingeving vanuit sociologisch perspectief*. www.canongerontologie.nl

31 N. Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd*. Meulenhoff, Amsterdam, 1984.

toenemen van chronische aandoeningen goed in staat zichzelf te redden en kunnen in het algemeen op voldoende steun van hun omgeving rekenen. Ook blijkt een derde van de (jongere) ouderen vrijwilligerswerk te doen.³² In de periode 2009-2012 is het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet gestegen van 39 naar 52%.³³ Doordat vergrijzing vaak als een probleem wordt beschouwd, wordt het potentieel van ouderen niet altijd gezien.³⁴

Ouderen worden geassocieerd met de sterfelijkheid van het leven. Mensen scheppen afstand tot ouderen of tot de eigen ouderdom om deze associatie te vermijden. Ook ouderen zelf vinden 'oud, dat zijn de anderen'. Jongeren en ouderen blijken – buiten de eigen familie – maar weinig contact met elkaar te hebben.³⁵ Inmiddels zijn verschillende activiteiten ontwikkeld waarmee jongeren met ouderen in contact gebracht worden, zoals in het Jong&Oud-maatjesproject waar ouderen de gelegenheid krijgen hun erfgoed met jongeren te delen. Jongeren brengen hun eigen verhaal mee en houden ouderen zo betrokken bij de samenleving.³⁶

In het rapport *Van Alzheimer tot Methusalem* beschrijft Ottes (arts) dat wijsheid een hooggewaardeerde menselijke eigenschap is, waaraan zes elementen te onderscheiden zijn, die zich ontwikkelen met het verstrijken der jaren. Zo scoorde een groep 60+ ouderen in een experiment in vergelijking met twee jongere groepen het beste op drie elementen: het zoeken naar compromissen, het zich bewust zijn van onzekerheid en het zoeken naar flexibiliteit.³⁷ Op basis hiervan stelt hij dat we meer belangstelling zouden moeten hebben voor de wijsheid van ouderen.³⁸

32 I. Doorten, *De sociale dimensie van ouder worden*. Achtergrondstudie, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, 2012, p. 11 e.v.

33 T. Meulenkamp et al, *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*. Rapportage participatiemonitor 2013, NIVEL 2013.

34 I. Doorten, *De sociale dimensie van ouder worden*. Achtergrondstudie, RVZ, Den Haag, 2012, p. 11 e.v.

35 I. Doorten, *De sociale dimensie van ouder worden*. Achtergrondstudie, RVZ, Den Haag, 2012, p. 11 e.v.

36 M. Sprong-Brouwer, *Ouderen doen er toe*. Boekencentrum, Zoetermeer, 2015.

37 T.W. Meeks, D.V. Jeste, Neurobiology of wisdom. A literature overview. *Arch Gen. Psychiatry* 2009; 66 (4): 355-365.

38 L. Ottes, *Van Alzheimer tot Methusalem. Wetenschappelijke inzichten van belang voor de zorg van ouderen*. Achtergrondstudie RVZ, Den Haag 2012.

Volgens hoogleraar geriatrie Rikkert werden ouderen in de 20^{ste} eeuw oninteressant gevonden. Maar naar zijn mening is die opvatting inmiddels achterhaald. De oudere is interessant, ook de kwetsbare oudere, concludeert hij.³⁹

Afsluitend

Het is niet bekend hoe voorkomen kan worden dat ouderen hun leven ‘voltooid’ achten of dat ouderen die hun leven ‘voltooid’ achten een actieve wens tot levensbeëindiging ontwikkelen. Nader onderzoek is dan ook gewenst op basis waarvan gericht beleid ontwikkeld zou kunnen worden.

Volgens een aantal organisaties die door de adviescommissie zijn gehoord, zou het overigens niet juist zijn om de wens van een oudere om zijn leven te beëindigen in alle gevallen te willen voorkomen. Nader onderzoek naar de ontwikkeling van een dergelijke wens is gewenst. De NVVE rapporteert dat de doodswens zich latent ontwikkelt en zich steeds sterker manifesteert als een actieve doodswens. Er zou ook sprake kunnen zijn van een kantelpunt ofwel ‘tipping point’, een fenomeen dat door Rikkert in navolging van Gladwell ook is beschreven bij aandoeningen bij ouderen.

Het is ook mogelijk dat mensen minder snel of helemaal geen actieve doodswens ontwikkelen wanneer zij voldoende ondersteuning en hulp krijgen bij hun behoefte aan welzijn en het behouden en aangaan van (nieuwe) contacten. Bij mensen die een doodswens ontwikkelen ontbreekt het levensperspectief maar bestaat ook veel angst: angst voor de laatste levensfase, angst voor de stervensfase, angst om afhankelijk te worden en angst voor het verpleeghuis.

39 M. Olde Rikkert, *Jong blijven & oud worden*. Thoeoris Uitgeverij, Amsterdam/Antwerpen, 2015.

7 Juridische mogelijkheden en beperkingen van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten

Bij de aan de adviescommissie verstrekte opdracht is door de ministers aangegeven dat onderzocht dient te worden hoe invulling kan worden gegeven aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp te verkrijgen wanneer zij hun leven ‘voltooid’ achten. Daarbij is benadrukt dat het tegelijkertijd van wezenlijk belang is dat misbruik wordt voorkomen en mensen zich veilig voelen (zie 1.1 en 1.4). De ministers hebben tevens aangegeven dat de uitkomsten van de beraadslagingen van de adviescommissie ertoe kunnen leiden dat ofwel voorstellen worden gedaan tot nieuwe regelgeving, ofwel dat bestaande wettelijke grenzen worden bevestigd.

In de maatschappelijke en politieke discussie over de problematiek inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten zijn verschillende juridische mogelijkheden aan de orde gesteld, waarmee eventueel tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de wens tot zelfbeschikking van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten. In dit hoofdstuk wordt op verschillende van deze juridische mogelijkheden ingegaan. Het betreft een uiteenzetting van mogelijkheden zonder dat de adviescommissie een voorkeur uitspreekt. Op de weging van de verschillende mogelijkheden wordt in 8.2 nader ingegaan.

In dit hoofdstuk brengt de adviescommissie per mogelijkheid in grote lijnen in kaart wat volgens haar de consequenties zouden zijn indien de betreffende mogelijkheid zou worden doorgevoerd. Daarbij wordt allereerst aangegeven welke argumenten vóór doorvoering van de betreffende mogelijkheid zouden pleiten en vervolgens wat er tegen zou pleiten. Ook worden de standpunten van de organisaties die deelnamen aan de door de adviescommissie georganiseerde hearings weergegeven. Dat impliceert dat niet alle organisaties of instanties met een standpunt ter zake hier expliciet aan bod komen. In ieder geval zullen de posities en argumenten aan weerszijden van het spectrum, alsmede relevante visies daarop, belicht worden.

In 7.1 wordt allereerst ingegaan op de mogelijkheid om hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar te stellen door artikel 294 lid 2 uit het WvSr te halen. In 7.2 wordt de mogelijkheid besproken om ook niet-artsen toe te staan hulp bij zelfdoding te verlenen. In 7.3 komt de mogelijkheid aan de orde om de strafbaarstelling van zowel levensbeëindiging op verzoek als hulp bij zelfdoding door een arts op te heffen. In 7.4 wordt de mogelijkheid van het beschikbaar stellen van een ‘laatste wil’-pil besproken. In 7.5 wordt ingegaan op de mogelijkheid om ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag expliciet onder de reikwijdte van de WTL te brengen. Tot slot komt in 7.6 de mogelijkheid om het huidige juridische kader in stand te houden aan de orde. In het verlengde daarvan wordt in 7.7 nog kort ingegaan op de bestaande mogelijkheden binnen het huidige juridische kader ten aanzien van levensbeëindiging in eigen regie, als alternatief voor levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts binnen het kader van de huidige WTL.

7.1 AFSCHAFFING VAN ARTIKEL 294 LID 2 SR?

Door afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr zou de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding worden opgeheven en zou het een ieder vrijstaan om hulp bij zelfdoding te vragen of te bieden. Ook naasten (partner, kinderen, familieleden, vrienden) en/of al dan niet professionele (stervens)hulpverleners zouden vrij zijn om deze hulp te geven. Het opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzetten (zoals strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr) blijft – onder de voorwaarde dat de zelfdoding volgt – bij deze mogelijkheid onverkort strafbaar.

7.1.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr, zijn de volgende:

- Mensen die om hen moverende redenen hun leven wensen te beëindigen en daar hulp bij wensen of nodig hebben, kunnen samen met hun naasten en/of al dan niet professionele (stervens)hulpverleners invulling geven aan hun wens op een wijze die hen het beste voorkomt.
- Een verzoek om hulp bij zelfdoding hoeft niet meer aan een arts en een onafhankelijke consulent (en mogelijk andere te raadplegen deskundigen) te worden voorgelegd.

- Een verzoek om hulp bij zelfdoding hoeft niet meer te worden getoetst aan de in artikel 2 WTL opgenomen zorgvuldigheidscriteria.
- Ook (alle) niet-artsen (naasten, al dan niet professionele (stervens) hulpverleners) kunnen hulp bij zelfdoding verlenen zonder dat zij het risico lopen op vervolging, veroordeling en strafoplegging terzake.
- Het verschil in strafbaarheid tussen hulp bij zelfdoding waarbij de zelfdoding uitblijft en het geval waarin deze wel volgt, valt weg.
- Niet-artsen (naasten, al dan niet professionele (stervens)hulpverleners) zijn niet langer genoodzaakt hun handelen te laten bepalen door onzekerheid over de afbakening tussen wat wel en wat niet tot strafbare hulp bij zelfdoding wordt gerekend. Ook mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar bij wie er geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een in overwegende mate medische grondslag, kunnen hulp bij zelfdoding verkrijgen zonder dat die verlener van hulp voor dat handelen strafbaar kan worden geacht.
- Het mogelijk maken van hulp bij zelfdoding zonder dat aan de in de WTL opgenomen zorgvuldigheidseisen hoeft te worden voldaan kan mogelijk voorkomen dat mensen van wie het verzoek niet aan deze eisen voldoet, kiezen voor gewelddadige vormen van zelfdoding met een grote maatschappelijke impact.
- De druk die sommige artsen ervaren in geval van verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging – welke mogelijk toe zal nemen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ – zal afnemen.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Door afschaffing van artikel 294 lid 2 zou het huidige normerings- en toetsingskader voor hulp bij zelfdoding wegvallen met gevaar van misbruik als gevolg: er zou, buiten de hierna genoemde gevallen, geen melding hoeven te worden gemaakt van de hulp bij zelfdoding en er zou geen sprake meer zijn van toetsing vooraf en – afhankelijk van de omstandigheden – in slechts bepaalde gevallen van een beoordeling achteraf, met een mogelijke negatieve impact op het algemene gevoel van veiligheid.¹
- De enige mogelijkheid tot beoordeling achteraf zal dan plaatsvinden indien een niet-natuurlijke dood wordt gemeld en het OM reden ziet om tot nader onderzoek over te gaan vanwege mogelijk ‘opzettelijk een

1 Zie in dit kader ook: G. den Hartogh, ‘Hulp bij zelfdoding door intimi – Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr’, in NJB, 20-6-2014, afl. 24.

ander aanzetten tot hulp bij zelfdoding', zoals strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr. Melding zal dan plaatsvinden ofwel wanneer de hulp bij zelfdoding door een arts is verleend die vervolgens van de niet-natuurlijke dood melding moet maken aan de gemeentelijke lijkschouwer², ofwel wanneer de hulp bij zelfdoding door een niet-arts is verleend en de arts die de verklaring van overlijden moet afgeven door de nabestaanden van de niet-natuurlijke dood op de hoogte is gesteld of wanneer de arts zelf het vermoeden heeft dat er sprake is geweest van een niet-natuurlijke dood.

- Het onderscheid tussen strafbaar aanzetten tot zelfdoding (artikel 294 lid 1 Sr) en niet-strafbare hulp bij zelfdoding kan rechtsonzekerheid opleveren.
- Voor de normering van het beëindigen van het leven van een ander op diens verzoek (artikel 293 Sr) gaat een tweede route ontstaan, en wel zelfstandig naast de bestaande route van artikel 293 lid 1, jo artikel 293 lid 2, jo artikel 2 WTL: 1 hulp bij zelfdoding mag door een ieder worden verleend (het morele zwaartepunt ligt hier bij 'zelfbeschikking'). Het WvSr en de in artikel 2 WTL verankerde zorgvuldigheidscriteria zijn niet langer op hulp bij zelfdoding van toepassing. Dit impliceert onder meer dat er dan geen verplichting meer bestaat na te gaan of er inderdaad sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en of er nog mogelijke alternatieven zijn; 2 opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigen blijft strafbaar op grond van artikel 293 lid 1 Sr. Alleen een arts die aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidscriteria heeft voldaan is niet strafbaar. Door het bestaan van twee verschillende routes zal de WTL worden ondermijnd. Niet alleen zal het bestaan van twee routes verwarrend zijn voor artsen, ook zullen artsen wellicht geneigd zijn om (waar mogelijk) euthanasie te vervangen door hulp bij zelfdoding.³ De ondermijning bestaat er dus in dat de met de meeste waarborgen omklede route wordt omzeild.
- Indien hulp bij zelfdoding niet langer is voorbehouden aan artsen, kan de uitvoering tot problemen leiden. Er bestaat altijd een risico dat er bij de uitvoering van de zelfdoding iets mis gaat, waarbij een niet-arts niet

2 Ook al valt bij deze modaliteit de eerste stap van de bijzondere strafuitsluitingsgrond zoals vermeld in artikel 294 lid 2 Sr jo artikel 293 lid 2 Sr weg, de meldplicht voor de arts blijft bestaan. Immers, art. 7 lid 3 Wlb regelt de meldplicht voor die gevallen die niet onder artikel 7 lid 2 Wlb vallen.

3 Zie in dit kader onder meer: Rapport Commissie Dijkhuis 'Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven', KNMG, december 2004, p. 10 e.v.; G. den Hartogh, 'Hulp bij zelfdoding door intimi – Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr', in NJB, 20-6-2014, afl. 24.

over de benodigde kennis beschikt om op de juiste en meest aangewezen wijze te kunnen optreden.

- Het dragen van verantwoordelijkheid voor hulp bij zelfdoding door een niet-arts – waaronder het beoordelen van de wens/wil van de betrokkene alsmede de verantwoordelijkheid voor een veilige en verantwoorde uitvoering van de zelfdoding – is bij gebrek aan (medische) deskundigheid en (in geval van naasten) gebrek aan distantie mogelijk te groot en emotioneel-psychologisch te complex.⁴ Dit argument speelt wellicht in mindere mate bij ervaren professionele (stervens)hulpverleners.
- De WTL heeft geleid tot een grotendeels transparante en daarmee maatschappelijk controleerbare praktijk van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen. Door afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr zal in beginsel een niet-transparante en niet-controleerbare praktijk van hulp bij zelfdoding door niet-artsen ontstaan. De enige mogelijkheid tot beoordeling achteraf vindt dan plaats (zoals hierboven vermeld) indien een niet-natuurlijke dood wordt gemeld en het OM reden ziet om tot nader onderzoek over te gaan vanwege mogelijk ‘opzettelijk een ander aanzetten tot zelfdoding’, zoals strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr.
- Het feit dat het bestaan van twee verschillende routes niet wenselijk is, kan aanleiding geven tot de vraag of de WTL niet in zijn geheel zou moeten worden herzien of afgeschaft, terwijl de WTL voor de overgrote meerderheid van de gevallen juist goed functioneert.

7.1.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE)

De NVVE heeft in februari 2013 het Manifest 294 aan de Tweede Kamer aangeboden waarin wordt gevraagd artikel 294 lid 2 Sr te schrappen. In het najaar van 2013 is, naar aanleiding van de zaak Heringa, de campagne *Hulp is geen misdaad* gestart. In een in september 2014 aan de adviescommissie verstrekte notitie *Het schrappen van artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht* heeft de NVVE haar zienswijze nogmaals onder de aandacht gebracht.⁵ De NVVE beschouwt artikel 294 lid 2 Sr als een anomalie binnen het strafrecht en meent dat de norm die ten grondslag ligt

4 Zie in dit kader M. Rikmenspoel, ‘De zaak Heringa – hulp bij zelfdoding door een niet-arts’, *Strafblad*, november 2014.

5 NVVE, *Het schrappen van artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht*, 25 september 2014. Dit artikel is te raadplegen via: www.nvve.nl/files/6114/5277/4433/Het_schrappen_van_art_294_lid_2_van_het_Wetboek_van_Strafrecht.pdf

aan dit artikel gebaseerd is op een gedachte die niet meer overheersend is in de huidige maatschappij (zie 3.2). Daarnaast meent de NVVE dat het nut van dit artikel steeds kleiner wordt nu de rechter hulp bij zelfdoding interpreteert op een wijze die doet denken aan de letterlijke betekenis van artikel 294 lid 1 Sr. Volgens de NVVE riskeren diegenen die betrokken zijn bij de zelfdoding van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten zonder dat er sprake is van een medische aandoening op dit moment vervolging, veroordeling en strafoplegging. Dit heeft volgens de NVVE een afschrikwekkend effect en leidt tot dilemma’s en problemen bij naasten en hulpverleners. Volgens de NVVE is de angst voor misbruik indien artikel 294 lid 2 Sr wordt afgeschaft ‘rationeel en juridisch’ niet terecht, omdat moord, doodslag en het aanzetten tot zelfdoding (strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr) strafbaar blijven. Bij hulp bij zelfdoding moet betrokkene nog steeds zelf de laatste stap zetten (anders is er sprake van moord) en de NVVE is er niet van overtuigd dat mensen gemakkelijk te manipuleren zijn in de richting van het aanvaarden van hulp bij zelfdoding. De NVVE stelt zich dan ook op het standpunt dat er genoeg waarborgen zijn om misbruik te voorkomen.⁶

Coöperatie Laatste Wil (CLW)

In een schrijven ten behoeve van de adviescommissie getiteld *Over de zelfgekozen transitie naar beter*⁷ bepleit de in april 2013 opgerichte CLW de autonome route (zelfbeschikking en zelfregie) met betrekking tot het eigen levenseinde, én de beschikbaarheid van adequate ‘laatste wil’-middelen voor alle volwassenen die dat tijdig voor zichzelf geregeld willen hebben (zie tevens 4.5.3).⁸ De CLW wijst er op dat de strafbaarheid van hulp bij

6 In het NVVE-document *Routewijzer naar verandering. Bouwstenen voor nieuwe wetgeving* (2013) wordt overigens opgemerkt dat tijdens de campagne *Hulp is geen misdaad* duidelijk wordt dat als afschaffing van artikel 294 lid 2 ter sprake komt, er twijfel aanwezig is en dat de primaire reactie op afschaffing de angst voor misbruik is. De NVVE geeft aan dat zaken als moord, doodslag en aanzetten tot zelfdoding ook strafbaar blijven (in andere artikelen van het Sr) als artikel 294 Sr wordt afgeschaft. Maar de volgens de NVVE steeds terugkerende reactie ‘angst’ leidt volgens de NVVE tot het voortschrijdend inzicht dat het benoemen van die andere wetsartikelen de angst voor misbruik niet wegneemt en dat het wettelijk verankeren van criteria voor hulp bij zelfdoding door niet-artsen een stap kan zijn die angst voor misbruik wel wegneemt. In het aan de adviescommissie gestuurde document *Het schrappen van artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht* wordt echter gesteld dat deze angst ‘rationeel en juridisch bekeken’ niet terecht is waarmee de NVVE dus terugkomt op haar eerdere standpunt uit 2013.

7 Te raadplegen via de website van CLW: www.laaststewil.nu/faq/nieuws/.

8 De CLW is voortgekomen uit de behoefte om de door de NVVE geformuleerde autonome route nader uit te werken.

zelfdoding het zelfbeschikkend handelen inzake het eigen levenseinde in de weg staat, omdat niet iedereen in staat is om zelf het leven te beëindigen, bijvoorbeeld vanwege fysieke beperkingen. Hulp bij zelfdoding hoort volgens de CLW dan ook niet (meer) in het WvSr thuis; zelfbeschikking en zelfregie rond het levenseinde vragen volgens de CLW om vernieuwing van regulering.

Stichting De Einder

In een aan de adviescommissie verstrekte notitie geeft De Einder aan achter het pleidooi van de verdediging in de zaak Heringa te staan. Dit pleidooi wordt door De Einder als volgt samengevat:

- het is een door het EVRM beschermd grondrecht van de mens om zijn leven zelfstandig op waardige wijze te mogen beëindigen en om daarbij op zijn naaste een beroep te mogen doen, terwijl daarbovenop voor die naaste geldt dat deze niet mag worden verplicht passief toe te zien;
- dit grondrecht van de mens en zijn naaste kan slechts worden beperkt door de limitatief omschreven (hogere) belangen gespecificeerd in artikel 8 lid 2 EVRM;
- tot die in artikel 8 lid 2 EVRM gespecificeerde belangen behoort niet de bescherming van het leven vanuit de gedachte dat dit een objectief rechtsgoed is;
- nu artikel 294 tweede lid Sr stoelt op de gedachte van het leven als objectief rechtsgoed, kan dit artikel de toets van artikel 8 lid 2 EVRM niet doorstaan.

Bovenstaande zou kunnen worden begrepen als een pleidooi voor het opheffen van artikel 294 lid 2 Sr. In een door de adviescommissie georganiseerde hearing gaf De Einder echter aan de tijd nog niet rijp te achten voor volledige afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr. De Einder pleit wel voor een meer restrictieve toepassing van dit wetsartikel: hulp bij zelfdoding door een niet-arts is strafbaar, tenzij aan een aantal nader te formuleren zorgvuldigheidsnormen is voldaan (zie verder 7.2).

Stichting Waardig Levenseinde (SWL)

De SWL gaf in een door de adviescommissie georganiseerde hearing aan geen voorstander te zijn van wijziging van artikel 294 Sr in de komende jaren. De SWL meent dat de ontwikkelingen sinds 2011 zo snel zijn gegaan, dat aanpassing van de strafwet ondoordacht zou zijn.

7.2 HULP BIJ ZELFDODING DOOR NIET-ARTSEN ONDER BEPAALDE VOORWAARDEN TOESTAAN?

Hulp bij zelfdoding door niet-artsen – te weten naasten (partner, kinderen, familieleden, vrienden) en/of al dan niet professionele (stervens) hulpverleners – onder bepaalde voorwaarden toestaan, zou betekenen dat artikel 294 lid 2 gehandhaafd blijft, maar dat tegelijkertijd wordt toegestaan dat ook niet-artsen onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding mogen verlenen. Als opties voor het verankeren van voorwaarden voor hulp bij zelfdoding door niet-artsen zijn o.a. aangedragen: 1 wettelijke verankering, bijvoorbeeld in een aan artikel 294 Sr toe te voegen derde lid; 2 een Aanwijzing van het College van procureurs-generaal betreffende het vervolgingsbeleid (zie 7.2.1.2)⁹; of 3 een rechterlijke uitspraak.¹⁰ De voorwaarden waaronder hulp bij zelfdoding door niet-artsen niet-strafbaar zou zijn, zouden bijvoorbeeld (onder meer) kunnen bestaan uit verplichte consultatie van een arts vooraf (en eventueel het vastleggen van de wens tot levensbeëindiging in een notariële akte) en (met het oog op toetsing achteraf) verplichte melding in verband met niet-natuurlijk overlijden.

In onderstaande wordt een onderscheid gemaakt tussen hulp bij zelfdoding verleend door naasten (partner, kinderen, familieleden, vrienden) en/of al dan niet professionele hulpverleners (zoals bijvoorbeeld counselors van De Einder) en hulp bij zelfdoding door daartoe opgeleide ‘stervenshulpverleners’ zoals voorgestaan door de initiatiefgroep Uit Vrije Wil.

9 NVVE, *Routewijzer naar verandering. Bouwstenen voor nieuwe wetgeving*. 2013, visie van J.T.E. Vis, advocaat bij Spong Advocaten, p. 11.

10 Zie in dit kader G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr. in *NJB*, 20-6-2014, afl. 24 en G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Tweede ronde. *NJB* 25-09-2015, afl. 32. Den Hartogh wijst er in het eerstgenoemde artikel op dat – zoals uit de zaak Heringa blijkt – het kennelijk mogelijk is om het proces van besluitvorming en uitvoering transparant te laten verlopen, waardoor het boven redelijke twijfel verheven is dat er geen sprake is geweest van misbruik. Hij is dan ook van mening dat hulp door intimi straffeloos moet zijn als de betrokkenen genoegzaam kunnen aantonen dat de persoon die zijn leven heeft beëindigd dat geheel uit vrije wil en weloverwogen heeft gedaan en daarbij tot het eind toe de regie heeft gevoerd. Zie ook 3.5.2.

7.2.1 HULP BIJ ZELFDODING DOOR NAASTEN EN/OF AL DAN NIET PROFESSIONELE HULPVERLENERS

Onder meer onder verwijzing naar de zaak Heringa (zie 3.4) en de rechtspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM; zie 3.5.1 en 3.5.2) is van verschillende kanten betoogd dat hulp bij zelfdoding verleend door naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners onder bepaalde voorwaarden straffeloos dient te zijn.

7.2.1.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór het onder bepaalde voorwaarden toestaan van hulp bij zelfdoding door naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners, zijn de volgende:

- Mensen die om hen moverende redenen hun leven wensen te beëindigen en daar hulp bij wensen of nodig hebben kunnen onder bepaalde voorwaarden samen met hun naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners invulling geven aan hun wens op een wijze die henzelf het beste voorkomt.
- Ook naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners kunnen onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding verlenen.
- Ook mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar bij wie het lijden niet of niet in overwegende mate een medische grondslag heeft, kunnen hulp bij zelfdoding verkrijgen.
- Indien specifieke voorwaarden zijn omschreven waaronder hulp bij zelfdoding door naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners mag worden verleend, kan de bij hen bestaande angst en onzekerheid over wat wel/niet tot strafbare hulp bij zelfdoding wordt gerekend, grotendeels worden weggenomen.
- Het mogelijk maken van hulp bij zelfdoding door naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners kan mogelijk voorkomen dat mensen van wie het verzoek door een arts wordt afgewezen kiezen voor gewelddadige vormen van zelfdoding met een grote maatschappelijke impact.
- Door hulp bij zelfdoding door naasten en/of al dan niet professionele hulpverleners alleen toe te staan indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan – zoals bijvoorbeeld de eis dat er vooraf een onafhankelijke arts of andere deskundige wordt geconsulteerd en dat de hulp wordt gemeld om

beoordeling achteraf mogelijk te maken – wordt controle mogelijk waardoor mogelijk misbruik kan worden ondervangen.

- De druk die sommige artsen ervaren in geval van verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging (welke mogelijk toe zal nemen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’) zal afnemen.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Het naast elkaar bestaan van twee routes voor hulp bij levensbeëindiging, te weten opzettelijke levensbeëindiging door een arts in het kader van de WTL en hulp bij zelfdoding door een naaste en/of al dan niet professionele hulpverlener waarbij andere criteria gelden, is verwarrend en kan de bestaande zorgvuldige praktijk van hulp bij levensbeëindiging die is gebaseerd op de WTL ondermijnen; betrokkenen kunnen immers altijd hun toevlucht nemen tot de tweede route als niet aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL wordt voldaan.¹¹
- Het feit dat het bestaan van twee verschillende routes niet wenselijk is, kan aanleiding geven tot de vraag of de WTL niet in zijn geheel zou moeten worden herzien of afgeschaft, terwijl de WTL voor de overgrote meerderheid van de gevallen juist goed functioneert.
- Het dragen van de verantwoordelijkheid voor hulp bij zelfdoding door een naaste en/of al dan niet professionele hulpverlener – waaronder het beoordelen van de wens/wil van de betrokkene alsmede de verantwoordelijkheid voor een veilige en verantwoorde uitvoering van de zelfdoding – is bij gebrek aan (medische) deskundigheid en (in geval van naasten) gebrek aan distantie mogelijk te groot en emotioneel-psychologisch te complex.¹² Dit argument speelt wellicht in mindere mate bij ervaren professionele hulpverleners. Met een verplichte voorafgaande consultatie van een arts of een andere deskundige zou wellicht ten dele aan deze bezwaren tegemoet kunnen worden gekomen, afhankelijk van de status en inhoud van een dergelijke consultatie, mede in het licht van het feit dat het doel is om met een dergelijke regeling aan het recht op zelfbeschikking van degene met een doodswens tegemoet te komen.

11 Zie in dit kader onder meer: Rapport Commissie Dijkhuis *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*. KNMG, december 2004, p. 10 e.v.; G. den Hartogh, *Hulp bij zelfdoding door intimi*. Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr. NJB, 20-6-2014, afl. 24.

12 Zie in dit kader M. Rikmenspoel, *De zaak Heringa – hulp bij zelfdoding door een niet-arts*, *Strafblad*, november 2014.

- Gevaar voor misbruik kan onder meer gelegen zijn in druk of (subtiele) manipulatie door familie en erfgenamen. Of dat met voorafgaande consultatie van één arts of een andere deskundige altijd in voldoende mate valt waar te nemen is de vraag.
- Een juridische regeling die hulp bij zelfdoding door naasten mogelijk maakt zou een negatieve impact kunnen hebben op het algemene gevoel van veiligheid onder ouderen.
- Verplichte melding voor een naaste en/of al dan niet professionele hulpverlener staat op gespannen voet met het nemo-teneturbeginsel op grond waarvan niemand verplicht is medewerking te verlenen aan de eigen strafrechtelijke veroordeling en kan mogelijk strijd opleveren met artikel 6 EVRM (recht op een eerlijk proces).¹³

7.2.1.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE)

Zoals in 4.5.3 is aangegeven ziet de NVVE de ‘Heringa-route’ als een van de mogelijkheden om tegemoet te komen aan de wens tot levensbeëindiging van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten. In de in het kader van de hearings aan de adviescommissie uiteengezette visie voert de NVVE aan dat uit de praktijk blijkt dat veel mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, zelf bereid zijn de uitvoering van de levensbeëindiging ter hand te nemen, maar dit op een verantwoorde wijze en in aanwezigheid van een hulpverlener of naaste willen doen. Volgens de NVVE toont de zaak Heringa aan dat ook niet-artsen in staat zijn zorgvuldig te handelen als het gaat om hulp bij het zelfgekozen levens einde. Deze hulp zou geboden kunnen worden door naasten of door hulpverleners op grond van transparante regelgeving waardoor hulp bij zelfdoding toetsbaar en controleerbaar wordt. Naar aanleiding van de uitspraken in de zaak Heringa onderscheidt de NVVE de volgende voorwaarden die wellicht verankerd zouden moeten of kunnen worden bij hulp bij zelfdoding: 1 Hulpvrager: het verzoek dient vrijwillig en weloverwogen te zijn; 2 Hulpverlener: handelt zorgvuldig, transparant

13 Zie in verband met de vraag hoe de meldplicht van artsen binnen het huidige wettelijke kader zich verhoudt tot dit beginsel: A. Hendriks, *Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood. Een toetsing van de Euthanasiewet aan het EVRM*. NJCM-Bulletin, 39-2, maart-april 2014. Hendriks is van opvatting dat het oordeel van de RTE's de status heeft van een advies en dat de meldingsprocedure niet kan worden aangemerkt als onderdeel uitmakend van een strafrechtelijk onderzoek. Hendriks meent dan ook dat deze regeling niet strijdig is met het nemo-teneturbeginsel.

en toetsbaar. Het verschil met de WTL is volgens de NVVE dan gelegen in het feit dat ook niet-artsen hulp bij zelfdoding mogen verlenen en het lijden geen medische grondslag hoeft te hebben.

In haar *Routewijzer naar verandering. Bouwstenen voor nieuwe wetgeving* zijn enkele uit het veld voorgedragen alternatieven opgenomen, waarbij onder meer het voorstel is gedaan tot beleidsmatige decriminalisering van zorgvuldig uitgevoerde hulp bij een vrijwillige en weloverwogen levensbeëindiging; het OM is niet verplicht om ieder strafbaar feit te vervolgen, maar is gehouden tot een redelijke en billijke belangenafweging. Deze belangenafweging kan plaatsvinden op basis van een Aanwijzing betreffende het vervolgingsbeleid, vastgesteld door het College van procureurs-generaal, strekkende tot het in beginsel achterwege laten van vervolging voor hulp bij zelfdoding, mits sprake is van extern getoetste, zorgvuldig uitgevoerde hulp bij een vrijwillige en weloverwogen levensbeëindiging. Voorafgaande consultatie van een arts en melding in verband met niet-natuurlijk overlijden zouden daarbij verplicht moeten zijn.¹⁴ Een dergelijke regeling verschilt van de WTL in de zin dat ook niet-artsen hulp bij zelfdoding mogen verlenen en dat het lijden geen medische grondslag hoeft te hebben.

Stichting De Einder

Zoals in 4.5.3 is aangegeven, is De Einder voorstander van het mogelijk maken van 'zelfeuthanasie', naast de al bestaande 'artseneuthanasie' zoals neergelegd in de WTL. Hulp bij zelfeuthanasie dient volgens De Einder niet strafbaar te zijn onder de voorwaarde dat hierbij maatschappelijk vastgestelde zorgvuldigheidsnormen in acht worden genomen. De Einder wijst op de uitspraak van het hof in de zaak Heringa waarin volgens De Einder een begin is gemaakt met het inventariseren c.q. formuleren van dergelijke zorgvuldigheidsnormen. De Einder acht dit een goede zaak, maar vindt het arrest voor het overige een gemiste kans, omdat het hof op basis van het EVRM tot een uitspraak had kunnen komen die niet alleen opgaat voor Heringa in de specifieke positie waarin hij anno 2008 verkeerde, maar die van veel bredere maatschappelijke betekenis had kunnen zijn.

Stichting Waardig Levenseinde (SWL)

De SWL is van mening dat geen van de tot op heden gedane voorstellen voor een wetswijziging om hulp bij zelfdoding door niet-artsen mogelijk te

14 NVVE, *Routewijzer naar verandering. Bouwstenen voor nieuwe wetgeving*. 2013, visie van J.T.E. Vis, advocaat bij Spong Advocaten, p. 11.

maken een voldoende degelijke indruk maakt. De SWL acht het van belang dat er meer jurisprudentie komt over ‘hulp bij zelfeuthanasie door intimi’: via jurisprudentie dienen de voorwaarden waaronder verantwoorde en toetsbare hulp bij zelfdoding door een naaste kan worden gegeven te worden ontwikkeld (zie ook 4.5.3). De SWL noemt drie punten waarmee zorgvuldigheid bij zelfdoding kan worden aangetoond: 1 een video-opname van een gesprek waarin betrokkene de redenen van zijn of haar doodswens uitlegt aan een vertrouwenspersoon die op enige afstand staat; 2 voorafgaand dient een kopie van het medisch dossier door betrokkene te worden opgevraagd en toestemming voor inzage door nabestaanden te worden gegeven. Alleen op deze wijze kan duidelijk worden of de betrokkene met de huisarts heeft gesproken; en 3 een video-opname van de uitvoering van de zelfdoding.

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

JPV betwijfelt of familieleden of naasten – als zij bereid zijn om hulp bij zelfdoding te verlenen – voldoende distantie hebben om tot een zorgvuldig oordeel te kunnen komen over de situatie van betrokkene en of hun beweegredenen altijd zuiver zullen zijn. Bovendien stelt JPV dat het moeilijk is om dergelijke situaties te controleren. JPV is van mening dat er nog te weinig kennis is over de problematiek van ‘voltooid leven’ om de oplossing over te laten aan de privé-sfeer en daar als samenleving buiten te blijven.

Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut (PLI)

Het PLI doet de suggestie om, naast betrokkene en diens familie of naasten, een derde persoon (arts of niet-medicus) een oordeel te laten geven over de afwegingen van betrokkene. De betrokkenheid van naasten biedt volgens het PLI te weinig garantie voor een objectief en volledig afgewogen besluitvorming.

7.2.2 PROEVE VAN WET VAN DE INITIATIEFGROEP UIT VRIJE WIL: HULP BIJ ZELFDODING DOOR ‘STERVENSHULPVERLENERS’

Zoals in 1.2 is aangegeven, heeft de initiatiefgroep Uit Vrije Wil in 2010 het Burgerinitiatief Voltooid Leven gelanceerd, met als doel de legalisering van stervenshulp aan ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven ‘voltooid’ achten. In de door Uit Vrije Wil opgestelde *proeve van een wet* wordt door toevoeging van een derde lid aan artikel 294 Sr een nieuwe strafuitsluitingsgrond gecreëerd voor zogenaamde ‘stervenshulpverleners’ (waarvoor in aanmerking zouden komen artsen, geestelijk verzorgers,

filosofen, psychologen, verpleegkundigen en anderen die ervaring hebben met existentiële problematiek aan het einde van het leven), naast de in artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2 Sr opgenomen bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen. Op grond van de proeve zou het verschaffen van middelen ten behoeve van zelfdoding aan een persoon van 70 jaar of ouder niet strafbaar zijn indien de stervenshulpverlener heeft voldaan aan bepaalde voorwaarden en hiervan melding heeft gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer. Deze melding zou vervolgens door de RTE's moeten worden getoetst. Wat betreft de zorgvuldigheidseisen wordt onder meer voorgesteld dat er sprake moet zijn van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek (door de verzoeker in een schriftelijke verklaring te overhandigen) en dat er vooraf ten minste een andere onafhankelijke stervenshulpverlener moet worden geconsulteerd. In tegenstelling tot de WTL wordt niet als eis gesteld dat er sprake moet zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dat de verzoeker voorgelicht is over zijn situatie en vooruitzichten en dat men samen met de verzoeker tot de overtuiging is gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is. Het zelfbeschikkingsrecht van de verzoeker is leidend. Als zowel de stervenshulpverlener als de onafhankelijke geconsulteerde stervenshulpverlener van oordeel zijn dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, wordt een arts verbonden aan de op te richten *Stichting Stervenshulp* verzocht een recept voor de benodigde dodelijke middelen uit te schrijven. De stervenshulpverlener ziet er vervolgens op toe dat de oudere de middelen zelf en op de juiste wijze inneemt.¹⁵

7.2.2.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór het onder de in de proeve van wet beschreven voorwaarden toestaan van hulp bij zelfdoding door 'stervenshulpverleners' zouden pleiten, zijn de volgende:

- Mensen die om hen moverende redenen hun leven wensen te beëindigen en daar hulp bij wensen of nodig hebben kunnen, onder de voorwaarden zoals gesteld in de proeve van wet, invulling geven aan deze wens.
- Ook mensen die hun leven 'voltooid' achten, maar bij wie het lijden niet of niet in overwegende mate een medische grondslag heeft, kunnen

15 J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011; J.K.M. Gevers, *De wet stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve*, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011 (35) 6.

hulp bij zelfdoding verkrijgen; ondraaglijk en uitzichtloos lijden is geen criterium meer, ook hoeven er geen alternatieven om eventueel het lijden te verlichten te zijn onderzocht.

- Het zelfbeschikkingsrecht van ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven ‘voltooid’ achten is leidend.
- Het mogelijk maken van hulp bij zelfdoding door stervenshulpverleners kan mogelijk voorkomen dat mensen van wie het verzoek door een arts wordt afgewezen, kiezen voor gewelddadige vormen van zelfdoding met een grote maatschappelijke impact.
- Mogelijk misbruik wordt (deels) ondervangen aangezien deze hulp alleen is toegestaan indien wordt voldaan aan bepaalde zorgvuldigheidseisen, de eis dat de stervenshulp alleen door een daartoe opgeleide en BIG-geregistreerde stervenshulpverlener mag worden gegeven, en tevens doordat er vooraf een andere, onafhankelijke stervenshulpverlener moet worden geconsulteerd en dat de hulp dient te worden gemeld om toetsing achteraf door de RTE's mogelijk te maken.¹⁶
- De druk die artsen ervaren in geval van verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging – welke mogelijk toe zal nemen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ – zal afnemen.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Het naast elkaar bestaan van twee routes voor hulp bij levensbeëindiging, te weten opzettelijke levensbeëindiging door een arts in het kader van de WTL en hulp bij zelfdoding door een stervenshulpverlener voor wie andere criteria gelden, is verwarrend en kan de bestaande zorgvuldige praktijk van hulp bij levensbeëindiging die is gebaseerd op de WTL ondermijnen. De ondermijning bestaat er in dat de met de meeste waarborgen omklede route zal kunnen worden omzeild.¹⁷
- Een leeftijdsgrens is vanuit het zelfbeschikkingsrecht bezien moeilijk te verdedigen.

16 In de *proeve van wet* van de initiatiefgroep Uit Vrije Wil wordt voorgesteld om de beroepsgroep van stervenshulpverleners onder de werking van de wet BIG te brengen, waardoor ook tuchtrechtelijke beoordeling tot de mogelijkheden behoort. Zie ook: J.K.M. Gevers, De wet stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011 (35) 6.

17 J.K.M. Gevers, De wet stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011 (35) 6; M. Trappenburg, Een tweede weg naar de dood openen? Nee; Voorstel initiatiegroep Uit Vrije Wil is buitengewoon onverstandig; perspectief over sterven verschuift met de jaren, in *NRC Handelsblad* d.d. 15 februari

- Een individualistische en instrumentele visie op zelfbeschikking (waarbij de beslissing van de patiënt centraal staat en het niet aan de hulpverlener is om nabestaanden bij deze beslissing te betrekken) staat centraal waardoor de relationele aspecten van autonomie worden verloochend: hulpverleners verworden tot instrumenten van de patiënt.¹⁸
- Een ‘stervenshulpverlener’ hoeft geen arts te zijn en is dus minder geëquipeerd om met de verzoeker diens eventuele ouderdomskwalen en ziekten te bespreken, mogelijke psychische aandoeningen of wilsonbekwaamheid te onderkennen en mogelijke problemen bij de uitvoering op te vangen.¹⁹
- Een juridische regeling die hulp bij zelfdoding aan ouderen met een ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag mogelijk maakt, zou een negatieve impact kunnen hebben op het algemene gevoel van veiligheid onder ouderen.

7.3 OPHEFFEN VAN DE STRAFBAARSTELLING VAN EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING DOOR EEN ARTS?

De mogelijkheid tot zelfbeschikking rond het levenseinde kan ook worden verruimd door de beslissing weliswaar bij de arts te laten, maar met volledige opheffing van de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts. Levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding door artsen worden dan als ‘normaal’ medisch handelen opgevat en externe toetsing aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidscriteria komt daarmee te vervallen. De thans geldende zorgvuldigheidscriteria zouden verankerd kunnen worden in het medisch tuchtrecht.

2010. Trappenburg stelt: ‘Je zou de grens tussen leven en dood kunnen voorstellen als een dichte haag. In die haag hebben wij een keurig hekwerk aangebracht met breed gedragen, plausibele regels. Het zou raar zijn om daarnaast een groot gat te knippen voor mensen die het hekwerk niet mogen passeren.’; G. den Hartogh, *Als de dood een vriend wordt. Commentaar op een proeve van een wet*, in: J. Peters et al, *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Uitgeverij Boom Amsterdam, 2011. Den Hartogh noemt het bestaan van twee wegen naar de zelfgekozen dood ‘de achilleshiel van de proeve’.

18 A.C. Hendriks, *In afwachting van een nieuwe regeling voor de zelfgekozen dood?* NJB 2011/9.

19 Zie: J.K.M. Gevers, *De wet stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2011 (35) 6.

7.3.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór het opheffen van de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts, zijn de volgende:

- Ook mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar bij wie het lijden niet of niet in overwegende mate een medische grondslag heeft, kunnen hulp bij zelfdoding verkrijgen als zij een arts kunnen vinden die bereid is daar medewerking aan te verlenen.
- Artsen hoeven hulp bij levensbeëindiging aan mensen die hun leven ‘voltooid achten’ (of andere complexe casuïstiek) niet langer uit de weg te gaan uit onzekerheid over wat wel en niet tot strafbare hulp wordt gerekend.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- De preventieve en normerende werking van het met de structuur van strafbaarheid verbonden huidige toetsingskader (onafhankelijke consultatie vooraf en toetsing achteraf) en de transparantie van de praktijk van levensbeëindigend handelen door artsen, die maatschappelijke controle mogelijk maakt en de kwaliteit en zorgvuldigheid van handelen bevordert, gaan verloren.
- Als euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen ‘normaal’ medisch handelen worden, draagt dat het risico in zich dat mogelijke alternatieven om het lijden te verlichten niet meer voldoende aan bod komen.
- Hulp bij levensbeëindiging zou door burgers als een *recht* gezien kunnen gaan worden en artsen zouden meer druk kunnen gaan voelen om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding in te willigen. Artsen zouden ook meer druk kunnen ervaren, doordat het heldere kader dat door de WTL wordt geboden, en wat hen kan helpen bij het bespreken van de (on)mogelijkheden rond het levenseinde met de patiënt, wegvalt.²⁰
- Niet valt uit te sluiten dat Nederland aantrekkingskracht uit zou gaan oefenen op hulpvragenden uit landen waarvan de wet- en regelgeving geen euthanasie en hulp bij zelfdoding toelaat. Een dergelijke ontwikkeling zou de – onterechte – beeldvorming over Nederland als ‘voortrekker-

20 Een arts is overigens niet verplicht om een medische handeling uit te voeren indien hij zich daar wegens gewetensbezwaren van wil onthouden. Zie ook H.J.J. Leenen et al, *Handboek Gezondheidsrecht*. Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2014, p. 370.

sland' als het gaat om het verwaarlozen van waarden en normen kunnen versterken en wellicht zelfs kunnen doorwerken op de overlegpositie van Nederland in een qua strafwetgeving harmoniserend Europa.

7.3.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)

In de in november 2015 gepubliceerde notitie *Waardig Sterven* schetst de NVVE twee mogelijke scenario's om waardig sterven mogelijk te maken: 1 het (semi)autonome scenario (zie 7.4.1), en 2 het medische scenario.²¹ De NVVE geeft aan in dit laatste scenario te streven naar een situatie waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen onderdeel uit gaan maken van het normale medische handelen rond het levenseinde en daarmee niet langer strafbaar zijn. De NVVE pleit voor het opheffen van de strafbaarstelling van artsen die euthanasie of hulp bij zelfdoding verlenen en het verankeren van de zorgvuldigheidscriteria die thans in de WvTL zijn opgenomen in het medisch tuchtrecht. In dit scenario wordt de rol van de RTE's overgenomen door de gemeentelijke lijkschouwer en de IGZ. Bij eventuele misstanden is het Medisch Tuchtcollege het bevoegd gezag.²²

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

In reactie op bovengenoemd voorstel van de NVVE stelt de KNMG dat zij van mening is dat euthanasie²³ bijzonder medisch handelen is, en er geen voorstander van te zijn om euthanasie uit het WvSr te halen: 'De KNMG vindt dat het opzettelijk beëindigen van het leven een handeling is die terecht in het WvSr staat. Alleen artsen mogen dat straffeloos, maar dan moeten zij zich houden aan de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding én de levensbeëindiging melden. Dit handelen is, naast medisch professionele normen, omkleed met maatschappelijke normen, zoals een verplichte consultatie door de SCEN-arts

21 *Waardig Sterven. Een strategische verkenning van het recht op zelfbeschikking bij het zelfgekozen levenseinde en een voorzet voor een agenda voor de toekomst.* NVVE, november 2015. Te raadplegen via: www.nvve.nl/files/4714/4801/6520/Strategische_verkenning_november_2015.pdf

22 Ook hoogleraar kwaliteit van de laatste levensfase en van sterven S. van de Vathorst heeft in een interview in MC er voor gepleit om hulp bij zelfdoding en euthanasie door artsen uit het WvSr te halen; er bestaan voldoende tuchtrechtelijke waarborgen. Zie: Euthanasie is gebaseerd op autonomie, maar ook op barmhartigheid. MC, 27-08-2015.

23 Hoewel de KNMG in eerste instantie alleen lijkt te spreken van 'euthanasie' wordt duidelijk dat hieronder mede dient te worden verstaan 'hulp bij zelfdoding'.

en toetsing achteraf door de regionale toetsingscommissies euthanasie. Dit biedt de mogelijkheid voor euthanasie, beschermt patiënten en geeft artsen rechtszekerheid. Euthanasie is bijzonder medisch handelen en moet dat blijven, want er wordt een fundamentele grens overschreden.’ De KNMG vindt de opvatting dat euthanasie als normaal medisch handelen beschouwd zou moeten worden problematisch, omdat er voor euthanasie geen medische indicatie bestaat en omdat dan iedere arts verplicht zou zijn mee te werken aan de uitvoering. De KNMG geeft aan dat zij altijd heeft betoogd dat artsen een eigen afweging moeten kunnen maken of euthanasie gerechtvaardigd is en dat principiële of emotionele bezwaren van artsen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding te allen tijde dienen te worden gerespecteerd. De KNMG is daarbij van mening dat de huidige wet goed functioneert: ‘Het wettelijke kader en de professionele standaard geven arts en patiënt voldoende ruimte om gezamenlijk tot een goede afweging te komen.’²⁴

7.4 BESCHIKBAAR STELLEN VAN EEN ‘LAATSTE WIL’-PIL?

De juridische mogelijkheid van het beschikbaar stellen van een ‘laatste wil’-pil waarmee, al dan niet onder bepaalde voorwaarden, diegenen die dat wensen een einde aan hun leven kunnen maken, is tot op heden nog niet in detail uitgewerkt. Voor zover ten behoeve van deze mogelijkheid tevens artikel 294 lid 2 Sr zou worden afgeschaft zijn de in 7.1.1 genoemde consequenties daarvan van overeenkomstige toepassing.

7.4.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór het beschikbaar stellen van een ‘laatste wil’-pil, zijn de volgende:

24 De reactie van de KNMG is te raadplegen via: www.knmg.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/151771/KNMG-euthanasie-is-bijzonder-medisch-handelen.htm.

- Mensen die hun leven ‘voltooid’ achten kunnen op legale wijze met of zonder hulp van anderen aan humane zelfdodingsmiddelen komen.²⁵
- De beschikbaarheid van een ‘laatste wil’-pil zou angst voor lijden in de toekomst en een onwaardig sterfbed kunnen wegnemen en daarmee geruststellend kunnen zijn, zonder dat een dergelijk middel altijd daadwerkelijk wordt gebruikt.
- Deze modaliteit is thans niet strafbaar zolang de zelfdoding niet volgt. Invoering is betrekkelijk gemakkelijk uit te voeren door het schrappen van de woorden ‘indien de zelfdoding volgt’ in artikel 294 lid 2 Sr. De (niet strafbare) verantwoordelijkheid van degene die de middelen verschaft en degene die ze vervolgens inneemt, worden gescheiden. Het verstrekken van middelen wordt juridisch gezien losgekoppeld van het gebruik ervan.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Een ‘laatste wil’-pil kan in verkeerde handen terecht komen en draagt daarmee het gevaar van verkeerd gebruik of misbruik in zich; eventuele wettelijke en technische mogelijkheden om dat te voorkomen zijn nog onvoldoende onderzocht.
- De beschikbaarheid van een ‘laatste wil’-pil kan leiden tot impulsieve zelfdodingen. En wel in tweeërlei opzicht. Ten eerste: de verstrekking kan weliswaar zo worden ingericht dat op het moment dat de persoon in kwestie de middelen verkrijgt deze als wilsbekwaam wordt beoordeeld, maar hiermee is niet gegarandeerd dat hij dat nog steeds is op het moment dat hij de middelen gebruikt.²⁶ Ten tweede: ook door wilsbekwame personen kan het gebruik van de ‘laatste-wil-pil’ in een (te) plotselinge opwelling geschieden.

25 B. Chabot – die in *Uitweg, een waardig levenseinde in eigen hand* uitvoerig beschrijft hoe op een zorgvuldige en verantwoorde wijze een einde aan het eigen leven kan worden gemaakt – heeft in een door de adviescommissie georganiseerde hearing benadrukt dat er reeds effectieve middelen voorhanden zijn die eenvoudig (en legaal) via internet te bestellen zijn: chloroquine in combinatie met diazepam. Ook T. Vink – counselor verbonden aan de Stichting De Einder – heeft tijdens deze hearing aangegeven dat de counselors van De Einder over een grote knowhow beschikken met betrekking tot betrouwbare middelen en dat zij daar desgevraagd op zorgvuldige wijze informatie over verschaffen.

26 Zie in dit kader G. den Hartogh, *Regulering van euthanasie een hulp bij suicide: hoe succesvol is het Nederlandse model?* TuGR, Afl. 4 2002.

- Door de beschikbaarheid van een ‘laatste wil’-pil kan (minder of meer subtiele) druk ontstaan richting het besluit tot zelfdoding.²⁷ Deze beschikbaarheid zou een negatieve impact kunnen hebben op het algemene gevoel van veiligheid onder bijvoorbeeld ouderen. Het kan leiden tot (strafbaar) aanzetten tot zelfdoding; de onduidelijkheid van de grensafbakening kan tot rechtsonzekerheid leiden.
- Een ‘laatste wil’-pil genereert een illegaal dan wel crimineel circuit met grote financiële belangen. Dit kan de veiligheid van de samenleving ontwrichten en bedreigen, maar ook de kwaliteit en betrouwbaarheid van de medicijnen, waardoor de veiligheid van de hulpvrager gevaar kan lopen.

7.4.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)

Al sinds de publicatie van Drion in 1991 (zie 1.2) staat de ‘laatste wil’-pil op de agenda van de NVVE. De NVVE pleit in dit kader (naast de ‘medische route’ van de WTL en de ‘Heringa-route’) voor legalisering van de ‘autonome route’. In een aan de adviescommissie verstrekt document geeft de NVVE aan dat het behoud van regie over het eigen levenseinde en de persoonlijke invulling van het begrip zelfbeschikking daarbij centraal staan. Volgens de NVVE is een humane en legale uitvoering van het zelfgekozen waardige levenseinde op dit moment niet mogelijk, doordat medicatie ten behoeve van een dergelijk levenseinde niet legaal verkrijgbaar is en alternatieve middelen vaak tot een gruwelijke dood leiden. De NVVE merkt op dat mensen daarom soms hun toevlucht zoeken tot het internet en dodelijke middelen bestellen in China of Mexico, hetgeen nu wordt gedoogd, terwijl de veiligheid niet is gegarandeerd en deze weg niet voor iedereen toegankelijk is. De NVVE pleit dan ook voor een legale, transparante en toetsbare route om dodelijke middelen te verkrijgen. De NVVE geeft aan dat het hiervoor nodig is de Geneesmiddelenwet aan te passen en de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding af te schaffen of aan te passen.²⁸ In de in september 2014 aan de adviescommissie verstrekte notitie *Het ultieme recht*

27 Zie in dit kader G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr. NJB, 20-6-2014, afl. 24.

28 In een aan de adviescommissie verstrekte *Juridische bijlage* d.d. 22-5-2015 merkt de NVVE over de benodigde aanpassing van de Geneesmiddelenwet het volgende op: ‘Zelfdoding is niet (meer) verboden in Nederland. Wat wel verboden is, is het gebruik van geneesmiddelen voor andere doelen dan waarvoor zij zijn voorgeschreven, het importeren van middelen die niet in de geneesmiddelenwet zijn opgenomen en het gebruik van sommige middelen zoals beschreven in de Opiumwet. Zelfdoding met behulp van

op zelfbeschikking²⁹ gaat de NVVE nader in op de details van deze ‘autonome route’. Het dilemma van het recht op zelfbeschikking enerzijds en de angst voor misbruik anderzijds geldt net zozeer voor de beschikbaarstelling van een ‘laatste wil’-pil als voor hulp bij zelfdoding door niet-artsen. De NVVE wijst er echter op dat er voldoende wettelijke waarborgen zijn om oneigenlijk gebruik of misbruik van een dergelijke route te voorkomen³⁰ en dat er bovendien technische mogelijkheden zijn die de kans op misbruik sterk verminderen of zelfs voorkomen.³¹ In de betreffende notitie geeft de NVVE aan van mening te zijn dat de ‘laatste-wil-pil’ voor iedere burger van 18 jaar of ouder toegankelijk zou moeten zijn. Verstrekking zou volgens een systeem dat vergelijkbaar is met dat in Zwitserland waar vrij-

dodelijke middelen is wettelijk dus niet mogelijk. Dodelijke middelen bieden echter wel veel kans op een waardige humane dood. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft meermalen geoordeeld dat een mens het recht heeft ‘een onwaardig en pijnlijk levenseinde te vermijden’ en ‘zelf te bepalen hoe en wanneer het leven eindigt’. Omdat het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens directe rechtskracht heeft in Nederland, is het goed na te denken over het realiseren van een autonome route. Deze kan worden gecreëerd door middel van aanpassingen in de geneesmiddelenwet. Gewaarborgd moet worden dat de middelen dan enkel met het oog op dit doel verstrekt zullen worden (buiten medische situaties om), enkel verstrekt zullen worden als er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en niet ingenomen zullen worden door anderen dan de persoon die het aanvraagt. Hier zal onderzoek naar gedaan moeten worden.’²⁹ NVVE, *Het ultieme recht op zelfbeschikking*, 25 september 2014. Dit document is te raadplegen via: nvve.nl/files/5514/5278/0145/2014_-_Het_ultieme_recht_op_zelfbeschikking.pdf

- 30 Wat de wettelijke waarborgen betreft merkt de NVVE op: ‘a) Wanneer een laatste-wil-pil niet zorgvuldig is opgeborgen waardoor anderen (bijvoorbeeld kinderen) deze per ongeluk kunnen innemen, is er sprake van dood door schuld door nalatigheid. Dood door schuld is wettelijk geregeld in artikel 307 Sr. Net zoals bijvoorbeeld in de wapenwet is opgenomen, zou een ‘vergunning’ voor het bezit van een laatste-wil-pil kunnen worden afgegeven onder voorwaarde dat het middel zodanig is opgeborgen dat het niet voor een ander dan de eigenaar ervan toegankelijk is; b) Bij het opzettelijk toedienen van een dodelijk middel is er sprake van moord. Ook hiervoor is het WvSr van toepassing.’
- 31 Wat de technische mogelijkheden betreft merkt de NVVE op: ‘Speciale verpakking, uiterlijke kenmerken en waarschuwingen kunnen voorkomen dat een laatste-wil-pil per ongeluk wordt ingenomen.
- a) Het middel kan worden verpakt in een voor anderen ontoegankelijke verpakking, bijvoorbeeld een verpakking gekoppeld aan een persoonlijke inlogcode; b) Het middel kan worden voorzien van een zeer opvallende kleur gecombineerd met andere uiterlijke kenmerken. Bijvoorbeeld een bruisend of akoestisch effect; c) Het middel kan worden voorzien van een uiterlijk kenmerk (zoals een kleurstof) die er zorgt voor een opvallend uiterlijk kenmerk bij de overledene. Bijvoorbeeld een blauwe tong. Op die manier is het voor forensisch onderzoekers bij een vermoeden van misbruik onomstotelijk duidelijk welk ‘moordwapen’ is gebruikt. Naast technische mogelijkheden spreekt het voor zich dat dit middel, net als alle andere gevaarlijke stoffen, moet worden voorzien van een duidelijke waarschuwing om het buiten bereik van anderen (en vooral kinderen) te houden.’

willigers van de organisaties Dignitas en Exit hulp bij zelfdoding verlenen, georganiseerd kunnen worden.³²

In de eerder aangehaalde notitie *Waardig Sterven* schetst de NVVE twee mogelijke scenario's om waardig sterven mogelijk te maken: 1) het (semi)autonome scenario; en 2) het medische scenario (zie ook 7.3.2).³³ In het (semi)autonome scenario speelt de arts geen of slechts een marginale rol: 'Een arts en/of apotheker speelt hier hooguit de rol van verstreker van medicatie bij een aantoonbare doodswens en is alleen op verzoek van het individu aanwezig om te zien of het stervensproces goed verloopt'. In een toelichting stelt de NVVE dat zij voor dit scenario uitgaat van een aantal premissen, waaronder: 'Er zijn specifieke methoden en middelen (bijvoorbeeld een laatste-wil-pil) beschikbaar om waardig sterven mogelijk te maken (zonder afhankelijk te zijn van een arts)'. De NVVE wijst op het belang van onderzoek en deskundigenraadpleging wat betreft de samenstelling van een dergelijke pil en organisatorische aspecten, zoals de doelgroep, verstrekking, distributie en zorgvuldigheidsgaranties. Recent heeft zij gepleit voor een wetenschappelijk experiment met beschikbaarstelling van een 'laatste-wil-pil', in samenwerking met de Coöperatie Laatste Wil.³⁴

Opgemerkt wordt dat hierbij belangrijk is uit te sluiten dat dergelijke middelen ter beschikking komen in situaties waarin van suïcide, misbruik of moord sprake kan zijn.

In het eerder genoemde document *Routewijzer naar verandering – Bouwstenen voor nieuwe wetgeving* is onder meer voorgesteld dat betrokkenen hun wens tot levensbeëindiging dienen vast te leggen in een notariële akte.³⁵

- 32 In het document *Het ultieme recht op zelfbeschikking* geeft de NVVE aan dat de 'laatste wil'-pil strikt genomen geen geneesmiddel is en dat het dan ook verstandig lijkt om het buiten de Geneesmiddelenwet te houden. Daarmee is de 'laatste-wil-pil' niet exclusief op recept van de arts en ook niet alleen via de apotheek te verkrijgen. NVVE, *Het ultieme recht op zelfbeschikking*, 25 september 2014. Dit document is te raadplegen via: nvve.nl/files/5514/5278/0145/2014_-_Het_ultieme_recht_op_zelfbeschikking.pdf. (Dit lijkt enigszins in tegenstelling tot hetgeen de NVVE in het kader van de hearings aan de adviescommissie heeft aangegeven, n.l. dat de geneesmiddelenwet moet worden aangepast.)
- 33 *Waardig Sterven. Een strategische verkenning van het recht op zelfbeschikking bij het zelfgekozen levenseinde en een voorzet voor een agenda voor de toekomst*. NVVE, november 2015. Te raadplegen via: www.nvve.nl/files/4714/4801/6520/Strategische_verkenning_november_2015.pdf
- 34 *NRC Handelsblad* d.d. 13-11-2015 'Vereniging wil experiment met pil om zelf leven te beëindigen' en 'Dodelijk poeder in een verjaardagskaart'. Zie tevens: www.nvve.nl/actueel/nieuws/de-toekomst-van-waardig-sterven/.
- 35 NVVE, *Routewijzer naar verandering. Bouwstenen voor nieuwe wetgeving*. 2013, visie van J. Kooijman, p. 12.

In een recent aan de adviescommissie toegestuurd voorstel is deze mogelijkheid nader uitgewerkt. Voorafgaand aan het opstellen van de notariële akte dient degene die zijn leven wenst te beëindigen hierover een gesprek te hebben met een consulent (arts, psycholoog, rouwbegeleider, euthanasieconsulent of soortgelijke professional), die moet vaststellen of er sprake is van een weloverwogen besluit. Vervolgens wordt het weloverwogen besluit (waarvan ook de notaris overtuigd moet zijn) in een notariële akte neergelegd op basis waarvan de vereiste middelen bij een apotheek kunnen worden verkregen. De beschreven procedure dient volgens dit voorstel vastgelegd te worden in een nieuw aan artikel 294 Sr toe te voegen derde lid, op grond waarvan hulp bij zelfdoding niet strafbaar is indien de genoemde procedure is gevolgd.³⁶

Coöperatie Laatste Wil (CLW)

De CLW richt zich exclusief op de ‘autonome route’. In het eerder genoemde schrijven ten behoeve van de adviescommissie (zie 7.1.2) bepleit de CLW de beschikbaarstelling van adequate ‘laatste wil’-middelen voor alle volwassenen die dat tijdig voor zichzelf geregeld willen hebben. De CLW heeft tot doel ‘te bewerkstelligen dat voor de leden van de coöperatie zonder enige vorm van list en bedrog, dan wel strafbaar handelen adequaat werkende en humane ‘laatste wil’-middelen ter beschikking zijn op het moment dat het lid daar gebruik van wil maken.’ Onder list en bedrog wordt verstaan het kopen en/of importeren van verboden middelen en het om de tuin leiden van artsen om medicijnen te sparen. Om strafbaar handelen (hulp bij zelfdoding) te voorkomen dient een ‘laatste wil’-middel zonder hulp van een ander gebruikt te kunnen worden. Een adequaat werkend ‘laatste wil’-middel moet met zekerheid het gewenste effect hebben, maar tegelijkertijd dient het proces op het laatste moment stopgezet te kunnen worden, zonder dat er blijvende schade is voor de gebruiker en aanwezigen, en diegenen die de gebruiker na afloop vinden dient geen schade te worden aangedaan. Een humaan ‘laatste wil’-middel dient snel en pijnloos te werken, zonder nare bijverschijnselen voor de gebruiker.³⁷ Tijdens een door de adviescommissie georganiseerde hearing gaf de CLW aan graag een pilot te willen houden onder haar leden waarin de beschikbaarstelling van ‘laatste wil’-middelen wordt uitgetoetst.

³⁶ Voorstel van J. Kooijman in e-mail aan adviescommissie d.d. 29-11-2015.

³⁷ Coöperatie Laatste Wil, *Over de zelfgekozen transitie naar beter*, 7-9-2014, te raadplegen via de website van CLW: www.laaststewil.nu/faq/nieuws/.

Stichting De Einder

De Einder gaf in een door de adviescommissie georganiseerde hearing aan dat ‘niet alleen de kwaliteit van (toekomstig) sterven maar misschien nog wel meer die van (huidig) leven er zeer door wordt verbeterd wanneer deze categorie mensen [hulpzoekers die op termijn het leven willen beëindigen] over een “laatste-wil-pil” kan beschikken.’ De praktijk wijst volgens De Einder uit dat de beschikbaarheid van een dergelijke pil een wens tot levensbeëindiging sterk kan verminderen en dat wellicht een dergelijke pil in veel gevallen nooit zal worden gebruikt. Het sleutelwoord is volgens De Einder ‘geruststelling’: voor de substantiële minderheid in de bevolking die de ‘voltooid leven’-problematiek opgelost wil zien, zou het (huidige) leven er volgens De Einder een stuk zonniger uitzien wanneer men weet dat men niet op enig moment gedoemd zal zijn tegen de eigen wil verder te leven.

7.5 ‘VOLTOOID LEVEN’ ZONDER MEDISCHE GRONDSLAG EXPLICIET ONDER DE REIKWIJDTE VAN DE WTL BRENGEN?

Zoals in 3.3 is aangegeven, zijn de zorgvuldigheidseisen in artikel 2 WTL, waaronder de eis met betrekking tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden, algemeen geformuleerd en is het gebruik van ‘open normen’ een bewuste en onderbouwde keuze geweest van de wetgever. De wens om ruimte te laten voor de omstandigheden van het geval en voor veranderende ontwikkelingen en inzichten stond hierbij voorop. Leek op basis van het Chabot-arrest het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden aanvankelijk ruim te worden geïnterpreteerd, in zijn uitspraak in de zaak Brongersma heeft de Hoge Raad bepaald dat aan het lijden van de patiënt in overwegende mate een of meer medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen ten grondslag moeten liggen. Zoals in 3.3.5 is aangegeven, heeft de Hoge Raad in zijn uitspraak uitdrukkelijk ook naar de wetsgeschiedenis van de WTL verwezen, waar in dit kader onder meer werd opgemerkt dat aan het lijden een ‘medische dimensie’ moet zitten, hetgeen wellicht als ziekte kan worden aangemerkt en dat over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context niet door een arts behoort te worden geoordeeld. De RTE’s hebben – onder verwijzing naar het Brongersma-arrest en de wetsgeschiedenis van de WTL – aan de hand van hun oordelen en jaarverslagen onder meer duidelijk gemaakt dat zij van geval tot geval de vraag moeten beantwoorden of de arts in kwestie in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate zijn oorzaak vond in een of meer medisch clas-

sificeerbare ziekte(s) of aandoening(en), dat wil zeggen (aldus de RTE's) een medische grondslag had. Aangezien niet vereist is dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening kan volgens de RTE's een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarbij is dus wel van belang dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft.³⁸ Ook de KNMG heeft zich op het standpunt gesteld dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies, die zorgen voor een toenemende aftakeling. Er moet volgens de KNMG wel altijd sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt³⁹ (zie 3.3.5).

De WTL spreekt slechts van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'. Op grond van bovenstaande is duidelijk dat het lijden in overwegende mate een medische grondslag moet hebben wil een arts in het kader van de WTL aan een verzoek tot (hulp bij) levensbeëindiging kunnen voldoen. De tekst van de WTL zelf vereist echter niet dat er sprake moet zijn van een medische grondslag of een medisch classificeerbare ziekte of aandoening, en staat zo gezien een ruimere interpretatie van het begrip 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' niet in de weg. Gevers merkt in dit kader op: 'Ook de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden' kan in principe ruim worden uitgelegd, zeker als men eenmaal erkent dat alle lijden uiteindelijk existentieel is. Afhankelijk van hoe men hem interpreteert, zou de WTL dus (op termijn) veel meer een 'zelfbeschikkingswet' kunnen worden.⁴⁰ Ook door Den Hartogh is er op gewezen dat alle lijden existentieel is.⁴¹

38 Zie in dit kader de algemene passages dienaangaande in de jaarverslagen van de RTE's: RTE JV 2010, p. 6/7 ([www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jveuthanasie2010%20\(EU10.01\)_30362.pdf](http://www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jveuthanasie2010%20(EU10.01)_30362.pdf)), RTE JV 2012, p. 29 (www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jv.RTE2012.WEB_38664.pdf) en RTE JV 2013, p. 30 (www.euthanasiacommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf). Voor relevante casus zie: casus 9 op p. 22 in het RTE JV 2009 ([www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%20RTE%202009%20Nederlands%20\(EU14.01\)_30365.pdf](http://www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%20RTE%202009%20Nederlands%20(EU14.01)_30365.pdf)), casus 11 op p. 31 in het RTE JV 2010 ([www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jveuthanasie2010%20\(EU10.01\)_30362.pdf](http://www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jveuthanasie2010%20(EU10.01)_30362.pdf)), casus 10 en 11 op p. 28 en 29 in het RTE JV 2011, casus 7 op p. 31 van het RTE JV 2012 (www.euthanasiacommissie.nl/doc/pdf/jv.RTE2012.WEB_38664.pdf) en casus 10 op p. 30 van het RTE JV 2013 (www.euthanasiacommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf).

39 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, juni 2011, p. 8.

40 J.K.M. Gevers, *De wet stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve*. TuGR 2011 (35) 6.

41 G. den Hartogh, *Doof, blind en moederziel alleen*. MC, 9 december 2010, 65, nr. 49 en G. den Hartogh, *Voltooid leve. Binnen of buiten het wettelijk kader?* NJB, 28-01-2011, afl. 04.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden vanwege een ‘voltooid leven’ zonder dat dit lijden in overwegende mate voortvloeit uit een medische grondslag zou dus onder de reikwijdte van de WTL gebracht kunnen worden. Dat vergt evenwel bereidheid van artsen en rechtsvormend optreden van de rechter.

Een mogelijke verruiming van de interpretatie van de WTL is afhankelijk van de bereidheid van artsen om daaraan mee te werken. Een en ander hangt onder meer af van de vraag of artsen dergelijk lijden als onderdeel van het medische domein en dus van hun deskundigheidsgebied beschouwen. En als het gaat om rechtsvormend optreden van de rechter moet worden geconstateerd dat in de rechtspraak tot op heden geen aanknopingspunt te vinden is voor een ruimere interpretatie van het criterium ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ uit de WTL. Een andere – niet uit te sluiten – optie doet zich voor als de wetgever ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag met zoveel woorden expliciet onder de WTL zou brengen.

7.5.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die, in het licht van de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de wens tot meer zelfbeschikking, zouden pleiten vóór het doorvoeren van de mogelijkheid om ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag expliciet onder de reikwijdte van de WTL te brengen, zijn de volgende:

- Ook mensen die hun leven ‘voltooid’ achten en in verband daarmee uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar bij wie het lijden niet of niet in overwegende mate een medische grondslag heeft, kunnen hulp bij zelfdoding verkrijgen als een arts bereid is te beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is en bereid is aan de uitvoering medewerking te verlenen.
- De waarborgen waarin het huidige wettelijke kader voorziet, te weten wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen en de plicht van melding en toetsing blijven gehandhaafd, hetgeen de best mogelijke garantie tegen misbruik biedt.⁴²

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Het zwaartepunt van gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding blijft liggen bij ‘barmhartigheid’ in plaats van bij ‘zelfbeschikking’ (zie in het kader van de grondslagen van de WTL: 3.3.2); mensen die om hulp vragen

⁴² Zie in dit kader ook: J.K.M. Gevers, *Zelfbeschikking rond het levenseinde*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, (2003) 27:80–84.

vanwege een ‘voltooid leven’ blijven daarmee ook afhankelijk van het oordeel van een arts.

- De druk op artsen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ kan toenemen.
- Veel artsen zullen het heel lastig vinden om ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij ‘voltooid leven’ te beoordelen.
- Er is mogelijk geen draagvlak onder artsen: een groot deel van de artsen geeft aan geen rol voor zichzelf weggelegd te zien bij hulp bij zelfdoding vanwege een ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag.

7.5.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES⁴³

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE)

Zoals in 4.5.3 is aangegeven bepleit de NVVE drie mogelijke routes voor een vrijwillig levens einde waaronder de ‘medische route’. De NVVE is van mening dat het begrip ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ in de WTL niet nader is gespecificeerd en dat veel burgers en NVVE-leden er vanuit gaan dat dit lijden in brede zin betreft. Deze visie ziet de NVVE gesteund door de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Chabot (zie 3.3.5), waarin is bepaald dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. De NVVE erkent echter dat door de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Brongersma onomwonden is bepaald dat het lijden een medische grondslag moet hebben. De NVVE merkt op dat op grond van de richtlijn van de KNMG uit 2011 weliswaar duidelijk is geworden dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL als gevolg van een opeenstapeling van ouderdomsklachten, maar mensen met een ‘voltooid leven’ zonder ouderdomsklachten komen vooralsnog niet voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking. Volgens de NVVE kan deze route worden geopend ‘door middel van een richtlijn vanuit de politiek, die tot stand is gekomen in samenspraak met de KNMG’.⁴⁴ In de eerder genoemde notitie *Waardig Sterven* pleit de NVVE er voor om de criteria

43 De standpunten van een aantal organisaties die niets aan het huidige wettelijke kader willen veranderen en daarmee tegen expliciete opname van ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag onder de reikwijdte van de WTL zijn, zijn opgenomen in de volgende paragraaf.

44 Dit standpunt is benoemd in de eerder genoemde *Juridische bijlage* die de NVVE aan de adviescommissie heeft verstrekt en waarin de drie mogelijke routes – medische route, Heringa-route, autonome route – nader zijn toegelicht.

van de WTL te verruimen om ook de groep mensen met een ‘voltooid leven’ in staat te stellen waardig te sterven.⁴⁵

Commissie Dijkhuis

De Commissie Dijkhuis stelt in haar rapport (2004) dat ‘het’ deskundigheidsgebied van ‘de’ arts niet bestaat en dat situaties van lijden aan het leven niet per definitie binnen of buiten het medisch-professionele domein kunnen worden geplaatst. De commissie Dijkhuis pleit voor ‘een ruimer, maar niet onbegrensd medisch-professioneel domein voor de arts’ om de volgende redenen:

- De bron van het lijden is niet bepalend voor de mate waarin het lijden door de patiënt wordt ervaren.
- De huidige juridische demarcatie (medisch classificeerbare ziekte of aandoening) lost de problemen in de praktijk niet op en miskent groten-deels de complexiteit van de beoordeling van ‘lijden’ door artsen.
- Deskundigheid op het gebied van ‘lijden aan het leven’ is wel degelijk aanwezig, zeker bij artsen die daadwerkelijk met deze categorie hulpvragers geconfronteerd worden, maar kan worden uitgebouwd, waarbij overigens wordt onderkend dat niet elke arts van mening is dat ‘lijden aan het leven’ vanzelfsprekend tot zijn verantwoordelijkheidsgebied behoort.
- Dit type hulpvraag zal in de toekomst eerder toenemen dan afnemen.⁴⁶

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Ook in het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (2011) wordt gesteld dat – in lijn met het Chabot-arrest – de bron van het lijden niet bepalend is voor de mate waarin het lijden wordt ervaren: ‘Lijden kan immers zowel meerdere oorzaken hebben als verschillende dimensies en is persoonlijk van aard. Het is aan de arts om in het kader van het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging, binnen de kaders van de Euthanasiewet, te exploreren of er sprake is van een ondraaglijke lijdensdruk en of er een uitzichtloze situatie is. De arts heeft altijd de taak te exploreren of er sprake is van lijdensdruk bij een patiënt en waaruit dat lijden bestaat, ongeacht de oorsprong van het lijden of de wijze waarop de patiënt zijn lijden typeert (...). Ook als de doodswens van de patiënt voortkomt uit het

45 NVVE notitie *Waardig Sterven. Een strategische verkenning van het recht op zelfbeschikking bij het zelfgekozen levenseinde en een voorzet voor een agenda voor de toekomst*, november 2015. Te raadplegen via: www.nvve.nl/actueel/nieuws/nvve-notitie-waardig-sterven/.

46 Rapport Commissie Dijkhuis *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, KNMG, december 2004; KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, 23 juni 2011.

gevoel dat zijn leven ‘voltooid’ is.’ Tegelijkertijd merkt de KNMG op dat zij voor artsen geen rol of taak ziet bij het beoordelen of een leven ‘voltooid’ is, omdat ‘niemand anders dan de persoon zelf kan beoordelen dat zijn of haar leven ‘voltooid’ is, er vanuit gaande dat een leven ‘voltooid’ kan zijn.’

Door de KNMG wordt aangegeven dat er verschillende dimensies van lijden zijn en dat naast de somatische dimensie van lijden ook psychische en psychosociale klachten en klachten van spirituele aard dimensies van lijden vormen die door palliatieve zorg voorkomen of verlicht moeten worden.⁴⁷ ‘Psychosociaal of existentieel lijden behoort dan ook tot het domein van de geneeskunde.’ Tegelijkertijd wordt benadrukt dat niet alle lijden behoort tot het medisch domein en dat er in het kader van levensbeëindiging door artsen mede sprake moet zijn van een medische grondslag van lijden: ‘Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het domein van de geneeskunde en daarmee buiten de Euthanasiewet’. De KNMG is van mening dat de arts de verschillende dimensies van lijden inzichtelijk moet maken en dat naarmate andere – niet-medische – oorzaken van lijdensdruk op de voorgrond staan het meer voor de hand ligt dat ook andere deskundigen betrokken worden, zoals deskundigen op het terrein van psychosociale en zingevingproblematiek, maatschappelijk werkers, psychologen of geestelijk verzorgers.⁴⁸

Zoals in 4.5.2 is aangegeven, is een grote meerderheid van de artsen van oordeel dat een patiënt die lijdt doordat het leven ‘voltooid’ is zonder dat er een medische grondslag voor het lijden is, niet voor hulp bij zelfdoding in aanmerking komt. Deze opvatting werd ook geuit door veel SCEN-artsen die deelnamen aan de door de adviescommissie georganiseerde focusgroep bijeenkomsten.

7.6 HET HUIDIGE JURIDISCHE KADER IN STAND HOUDEN?

Een van de juridische mogelijkheden om invulling te geven aan het zelfbeschikkingsrecht van mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, daarom hun leven wensen te beëindigen en daar hulp bij nodig hebben, is instandhouding van het huidige juridische kader en daar optimaal gebruik van te maken. In 2.2 heeft de adviescommissie geconstateerd dat er bij mensen

47 Het IKNL heeft bijvoorbeeld een aparte Richtlijn Spirituele zorg opgesteld. Zie: www.oncoline.nl/spirituele-zorg.

48 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, 23 juni 2011.

die hun leven ‘voltooid’ achten en om die reden een wens tot levensbeëindiging hebben, veelal sprake blijkt te zijn van een combinatie en opeenstapeling van verlieservaringen op verschillende terreinen waarbij in veel gevallen sprake zal zijn van een stapeling van ouderdomsklachten. In de inleiding van 7.5 is (onder verwijzing naar 3.3.5) ter verduidelijking nog eens uiteen gezet dat er sprake kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de WTL als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten voor zover het lijden dat met die ouderdomsklachten gepaard gaat in overwegende mate een medische grondslag heeft.

7.6.1 CONSEQUENTIES

Argumenten die pleiten vóór het in stand houden van het huidige juridische kader zijn de volgende:

- Het huidige, op zichzelf goed functionerende normerings- en toetsingskader zoals dat is vastgelegd in de WTL, waarbij zowel sprake is van normering vooraf als (volle, structurele en transparante) toetsing achteraf, blijft in stand, waardoor de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding transparant en controleerbaar blijft.
- Wanneer ten volle gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid die het huidige juridische kader biedt ten aanzien van hulp bij zelfdoding aan mensen bij wie een stapeling van ouderdomsklachten de oorzaak is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarbij wel vereist is dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft, kan invulling worden gegeven aan de wens tot zelfbeschikking van het merendeel van de ouderen in Nederland die hun leven ‘voltooid’ achten en daarom hun leven wensen te beëindigen.
- De huidige euthanasiepraktijk geeft op sommige punten aanleiding tot discussie (psychiatrische problematiek, dementie, stapeling ouderdomsklachten, de status van de schriftelijke wilsverklaring). Met het in stand houden van het huidige juridische kader kan de discussie in alle rust worden voortgezet en via praktijk en daarbij behorende rechtspraak meer duidelijkheid worden gecreëerd over de grenzen van de WTL.

Daar staan onderstaande argumenten tegenover:

- Mensen bij wie ofwel geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, ofwel bij wie het ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet in overwegende mate een medische grondslag heeft (dit betreft voor zover dat valt in

te schatten waarschijnlijk een kleine groep) komen niet voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in het kader van de WTL in aanmerking.

- Het zwaartepunt in de praktijk van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen blijft liggen bij ‘barmhartigheid’ in plaats van ‘zelfbeschikking’; mensen die gebruik willen maken van hun recht op zelfbeschikking door hun leven te beëindigen en daarbij hulp nodig hebben, blijven afhankelijk van het oordeel en de bereidwilligheid van de arts.
- In situaties waarin er weliswaar sprake is van een stapeling van ouderdomsklachten, maar waarin betrokkene diens doodswens c.q. het verzoek tot hulp bij zelfdoding daar niet direct of overwegend aan relateert, kan de neiging ontstaan om de medische situatie (in het licht van het vereiste dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate een medische grondslag moet hebben) van betrokkene als een ‘alibi’ voor gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding te gebruiken.
- De druk op artsen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een ‘voltooid leven’ kan toenemen.

7.6.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Juristenvereniging Pro Vita (JPV)

Als er een wettelijke mogelijkheid wordt gecreëerd om hulp bij zelfdoding te verlenen bij ‘voltooid’ leven vreest JPV voor een effect dat ouderen een morele druk gaan ervaren dat zij de samenleving, hun kinderen, en hun buurt vooral niet tot last mogen zijn. Als het verbod op hulp bij zelfdoding wordt opgeheven om leed bij ouderen die hun leven ‘voltooid’ achten tegen te gaan, wordt er volgens JPV (mogelijk) een grens overschreden. JPV wijst er op dat tot op heden de wetgeving gebaseerd is op de deskundigheid van artsen ten aanzien van de beoordeling van lijden en dat in de zaak Brongersma door de Hoge Raad is gesteld dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts alleen gerechtvaardigd zijn indien er een medische grondslag voor het lijden van betrokkene is. Medicatie om het leven te beëindigen moet worden verkregen van een arts. Er is bovendien weinig bereidheid onder artsen om hulp bij zelfdoding te bieden wanneer het gaat om ‘voltooid leven’. JPV is van mening dat de huidige euthanasiepraktijk voldoende mogelijkheden biedt voor ouderen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden door een stapeling van ouderdomsklachten (zie ook 4.5.3).

Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut (PLI)

Het PLI stelt zich op het standpunt dat het op dit moment te vroeg is om over een structurele oplossing in de vorm van een regeling voor hulp bij zelfdoding bij 'voltooid leven' na te denken (zie ook 4.5.3). Daar moet volgens het PLI net als bij de WTL minstens twintig jaar mee worden gewacht. Het PLI wijst er tevens op dat ondraaglijk lijden door een stapeling van ouderdomsklachten incidenteel al leidt tot euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen, maar plaatst daarbij wel de kanttekening dat het draagvlak voor euthanasie vanwege ouderdomsklachten bij artsen klein is. Het PLI is van mening dat de WTL een waardevol compromis is, maar dat de criteria duidelijker zouden kunnen worden vastgesteld. Het PLI vraagt zich af of de invulling die de toetsingscommissies geven aan de zorgvuldigheidscriteria in de WTL door de wetgever zo bedoeld is.

Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV)

De NPV pleit ervoor het onderliggende maatschappelijk vraagstuk rond 'voltooid leven' aan de orde te stellen en uit te diepen, in plaats van te suggereren dat een wettelijke regeling die hulp bij zelfdoding bij 'voltooid leven' mogelijk maakt een wenselijke oplossing is. De NPV is overigens sowieso geen voorstander van de WTL. De NPV wijst er op dat bij de totstandkoming van de WTL werd benadrukt dat levensbeëindigend handelen door artsen een noodgreep betreft in het kader van ondraaglijk lijden als gevolg van medisch classificeerbare aandoeningen. De NPV is echter van mening dat 'ondraaglijk lijden' een containerbegrip is geworden waartoe ook psychisch, sociaal en geestelijk lijden zijn gaan behoren. De NPV vindt het zorgelijk dat de criteria die zijn opgesteld om een zorgvuldige toepassing van levensbeëindiging op verzoek te waarborgen, dusdanig rekbaar zijn gebleken. De NPV wijst er op dat er een grens is aan de bereidheid van artsen om te assisteren in levensbeëindiging. Artsen ervaren steeds meer dat patiënten en hun familie hen op een te vanzelfsprekende wijze benaderen over euthanasie. Het normaliserende effect van de wet en de 'verheerlijking' in de media van het zelfgekozen levenseinde spelen hierbij volgens de NPV een rol.

Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (Unie KBO)

Ook de Unie KBO wijst op het normerende effect van een regeling voor hulp bij zelfdoding in geval van 'voltooid leven'. Volgens de Unie KBO biedt de huidige euthanasiewet voldoende mogelijkheden voor stervenshulp aan ouderen. Voor bepaalde zaken bestaat volgens de Unie KBO geen 'kant en klare oplossing', zeker niet in de vorm van een wetswijziging.

Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB)

De PCOB pleit voor een brede benadering en voor bezinning in de samenleving op het vraagstuk van het ‘voltooide leven’, in plaats van de oplossing te zoeken in verandering van wetgeving of in het – al dan niet met behulp van een arts – faciliteren van de (vermeende) wens om te sterven. Een nieuwe of extra juridische oplossing is volgens de PCOB niet nodig. Uitbreiden van de euthanasiewet werkt volgens de PCOB angst en onzekerheid in de hand, in het bijzonder bij kwetsbare ouderen die ziek of somber zijn, zich tot last voelen of zich overbodig voelen. Het maatschappelijk legitimeren en juridisch mogelijk maken van hulp bij zelfdoding kan volgens de PCOB negatieve gevolgen hebben voor de beeldvorming over hoge ouderdom. De PCOB pleit voor 1 verbetering van de voorlichting over de huidige mogelijkheden en onmogelijkheden rond levensbeëindiging, aangezien deze nog onvoldoende gekend zijn, en 2 bevordering van het (tijdige) gesprek rond het levenseinde.

Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM)

Voor de meeste migrantenouderen is (vanuit hun religieuze achtergrond) de gedachte om zelf een einde te maken aan het leven niet aan de orde. Het NOOM wijst er op dat door onbegrip over de huidige wet- en regelgeving met betrekking tot euthanasie en palliatieve sedatie er bij sommige migrantenouderen al een zeker wantrouwen bestaat ten opzichte van de Nederlandse zorgverleners. Legalisering van hulp bij zelfdoding in het kader van ‘voltooid leven’ zal volgens het NOOM deze negatieve beeldvorming verder doen toenemen.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Zoals in 7.3.1. is aangegeven, is de KNMG van mening dat de huidige euthanasiewet goed functioneert: ‘Het wettelijke kader en de professionele standaard geven arts en patiënt voldoende ruimte om gezamenlijk tot een goede afweging te komen.’ In het standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* merkt de KNMG over het huidige juridische kader op: ‘Het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden is breder dan veel artsen tot op heden denken en toepassen. Kwetsbaarheid, inclusief dimensies als functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie mogen verdisconteerd worden in de beoordeling door artsen van een verzoek om euthanasie. Deze niet-lineaire optelsom van medische en niet-medische problemen, die dikwijls elk op zich niet levensbedreigend

of fataal zijn, kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de Euthanasiewet'.⁴⁹

7.7 LEVENSBEËINDIGING IN EIGEN REGIE ALS ALTERNATIEF VOOR 'ARTSENEUTHANASIE'

Volgens sommigen is het mogelijk om in eigen regie en als alternatief voor 'artseneuthanasie' – dat wil zeggen levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts binnen het kader van artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2 Sr jo artikel 2 WTL – een waardige en goede dood te bewerkstelligen zonder pijn, in gesprek met en omringd door dierbaren. Het betreft dus niet een nieuwe juridische mogelijkheid, maar een mogelijkheid in het verlengde van het huidige juridische kader. Een en ander heeft tot gevolg dat de mogelijkheden ten aanzien van levensbeëindiging in eigen regie worden begrensd door de ruimte die op grond van de rechtspraak inzake hulp bij zelfdoding door niet-artsen is aangegeven (zie 3.4).

De volgende vormen van levensbeëindiging in eigen regie, ook 'zelfeuthanasie' genoemd, worden onderscheiden:

- stoppen met eten en drinken;
- de 'medicijnroute';
- de 'heliummethode'.

Stoppen met eten en drinken

De KNMG heeft samen met de beroepsvereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn) de handreiking *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen* (2014) opgesteld. In de handreiking wordt aangegeven dat stoppen met eten en drinken niet als zelfdoding wordt beschouwd, maar als het weigeren van een behandeling, maar hierover verschillen de meningen.⁵⁰ Het is onduidelijk in hoeverre stoppen met eten en drinken een (te) grote lijdensweg kan zijn, niet alleen voor de persoon die besluit te stoppen met eten en drinken, maar ook voor de naasten en de betrokken hulpverleners.

49 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, juni 2011.

50 Zie in dit kader: G.A. den Hartogh, *De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken*. *TvGR* 2014 (38) 3. Den Hartogh betoogt dat bewust afzien van

De 'medicijnroute'

Effectieve middelen waarmee het leven kan worden beëindigd zijn in Nederland alleen op recept verkrijgbaar. In *Uitweg* beschrijft Chabot hoe mensen die kozen voor 'zelfeuthanasie' via de 'medicijnmethode' aan de betreffende medicijnen zijn gekomen: onder meer via arts of apotheek in het buitenland; via de eigen arts die wist van het plan tot levensbeëindiging; via vrienden of familie; of via internet of de zwarte markt. De adviescommissie wijst er op dat niet valt uit te sluiten dat met deze methode de Geneesmiddelenwet en/of de Opiumwet worden overtreden. Daar komt bij dat de praktijk om dodelijke middelen via het internet te bestellen, zoals bijvoorbeeld bekend is over Mexico of China⁵¹, moeilijk te controleren is.

De 'heliummethode'

Ten aanzien van de heliummethode verschillen de meningen over de vraag of er in deze sprake is van een humane wijze van zelfdoding, gezien de wijze waarop deze methode uitgevoerd dient te worden.

eten en drinken een vorm van zelfdoding is en dat de zorg die naasten in deze op zich nemen derhalve als hulp bij zelfdoding moet worden beschouwd, weliswaar niet als strafbare hulp. Zie tevens I. van den Brink, *Is stoppen met eten en drinken geen zelfdoding?*, MC, 15 mei 2015. Over de handreiking zijn op 16-10-2015 Kamervragen gesteld. In antwoord daarop (d.d. 26-11-2015) heeft de minister van vws onder meer aangegeven dat de handreiking de interpretatie van de beroepsgroep bevat en dat een arts als goed hulpverlener de rechten van de patiënt (waaronder het recht op zelfbeschikking) respecteert, waarbij hij zich houdt aan protocollen en gedragsregels zoals de handreiking. Zie: Kamerstukken II, 2015-2016, Aangangsel van de Handelingen, 708.

⁵¹ Zie in dit kader: Dodelijk poeder in een verjaardagskaart. NRC Handelsblad d.d. 13 november 2015

7.7.1 CONSEQUENTIES

Bovengenoemde vormen van levensbeëindiging in eigen regie zijn allemaal al mogelijk en in zoverre zijn de consequenties beperkt. Wel is het zo dat daarmee de bestaande mogelijkheden nadrukkelijker in de aandacht en mogelijk ook in gebruik zullen komen. Dat kan leiden tot een zekere ‘uitholling’ van de noodzakelijke terughoudendheid bij beslissingen over het levenseinde. De noodzaak daartoe is in het bovenstaande al uit een oogpunt van veiligheid benadrukt.

7.7.2 STANDPUNTEN VAN MAATSCHAPPELIJKE EN PROFESSIONELE ORGANISATIES

Stichting Waardig Levenseinde (SWL)

De SWL is in 2011 opgericht door psychiater B. Chabot en journaliste S. Braam die in *Uitweg – Een waardig levenseinde in eigen hand* mogelijkheden tot een waardig levenseinde in eigen regie uiteen hebben gezet. De kern van de visie van de SWL is dat waardig sterven in eigen regie complementair is aan hulp bij levensbeëindiging door de arts (zie ook 4.5.3). Mensen die binnen het huidige wettelijke kader niet voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking komen, kunnen hun toevlucht zoeken tot ‘zelfeuthanasie’. Daarnaast is de SWL van mening dat het kortzichtig is om te verwachten dat artsen de uitvoering van het toenemende aantal euthanasieverzoeken op zich kunnen en willen nemen. De SWL stelt zich op het standpunt dat geen van beide stervenswegen zonder de ander kan om aan weloverwogen en duurzame doodswensen tegemoet te komen. De SWL acht de verbinding met naasten en het voeren van een gesprek rond het levenseinde van groot belang.

Stichting de Einder

Ook De Einder is er voorstander van dat er naast ‘artseneuthanasie’ zoals neergelegd in de WTL zelfeuthanasie mogelijk is. Hulp daarbij dient volgens De Einder niet strafbaar te zijn (zie ook 7.1.2). T. Vink, counselor verbonden aan De Einder, heeft in *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie* onder meer de mogelijkheden tot zelfeuthanasie beschreven.

8 Inzichten, conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken heeft de adviescommissie in het licht van de aan haar verstrekte opdracht verschillende aspecten van de problematiek inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten geïnventariseerd. Deze inventarisatie heeft een aantal inzichten opgeleverd die in 8.1 aan de orde zullen komen. Op basis van deze inzichten komt de adviescommissie in 8.2 tot haar conclusies en aanbevelingen. De adviescommissie is zich daarbij bewust van het feit dat haar visie, inzichten, conclusies en aanbevelingen betrekking hebben op een ‘dynamische praktijk’. Opvattingen en interpretaties kunnen veranderen. Dat blijkt ook wel uit de geschiedenis van de totstandkoming van de Nederlandse praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het blijkt ook uit recente rechtspraak, zowel op nationaal niveau (de zaak Heringa) als op Europees niveau (de rechtspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens, EHRM). De discussie over de mogelijkheden om al dan niet tegemoet te komen aan de groeiende wens van mensen om onder bepaalde voorwaarden hulp bij het zelfgekozen levenseinde te krijgen wordt in veel landen intensief gevoerd. Ook in Nederland, waar al een wettelijke regeling bestaat, is de discussie allerminst afgesloten. Dat geldt voor de politiek net zo goed als voor de publieke opinie, voor juristen en ethici niet minder dan voor medici.

8.1 INZICHTEN

8.1.1 ‘VOLTOOID LEVEN’

Allereerst is uit de verkenning van het begrip ‘voltooid leven’, zoals weergegeven in hoofdstuk 2, gebleken dat er veel verschil van inzicht bestaat over wat daaronder verstaan dient te worden. Dat betreft zowel de te hanteren terminologie ter omschrijving van de problematiek als de uitleg die aan het begrip gegeven dient te worden of kan worden. De adviescommissie heeft geconstateerd dat het begrip ‘voltooid leven’ een verzamelbegrip is dat voor onderling sterk van elkaar verschillende situaties wordt gebruikt. Het kan zowel gaan om de situatie waarin een oudere het leven tevreden kan afsluiten (maar niet noodzakelijk ook door zelfdoding of hulp daarbij) als om de situatie waarin juist ook een jonger iemand een afkeer van het leven heeft gekregen (en daarom zelfdoding of hulp daarbij als een optie ziet).

Nadere bestudering van relevante casuïstiek en onderzoeken inzake ‘voltooid leven’ heeft de adviescommissie tot het inzicht gebracht dat in het kader van haar opdracht de volgende algemene elementen kenmerkend zijn voor ‘voltooid leven’. Het gaat in de eerste plaats om de persoonlijke conclusie van mensen die veelal op leeftijd zijn en naar hun eigen oordeel geen levensperspectief meer hebben. Als gevolg daarvan hebben ze een persisterende en actieve doodswens ontwikkeld. Aan het niet meer ervaren van een positief levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. In de praktijk blijkt er veelal sprake te zijn van een combinatie en opeenstapeling van verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel. De interactie tussen deze verlieservaringen, waarbij in veel gevallen sprake zal zijn van een opeenstapeling van ouderdomsklachten, kan ertoe leiden dat mensen een actieve wens tot levensbeëindiging hebben. De meeste ouderen die hun leven ‘voltooid achten, blijken overigens geen doodswens te hebben of hebben slechts incidenteel dergelijke gedachten. Ook kan het voorkomen dat een doodswens weliswaar voortdurend aanwezig is, maar niet actief is, dat wil zeggen dat de betrokkene niet tot handelen overgaat om uitvoering te geven aan deze doodswens. In de opdracht aan de adviescommissie wordt het begrip ‘voltooid leven’ niet aan een bepaalde leeftijd of levensfase gebonden. Niettemin is het duidelijk dat bij ‘voltooid leven’ in eerste instantie gedacht moet worden aan ouderen die in jaren en kansen nog maar een beperkt levensperspectief hebben.

De adviescommissie heeft vastgesteld dat onder het begrip ‘voltooid leven’ de volgende situaties kunnen vallen: 1 situaties die al onder de huidige reikwijdte van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) vallen, namelijk waarbij er sprake is van lijden met een in overwegende mate medische grondslag; 2 situaties die als ‘grensgevallen’ worden beschouwd, omdat minder duidelijk is of het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft; 3 situaties waarbij geen sprake is van lijden met een medische grondslag; 4 situaties waarbij geen sprake is van lijden. De onder 2, 3 en 4 genoemde situaties vallen binnen de taakopdracht van de adviescommissie, de situatie onder 1 valt, zoals gezegd, binnen de huidige reikwijdte van de WTL.

8.1.2 HET GELDEND JURIDISCHE KADER

De adviescommissie heeft de huidige wet- en regelgeving van artikel 294 lid 2 Wetboek van Strafrecht (WvSr) jo WTL als vertrekpunt genomen voor haar beschouwingen (zie in dit kader 1.4). Zij heeft gemeend om met het oog op mogelijke onduidelijkheden of misverstanden over de relevante strafwetgeving, de WTL en de huidige reikwijdte van de WTL in hoofdstuk 5 uitgebreid op de huidige regeling in te moeten gaan.

Zelfdoding is niet strafbaar; hulp bij zelfdoding wel

De adviescommissie stelt in dit kader voorop dat eenieder volgens het geldend recht de vrijheid heeft om zichzelf te doden. Alleen hulp bij zelfdoding is in ons recht strafbaar gesteld, in artikel 294 lid 2 Sr en wel onder de voorwaarde dat de zelfdoding volgt. De wetgever heeft in 1886 met deze strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding beoogd zowel het recht op leven (het belang van de persoon bij voortbestaan) als de waarde van het leven (respect voor het menselijk leven in abstracto) te beschermen. De door de wetgever gemaakte afweging stoelt dus zowel op het belang van de veiligheid van het individu en van de samenleving als op respect voor het leven als zodanig. Op grond daarvan is het burgers rechtens niet toegestaan om in te gaan op de doodswens van degene die tot zelfdoding wil overgaan. Om toch hulp te kunnen verlenen in geval van ernstig lijden is in de WTL een uitzonderingspositie voor artsen gecreëerd.

De WTL en de huidige reikwijdte van deze wet

Met de invoering van de WTL (die voor wat betreft de zorgvuldigheidseisen voor een groot deel gebaseerd is op eerder ingenomen standpunten en overwegingen uit de rechtspraak) in 2002 is een modaliteit gecreëerd voor niet-strafbare hulp bij zelfdoding. Bij de totstandkoming van de WTL heeft de wetgever de volgende keuzes gemaakt ten aanzien van:

1 De arts: niet-strafbare hulp bij zelfdoding of levensbeëindiging op verzoek is voorbehouden aan artsen die zich aan bepaalde, in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen hebben gehouden en van hun handelen melding hebben gemaakt (artikel 294 lid 2 Sr jo artikel 293 lid 2 Sr, jo WTL). Er is dan sprake van een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Zoals in 3.3.1 is aangegeven, is de oorsprong van de keuze voor dit ‘medisch monopolie’ terug te voeren op de wijze waarop het euthanasiedebat zich sinds de jaren zestig van de vorige eeuw in Nederland heeft ontwikkeld en het gegeven

dat het in de rechtspraak vaste lijn werd om alleen aan artsen toe te staan onder bepaalde voorwaarden hulp bij het sterven te verlenen.

2 *Barmhartigheid als dragend beginsel*: in 3.3.2. is uiteengezet dat zelfbeschikking binnen de WTL weliswaar een belangrijke voorwaarde is, maar geen beslissend beginsel. De WTL is gebaseerd op het uitgangspunt dat de (juridisch-ethische) rechtvaardiging van euthanasie en hulp bij zelfdoding gelegen is in de afweging enerzijds van de plicht van de arts tot het verlichten van het lijden (de barmhartigheidsplicht) en anderzijds de plicht van de arts tot behoud van het menselijk leven. De WTL is derhalve geen regeling die louter gebaseerd is op een erkenning van een recht op zelfbeschikking. De arts is niet simpelweg de uitvoerder van de wens van degene die niet langer wil leven, maar heeft tot taak het verzoek van de hulpvrager te onderzoeken in het licht van de zorgvuldigheidseisen van de WTL. Het is dan ook aan de arts om te bepalen of hij in een bepaald geval hulp bij zelfdoding volgens de vereisten van de WTL kan en vervolgens wil verlenen. Een arts is nooit verplicht om aan een verzoek tot (hulp bij) levensbeëindiging gehoor te geven. Dit geldt ook in geval wél aan de zorgvuldigheidseisen voldaan zou kunnen worden, maar de arts om hem of haar moverende redenen niet aan het verzoek wil voldoen.

3 *Het vastleggen van een helder normerings- en toetsingskader*: met de WTL wordt beoogd om: a de rechtszekerheid voor artsen en patiënten te vergroten, b bij te dragen aan de transparantie van en de maatschappelijke controle op de praktijk van levensbeëindigend handelen door artsen en c de kwaliteit en zorgvuldigheid van medische beslissingen ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek te waarborgen, bewaken en bevorderen, door onder meer de consultatie vooraf (inschakeling van de SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en de toetsing achteraf door de RTE's (zie ook 3.3.3).

4 *De formulering van de zorgvuldigheidscriteria in algemene termen*: het is een bewuste en onderbouwde keuze van de wetgever geweest (zie 3.3.4) om in de zorgvuldigheidscriteria ruimte te laten voor de omstandigheden van het geval en voor toekomstige ontwikkelingen in praktijk en meningsvorming. De interpretatie van de zorgvuldigheidscriteria kan en mag in de benadering van de wetgever meebewegen met veranderingen in de opvattingen in de samenleving en binnen de medische beroepsgroep.

5 *De keuze om 'klaar met leven' (waaronder in ieder geval wordt verstaan 'voltooid leven' waarbij het lijden geen medische grondslag heeft) niet onder het bereik van de WTL te brengen*: tijdens de parlementaire behandeling van de WTL is door de betreffende bewindslieden uitdrukkelijk aangegeven dat met de WTL niet werd beoogd om de situatie van mensen die 'klaar met leven' zijn te rege-

len: ‘Hiermee wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor hen zelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven.’¹ (zie 2.1). Aangegeven werd dat over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context niet door een arts behoort te worden geoordeeld.²

De adviescommissie heeft in 3.3.5 de interpretatie die de Hoge Raad in het Brongersma-arrest geeft aan de zorgvuldigheidseis ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ uiteen gezet. Om te voldoen aan die eis moeten volgens de Hoge Raad aan het lijden van de patiënt in overwegende mate een of meer medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen ten grondslag liggen. In zijn noot onder het arrest heeft Schalken opgemerkt dat de Hoge Raad met zijn uitspraak in deze zaak een strakke grens heeft getrokken. Voorts heeft de adviescommissie vastgesteld dat de RTE’s aan de hand van hun oordelen en jaarverslagen – onder verwijzing naar het Brongersma-arrest en de wetsgeschiedenis van de WTL – in een wat minder strakke formulering als uitgangspunt hanteren dat aan het lijden een medische dimensie moet zitten. De RTE’s geven aan dat van geval tot geval de vraag beantwoord moet worden of de arts in kwestie in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate zijn oorzaak vond in een of meer medisch classificeerbare ziekte(s) of aandoening(en), dat wil zeggen een medische grondslag had. De RTE’s geven aan dat niet vereist is dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) aandoening: ook een stapeling van ouderdomsklachten kan dus oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn. Ook de KNMG heeft in haar standpunt uit 2011 over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde aangegeven – onder meer onder verwijzing naar de oordelen van de RTE’s – dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten. De KNMG benadrukt dat lijden zonder enige medische grondslag buiten het domein van de geneeskunde valt en daarmee buiten het deskundigheidsgebied van de arts en dus buiten de WTL.

De WTL zelf spreekt in artikel 2 lid 1 sub b uitsluitend van de eis dat de arts ‘de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos

1 Kamerstukken II 1999–2000, 26691, nr. 6, blz. 30 (Nota naar aanleiding van het Verslag).

2 Kamerstukken I 2000–2001, 26691, nr. 137b, blz. 32 (Memorie van Antwoord).

en ondraaglijk lijden van de patiënt'. Deze formulering in de tekst van de WTL dwingt niet tot de iets beperktere interpretatie die de Hoge Raad geeft van de zorgvuldigheidseis 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' en staat niet in de weg aan de wat ruimere interpretaties van de RTE's en de KNMG.

Strafbare en niet-strafbare hulp bij zelfdoding

In 3.4 heeft de adviescommissie onder meer geïnterpreteerd waar de grens ligt tussen strafbare en niet-strafbare hulp bij zelfdoding. Dat is met name van belang voor het antwoord op de vraag welke hulp door niet-artsen kan worden verleend zonder dat een strafbaar feit wordt begaan. Samengevat kan worden gesteld dat van een strafbaar feit en een strafbare dader sprake zal zijn bij instruerend, sturend, regisserend of procesbewakend optreden of hulp verschaffen in de vorm van concrete voorbereidingen en handelingen (bijvoorbeeld het gereedmaken van de voor de zelfdoding middelen), een en ander als de zelfdoding volgt. Niet onder de delictomschrijving valt het verschaffen van algemene informatie (hieronder wordt mede verstaan het geven van informatie over de juiste middelen en procedures), het bieden van morele steun of het aanwezig zijn bij zelfdoding. Deze grens geldt zowel voor een arts als voor een niet-arts. De adviescommissie heeft tevens uitgebreid aandacht besteed aan de uitspraak van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 13 mei 2015 in de zaak Heringa, waar een niet-arts actief hulp bij zelfdoding heeft verleend. Het gerechtshof ontsloeg de heer Heringa van alle rechtsvervolging. Het wachten is nu op het oordeel van de Hoge Raad in het beroep in cassatie dat tegen het arrest van het gerechtshof is ingesteld.

De Nederlandse wetgeving in het licht van het EVRM

Het juridische kader dat op de Nederlandse praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding van toepassing is, wordt niet alleen bepaald door Nederlandse wetgeving en jurisprudentie, maar ook door internationaal en dan met name door Europees recht. We moeten daarbij in het bijzonder denken aan artikel 2 EVRM, dat betrekking heeft op het recht op leven, en artikel 8 EVRM, dat het privé-leven beschermt. De adviescommissie heeft onderzocht in hoeverre uitspraken van het EHRM implicaties (kunnen of moeten) hebben voor de Nederlandse praktijk (zie 3.5). Tevens is de vraag aan de orde gesteld in hoeverre het verbod op hulp bij zelfdoding in artikel 294 lid 2 Sr inbreuk maakt op artikel 8 EVRM.

Mede op grond van de door de adviescommissie geraadpleegde deskundigen is zij tot de conclusie gekomen dat staten kennelijk een aanzien-

lijke ‘margin of appreciation’ toekomt nu onder de lidstaten van de Raad van Europa geen overeenstemming bestaat over het recht van het individu om te beslissen over de wijze en het tijdstip van het eigen levenseinde. Een staat heeft niet de positieve verplichting tot het creëren van voorzieningen of het treffen van maatregelen om (waardige) zelfdoding in het algemeen of in geval van ‘voltooid leven’ in het bijzonder te faciliteren. Een staat mag hulp bij zelfdoding verbieden. Of een absoluut verbod onder alle omstandigheden houdbaar is, is wellicht een andere zaak. De implicaties van het feit dat op grond van de uitspraak van het EHRM in de zaak Haas hulp bij zelfdoding als belang wordt beschermd door artikel 8 EVRM – wat niet betekent dat het thans ook reeds als recht wordt erkend – lijken voor de Nederlandse euthanasiepraktijk en het huidige wettelijke kader gering. Het EHRM laat het namelijk aan de verdragsstaten zelf om te bepalen op welke wijze zij het recht om zelf te beslissen over wijze en moment van zelfdoding wensen te faciliteren.

Buitenland

De adviescommissie heeft ook de stand van zaken in het buitenland in haar beschouwingen betrokken. Zie in dit kader 3.6 waarin de meest noemenswaardige elementen uit dit rechtsvergelijkend onderzoek op een rij zijn gezet. De adviescommissie is tot het inzicht gekomen dat, hoewel de juridische stand van zaken ten aanzien van hulp bij zelfdoding en euthanasie in de onderzochte landen verschilt (zie de tabel in 3.6), de problematiek rondom hulp bij zelfdoding en euthanasie in de meeste van de onderzochte landen in enige vorm speelt. Recente ontwikkelingen in Duitsland getuigen daarvan. Op 6 november 2015 heeft de *Bundestag* een wetsvoorstel aangenomen waarin het ‘bedrijfsmatig’ aanbieden van hulp bij zelfdoding verboden is. In Engeland is in september 2015 door een grote meerderheid van het Lagerhuis een wetsvoorstel verworpen dat hulp bij zelfdoding door artsen aan ongeneeslijk zieken mogelijk moest maken. In Frankrijk, waar veel discussie is over het levenseinde, werd door de *Assemblée Nationale* in januari 2015 een wetsvoorstel, dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen zou legaliseren, terugverwezen naar de permanente commissie die zich buigt over wetgeving. In de Verenigde Staten is het inmiddels in zes staten aan artsen toegestaan om onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding te verlenen (meest recent in de staat Californië). In meer dan de helft van de staten zijn wetsvoorstellen ingediend om hulp bij zelfdoding op enigerlei wijze te legaliseren.

In landen waar hulp bij zelfdoding niet of onder bepaalde voorwaarden strafbaar is gesteld, kan men onder omstandigheden mogelijk ver-

volgd worden wanneer men niet ingrijpt indien iemand een einde aan zijn of haar leven wil maken. Dat is in Duitsland en Frankrijk het geval, landen waar ook de artsenfederaties van mening zijn dat hulp bij zelfdoding geen aangelegenheid is voor artsen. In de *Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* is in artikel 16 een expliciet verbod op hulp bij zelfdoding (en levensbeëindiging op verzoek) door artsen opgenomen en in artikel 38 van de Franse *Code de Déontologie Médicale* is bepaald dat een arts niet opzettelijk de dood bij een patiënt teweeg mag brengen.

8.1.3 OMVANG VAN DE GROEP MENSEN DIE EEN WENS TOT LEVENSBEEËINDIGING HEBBEN OMDAT ZIJ HUN LEVEN 'VOLTOOID' ACHTEN

Uit onderzoek dat is verricht naar mensen die hun leven 'voltooid' achten en om die reden een actieve doodswens hebben, blijkt onder meer dat weliswaar niet duidelijk is wat de omvang is van deze groep, maar dat hun aantal waarschijnlijk klein is, zeker als het gaat om mensen bij wie de wens tot levensbeëindiging niet gerelateerd is aan medische problematiek (zie 4.1). Er blijkt bij mensen die hun leven 'voltooid' achten en het zouden willen beëindigen in de overgrote meerderheid van de gevallen sprake te zijn van een combinatie en opeenstapeling van verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel. Bij ouderen zal zich dit vooral manifesteren in het verschijnsel dat als 'opeenstapeling van ouderdomsklachten' bekend staat.

8.1.4 ETHISCHE ASPECTEN

In hoofdstuk 5 heeft de adviescommissie een aantal ethische aspecten inzake het vraagstuk rondom 'voltooid leven' verkend. Duidelijk is (zoals ook is gebleken uit de visies van de organisaties die deel hebben genomen aan de door de adviescommissie georganiseerde hearings) dat onderwerpen als euthanasie en hulp bij zelfdoding in een pluralistische samenleving als de Nederlandse veel ethische vragen en dilemma's oproepen en onvermijdelijk aanleiding geven tot (ver) uiteen lopende en zelfs botsende visies.

De afweging tussen de verschillende ethische aspecten die een rol spelen bij de beantwoording van de vraag in hoeverre hulp bij zelfdoding in geval van 'voltooid leven' gelegitimeerd kan zijn, hangt mede samen met het perspectief van waaruit naar de onderhavige problematiek wordt gekeken: het perspectief van de hulpvragende persoon, het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd (arts dan wel niet-arts) en het perspectief van de overheid en de samenleving.

Het perspectief van de hulpvragende persoon

Bezien vanuit het perspectief van de hulpvragende persoon (zie 5.3.2) pleit de meer individualistische benadering van autonomie voor een recht op zelfbeschikking met betrekking tot leven en sterven en daarmee impliciet ook voor een recht op hulp bij zelfdoding. Als het zelfbeschikkingsrecht als uitgangspunt wordt genomen, dan zou dat – consequent volgehouden – hulp bij zelfdoding bij elke leeftijd en in elke situatie mogelijk (moeten) maken, ook zonder dat dit de hulpgever moreel zou moeten belasten. Uiteraard houdt degene die om hulp gevraagd wordt de vrijheid dit te weigeren, maar in de strikte autonomie-redenering wordt er toch van uit gegaan dat juist van een professionele hulpverlener verwacht mag worden dat de wil van de hulpvrager gerespecteerd wordt. Brongersma vertegenwoordigde in persoon de opvatting dat niet de ernst van het lijden moet worden vastgesteld, maar dat de ernst van het besluit tot levensbeëindiging dient te worden gerespecteerd.

Vanuit het perspectief van het meer relationeel bepaalde denken over autonomie is zelfdoding een daad die per definitie een intrinsiek relationele en sociale betekenis heeft en niet een louter individuele en private betekenis. De relationele betekenis heeft verschillende kanten: enerzijds kan men redeneren dat de relatie geheel ten dienste staat c.q. zou moeten staan van de individuele zelfverwerkelijking, anderzijds kan betoogd worden dat de zelfdoding een relationele dimensie heeft die er om vraagt het perspectief te verbreden tot buiten dat van het individu dat hulp bij zelfdoding wenst. Vanuit die optiek gezien, heeft zelfdoding ook altijd een sociale en maatschappelijke dimensie waardoor hulp bij zelfdoding (nog los van de strafbaarheid) niet vanzelfsprekend is. De bredere dimensie omvat ook aandacht voor mogelijke beïnvloeding van het autonome individu door diens sociale omgeving in de richting van het oordeel dat er sprake is van een ‘voltooid leven’ c.q. van een wens tot zelfdoding. Redenerend vanuit de gevolgethiek – waarbij de morele rechtvaardiging van een handeling wordt bepaald door de positieve en negatieve gevolgen van die handeling – is hulp bij zelfdoding niet simpelweg het verlenen van een dienst, maar het resultaat van een afweziging die per geval anders kan uitvallen. Vanuit dit perspectief ligt het voor de hand niet-strafbare hulp bij zelfdoding te beperken tot een professionele hulpverlener, in casu een arts, omdat de betrokkenheid van de samenleving bij de bescherming van het leven daarin tot uitdrukking komt. In dit verband wijst de commissie er nog eens op dat in het gezondheidsrecht zelfbeschikking een prominente plaats inneemt, maar dat de wetgever euthanasie en hulp bij zelfdoding niet in het stelsel van het gezondheidsrecht maar van het strafrecht heeft geregeld. De in het strafrecht

(artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2 Sr) en de WTL geïmpliceerde notie van zelfbeschikking spoort niet met de meer individualistische benadering van autonomie en sluit aan bij de relationele benadering van autonomie.

Het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd

Bezien vanuit het perspectief van degene aan wie de hulp wordt gevraagd (zie 5.3.3) is er – vanuit de individualistische benadering van autonomie – een spanning tussen de wens om meer zelfbeschikking te krijgen enerzijds en de wens om daarbij hulp te verkrijgen anderzijds. Vanuit de individualistische benadering van autonomie ligt de autonome route (levensbeëindiging in eigen regie, zie 7.7) meer voor de hand. Waar de wens het eigen leven te beëindigen toch de hulp van anderen nodig maakt, is het onvermijdelijk dat ook de autonomie van de ander geraakt wordt. De ander kan niet verplicht worden de gevraagde hulp te geven. Ook de gekwalificeerde professional behoudt hier zijn autonomie.

Gezien vanuit de meer relationele benadering van autonomie ligt de zaak complexer. In de verbondenheid met anderen spelen ook de visies, normen en waarden van die anderen met betrekking tot ‘voltooid leven’ een rol in de afweging. Daarbij kunnen twee soorten dilemma’s optreden. Het eerste dilemma heeft net als bij de individualistische autonomie-opvatting betrekking op de vraag hoe de autonomie van degene die hulp bij zelfdoding wenst zich verhoudt tot de autonomie van degenen van wie hulp bij zelfdoding wordt gevraagd. Het tweede dilemma heeft betrekking op de zeker voor artsen in al hun handelen spelende leidende principes van ‘niet schaden’ en ‘weldoen’. Ook als er geen wettelijke regeling op het gebied van hulp bij zelfdoding zou zijn, vragen deze principes om een afweging van de eigen betrokkenheid bij ieder verzoek om hulp. De arts kan dan een leidraad vinden in wat in de beroepsgroep op dat moment gebruikelijk is en als goed handelen geldt. De toetsing door de RTE’s van gemelde hulp bij zelfdoding leidt in Nederland tot een nadere specificatie van de zorgvuldigheidseisen. De *Code of Practice* is daar de neerslag van.

Het perspectief van de overheid en de samenleving

De overheid heeft onder meer tot taak om de klassieke grond- en mensenrechten, alsmede de sociale grondrechten van haar burgers te waarborgen. Zowel de bescherming van het leven als van de veiligheid van personen worden algemeen beschouwd als een recht waarvoor de overheid een zorgplicht heeft. Waar het hulp bij zelfdoding betreft heeft de overheid die plicht gerealiseerd in artikel 294 lid 2 Sr, jo artikel 293 lid 2 Sr, jo WTL. Hulp bij ‘geslaagde’ zelfdoding is strafbaar, maar er is een bijzondere

strafuitsluitingsgrond wanneer de hulp is verleend door een arts die zich gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen en van zijn hulp melding heeft gemaakt.

In het licht van de problematiek van ‘voltooid leven’ rijst echter de vraag hoe ver de verantwoordelijkheid van de overheid voor de bescherming van het leven moet reiken. Moet die bescherming wijken of worden gemitigeerd in het licht van de autonomie van de hulp vragende persoon? Gaat de zorgplicht voor veiligheid zo ver dat de overheid uiteindelijk ook een positieve verplichting heeft om de hulp vragende burger te ondersteunen in het op een veilige wijze realiseren van zijn doodswens?

Met deze vragen betreft men het terrein van de gevolgethiek; een benadering die juist voor de overheid vruchtbaar kan zijn omdat zij niet alleen te maken heeft met de gevolgen voor het individu dat hulp wil krijgen bij zelfdoding, maar ook met de gevolgen voor de hele samenleving. Zo is het voor de overheid, beter gezegd de politiek verantwoordelijken, belangrijk om bij een ruimere wettelijke regeling van hulp bij zelfdoding mee te wegen in hoeverre dit afbreuk zou kunnen doen aan het gevoel van veiligheid en zekerheid van met name oudere mensen in een situatie van afhankelijkheid. Thans bestaat bij hulpvragers al het idee dat euthanasie een recht is, een ruimere regeling zou tot gevolg kunnen hebben dat mensen het beëindigen van hun leven als een ‘plicht’ zouden gaan zien. Ook zou bij het overwegen van een verruiming van de wettelijke regeling de vraag aan de orde kunnen komen hoe het faciliteren van hulp bij zelfdoding bij ‘voltooid leven’ zich verhoudt tot de wens te voorkomen dat mensen de ervaring van een ‘voltooid’ leven gaan zien als de aanzet tot het besluit het leven dan ook maar te (laten) beëindigen. In het licht van de discussie over de vergrijzing van de samenleving, de kosten van de pensioenen en het grotere beroep dat er gedaan zal moeten worden op mantelzorg, is het niet denkbeeldig dat oude en zeer oude mensen op het moment dat ze afhankelijk van zorg worden – of zelfs maar vrezen dat te worden – besluiten hun leven te beëindigen om bijvoorbeeld hun kinderen niet tot last te zijn. Er bestaat bezorgdheid over het effect dat zelfdoding van ouderen op andere ouderen zou kunnen hebben en of het hen niet in de verleiding zou kunnen brengen het voorbeeld te volgen.

Verruiming van de huidige wettelijke mogelijkheden tot niet-strafbare hulp bij zelfdoding leidt natuurlijk ook tot een (voor wie daar een voorstander van is) gewenste verschuiving in de richting van het principe van zelfbeschikking. De gedachte dat een verruiming van de mogelijkheden

zal leiden tot een vermindering van het aantal impulsieve suïcides van juist jongere mensen zal naar alle waarschijnlijkheid maar zeer beperkt bewaarheid worden. Uit het vele onderzoek dat er naar zelfdodingen en pogingen daartoe is gedaan, blijkt dat er in de meerderheid van de gevallen geen enkele wens bestaat om daarbij te worden geholpen. Welke keuze er ook gemaakt wordt – verruiming van de wettelijke mogelijkheden of juist niet – de overheid heeft altijd de plicht misbruik van een wettelijke regeling zoveel mogelijk te voorkomen en grenzen te stellen in het licht van de bescherming van het leven als algemeen belang in de publieke rechtsorde. Dat maakt ook de handhaving belangrijk van een systeem van effectieve controle van ieder afzonderlijk geval van mogelijke niet-strafbaarheid, zoals dat nu bestaat in het kader van de WTL. Bovendien zal de Nederlandse overheid zich bewust moeten zijn van de mogelijke aantrekkingskracht van een soepeler regeling (zie 7.3.1).

8.1.5 MOGELIJKHEDEN TER VOORKOMING VAN ‘VOLTOOID LEVEN’

De ministers hebben de adviescommissie ook gevraagd te onderzoeken in hoeverre er mogelijkheden zijn om te voorkomen dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten. Uiteraard wordt daarmee bedoeld op de situatie waarin mensen op grond van dat oordeel besluiten dat hun leven dan of dus ook beëindigd moet worden. Op grond van een algemene verkenning ten aanzien van eventuele mogelijkheden ter voorkoming dat mensen hun leven ‘voltooid’ achten – waarbij de adviescommissie zich heeft gebaseerd op enkele door haar bestudeerde relevante onderzoeken, inzichten en initiatieven alsmede op de verschillende visies van de deelnemende organisaties aan de door haar georganiseerde hearings – komt de adviescommissie tot een aantal specifieke aandachtspunten ter voorkoming van de beleving van ‘voltooid leven’ als een probleem.

Allereerst is het van belang dat mensen zich goed bewust zijn van het feit dat niet alleen hun kans om oud en zelfs zeer oud te worden gemiddeld heel veel groter is dan in het verleden, maar dat met het toenemen van de levensjaren ook de kans groter wordt op het afnemen van de mogelijkheden die in eerdere levensfasen nog vanzelfsprekend zijn. Door functieverlies, chronische aandoeningen en eventueel verlies van de partner neemt de afhankelijkheid toe.

We weten inmiddels dat het voor de kwaliteit van leven van ouderen belangrijk is om in alle opzichten actief en zelfstandig te blijven. Dat helpt ook om eenzaamheid te voorkomen. Als er verzorging of verpleging nodig is, is het belangrijk dat deze op een voor de oudere aanvaardbaar en betaalbaar niveau kan worden gegeven.

Ouderen zouden meer nog dan nu al het geval is, gestimuleerd moeten worden om duidelijk (idealiter op papier) aan te geven welke behandelingen en ingrepen ze wel en niet meer wensen in geval van ziekte of dementie. Van de kant van de samenleving en de politiek kan een herwaardering van de ouderdom en van ouderen en hun bijdrage aan de samenleving bijdragen aan het gevoel van zelfwaardering van ouderen. Dat kan de connotatie van ‘voltooid leven’ met overbodig zijn voorkomen.

In 6.3 wordt kort nader op deze en andere aandachtspunten ingegaan. De adviescommissie wil in dit kader benadrukken dat het slechts een algemene verkenning betreft en dat zij geen concrete oplossingen kan aandragen ter voorkoming van het idee dat een ‘voltooid leven’ ook een leven is dat door eigen toedoen of met hulp van anderen afgesloten zou moeten worden. De praktijk laat overigens zien dat mensen meestal pas in het uiterste geval, dat wil zeggen als reactie op eigen lijden, gaan denken aan zelfdoding of hulp daarbij.

8.1.6 JURIDISCHE MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN HULP BIJ ZELFDODING AAN MENSEN DIE HUN LEVEN ‘VOLTOOID’ ACHTEN

In hoofdstuk 7 is een overzicht gegeven van de verschillende juridische mogelijkheden en beperkingen waarmee tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht te verkrijgen in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven ‘voltooid’ achten. Het betreft een uiteenzetting van mogelijkheden zonder dat de adviescommissie een voorkeur uitspreekt. Op de weging van de verschillende mogelijkheden wordt hieronder in 8.2 nader ingegaan. De ministers vragen in hun opdracht aan de adviescommissie niet of er meer ruimte zou moeten zijn voor het zelfbeschikkingsrecht, maar hoe daar vorm aan zou kunnen worden gegeven.

In hoofdstuk 7 heeft de adviescommissie in grote lijnen in kaart gebracht wat volgens haar de consequenties zouden zijn indien de betreffende mogelijkheid zou worden doorgevoerd. Daarbij heeft zij per

mogelijkheid steeds aangegeven wat vóór doorvoering van de betreffende mogelijkheid zou pleiten en vervolgens wat er tegen zou pleiten. Ook is weergegeven welke standpunten de deelnemende organisaties aan de door de adviescommissie georganiseerde hearings in deze hebben ingenomen, alsmede relevante visies daarop. De volgende mogelijkheden zijn in hoofdstuk 7 aan de orde gekomen:

- afschaffen van artikel 294 lid 2 Sr (7.1)
- hulp bij zelfdoding door niet-artsen onder bepaalde voorwaarden toestaan (7.2)
- opheffen van de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts (7.3)
- beschikbaar stellen van een ‘laatste wil’-pil (7.4)
- ‘voltooid leven’ zonder medische grondslag expliciet onder de reikwijdte van de WTL brengen (7.5)
- het huidige juridische kader in stand houden (7.6)
- levensbeëindiging in eigen regie als alternatief voor ‘artseneuthanasie’ (7.7)

8.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De op basis van voorgaande beschouwingen opgedane inzichten stellen de adviescommissie in staat om haar conclusies en aanbevelingen te formuleren ten aanzien van de beoordeling van de in hoofdstuk 7 uiteengezette juridische mogelijkheden waarmee tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht te verkrijgen in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven ‘voltooid’ achten.

De adviescommissie heeft een aantal fundamentele aspecten in haar beoordeling betrokken waaronder: een individualistische versus een relationele benadering van autonomie, het belang van veiligheid (voor hulpvrager, hulpverlener en de samenleving als geheel), het gegeven dat zelfdoding onomkeerbaar is, het belang van transparantie en toetsbaarheid van de betrokkenen, zorgvuldigheid, proportionaliteit (de groep waar het om gaat is waarschijnlijk klein), de maatschappelijke rol van de arts, het functioneren van de WTL en de huidige reikwijdte van deze wet, de functie en zorgplicht van de overheid, het maatschappelijke draagvlak en de wenselijkheid gewelddadige zelfdodingen te voorkomen.

8.2.1 HET FUNCTIONEREN VAN DE WTL ALS RELEVANTE FACTOR

Gezien het vertrekpunt van de adviescommissie – de huidige wet- en regelgeving – heeft zij niet een ongerept gebied in kaart moeten brengen. In 2002 is immers de WTL in werking getreden. Daarmee is een wettelijke strafuitsluitingsgrond onder bijzondere voorwaarden gecreëerd voor hulp bij zelfdoding. Aan de basis van die regeling hebben (zoals in 8.1.2 uiteen is gezet) bepaalde keuzes ten grondslag gelegen (zie tevens 3.3). Los van de problematiek die aan de adviescommissie is voorgelegd, kan worden geconstateerd dat de WTL aan haar doelen beantwoordt. Dat blijkt ook uit de evaluaties van de wet en de reacties daarop van de kant van de politiek. Voor de adviescommissie is het gezien deze positieve beoordeling van het functioneren van de WTL van belang dat de voordelen van een voorstel tot wetwijziging zouden moeten opwegen tegen de nadelen van een dergelijke wetwijziging. Bij de in hoofdstuk 7 uiteengezette consequenties is ten aanzien van diverse juridische mogelijkheden (het afschaffen van artikel 294 lid 2 Sr en het onder bepaalde voorwaarden toestaan van hulp bij zelfdoding door niet-artsen) onder meer gewezen op de nadelige effecten van het ontstaan van een tweede traject naast de WTL. Tevens is gewezen op de nadelen die zouden (kunnen) intreden indien de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts zou worden opgeheven. De huidige zorgvuldig opgebouwde praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding zou aan normering en transparantie verliezen en de maatschappelijke controle via het bestaande toetsingskader zou verloren gaan.

De WTL is na een lang en complex proces van rechtsverandering tot stand gekomen. Decennialang heeft er een brede maatschappelijke discussie plaatsgevonden over euthanasie en hulp bij zelfdoding en zijn er diverse rapporten over dit onderwerp gepubliceerd. Een reeks belangrijke rechterlijke uitspraken is bepalend geweest voor de huidige praktijk en heeft ook als fundament gediend voor de WTL.

Het doel van de in 2002 in werking getreden WTL was: 1 het vergroten van rechtszekerheid voor artsen en patiënten, 2 het bevorderen van transparantie van de praktijk en maatschappelijke controle en 3 het waarborgen, bewaken en bevorderen van de kwaliteit en zorgvuldigheid van medische besluitvorming ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek. Deze doelstelling wordt mede bereikt door de consultatie van ten minste één onafhankelijke arts (in de meeste gevallen een SCEN-arts) vooraf en de toetsing door de RTE's achteraf (zie ook 3.3.3).³

3 Kamerstukken II, 2012-2013, 31036, nr. 7.

Sinds het in werking treden van de WTL is de wet tweemaal geëvalueerd. In reactie op de tweede wetsevaluatie⁴ lieten de ministers van VWS en V&J aan de Tweede Kamer weten:

‘Evenals na de eerste evaluatie in 2007 kan ook ditmaal worden geconcludeerd dat de Euthanasiewet in hoge mate voldoet aan de doelen van maatschappelijke controle van levensbeëindiging op verzoek, het vergroten van transparantie en het bieden van rechtszekerheid aan artsen. Wij zijn dan ook tevreden dat uit deze evaluatie over het algemeen een positief beeld naar voren komt. Uit de evaluatie kan worden geconcludeerd dat de wet in zijn algemeenheid door artsen goed wordt nageleefd. De evaluatie geeft daarmee beperkte aanleiding tot wijzigingen in beleid.’⁵

Uit de resultaten van het *Sterfgevallenonderzoek* is gebleken dat in 2010 het meldingspercentage voor euthanasie en hulp bij zelfdoding 77% was. De reden om euthanasie of hulp bij zelfdoding niet te melden was vrijwel altijd dat de arts de desbetreffende handelwijze niet zag als een vorm van levensbeëindiging.⁶

Op grond van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er is sprake van een zorgvuldige praktijk en een voor betrokken artsen redelijke mate van zekerheid ten aanzien van de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen. Er is een groot draagvlak onder artsen voor de WTL en het overgrote deel van de artsen meldt gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding ook. Dat maakt de praktijk niet alleen zichtbaar en toetsbaar, maar wijst ook op het bestaan van vertrouwen in de toetsing door de RTE's. Naar de mening van de adviescommissie is het belangrijk dat het in bijna 14 jaar praktijk gegroeide vertrouwen in de procedures van de WTL niet door een eventuele wijziging van de wet in de waagschaal wordt gesteld.

De reikwijdte van de WTL

De adviescommissie constateert dat het niet voor iedereen duidelijk is dat de WTL ruimte biedt voor patiënten met een verzoek om levensbeëindiging in verband met een stapeling van ouderdomsklachten. Daarnaast worden er door sommigen de nodige kanttekeningen bij de Stichting Levens-eindekliniek (SLK) geplaatst, met name vanwege het ontbreken van een ‘duurzame behandelrelatie’ tussen verzoeker en arts. Los van de wense-

4 A. van der Heide et al, *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag, ZonMw, december 2012.

5 Kamerstukken II, 2012-2013, 31036, nr. 7.

6 A. van der Heide et al, *Sterfgevallenonderzoek 2010. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag, ZonMw, juni 2012.

lijkheid van het bestaan van zo'n relatie stelt de adviescommissie vast dat de WTL niets zegt over de relatie tussen verzoeker en arts.

De adviescommissie constateert voorts dat er discussie gaande is over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding in geval van dementie en psychiatrische problematiek.

Zoals in 3.3.5 is aangegeven, heeft de minister van vws (mede namens de minister van v&j) in een brief d.d. 3 juli 2015 aan de Tweede Kamer laten weten dat de bestaande 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zal worden aangepast onder meer opdat de daarin opgenomen eisen rondom consultatie ook voor huisartsen zullen gelden. Tevens wordt gemeld dat onderzocht moet worden of het wenselijk is om ook voor verzoeken om levensbeëindiging in geval van dementie een richtlijn op te stellen, waarin onder meer extra eisen ten aanzien van de consultatie zouden worden opgenomen.

Door critici van de huidige praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt aangevoerd dat de reikwijdte van de WTL steeds meer wordt 'opgerekt'. De in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen zijn echter algemeen geformuleerd. Zoals in 3.3.4 is aangegeven, is dit een bewuste en onderbouwde keuze van de wetgever geweest, waarbij de wens om ruimte te laten voor de omstandigheden van het geval en voor toekomstige ontwikkelingen en inzichten voorop stond. Op basis van de praktijk en verschuivende inzichten en opvattingen in de juridische doctrine, de medische beroepsgroep en in de samenleving kunnen de algemeen geformuleerde zorgvuldigheidseisen dan ook worden genuanceerd en nader worden ingevuld waarbij ook ruimte is voor een inperkende interpretatie van de zorgvuldigheidseisen. De 'hoe' vraag van de ministers aan de adviescommissie wijst in de richting van een ruimere interpretatie. De adviescommissie beschouwt het als haar taak erop te wijzen dat ruimte in de interpretatie van de tekst van de WTL voor verander(en)de opvattingen en toekomstige ontwikkelingen niet onbegrensd is.

Meer voorlichting gewenst over de WTL in het algemeen en stapeling ouderdomsklachten in het bijzonder

Bij sommige mensen leeft ten onrechte het idee dat er een *recht* zou bestaan op euthanasie of hulp bij zelfdoding. Uit onderzoek onder artsen waarvan de resultaten in januari 2015 gepubliceerd zijn, blijkt onder meer dat artsen vaak te maken hebben met patiënten die euthanasie als een recht beschouwen. Dit misverstand bemoeilijkt soms de communicatie.

Ruim 60% van de artsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen, is van mening dat patiënten soms onvoldoende op de hoogte zijn van de grenzen aan euthanasie. 70% ervaart wel eens druk van de patiënt of diens naasten om euthanasie uit te voeren.⁷

Ook tijdens de door de adviescommissie georganiseerde focus-groep-bijeenkomsten (zie 1.5) werd door de deelnemende (SCEN-)artsen aangevoerd dat er een gebrek aan kennis is onder patiënten en dat veel patiënten ten onrechte denken dat euthanasie een recht is.

Ook artsen blijken niet altijd even goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden die de huidige WTL biedt. Zo werd tijdens de focus-groep-bijeenkomsten door de aanwezige (SCEN-)artsen opgemerkt dat niet alle huisartsen en SCEN-artsen op de hoogte zijn van het feit dat de huidige wet de ruimte biedt voor levensbeëindiging in geval van een stapeling van ouderdomsklachten.

De adviescommissie pleit in het licht van bovenstaande voor meer en duidelijker voorlichting over de inhoud en reikwijdte van de WTL zowel voor patiënten en hun naasten als voor artsen. Uit bovengenoemd onderzoek is onder meer gebleken dat 74% van de deelnemende artsen weliswaar van mening is dat er voldoende informatie over euthanasie voor patiënten beschikbaar is, maar ruim 40% is desalniettemin van oordeel dat de beschikbare informatie onvoldoende begrijpelijk is.

In het kader van dergelijke voorlichting is op 17 december 2015 overigens al een *Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek* gepubliceerd, een versie voor artsen en een versie voor patiënten. Deze handreiking is opgesteld door een door de minister van vws ingestelde werkgroep *Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie*, die als opdracht had om juridische en praktische duidelijkheid te bieden omtrent de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwame patiënten zoals voorzien in artikel 2, tweede lid, van de WTL.

Extra behoedzaamheid in geval van complexe(re) verzoeken om levensbeëindiging
De adviescommissie heeft geconstateerd dat er, in geval van ‘voltooid leven’, aan het niet meer ervaren van levensperspectief en het hebben van een actieve doodswens verschillende oorzaken ten grondslag kunnen liggen. Veelal is er sprake van verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel (zie

7 Zie *Uitkomsten belevingsonderzoek euthanasie*, te raadplegen via: www.knmg.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/147880/Euthanasie-hoort-bij-het-artsenvak-maar-is-emotioneel-belastend.htm.

2.2 en 4.3). De beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging kan in dergelijke gevallen – in het licht van het vaststellen van de grondslag van het lijden – complex zijn. Evenals in geval van psychiatrische problematiek en dementie (zie 3.3.5) pleit de adviescommissie voor extra behoedzaamheid in gevallen die zich als complex (en dus ook als ongewis in de uitkomst van de beoordeling van het verzoek) aandienen. De adviescommissie beveelt daarom aan door middel van een richtlijn te regelen dat in dergelijke gevallen (naast de SCEN-arts) een extra consulent wordt geraadpleegd, bijvoorbeeld een deskundige op het terrein van psychosociale en zingevingsproblematiek, zoals een maatschappelijk werker, psycholoog-psychotherapeut, psychiater of geestelijk verzorger.⁸ De SCEN-arts is waarschijnlijk degene die het best kan bepalen in hoeverre er naast hem nog iemand anders nodig is om de problematiek goed in te schatten. Door het inschakelen van een extra consulent kan de uitvoerende arts zich gesteund voelen bij het beoordelen van verzoeken met een complexe achtergrond. De RTE's geven in hun beoordeling van de zorgvuldigheid van het handelen van de uitvoerende arts al regelmatig uiting aan het belang van een extra consulent. De adviescommissie tekent hier wel aan dat de WTL spreekt van 'tenminste één andere, onafhankelijke arts' en niet van consulenten die geen medicus zijn. Dat sluit de betrokkenheid van niet-medici overigens niet uit, maar niet-medici dragen dan vooral bij tot het vormen van de 'overtuiging' van de (eventueel) uitvoerende arts. De SCEN-arts geeft als 'onafhankelijke arts' zijn oordeel over de vraag of en in hoeverre aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat plaatst hem in een andere positie ten opzichte van de uitvoerende arts dan geconsulteerde niet-medici.

Verwijsplicht

In het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* wordt in het kader van de verwijsplicht het volgende opgemerkt: 'Als een arts zelf niet bereid is te overwegen in te gaan op een euthanasieverzoek van zijn patiënt moet de arts de procedure niet starten. De arts behoort de patiënt in de gelegenheid te stellen in contact te kunnen treden met een collega die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie en hulp

8 Zie in dit kader ook het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (2011), p. 23-24 waarin de KNMG aangeeft dat er verschillende dimensies van lijden zijn en dat wanneer de dimensie van psychosociaal of existentieel lijden meer gewicht in de schaal legt bij de beoordeling van het lijden, deskundigen op het terrein van psychosociale en zingevingsproblematiek aangewezen zijn bij het medebeoordelen van het lijden.

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 het verlenen van euthanasie of van hulp bij zelfdoding'. De KNMG geeft aan dat 'Als een arts geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar op grond van persoonlijke opvattingen niet (meer) tot levensbeëindiging op verzoek kan overgaan dan heeft de arts de verantwoordelijkheid de patiënt uit te leggen waarom het verzoek niet kan worden ingewilligd, terwijl waarschijnlijk wel aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het tijdig overdragen van de patiënt naar een collega blijft dan het meest aangewezen'.⁹

Wanneer een arts niet op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding in wil gaan, omdat hij van mening is dat niet aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL is voldaan, mag van een arts wel worden verwacht dat hij met de patiënt kijkt naar de mogelijkheid van een 'redelijke andere oplossing' (artikel 2 lid 2 sub d WTL). Ondanks de duidelijke morele en professionele verantwoordelijkheid die op artsen rust om een patiënt door te verwijzen indien hij niet bereid is een verzoek om hulp bij levensbeëindiging te overwegen in geval van principiële bezwaren dan wel persoonlijke opvattingen, blijkt het (tijdig) doorverwijzen van patiënten in de praktijk toch nog wel tot problemen te leiden.¹⁰ De adviescommissie acht het dan ook van belang dat één en ander nader wordt geregeld waarbij de werkwijze zoals in Hoogeveen als voorbeeld zou kunnen dienen. In Hoogeveen werd in 2012 door huisartsen de regionale afspraak gemaakt dat huisartsen die niet bereid zijn euthanasie te verlenen patiënten die daar om vragen overdragen aan collega's die dat wel willen doen.

Aandacht voor het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding

De WTL maakt geen onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie in dit kader ook 3.3.4). In de beleving van de arts is er wel degelijk verschil tussen het zelf toedienen van het dodelijke middel en het behulpzaam zijn bij zelfdoding. De dodelijke handeling wordt dan immers door

9 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (2011), p. 44-45.

10 In het kader van onderzoek dat in 2011 is uitgevoerd in verband met de tweede wetsevaluatie van de WTL gaf 15% van alle artsen aan dat zij nog nooit levensbeëindiging op verzoek hadden uitgevoerd en het ook ondenkbaar te vinden dat zij dat ooit zullen doen. 1% was daarbij ook niet bereid tot doorverwijzing. Zie: A. van der Heide et al, *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag, ZonMw, december 2012, p. 85.

de betrokkene zelf uitgevoerd. Er is een verschil in psychologische, maar ook in medisch-ethische zin. Ook het strafrecht maakt een duidelijk onderscheid, gelet op het niet onaanzienlijk verschil in strafmaat (zie 3.1).

Naar de mening van de adviescommissie dient er aandacht te zijn voor het feit dat bij hulp bij zelfdoding de patiënt de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van zijn eigen beslissing en daarmee de arts mogelijk moreel en emotioneel ontlast. Op het moment dat hulp bij levensbeëindiging de gedaante aanneemt van euthanasie en de arts de uitvoerder wordt van een handeling die ook heel goed door de verzoeker zelf kan worden verricht, is er mogelijk aanleiding voor twijfel over de aard en achtergrond van het verzoek. Als hulp bij zelfdoding neerkomt op doding voor wie het zelf wel kan maar niet wil doen, wordt de morele en emotionele belasting van de arts onnodig zwaar.

8.2.2 GEEN AANLEIDING TOT WIJZIGING VAN DE WTL

Zoals in 8.2.1 is aangegeven, functioneert de WTL goed en is er sprake van een zorgvuldige praktijk. Ook is gebleken dat de WTL door de algemene formulering van de zorgvuldigheidseisen al veel ruimte biedt. Naar de huidige opvatting – zoals voorgestaan door de RTE's en de KNMG – kan een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn in de zin van de WTL. Het lijden dient wel in overwegende mate een medische grondslag te hebben. Niet is vereist dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening (zie 3.3.5).

In 8.1.1 heeft de adviescommissie aangegeven dat bestudering van relevante casuïstiek en onderzoeken inzake 'voltooid leven' haar tot het inzicht heeft gebracht dat er in geval van de ervaring van 'voltooid leven' veelal sprake blijkt te zijn van een combinatie en opeenstapeling van verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel. De interactie tussen deze verlieservaringen kan ertoe leiden dat mensen een actieve wens tot levensbeëindiging hebben. In veel gevallen zal er sprake zijn van een opeenstapeling van ouderdomsklachten.

Een en ander brengt de adviescommissie tot de conclusie dat de WTL voldoende ruimte biedt om het merendeel van de 'voltooid leven'-problematiek te ondervangen. In veel gevallen zal namelijk sprake blijken te zijn van een medische grondslag waarbij een combinatie van medische en niet-medische problemen heeft geleid tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de WTL (waaronder op grond van het Schoonheim-arrest van de Hoge Raad – zie 3.3.5 – tevens is begrepen angst voor toekomstige

achteruitgang). In combinatie met het gegeven dat het aantal mensen dat hun leven ‘voltooid’ acht en om die reden een actieve doodswens heeft waarschijnlijk klein is – zeker als het gaat om mensen bij wie de wens tot levensbeëindiging niet gerelateerd is aan enige medische problematiek – ziet de adviescommissie geen aanleiding om voor te stellen de WTL te wijzigen. Zij tekent daarbij aan dat gezien het feit dat er uit twee wetsevaluaties een positief beeld over het functioneren van de WTL is gekomen, er wel heel zware argumenten moeten zijn om de wet opnieuw tot onderwerp van politieke menings- en wilsvorming te maken, hetgeen gezien de ervaringen uit het verleden een waarschijnlijk langdurig en moeizaam proces zou zijn. De formulering van de wet laat bij handhaving van de zorgvuldigheidseisen en het medische handelingsmonopolie ruimte voor veranderende inzichten, zowel in verruimende als in beperkende zin.

Op voorhand valt niet een scherpe grens te trekken welke gevallen wél en welke niet onder de WTL vallen. Dit zal van geval tot geval beoordeeld dienen te worden. Het primaat voor de afbakening van het medisch domein ligt bij de beroepsgroep zelf. In dit kader acht de adviescommissie de volgende punten van belang.

Het begrip ‘patiënt’: vaak wordt een patiënt gelijkgesteld aan iemand die lijdt aan een ziekte. Op grond daarvan wordt dan ten onrechte gesteld dat artsen alleen een rol hebben te vervullen bij personen die lijden aan een ziekte. Echter, zoals in 3.3.4 is aangegeven, is het begrip ‘patiënt’ in de WTL niet nader omschreven en blijkt uit de parlementaire behandeling dat met ‘patiënt’ simpelweg bedoeld wordt degene die het verzoek doet om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. In relatie tot een arts wordt zo iemand dan gezien als een patiënt, zoals voor een huisarts alle bij hem ingeschrevenen – en in principe staan alle Nederlanders bij een huisarts ingeschreven – ‘patiënten’ zijn, ook al zijn ze nooit ziek en doen ze geen beroep op zijn diensten.

Het begrip ‘ondraaglijk en uitzichtloos lijden’: zoals in het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (2011) wordt aangegeven, heeft de arts altijd de taak te exploreren of er sprake is van lijdensdruk bij een patiënt en waaruit dat lijden bestaat, ongeacht de oorsprong van het lijden of de wijze waarop de patiënt zijn lijden typeert. Dit geldt ook als de doodswens van de patiënt voortkomt uit het gevoel dat zijn leven ‘voltooid’ is (zie in dit kader ook 7.5.1). Bij de beoordeling van het lijden blijkt soms een cruciale rol te spelen welke woorden patiënten en artsen gebruiken om een situatie te duiden en het lijden te beoordelen. Zo kan het voorkomen dat een

patiënt zelf aangeeft zijn leven ‘voltooid’ te achten of ‘levensmoe’ te zijn (‘framing’ in het kader van zelfbeschikking) zonder daarbij te refereren aan zijn medische situatie terwijl er wel degelijk sprake is van lijden dat mede zijn oorsprong vindt in bijvoorbeeld een of meer ouderdomsklachten.¹¹ Zorgvuldige exploratie van de doodswens en helder inzicht in de verschillende dimensies van het lijden en de oorzaak van de lijdensdruk is in dergelijke situaties dan ook van groot belang om te bezien of de arts, denkend vanuit het principe van zelfbeschikking en rekening houdend met de op het principe van barmhartigheid gebaseerde zorgvuldigheidseisen, mee kan gaan met de wens van de patiënt.

Hoewel de WTL zelf niet aan een ruime interpretatie van het begrip ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de weg staat, valt of staat een mogelijke verruiming met de bereidheid van artsen om hier aan mee te werken (zie in dit kader 7.5). Zoals in 4.5.2 echter is aangegeven, is een grote meerderheid van de artsen van oordeel dat een ‘patiënt’ die lijdt doordat het leven ‘voltooid’ is zonder dat er een medische grondslag voor het lijden is, niet voor hulp bij zelfdoding in aanmerking komt.

Mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar bij wie het lijden niet of niet in overwegende mate een medische grondslag heeft en daardoor niet voor euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van de WTL in aanmerking komen, kunnen op andere manieren door hun arts of anderen waaronder naasten worden bijgestaan (zie ook 7.7). Die ondersteuning dient wél te blijven binnen de ruimte die op grond van de wet en rechtspraak bestaat om op niet-strafbare wijze hulp bij zelfdoding te verlenen (zie 3.4). Zo kan een arts, een andere hulpverlener (niet-arts) of een naaste desgevraagd algemene informatie verstrekken over mogelijkheden tot bespoediging van het overlijden dan wel humane zelfdoding en de betreffende persoon wijzen op de (algemene en publieke) informatie die hierover beschikbaar is. Op het moment dat de patiënt al of niet via een naaste middelen heeft verzameld waarmee hij zijn leven wenst te beëindigen, kan en mag de arts (of een andere hulpverlener, niet-arts) advies en informatie geven over de effectiviteit en bijwerkingen van deze middelen.¹² De KNMG

11 A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers, Kennissynthese. *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, oktober 2014.

12 Of er sprake is van strafbare hulp bij zelfdoding is afhankelijk van de vraag of de feitelijke gedragingen waaruit de hulp bestaat te kwalificeren zijn als een ‘instructie’ waarmee de arts/hulpverlener initiatieven heeft genomen dan wel regie heeft gevoerd en dus als het actief sturen bij het uitoefenen van de zelfdoding dienen te worden beschouwd (zie de zaak Vink – Rb. Amsterdam 22 januari 2007, ECLI:NL:RBAMS:2007:AZ6713).

wijst er in dit kader op dat het tot de professionele plichten behoort om met de patiënt te praten als deze er blijk van geeft zichzelf bewust te willen doden met behulp van (combinaties van) verzamelde medicijnen.¹³ Een ieder kan, ter morele ondersteuning, bij de zelfdoding van de patiënt aanwezig zijn. Dat geldt niet als een strafbare vorm van hulp bij zelfdoding.

Een patiënt kan er ook voor kiezen om te stoppen met eten en drinken. De KNMG beschouwt dit niet als een vorm van zelfdoding, maar als het weigeren van een behandeling. Hierover wordt door sommigen overigens anders gedacht (zie 7.7).

8.2.3 VERRUIMING JURIDISCHE MOGELIJKHEDEN INZAKE HULP BIJ ZELFDODING NIET WENSELIJK

In onderstaande zet de adviescommissie uiteen waarom zij – alle voor- en nadelen van mogelijke veranderingen in de huidige regeling afwegende – van mening is dat het niet wenselijk is om de huidige juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding te verruimen. De adviescommissie komt tot dit oordeel mede in het licht van het functioneren van de huidige WTL, de ruimte die de huidige wet biedt om het merendeel van de ‘voltooid leven’-problematiek te ondervangen en de mogelijke onrust en onzekerheid die een voorstel tot wetswijziging en de daarop te verwachten discussie met zich mee zal brengen. Ten behoeve van de inzichtelijkheid wordt onderscheiden in het perspectief van de hulpvrager, de hulpverlener, de overheid en de samenleving.

De hulpvrager

Vanuit een individualistische benadering van autonomie kan betoogd worden dat het gerechtvaardigd zou zijn om artikel 294 lid 2 Sr helemaal af te schaffen. Net zo als er vrijheid bestaat om zelf het eigen leven te beëindigen, staat het ieder dan vrij hulp bij zelfdoding te vragen of te bieden. Ook naasten (partner, kinderen, familieleden, vrienden) en/of al dan niet professionele (stervens)hulpverleners zijn vrij om deze hulp te geven. Er hoeft geen arts bij betrokken te zijn en er is – wanneer hulp bij zelfdoding door een naaste wordt verleend – geen plicht meer tot melding of toetsing vooraf. Afhankelijk van de omstandigheden zal slechts in bepaalde gevallen van een beoordeling achteraf sprake zijn. De zorgvuldigheidseisen van de WTL gelden dan alleen nog voor euthanasie. De adviescommissie ziet hier echter onoverkomelijke bezwaren vanuit het oogpunt van veiligheid, zorgvuldigheid, transparantie en toetsbaarheid.

13 KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, 23 juni 2011.

Het aspect van veiligheid heeft onder meer betrekking op het voorkomen van misbruik. In de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding speelt het veiligheidsaspect een belangrijke rol. Vanuit het perspectief van de hulpvrager is het van belang dat gevaar van misbruik van de situatie wordt voorkomen. De omstandigheden kunnen er toe leiden dat er bijvoorbeeld in de naaste omgeving een belang ontstaat bij de dood van degene die zijn of haar leven voltooid acht. Zelfs zonder dat het expliciet gemaakt wordt, kan dan toch een druk gevoeld worden een eind te (laten) maken aan het eigen leven. Afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr schept een vrijheid die in de praktijk kan leiden tot een beperking van de vrijheid om zelf keuzes te maken.

Indien artikel 294 lid 2 Sr wordt afgeschaft, zou het huidige normerings- en toetsingskader voor hulp bij zelfdoding wegvallen. Er zou, buiten de hieronder genoemde gevallen, geen melding hoeven te worden gemaakt van de hulp bij zelfdoding en er zou geen sprake meer zijn van toetsing vooraf en – afhankelijk van de omstandigheden – slechts in bepaalde gevallen (zie hieronder) van een beoordeling achteraf met een mogelijke negatieve impact op het algemene gevoel van veiligheid.

De betrokkene aan wie hulp bij zelfdoding wordt verleend, wordt op deze wijze onvoldoende beschermd. Het feit dat het nu alleen aan artsen is voorbehouden om onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding (en euthanasie) te mogen verlenen, is niet alleen van belang voor degene die deze hulp wenst, maar ook voor de samenleving als geheel. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn handelingen met de dood als uitkomst en daar kan niet meer op worden teruggekomen. Ook in geval van een zelf gewenste levensbeëindiging vraagt dat om een toetsbare zorgvuldigheid op basis van deskundigheid. In de zorgvuldigheidseisen komt de terughoudendheid van de samenleving tot uitdrukking om ruimte te geven voor het kiezen van de dood boven het leven. De huidige wettelijke regelingen van een bijzondere strafuitsluitingsgrond onder voorwaarden (artikel 293 lid 2 Sr, jo artikel 294 lid 2 Sr, jo artikel 2 WTL) heeft geleid tot een grotendeels transparante en daarmee maatschappelijk controleerbare praktijk van (hulp bij) levensbeëindiging door artsen. Door afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr ontstaat in beginsel een niet-transparante en niet-controleerbare praktijk van hulp bij zelfdoding door niet-artsen. De enige mogelijkheid tot beoordeling achteraf vindt dan plaats indien een niet-natuurlijke dood wordt gemeld en het OM reden ziet om tot nader onderzoek over te gaan vanwege mogelijk ‘opzettelijk aanzetten tot hulp bij zelfdoding’, zoals strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr. Melding zal dan plaatsvinden

ofwel wanneer de hulp bij zelfdoding door een arts is verleend die vervolgens van de niet-natuurlijke dood melding moet maken aan de gemeentelijke lijkschouwer, ofwel wanneer de hulp bij zelfdoding door een niet-arts is verleend en de arts die de verklaring van overlijden moet afgeven door de nabestaanden van de niet-natuurlijke dood op de hoogte is gesteld of wanneer de arts zelf het vermoeden heeft dat er sprake is geweest van een niet-natuurlijke dood.

Het verlenen van hulp bij zelfdoding brengt (zoals eerder gesteld) een onomkeerbaar gevolg met zich mee waar met de uiterste zorgvuldigheid mee dient te worden omgegaan. Het element van zorgvuldigheid is met name van belang ten aanzien van de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (waaronder de wilsbekwaamheid) van degene die om hulp bij zelfdoding verzoekt, de overwegingen die aan het verzoek ten grondslag liggen en de beschikbaarheid van mogelijke alternatieven, alsmede de veilige en verantwoorde uitvoering van de levensbeëindiging. Hier ligt bij uitstek een taak voor de arts vanwege diens medische deskundigheid. Vanwege de risico's die gepaard kunnen gaan met de uitvoering van de zelfdoding is het van belang dat een arts bij de uitvoering betrokken en aanwezig is, zodat hij kan ingrijpen indien er iets mis gaat.

Redenerend vanuit de individualistische benadering van autonomie zou ook betoogd kunnen worden dat artikel 294 lid 2 wel gehandhaafd blijft, maar dat tegelijkertijd wordt toegestaan dat niet-artsen – naasten, al dan niet professionele (stervens)hulpverleners – onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding zouden mogen verlenen. Het zelfbeschikkingsrecht van degene die zijn of haar leven wenst te beëindigen en daarbij hulp wenst, staat dan voorop. Ook hier ziet de adviescommissie – in het licht van de hierboven genoemde argumenten – onoverkomelijke bezwaren.

Ook wanneer er bepaalde voorwaarden aan het verlenen van hulp door niet-artsen zouden worden gesteld, kunnen volgens de adviescommissie de aan deze mogelijkheid verbonden bezwaren vanuit het oogpunt van veiligheid, zorgvuldigheid, transparantie en toetsbaarheid niet (of slechts ten dele) worden weggenomen.

Zo meent de adviescommissie dat het verplicht stellen van consultatie vooraf en melden achteraf indien hulp bij zelfdoding door een niet-arts is verleend, zowel wat betreft inhoud als procedure, niet vergelijkbaar is met het omvattende, zorgvuldige en volle normerings- en toetsingskader dat op artsen van toepassing is: tenminste twee deskundigen – de arts en een onafhankelijke (SCEN-)arts – dienen zich over de vraag om (hulp bij) levensbeëindiging te buigen en te toetsen of aan alle inhoudelijke wette-

lijke zorgvuldigheidscriteria van de WTL is voldaan (de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 sub a t/m d), en waarbij alle meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door de RTE's worden getoetst aan de criteria als omschreven in de WTL, eventueel gevolgd door toetsing en straf- of tuchtrechtelijke vervolging door het OM of de IGZ. De zwaarte van de procedure is een direct gevolg van de zwaarte van de gevolgen van de interventie. De overheid heeft mede tot taak de burgers te beschermen tegen wat door toedoen van anderen hun leven bedreigt. Het is belangrijk dat mensen er voldoende vertrouwen in houden dat hun recht op leven door de wet adequaat wordt beschermd. In het geval van levensbeëindiging moet er steeds voor worden gewaakt dat het eigen belang van anderen dan de hulpvrager een rol zou kunnen spelen. Of met voorafgaande consultatie dergelijke druk of (subtiele) manipulatie altijd in voldoende mate valt waar te nemen is de vraag. Ook is de vraag wie de voorafgaande consultatie uit zou moeten voeren (de behandelend arts van de betrokkene of een andere arts?) en waaruit die consultatie dan zou moeten bestaan, c.q. waar het toetsen op gericht zou moeten zijn. Ook de voorwaarde dat achteraf van de niet-natuurlijke dood/hulp bij zelfdoding melding zou moeten worden gemaakt, biedt volgens de adviescommissie niet voldoende waarborgen, nu de arts – die moet nagaan of er sprake is geweest van een niet-natuurlijke dood en dit vervolgens dient te registreren – hier in eerste instantie afhankelijk is van de informatie die de naaste hierover aan de arts verstrekt. De kans op het ontstaan van een voor alle partijen onaangename en conflictueuze situatie met mogelijk ook betrokkenheid van het OM is dan niet denkbeeldig.

De adviescommissie is dan ook van mening dat de keuze van de wetgever voor de arts als beoordelaar en uitvoerder of begeleider van levensbeëindiging in het belang is van alle betrokkenen. Voor de introductie in de wet van een 'stervenshulpverlener' als alternatief voor de arts ziet de commissie geen aanleiding. In meerderheid hebben de Nederlandse artsen al gezegd en er ook blijk van gegeven euthanasie en hulp bij zelfdoding als deel van hun werk te beschouwen. Het feit dat de meeste artsen – anders dan een 'stervenshulpverlener' – eerder bij uitzondering dan in regelmaat met levensbeëindiging op verzoek te maken hebben, bevordert ook de zorgvuldigheid van de besluitvorming. Levensbeëindiging blijft ook voor een arts een bijzondere ingreep.

Vanuit een individualistische benadering van autonomie kan ook worden betoogd dat er een 'laatste wil'-pil beschikbaar zou moeten zijn die de

volwassen burger de mogelijkheid geeft om zelf en op een zelfgekozen moment zonder bemoeienis van anderen uit het leven te stappen. Als zo'n pil er zou zijn, biedt deze een verleidelijk simpele oplossing voor een moeilijk probleem. Het is dan ook te begrijpen dat 'de pil van Drion' (zoals de 'laatste-wil-pil' vaak genoemd wordt) door velen gewenst wordt, met name als oplossing voor een situatie van grote afhankelijkheid van de zorg van anderen. Bij nadere overdenking roept deze oplossing toch de nodige problemen op, waar in het verleden ook al op is gewezen.

Voor zover – om deze mogelijkheid te realiseren – tevens artikel 294 lid 2 Sr zou worden afgeschaft, gelden de door de adviescommissie aangevoerde bezwaren bij de hierboven weergegeven bespreking van deze optie in gelijke mate. Daarnaast wegen de voordelen wanneer een dergelijke optie gerealiseerd zou worden volgens de adviescommissie niet op tegen de aan deze modaliteit inherente nadelen (zie ook 7.4.1). Een 'laatste wil'-pil kan in verkeerde handen terecht komen of in de goede handen verkeerd gebruikt worden, bijvoorbeeld uit compassie met maar zonder medeweten van degene die volledig van zorg afhankelijk is geworden. Ook valt niet uit te sluiten dat de beschikbaarheid van een 'laatste wil'-pil kan leiden tot impulsieve zelfdodingen. De verstrekking kan weliswaar zo worden ingericht dat op het moment dat de persoon in kwestie de middelen verkrijgt deze als wilsbekwaam wordt beoordeeld, maar hiermee is niet gegarandeerd dat hij dat nog steeds is op het moment dat hij de middelen gebruikt of toegediend krijgt. Daarnaast kan door de beschikbaarheid van een 'laatste wil'-pil (minder of meer subtiele) druk richting het besluit tot zelfdoding ontstaan of worden bevorderd.

De verkrijgbaarheid van geneesmiddelen is in Nederland strak geregeld. De vrije toegang van de consument tot geneesmiddelen is beperkt gehouden. Daar zijn goede redenen voor, die eens te meer gelden voor middelen die tot de dood zouden kunnen leiden. Die redenen betreffen onder meer de algemene veiligheid en het veiligheidsgevoel, mogelijkheid tot manipulatie, chantage en druk, en het in stand houden dan wel bevorderen van criminele geld- en goederenstromen. Gemakkelijke(r) beschikbaarheid van een middel dat juist de dood tot doel heeft vindt bij de adviescommissie geen steun. Hoewel de verbinding meestal niet gelegd wordt, ligt het voor de hand te concluderen dat de mogelijkheid te kunnen beschikken over een 'laatste wil'-pil de artikelen 293 en 294 Sr en dus ook de WTL feitelijk overbodig maakt.

Een andere in hoofdstuk 7 aan de orde gestelde mogelijkheid is om ‘voltooid leven’ waarbij het lijden geen medische grondslag heeft expliciet onder de reikwijdte van de WTL te brengen. Dit kan alleen geschieden als de wetgever dat met zoveel woorden expliciet onder de WTL zou brengen, ofwel als de rechter dat via rechtsvorming bewerkstelligt.

Vanuit het perspectief van de hulpvrager heeft deze mogelijkheid als voordeel dat ook mensen die hun leven ‘voltooid’ achten, maar bij wie het lijden niet (of niet in overwegende mate) zijn oorsprong vindt in een medische grondslag, hulp bij zelfdoding van een arts kunnen verkrijgen met behoud van de waarborgen waarin het huidige wettelijke kader voorziet, waaronder de wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen en de plicht van melding en toetsing.

De hulpvrager blijft wel (mede) afhankelijk van het oordeel van de arts aangezien het zwaartepunt blijft liggen bij ‘barmhartigheid’ in plaats van bij ‘zelfbeschikking’. Uit onderzoek is gebleken dat ‘voltooid leven’ alleen (zonder dat er sprake is van lijden met een medische grondslag) voor de overgrote meerderheid van de artsen niet voldoende zou zijn om over te gaan tot hulp bij zelfdoding. Voor euthanasie zal in deze gevallen geen aanleiding zijn, omdat de verzoeker vrijwel altijd vitaal genoeg is om de levensbeëindigende handeling zelf uit te kunnen voeren. De adviescommissie heeft op basis van de haar beschikbare gegevens niet de indruk gekregen dat de vraag om hulp bij zelfdoding regelmatig gesteld wordt met geen ander argument dan dat het leven ‘voltooid’ is (dus zonder dat er sprake is van lijden dat zijn oorsprong in overwegende mate vindt in een medische grondslag). Het kan wel zijn – en dat blijkt ook wel uit enkele rechtszaken – dat de verzoeker niet afhankelijk wil zijn van ‘barmhartigheid’ en ondanks lijden alleen een beroep wil doen op het principe van ‘zelfbeschikking’. Indien zelfbeschikking als uitgangspunt wordt genomen, verandert de grondslag van de WTL en zou als zorgvuldigheidseis hoogstens nog de beoordeling van het vrijwillige en weloverwogen karakter van het verzoek inhouden. De adviescommissie ziet niet voldoende draagvlak noch voldoende noodzaak om wijziging van de WTL in deze richting aan te bevelen. Dit laat onverlet dat in de rechtspraak de interpretatie kan evolueren.

Tot slot is in hoofdstuk 7 de mogelijkheid besproken om de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen op te heffen. Vanuit het perspectief van de hulpvrager kan worden betoogd dat hiermee de mogelijkheden rond het levenseinde worden verruimd. Levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding door artsen wordt dan als ‘normaal’

medisch handelen opgevat en de strafbaarheid van artikel 293 lid 1 en van artikel 294 lid 2, eerste volzin, Sr komt te vervallen, alsmede de daarbij behorende normering en toetsing via de in artikel 293 lid 2, jo artikel 294 lid 2 Sr, jo artikel 2 WTL neergelegde regeling met zorgvuldigheidscriteria komt daarmee te vervallen. De thans geldende zorgvuldigheidscriteria zouden verankerd kunnen worden in het medisch tuchtrecht.

De adviescommissie ziet hier als belangrijke bezwaren dat de generaal-preventieve werking van het huidige toetsingskader (onafhankelijke consultatie vooraf en toetsing achteraf) en de transparantie van de praktijk van levensbeëindigend handelen, die maatschappelijke controle mogelijk maakt en de kwaliteit en zorgvuldigheid van handelen bevordert, verloren gaan. Ook draagt deze mogelijkheid het risico in zich dat wanneer euthanasie en hulp bij zelfdoding als normaal medisch handelen worden beschouwd mogelijke alternatieven om het lijden te verlichten niet meer voldoende in overweging worden genomen en morele vragen naar de achtergrond geschoven worden. Een overgang van toetsing door de RTE's naar het medisch tuchtrecht kan de adviescommissie niet als een verbetering ten opzichte van de huidige praktijk zien. Het is geen geheim dat artsen het perspectief van een mogelijke 'zaak' bij de tuchtrechter of het OM als bijzonder bedreigend ervaren. Dat kan ook tot grote terughoudendheid leiden in de mate waarin men bereid is überhaupt betrokken te raken bij situaties die dat risico met zich mee zouden kunnen brengen.

De hulpverlener

- Arts

Indien artikel 294 lid 2 Sr wordt afgeschaft, heeft dit tot gevolg dat er twee verschillende routes naast elkaar gaan lopen: hulp bij zelfdoding mag door een ieder straffeloos worden verleend (het morele zwaartepunt ligt hier bij 'zelfbeschikking'), maar opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigen ('euthanasie') blijft strafbaar (artikel 293 Sr). Alleen een arts die aan de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidscriteria heeft voldaan is niet strafbaar (het morele zwaartepunt ligt hier bij 'barmhartigheid'). De principiële notie die aan onze strafwetgeving ten grondslag ligt, namelijk respect voor het leven en voor de medemens zou zijn wettelijke neerslag deels verliezen, zonder gelijkwaardige in wetgeving verankerde waarborgen voor bescherming van die bijzondere rechtsgoederen.

De adviescommissie meent dat het laten ontstaan van twee routes verwarrend en onwenselijk is. Straffeloosheid van hulp bij zelfdoding maakt deze mogelijkheid ook voor artsen aantrekkelijker dan het verlenen van euthanasie met de daaraan verbonden zorgvuldigheidseisen. De adviescommissie heeft hierboven al gesteld onoverkomelijke bezwaren te zien bij afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr.

Ook als artikel 294 lid 2 gehandhaafd blijft, maar tegelijkertijd wordt toegestaan dat niet-artsen – naasten, al dan niet professionele (stervens) hulpverleners – onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding zouden mogen verlenen (waar de adviescommissie zoals gezegd onoverkomelijke bezwaren ziet), heeft dit als mogelijk voordeel dat de druk die sommige artsen ervaren, kan afnemen. Tegelijkertijd speelt hier ook het eerder aangehaalde nadeel van twee routes voor hulp bij levensbeëindiging.

Het opheffen van de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding, waarbij de thans geldende zorgvuldigheidscriteria zouden kunnen worden verankerd in het medisch tuchtrecht, heeft vanuit het perspectief van de arts gezien als voordeel dat euthanasie en hulp bij zelfdoding als ‘normaal’ medisch handelen worden beschouwd, en de arts die euthanasie of hulp bij zelfdoding verleent niet een in beginsel strafbaar feit begaat. Artsen hoeven hulp bij levensbeëindiging aan mensen die hun leven ‘voltooid’ achten (of andere complexe casuïstiek) niet langer uit de weg te gaan uit onzekerheid over wat wel en niet tot strafbare hulp wordt gerekend.

De adviescommissie heeft hierboven al aangegeven geen voorstander te zijn van een wetswijziging in deze richting. In dit kader kan daar nog aan worden toegevoegd dat opheffen van de principiële strafbaarstelling de druk op artsen om aan een verzoek, ook van anderen dan de patiënt, gehoor te geven zou kunnen toenemen. De verwijdering uit het strafrecht versterkt mogelijk het gevoel dat er een recht bestaat op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ook bestaat een risico dat mogelijke alternatieven, nu onderdeel van de zorgvuldigheidseisen, niet meer voldoende aan bod komen. Het huidige normerings- en toetsingskader, dat heeft geleid tot een zorgvuldige en transparante praktijk en de kwaliteit en zorgvuldigheid van handelen bevordert, zou verloren gaan, terwijl dit toetsingskader artsen bepaald duidelijkheid biedt over wat wel en wat niet en onder welke voorwaarden is toegestaan. Dat helpt (SCEN-)artsen ook in de communicatie met patiënten en naasten.

Zoals in 7.3.2 is aangegeven, heeft de KNMG kenbaar gemaakt er geen voorstander van te zijn om de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen op te heffen. De KNMG is van mening dat het verlenen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bijzonder medisch handelen is en moet blijven. De opvatting dat euthanasie en hulp bij zelfdoding als normaal medisch handelen beschouwd zouden moeten worden, acht de KNMG problematisch omdat hiervoor geen medische indicatie bestaat en omdat dan iedere arts verplicht zou zijn om mee te werken aan de uitvoering. De adviescommissie sluit zich aan bij het standpunt van de KNMG.

In het kader van de mogelijkheid tot het beschikbaar stellen van een 'laatste wil'-pil kan vanuit het perspectief van de arts nog worden opgemerkt dat niet duidelijk is in hoeverre de beschikbaarheid van deze pil afhankelijk is van voorschrijving door een arts. Het idee dat de 'laatste wil'-pil in principe voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn, reduceert de rol van de arts tot een volstrekt instrumentele. Dat roept meteen de vraag op of de 'laatste wil'-pil wel receptplichtig moet zijn. De adviescommissie heeft hierboven al gesteld niet positief te denken over de vrije verkrijgbaarheid van een naar zijn aard dodelijk middel. In geval de arts toch bij de 'laatste wil'-pil een meer besluitvormende rol krijgt, wordt het voorschrijven van het middel feitelijk een vorm van hulp bij (uitgestelde) zelfdoding. De eigen verantwoordelijkheid van de arts kan dan niet meer gezien worden als helemaal ondergeschikt gemaakt aan de autonomie van degene die de 'laatste wil'-pil wenst. Overwegingen op basis van leeftijd, wilsbekwaamheid en integriteit gaan dan een rol spelen. Voor de meeste artsen zal een eventuele receptplichtigheid van de 'laatste wil'-pil leiden tot een praktijk van hulp bij zelfdoding vanwege een 'voltooid leven' zonder medische grondslag.

Vanuit het perspectief van de arts kan over de mogelijkheid om 'voltooid leven' zonder medische grondslag expliciet onder de reikwijdte van de WTL te brengen het volgende worden overwogen.

Er bestaat een risico dat de druk op artsen door een toenemend aantal aan hen gerichte verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging vanwege een 'voltooid leven' zal toenemen. Ook zullen veel artsen het heel lastig vinden om ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij 'voltooid leven' te beoordelen. Daarnaast ziet (zoals eerder aangegeven) een groot deel van de artsen hier geen taak voor zichzelf. De KNMG stelt zich op het standpunt dat er in het kader van levensbeëindiging door artsen mede sprake moet zijn van een medische grondslag van lijden (zie 7.5.2).

- Niet-artsen (naasten, al dan niet professionele (stervens)hulpverleners) Vanuit het perspectief van niet-artsen heeft een eventuele afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr tot gevolg dat zij hulp bij zelfdoding kunnen verlenen zonder dat zij het risico lopen op vervolging, veroordeling en strafoplegging ter zake. Zij hoeven hun handelen niet langer te laten bepalen door onzekerheid over wat wel en niet tot strafbare hulp bij zelfdoding wordt gerekend.

In dit kader wijst de adviescommissie er op dat opzettelijk aanzetten tot zelfdoding (strafbaar gesteld in artikel 294 lid 1 Sr) onverminderd strafbaar blijft. Het onderscheid tussen niet-strafbare hulp bij zelfdoding en het strafbare aanzetten tot zelfdoding zal moeilijk te maken zijn en de bewijsvoering ten aanzien van strafbaar aanzetten zeer compliceren. Dat kan tot onduidelijkheid en dientengevolge ook tot rechtsonzekerheid leiden.

De adviescommissie wijst er op dat het dragen van de verantwoordelijkheid voor de vaststelling of aan het verzoek tot hulp bij zelfdoding gehoor kan worden gegeven, en voor de veilige en zorgvuldige uitvoering van de (hulp bij) zelfdoding door een niet-arts, bij gebrek aan (medische) deskundigheid en (in geval van naasten) bij gebrek aan distantie mogelijk te groot en emotioneel-psychologisch te complex is; dit argument speelt wellicht in mindere mate bij ervaren professionele (stervens)hulpverleners. De adviescommissie staat dan ook niet positief tegenover een verruiming van de niet-strafbaarheid van hulp bij zelfdoding tot niet-artsen. De noodzaak van zo'n verruiming is in de praktijk niet gebleken en de adviescommissie vindt na afweging van de hierboven en ook eerder aangegeven argumenten geen redenen om over te gaan tot verruiming.

Vanuit het perspectief van niet-artsen kan worden betoogd dat afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr dan wel het onder bepaalde voorwaarden toestaan van hulp bij zelfdoding door niet-artsen, tot gevolg zal kunnen hebben dat gewelddadige vormen van zelfdoding kunnen worden voorkomen. De adviescommissie acht dit echter onwaarschijnlijk. De meeste zelfdodingen kunnen niet voorkomen worden en vinden plaats zonder dat er een beroep op anderen is gedaan om hulp.

De overheid

Zowel de bescherming van het leven als die van de veiligheid van personen wordt algemeen beschouwd als een recht waarvoor de overheid een zorgplicht heeft. De overheid heeft die plicht, waar het hulp bij zelfdoding betreft, gerealiseerd in artikel 294 lid 2 Sr jo artikel 293 lid 2 Sr jo WTL.

Naast de Nederlandse Grondwet is Nederland gebonden aan het EVRM, in het bijzonder aan artikel 2, het recht op leven, en artikel 8 EVRM, het recht op privé-leven.

De overheid dient ook volgens de positieve verplichtingen die uit het EVRM voortvloeien het leven te beschermen en zich dus in te spannen om te voorkomen dat mensen zichzelf, laat staan anderen, van het leven beroven. Overlijdensgevallen dienen dan ook nauwkeurig onderzocht te worden. In 3.5.2 is onder meer vastgesteld dat in geval een staat voorzieningen creëert of maatregelen treft voor burgers die een waardig levenseinde door zelfdoding wensen, de staat een positieve verplichting heeft om een procedure vast te stellen die kan garanderen dat het besluit tot het beëindigen van het eigen leven inderdaad overeenkomt met de vrije wil van het betrokken individu. De staat heeft dan tevens de verplichting om effectief officieel onderzoek uit te (laten) voeren naar de doodsoorzaak bij verdenking van niet-natuurlijke dood. Dat onderzoek moet adequaat, onafhankelijk en onpartijdig zijn. Bij de parlementaire behandeling van de WTL is door de regering steeds betoogd dat – nu de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding gehandhaafd blijft en de WTL voorziet in specifieke zorgvuldigheidscriteria – de WTL de toets van artikel 2 EVRM kan doorstaan. Afgewacht moet worden of een eventuele verruiming van de juridische mogelijkheden de toets van artikel 2 EVRM eveneens zal kunnen doorstaan.

Op grond van artikel 8 EVRM heeft een ieder weliswaar recht op een privé-leven en – sinds de uitspraak van het EHRM in de zaak *Haas* uit 2011 – ook een expliciet recht op een zelfgekozen dood, maar dit impliceert niet dat hieruit ook een positieve verplichting voor de overheid voortvloeit om in geval van een door betrokkene ervaren ‘voltooid leven’ het realiseren van die wens te faciliteren (zie 3.5).

Vanuit het perspectief van de overheid en de zorgplicht die op de overheid rust ten aanzien van de bescherming van het leven en de veiligheid van personen, zou een verruiming van mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding tot onoverkomelijke bezwaren leiden onder meer vanuit het oogpunt van veiligheid, zekerheid en het voorkomen van misbruik, in het bijzonder in het licht van de noodzaak om kwetsbare groepen te beschermen.

De samenleving

In geval de overheid straffeloosheid van hulp bij zelfdoding in geval van ‘voltooid leven’ ruimer wettelijk zou regelen, heeft dit ook gevolgen voor de samenleving als geheel. Zo zou dit (terecht of onterecht) indirect als

signaal opgevat kunnen worden dat op collectief niveau de morele vraag van ‘voltooid leven’ en de morele norm van respect voor het leven een gepasseerd station is. Een ongewenst effect kan zijn dat de toch al negatieve beeldvorming over ouderen verder wordt versterkt. Daarnaast zal een wettelijke mogelijkheid ook een daadwerkelijke optie worden. Dat betekent dat burgers zelf bewust of onbewust een afweging zullen gaan maken over de wenselijkheid van deze optie en dat zij bewust of onbewust door hun omgeving ‘gestimuleerd’ kunnen worden om zo’n afweging te maken. Het gevaar van en de angst voor misbruik speelt hier een belangrijke rol. Het gevolg kan zijn dat burgers (en meer in het bijzonder ouderen) zich niet meer voldoende veilig voelen. Voor de samenleving is het van belang dat er helderheid is over wat mag, wie onder welke voorwaarden wat mag en wie dat beoordeelt. De RTE’s leveren daartoe een belangrijke bijdrage. Uit het huidige meldings- en toetsingskader blijkt dat het overgrote deel van de meldingen als zorgvuldig wordt beoordeeld. Duidelijke criteria en richtlijnen over de toepassing ervan zijn ook van belang ten aanzien van de zorg die er in de samenleving is om de veiligheid; van het huidige toetsingskader gaat een generaal-preventieve werking uit.

8.3 SLOTBESCHOUWING

De Nederlandse praktijk van levensbeëindiging op verzoek en de op deze praktijk van toepassing zijnde wetgeving is zeer zorgvuldig tot stand gekomen. In dit proces – en ook later in de WTL – zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding op dezelfde voet behandeld en volgens dezelfde zorgvuldigheidscriteria genormeerd. Indien er in plaats van de wettelijke regeling van artikel 293 lid 2 jo 294 lid 2 Sr jo artikel 2 WTL een andere route wordt opengesteld voor hulp bij zelfdoding dan voor euthanasie geldt (door afschaffing van artikel 294 lid 2 Sr dan wel door – op enigerlei wijze – toe te staan dat ook niet-artsen hulp bij zelfdoding mogen verlenen), zal de WTL snel aan betekenis inboeten en zal de bestaande zorgvuldige normerings- en toetsingspraktijk voor euthanasie ook kunnen worden ondermijnd. In feite wordt dan het principe van zelfbeschikking tot uitgangspunt gemaakt en kunnen de in de WTL neergelegde zorgvuldigheidseisen en de uitvoerende verantwoordelijkheid van de arts ontweken worden. In de praktijk zal hulp bij zelfdoding de overhand krijgen als alternatief voor euthanasie.

Omdat het hier in de meest letterlijke zin gaat om een vraagstuk van leven en dood, is het naar het oordeel van de adviescommissie onwenselijk op dit gebied een zo grote mate van vrijheid te laten ontstaan. Het risico van een bedreiging van (het gevoel van) veiligheid van personen is hier te groot.

De WTL is dusdanig opgesteld dat deze in de interpretatie kan meebewegen met veranderende inzichten in de samenleving en binnen de beroepsgroep. Het begrip 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' zal conform de bedoeling van de wetgever steeds en bij ieder verzoek opnieuw geïnterpreteerd moeten worden in het licht van wat binnen de medische beroepsgroep op dat moment als gebruikelijk en/of verantwoord wordt beschouwd. De RTE's toetsen de zorgvuldigheid van de besluitvorming, rekening houdend met wat medisch gezien gebruikelijk, juridisch passend en maatschappelijk aanvaardbaar is. Na bijna 14 jaar ervaring met de WTL kan gesteld worden dat de praktijk van levensbeëindiging op verzoek de bedoelingen van de wetgever adequaat reflecteert. Euthanasie en hulp bij zelfdoding blijven onderwerp van debat en daarin komt de zorg en de bezorgdheid van de samenleving over een goede balans tussen zorgvuldigheid en veiligheid enerzijds en zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid anderzijds tot uitdrukking. Het belang van zorgvuldigheid in de besluitvorming en deskundigheid in de uitvoering, voorbereiding en begeleiding van de levensbeëindiging maakt het naar het oordeel van de adviescommissie wenselijk vast te houden aan de gekwalificeerde positie van de arts ten aanzien van de niet-strafbaarheid van levensbeëindiging. Het open karakter van de WTL maakt het wel van belang om veel aandacht te blijven besteden aan de voorlichting aan artsen, patiënten en hun naasten. De normen zijn wel open, maar niet 'leeg' of onbegrensd, en dat vraagt om een regelmatige evaluatie van de bestaande *Code of Practice* en actuele informatie over wat in dit verband goed handelen is.

In 2.2 heeft de adviescommissie vastgesteld dat onder het begrip 'voltooid leven' de volgende situaties kunnen vallen: 1 situaties die al onder de huidige reikwijdte van de WTL vallen, namelijk waarbij er sprake is van lijden met een in overwegende mate medische grondslag; 2 situaties die als 'grensgevallen' worden beschouwd, omdat minder duidelijk is of het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft; 3 situaties waarbij geen sprake is van lijden met een medische grondslag; 4 situaties waarbij geen sprake is van lijden.

Naar het oordeel van de adviescommissie biedt de regeling van artikel 293 lid 2, jo artikel 294 lid 2 Sr, jo artikel 2 WTL in de huidige vorm voldoende ruimte voor het merendeel van de mensen wier lijden in relatie

staat tot de beleving van het eigen leven als ‘voltooid’ en die gerekend kunnen worden tot de onder 2 beschreven situatie van ‘voltooid leven’. Die ruimte is er niet voor de situaties van ‘voltooid leven’ zoals beschreven onder 3 en 4. De adviescommissie heeft echter niet de indruk gekregen dat de vraag om hulp bij zelfdoding in deze situaties regelmatig aan de orde is.

De adviescommissie adviseert dan ook, in het licht van bovenstaande, om het huidige juridische kader in stand te houden.

Bijlage I – Instellingsregeling Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten



STAATSCOURANT

Nr. 25436
11 september
2014

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814

Regeling van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Veiligheid en Justitie en voor Wonen en Rijksdienst van 15 juli 2014, nr. 476661-122361-PG, houdende instelling van de Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan personen die hun leven voltooid achten (Instellingsregeling Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister voor Wonen en Rijksdienst,

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op het artikel 6, eerste lid, van de Kaderwet adviescolleges;

Besluiten:

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. ministers: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Veiligheid en Justitie;

b. commissie: commissie, bedoeld in artikel 2.

Artikel 2

1. Er is een Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.
2. De commissie heeft tot taak om advies aan de ministers uit te brengen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De commissie dient de volgende onderwerpen in haar rapport te behandelen:
 - a. Beschrijving van de huidige maatschappelijke context en indicatie van de maatschappelijke impact van mogelijke conclusies die uit het onderzoek voortvloeien;
 - b. Onderzoek naar de juridische mogelijkheden en beperkingen van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten;
 - c. Indicatie van de voor- en nadelen van deze juridische mogelijkheden;
 - d. Onderzoek naar mogelijkheden om te voorkomen dat mensen hun leven voltooid achten.
3. De commissie wordt gevraagd om zo snel mogelijk, doch uiterlijk 1 juli 2015 over haar werkzaamheden te rapporteren aan de ministers.

Artikel 3

1. De kosten van de commissie komen, voor zover goedgekeurd, voor rekening van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onder kosten worden in ieder geval verstaan:
 - a. de kosten voor de faciliteiten van vergaderingen en voor secretariale ondersteuning;
 - b. de kosten voor het inschakelen van externe deskundigheid en het laten verrichten van onderzoek; en
 - c. de kosten voor publicatie van rapportages.
2. De commissie biedt zo spoedig mogelijk na haar instelling een begroting en een planning aan de ministers aan.
3. De commissie regelt zijn werkwijze en die van het secretariaat.



-
4. Het beheer van de bescheiden betreffende de werkzaamheden van de commissie geschiedt op overeenkomstige wijze als bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het bescheiden worden na het beëindigen van de werkzaamheden overgedragen aan het archief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Artikel 4

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.
2. Deze regeling vervalt met ingang van 1 september 2015 of zodra het advies is uitgebracht.

Artikel 5

Deze regeling wordt aangehaald als: *Instellingsregeling Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*.

Deze regeling zal in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Schippers

De Minister van Veiligheid en Justitie,
J.W. Opstelten

De Minister voor Wonen en Rijksdienst,
S.A. Blok



TOELICHTING

Met deze regeling wordt de Commissie van wijzen ingesteld inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.

Zoals toegeeft aan de Tweede Kamer per brief van 3 juni 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 32 674, nr. 26) is de aanleiding voor het instellen van deze commissie het verzoek van de VVD-fractie om een onderzoek uit te voeren naar de juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De commissie heeft tot taak om advies aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie uit te brengen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Kern van het onderzoek zal zijn hoe invulling kan worden gegeven aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingrecht in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven voltooid achten. Tegelijkertijd is van wezenlijk belang dat misbruik wordt voorkomen en mensen zich veilig voelen. De commissie heeft tot taak de regering te adviseren over een aantal aspecten dat betrekking heeft op de vragen rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Het gevraagde resultaat betreft een rapport op basis waarvan de regering zich een standpunt kan vormen en overleg met de Tweede Kamer kan plaatsvinden.

De samenstelling van de commissie en de vergoeding voor de leden zullen bij ministeriële regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Veiligheid en Justitie worden vastgelegd. De Commissie is een eenmalige adviescommissie in de zin van artikel 6, eerste lid, van de Kadereet adviescolleges en is ingesteld voor de duur van de advisering en wordt opgeheven nadat zij haar advies heeft uitgebracht.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Schippers*

*De Minister van Veiligheid en Justitie,
J.W. Opstelten*

*De Minister voor Wonen en Rijksdienst,
S.A. Blok*

Bijlage II – Brief van de Ministers van VWS en v&J aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 3 juni 2014

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2013–2014

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 26

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juni 2014

Zoals toegezegd tijdens de begrotingsbehandeling van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 30 oktober 2013 (Handelingen II 2013/14, nr. 17, item 7), informeren wij u hierbij over de commissie van wijzen die zich zal buigen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Wij zullen in deze brief uiteenzetten wat de aanleiding is voor het instellen van de commissie, wat de opdracht voor de commissie wordt en hoe de opzet en samenstelling er uit zal zien.

Aanleiding voor het instellen van deze commissie is het verzoek van de VVD-fractie om een onderzoek uit te voeren naar de juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De commissie zal uitvoering geven aan het reeds genoemde onderzoek naar de juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten en ook de maatschappelijke dilemma's in kaart brengen. Kern van het onderzoek zal zijn hoe invulling kan worden gegeven aan de wens van een toenemende groep Nederlanders om meer zelfbeschikkingsrecht in de vorm van te ontvangen hulp wanneer zij hun leven voltooid achten. Tegelijkertijd is van wezenlijk belang dat misbruik wordt voorkomen en mensen zich veilig voelen.

De uitkomsten van dit onderzoek staan niet op voorhand vast. Het kan zo zijn dat dit leidt tot eventuele voorstellen voor nieuwe regelgeving, maar er kan ook sprake zijn van het herbevestigen van bestaande wettelijke grenzen. Een zorgvuldige aanpak is daarbij uitgangspunt. Daarnaast vragen wij de commissie hoe kan worden voorkomen dat mensen hun leven voltooid achten, conform de toezegging dienaangaande tijdens de begrotingsbehandeling en het Algemeen Overleg op 19 december 2013 (Kamerstuk 32 647, nr. 21).

Het is belangrijk om van tevoren vast te stellen over welke onderwerpen de commissie zich wel en niet zal buigen. Goede afbakening van het

onderwerp is noodzakelijk omdat op dit moment veel gerelateerde discussies spelen. De commissie richt zich niet op gerelateerde onderwerpen rond het levenseinde, zoals euthanasie bij psychiatrisch patiënten en bij dementie.

De focus is hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Het vertrekpunt van de commissie is de bestaande wet- en regelgeving; artikel 294 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht aan de ene kant en aan de andere kant het kader van de Euthanasiewet. Daarnaast ontvangen wij in de zomer een kennissynthese van ZonMw, die wij naar de commissie zullen doorgeleiden. De commissie bepaalt vervolgens de relevantie hiervan voor haar opdracht.

De commissie zal tot taak krijgen de regering, in het licht van bovenstaande, te adviseren over een aantal aspecten dat betrekking heeft op de vragen rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Het gevraagde resultaat betreft een rapport op basis waarvan de regering zich een standpunt kan vormen en overleg met uw Kamer kan plaatsvinden. Het rapport beslaat in ieder geval de volgende onderwerpen:

- Beschrijving van de huidige maatschappelijke context en indicatie van de maatschappelijke impact van mogelijke conclusies die uit het onderzoek voortvloeien;
- Onderzoek naar de juridische mogelijkheden en beperkingen;
- Indicatie van de voor- en nadelen van de juridische mogelijkheden;
- Onderzoek naar welke mogelijkheden er zijn om te voorkomen dat mensen hun leven voltooid achten.

Bij de analyse zullen ook de dilemma's worden betrokken die in het standpunt van het kabinet op de evaluatie van de Euthanasiewet zijn benoemd, zoals de mogelijke gevolgen van een systeem van hulp bij zelfdoding door een ander dan een arts (Kamerstuk 31 036, nr. 7).

Gegeven de aard van het vraagstuk is er voor gekozen om een brede, multidisciplinaire commissie te benoemen van mannen en vrouwen met de nodige statuur. De volgende personen zullen worden benoemd:

- Prof. dr. P. Schnabel (voorzitter), universiteitshoogleraar, Universiteit Utrecht;
- Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, em. hoogleraar huisartsengeneeskunde, Universiteit Groningen;
- Prof. dr. W.J. Schudel, em. hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam;
- Prof. dr. C.P.M. Cleiren, hoogleraar straf- en strafprocesrecht, Universiteit Leiden;
- Prof. mr. P.A.M. Mevis, hoogleraar straf- en strafprocesrecht, Erasmus Universiteit Rotterdam;
- Prof. dr. M.J. Verkerk, hoogleraar reformatorische wijsbegeerte, Technische Universiteit Eindhoven;
- Prof. dr. A. van der Heide, hoogleraar Besluitvorming en zorg rond het levenseinde, Erasmus Universiteit Rotterdam;
- Mw. G. Hesselmann, RN, MSc, consultant palliatieve zorg Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Beoogde start heeft plaats in juni 2014. Zodra de commissie van start is gegaan, zal deze zelf een planning moeten maken op grond van de opdrachtverlening. Wij hechten aan een voortvarende aanpak in combinatie met de benodigde zorgvuldigheid die dit vraagstuk verlangt. Wij verwachten in het voorjaar van 2015 de resultaten van de commissie te kunnen ontvangen.

Uiteraard zullen wij uw Kamer na ontvangst van het rapport over de resultaten informeren. Nadat de regering hierover een standpunt heeft bepaald, gaan wij graag met uw Kamer in gesprek over de uitkomsten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I.W. Opstelten

Bijlage III – Relevante wetgeving

WETBOEK VAN STRAFRECHT

Huidige versie Wet van 12 april 2001, Stb. 194, i.w.tr. 01-04-2002/kamerstukken 26691

Artikel 293

1 Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

2 Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

Artikel 294

1 Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.

2 Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

WET TOETSING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

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;
- g regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

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,

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 LEVENSBEEÏNDIGING 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.

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 regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:

- 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 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.