

Voorstel van wet van het lid Pia Dijkstra houdende toetsing van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en enkele andere wetten (Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek)

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

- 2.1 *Van de Middeleeuwen tot de moderne tijd*
- 2.2 *'De pil van Drion'*
- 2.3 *De euthanasiewet*
- 2.4 *De zaak-Brongersma*
- 2.5 *Standpunt artsenfederatie KNMG*
- 2.6 *De zaak-Heringa*
- 2.7 *Het burgerinitiatief 'voltooid leven'*
- 2.8 *De "Coöperatie Laatste Wil"*
- 2.9 *Advies Commissie van wijzen en kabinetsreactie*
- 2.10 *PERSPECTIEF-onderzoek*
- 2.11 *Internationaal perspectief*

3. Overwegingen en uitgangspunten

- 3.1 *Bescherming van het leven, kwaliteit van leven en een waardig levenseinde*
- 3.2 *Solidariteit, barmhartigheid en tolerantie*
- 3.3 *Autonomie en zelfbeschikking*

4. Inhoud van het wetsvoorstel

- 4.1 *'Voltooid leven'*
- 4.2 *Leeftijdsgrens*
- 4.3 *Levenseindebegeleiding*
- 4.4 *Procedure*

5. Constitutionele aspecten

6. Uitvoering en financiële aspecten

7. Consultatie

II. ARTIKELSGEWIJS

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

Er zijn mensen op hoge leeftijd die op enig moment hun leven als ‘voltooid’ beschouwen en gaan lijden aan een voor hen te lang geworden leven. Zij ervaren dat ze ‘klaar zijn met leven’, en hebben niet de wil om nog door te leven. Alles wat gedaan moest worden, is gedaan. Alles van waarde ligt achter hen. Dikwijls is sprake van een complex samenspel van factoren die met de ouderdom gepaard kunnen gaan: het gevoel de persoonlijke waardigheid te verliezen, een verslechtering van de gezondheid, de toenemende afhankelijkheid van anderen, de zich herhalende beleving van leegte en neergang in het bestaan, het ontbreken van een toekomstperspectief en de angst voor wat nog komt. Ook kunnen mensen geconfronteerd worden met een soms alomvattende eenzaamheid, veroorzaakt door het definitief wegvallen van dierbaren of hun sociale netwerk. Deze factoren kunnen tot gevolg hebben dat elke nieuwe dag wordt ervaren als een kwelling of een ondraaglijke opgave. De fysieke, sociale of emotionele ontluistering die wordt gevoeld, kan dermate groot zijn dat mensen een ‘voltooid leven’ ervaren en daardoor een stervenswens ontwikkelen.¹

Een eenduidige omschrijving van voltooid leven is moeilijk te geven, omdat het vooral om een uiterst persoonlijke ervaring gaat, die voor iedereen anders zal zijn. Els van Wijngaarden, die in 2016 promoveerde op ‘de ervaringswereld van het voltooid leven’ omschreef in haar boek het fenomeen voltooid leven als “een kluwen van onvermogen en onwil nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld, anderen en jezelf) levert permanente innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen.”²

De groep ouderen die hun leven op een bepaald moment mogelijk voltooid kunnen achten, neemt toe dankzij toegenomen welvaart en een verbeterde gezondheidszorg. Deze ouderen zijn tijdens hun leven veelal gewend geweest om eigen keuzes te maken en om hun leven naar eigen wens en inzicht in te richten. Bij een deel van deze mensen bestaat de wens om niet alleen op het eigen leven, maar ook op het eigen sterven invloed uit te oefenen. Zij zien in de mogelijkheid om hun leven in eigen regie, en op een zelfgekozen moment, te beëindigen als het ware een voorzetting van hoe zij hun leven tot dusver hebben geleefd: onafhankelijk en door eigen keuzes te maken.

Het onderhavige wetsvoorstel beantwoordt de vraag op welke manier aan deze groeiende wens onder ouderen tot meer autonomie tegemoet kan worden gekomen, als zij hun leven als voltooid beschouwen. Zij wensen dan hun leven op waardige wijze en op een zelfgekozen moment te kunnen beëindigen. Door een uitzondering te maken op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding door een levenseindebegeleider bewerkstelligt dit wetsvoorstel voor de hierboven beschreven groep mensen de mogelijkheid om op een zelfgekozen moment het leven waardig te kunnen beëindigen. Deze ouderen krijgen zo de regie over een zelfgekozen levenseinde.

Het wetsvoorstel vormt een aanvulling op de huidige uitzondering op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, waarbij een arts, mits aan de zorgvuldigheidseisen zoals geformuleerd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna te noemen:

¹ Deze omschrijving is gebaseerd op de memorie van toelichting van E. Sutorius, J. Peters en S. Daniels behorende bij de Proeve van Wet die is voortgekomen uit het burgerinitiatief ‘Voltooid leven’.

² Van Wijngaarden, E. (2016) *Voltooid leven; over leven en willen sterven*, proefschrift Universiteit voor Humanistiek, p.12.

euthanasiewet) is voldaan, hulp bij zelfdoding mag bieden aan een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt met een overwegend medische grondslag.³ Want ondanks dat de euthanasiewet zelf niet specificceert welke oorzaak er ten grondslag moet liggen aan het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, is tijdens de parlementaire behandeling van deze wet wel aan de orde gekomen dat ‘klaar zijn met leven’ hier niet onder valt. Voor mensen die lijden aan het leven zonder medische grondslag biedt de huidige euthanasiewet dus geen ruimte. Dit blijkt ook uit het rapport “Voltooid leven” van de Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten (hierna: Commissie van wijzen), dat op 4 februari 2016 is aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.⁴ Mensen die hun leven als voltooid beschouwen en het om die reden willen beëindigen, kunnen hierdoor dus geen beroep doen op de euthanasiewet.

Dat neemt niet weg dat ook iemand die niet in medisch opzicht lijdt, dusdanig kan lijden aan het leven, dat diegene een duurzame stervenswens ontwikkelt. Om die reden wil de initiatiefneemster een nieuwe wet initiëren, waarbij een medische grondslag niet noodzakelijk is om een uitdrukkelijk verzoek tot stervenshulp op zorgvuldige wijze te kunnen inwilligen. Daarbij is er een essentieel verschil tussen het onderhavige wetsvoorstel en de euthanasiewet. De euthanasiewet heeft zowel betrekking op actieve levensbeëindiging door een arts en op hulp bij zelfdoding. Het onderhavige wetsvoorstel is beperkt tot hulp bij zelfdoding. Het beoogt aan mensen die hun leven voltooid achten, en die ervoor kiezen om op een voor hen waardige manier te sterven, zorgvuldige en professionele hulp te bieden.

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

2.1. Van de Middeleeuwen tot de moderne tijd

Zoals veel bepalingen in ons Wetboek van Strafrecht hebben ook die met betrekking tot zelfdoding hun oorsprong in de christelijke godsdienst. Al sinds het begin van haar bestaan beschouwde de Kerk zelfmoord en euthanasie als een zware zonde. Daaraan lag het idee ten grondslag dat een zelfmoordenaar zich schuldig maakte aan ‘desperatio’, de zonde die blijkt geeft van twijfel aan de goddelijke barmhartigheid. Deze moraal sijpelde ook door in het strafrecht. In de achttiende eeuw werd zelfmoord steeds meer als een ziekte gezien. Deze gedachte werd in de negentiende eeuw verder uitgewerkt. Men raakte ervan overtuigd dat zelfmoord enkel psychische oorzaken had. Later brak het inzicht door dat zelfmoord ook sociale oorzaken kon hebben (bv. familie- en financiële problemen en erkwesities). De Kerk bleef zich wel verzetten tegen zelfmoord.⁵

Toen in 1886 de artikelen 293 en 294 in het Wetboek van Strafrecht werden opgenomen – waarmee zowel het beëindigen van iemands leven op diens verzoek als hulp bij zelfdoding werd verboden – was de heersende opvatting dat het leven van intrinsieke, bovenpersoonlijke waarde was. Voor de toenmalige regering had het leven waarde op zich, ongeacht wat het leven voor iemand zelf betekende. De regering sprak van “den eerbied voor het menselijk leven, ook tegenover hem, die voor zichzelf daaraan te kort wil doen”. En zag het daardoor als haar plicht om ook het leven van burgers te beschermen die daar zelf geen waarde meer aan

³ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772 r.o. 8.2.

⁴ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 51.

⁵ Ontleend aan de website Historiek <https://historiek.net/zelfmoord-in-de-middeleeuwen-een-grote-schande/18034/>.

hechten. Om praktische redenen werd zelfdoding zelf niet strafbaar gesteld, omdat strafvervolgning na de dood niet mogelijk is, maar dat nam niet weg dat het destijds als een “onzedelijke” daad werd beschouwd, tegenover God, de samenleving, het leven in het algemeen, en zelfs tegen de eigen persoon, ongeacht de wensen van de persoon in kwestie.⁶ Het als een zelfstandig strafbaar feit in het Wetboek van Strafrecht opnemen van hulp bij zelfdoding was ook een reactie op de zaak-Dette-meijer uit 1859. Daarin ging het om een man die samen met zijn aanstaande vrouw zelfmoord wilde plegen, maar daarbij – anders dan zijn vrouw – de poging overleefde. Hij werd in hoger beroep vrijgesproken, omdat “noch de zelfmoord, noch de medepligtigheid aan zelfmoord bij de Nederlandse wetgeving strafbaar is gesteld”.⁷

In de eerste helft van de twintigste eeuw deden zich een aantal rechtszaken voor, waarin personen een naaste op diens uitdrukkelijke verzoek uit zijn of haar lijden hadden verlost, zonder dat sprake was van bespoediging van een op handen zijnde dood. Daarna kwamen er meer zaken, waarin het meestal artsen waren die een (hoog)bejaard familielid of bevriend persoon behulpzaam waren geweest. Daarin werd aanvankelijk een beroep op overmacht ontoereikend geacht, maar vanaf de jaren zeventig werden stukje bij beetje zorgvuldigheidseisen ontwikkeld.⁸ Dat begon met de zaak-Postma, die in 1973 diende voor de rechtbank Leeuwarden.⁹ In de zaak-Schoonheim sprak de Hoge Raad in 1984 uit dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden geoorloofd is met een beroep op noodtoestand.¹⁰ In beide zaken ging het overigens om actieve euthanasie door een arts; in de zaak-Postma was dat tevens de dochter van de patiënte. Wel een geval van hulp bij zelfdoding was de zaak-Chabot, waarin een vrouw haar leven beëindigd had met behulp van medicijnen, die haar verschaft waren door een psychiater.¹¹

2.2 De ‘pil van Drion’

Emeritus-hoogleraar Huib Drion pleitte ruim 28 jaar geleden voor de vrije verstrekking van zelfdodingsmiddelen aan ouderen in zijn essay ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’, dat werd gepubliceerd in NRC Handelsblad van 19 oktober 1991. “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 een aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hun dat - gezien wat hen daarvan nog te wachten staat - passend voorkomt”, schreef hij in de openingsalinea. Hij pleitte voor het beschikbaar stellen van een middel waarmee oude mensen op een humane wijze en op een moment dat hen passend voorkomt, een einde aan hun leven zouden kunnen maken. Dat middel wordt sindsdien in het spraakgebruik aangeduid als ‘de pil van Drion’. Mr. Drion betoogde dat het voor veel oude mensen een grote zorg is dat er een moment zal komen waarop zij ook in de meest elementaire dingen van het leven door lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Die bedreiging wegnemen zag hij als een essentiële verplichting voor de samenleving, waarin het aantal oudere mensen toeneemt. Het enkel voorzien in de verzorging en verpleging van oude mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, zag hij niet als afdoende. Het aanbod van zorg was immers geen oplossing voor “degenen die gespaard wensen te blijven voor een

⁶ Voor een uitgebreidere beschrijving van de achtergronden en overwegingen destijds, zie: Vink, T. ‘Juridisch moralisme: art. 294 Sr of de overheid als zedenmeester.’, in: *Filosofie & Praktijk*, jaargang 30 - 6, p.24-38.

⁷ *Weekblad van het Regt* 1859, nr. 2067.

⁸ Ontleend aan C. Kelk in: Heleen Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (Amsterdam, 2004).

⁹ Rechtbank Leeuwarden 21 februari 1973, ECLI:NL:RBL:1973:AB5464.

¹⁰ HR 27 november 1984, ECLI:NL:HR:1984:AC8615.

¹¹ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122.

leven dat nog slechts met zulke zorg van anderen gecontinueerd kan worden.” Ook in de angst te zullen lijden als gevolg van afhankelijkheid van zorg, zag Drion dus een reden om (via een arts) een middel te kunnen verkrijgen waarmee oude mensen een einde aan hun leven kunnen maken, op een manier die voor henzelf en hun omgeving aanvaardbaar is.

2.3 De euthanasiewet

De problematiek van het lijden aan een voltooid leven kwam ook aan de orde tijdens de parlementaire behandeling van de euthanasiewet. De verantwoordelijke ministers van Justitie, de heer A. H. Korthals, en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers, omschreven de problematiek ‘klaar zijn met leven’ in de nota naar aanleiding van het verslag als volgt: “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. Op dit punt is inderdaad, zoals deze leden suggereerden, een vergelijking mogelijk met het voorstel zoals destijds door mr. Drion gedaan. Zijn voorstel strekte ertoe om mensen in de hierboven beschreven situatie de mogelijkheid te bieden tot het verkrijgen van een euthanaticum of een recept daartoe teneinde op een zelfgekozen moment hun leven te beëindigen.”¹² Hier werd door de bewindspersonen aan toegevoegd dat het wetsvoorstel deze situatie niet beoogde te regelen.

Tijdens het wetgevingsoverleg dat in oktober 2000 plaatsvond zei minister Korthals: “Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met het leven. (...) Wij gaan niet zo ver dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de gereguleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te doen beëindigen.”¹³

Kort na dit wetgevingsoverleg stuurde minister Korthals een brief naar de Kamer naar aanleiding van het hoger beroep dat was ingesteld in de zaak-Brongersma, bij welke zaak in de volgende paragraaf wordt stilgestaan. In die zaak was, aldus Korthals, met name de vraag aan de orde of er sprake was van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Hij schreef erover: “Naar het zich laat aanzien betrof het iemand op hoge leeftijd, die niet zozeer in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, maar die ondraaglijk leed omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven. Zodanig lijden wordt tot dusver niet begrepen onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals dat in de huidige meldingsprocedure en ook in het aanhangige wetsvoorstel is vastgelegd.”¹⁴

Beide ministers vroegen echter wel aandacht voor deze problematiek. Minister Korthals zocht de oplossing in hulp en aandacht: “Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht besteed wordt aan dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp schuil kan gaan. Dat is dus de eerste benadering die wij kiezen.”¹⁵ Minister Borst meende dat niet voor deze problematiek moest worden weggelopen, maar dat de discussie hierover in de samenleving

¹² Kamerstukken II 1999/00, 26691 nr. 6, p 30.

¹³ Kamerstukken II 2001/02, 26691, nr. 22, p. 59.

¹⁴ Kamerstukken II 2001/02, 26691, nr. 26.

¹⁵ Kamerstukken II 2001/02, 26691, nr. 22, p. 59-60.

nog onvoldoende was gevoerd: “Je kunt je afvragen of iemand die lichamelijk gezond is en die voor zover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden, werkelijk wel gezond is. Echter, dit is niet gemakkelijk te bepalen. Je hebt namelijk heel hoog bejaarde mensen die een dergelijk probleem hebben. Persoonlijk heb ik er twee gekend die ver in de negentig waren en die iedere dag een lijdensweg vonden. Zij vonden helemaal niets meer aan het leven. Zij zeiden: ‘iedereen waarmee ik ooit leuk kon praten is dood en ik zit hier maar. Het enige wat ik doe is iedere avond hopen dat ik de volgende dag niet meer wakker word’. Ik vind dat zo iemand niet echt ziek is, maar een reëel punt heeft. Daarvoor wil ik niet zomaar weglopen en zeggen: nooit helpen. Het is echter nog een niet uitgediscussieerd element in onze samenleving.”¹⁶

Tijdens de behandeling van de euthanasiewet werd ook diverse malen gevraagd of mensen die klaar zijn met leven voor hulp in aanmerking zouden mogen komen, waarop een eenduidig antwoord kwam van minister Korthals: “Verschillende sprekers (...) hebben naar aanleiding van de Brongersma-zaak gevraagd om een bevestiging van ons standpunt over de vraag of mensen die, zoals dat wordt genoemd, “levensmoe” zijn of “klaar met het leven”, op grond van dit wetsvoorstel voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking komen. Het antwoord daarop luidt - ik herhaal het nogmaals - ondubbelzinnig ontkennend. Met instemming heb ik geconstateerd dat deze opvatting ook breed wordt gedragen.”¹⁷

2.4 De zaak-Brongersma

Oud-senator E. Brongersma leed aan het leven; zijn vrienden en familie waren overleden, hij ervoer naar eigen zeggen dag na dag de zinloosheid van zijn lege bestaan, en het enige dat hem restte was de dood. Zijn behandelend arts was hem behulpzaam bij de zelfdoding. De rechterlijke colleges konden weliswaar aannemen dat de 86-jarige Brongersma leed aan het leven, maar de vraag die voorlag was of er ook er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en daarmee of de arts mocht helpen en zich op de noodtoestand kon beroepen, ook al was er geen sprake van een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening. Een van de opgeroepen deskundigen voor de rechtbank, hoogleraar medische ethiek I. De Beaufort, gaf aan dat ondraaglijk lijden ook kan bestaan in ‘het ontbreken van elk perspectief op verbetering’. Daarbij speelt het (autonome) karakter van de persoon in kwestie een belangrijke rol. De rechtbank nam deze visie over, en oordeelde dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarmee het beroep op de noodtoestand gegrond verklaard kon worden.¹⁸

In hoger beroep toetste het hof deze visie aan de hand van twee nieuwe getuigen, hoogleraar gezondheidsrecht J. Legemaate en hoogleraar integratie geneeskundige zorg voor chronisch zieken C. Spreeuwenberg. Hun werd gevraagd naar de mogelijkheden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in gevallen waarbij het ondraaglijk lijden geen medische oorzaak kent. Zij verklaarden dat zaken als leegte en gebrek aan perspectief zeker wel een rol mogen spelen bij de beoordeling van het lijden, maar dat, op basis van de huidige opvattingen (die wellicht zullen veranderen in de toekomst, zo voegde Legemaate toe) een arts niet gelegitimeerd is over te gaan tot euthanasie als dit lijden ‘kennelijk niet een overwegend somatisch en/of psychiatrisch classificeerbare oorzaak heeft.’ Spreeuwenberg gaf aan dat dit te maken had met de noodzaak voor artsen om te handelen binnen het medisch-professionele domein.

¹⁶ Kamerstukken II 2001/02, 26691, nr. 22, p. 76.

¹⁷ Handelingen II 2001/02, nr. 27, p. 2253.

¹⁸ Rechtbank Haarlem 30 oktober 2000, ECLI:NL:RBHAA:2000:AA7926.

Het hof concludeerde op basis van deze verklaringen dat de huisarts een rol heeft het lijden te verlichten, ook wanneer er sprake is van existentieel lijden in de zin van ontbrekend levensperspectief, maar dat hij zich daarmee wel op een terrein begeeft dat buiten zijn (medisch) professionele competentie ligt. De rol van de huisarts moest daarom beperkt blijven tot ondersteuning bij het functioneren en/of het inschakelen van anderen die behulpzaam konden zijn bij het zoeken naar een zingevende invulling van het dagelijks bestaan. Het hof concludeerde: “In ieder geval kan niet als juist worden aanvaard de opvatting dat een huisarts zich zelfstandig - als medicus - een oordeel mag vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening, en wel omdat hierover geen wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht bestaat.” Wel meende het hof dat de betreffende huisarts gewetensvol en consciëntieus handelde en zich steeds volledig toetsbaar had opgesteld. Het hof oordeelde dat het optreden van de arts strafbaar was, maar legde geen straf of maatregel op.¹⁹

Deze uitspraak werd in cassatie bevestigd. De Hoge Raad verwees in zijn arrest²⁰ naar de parlementaire geschiedenis van de euthanasiewet,²¹ die deels ook in de vorige paragraaf uiteen is gezet, en oordeelde dat de huisarts die de hulp bij de gevraagde zelfdoding had geboden buiten de competentie van zijn professie handelde, omdat zulke hulp alleen toelaatbaar was indien dit lijden van de patiënt zijn oorzaak vond in een ‘medisch classificeerbare’ somatische of psychische ziekte of aandoening.²² Het standpunt dat de Raad hiermee innam sloot nauw aan bij de parlementaire discussie tijdens de totstandkoming van de euthanasiewet, waar de vraag of ook het existentiële lijden aan het leven onder de reikwijdte van de nieuwe wet behoorde te vallen, overwegend ontkennend was beantwoord.

2.5 Standpunt artsenfederatie KNMG

Naar aanleiding van de uitspraak van de Rechtbank Haarlem in de zaak-Brongersma is door het Federatiebestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2001 een commissie ingesteld om te adviseren over de rol van artsen bij levensbeëindiging van patiënten die ‘klaar met leven’ zijn. Deze commissie had een multidisciplinaire samenstelling en stond onder leiding van prof. J. H. Dijkhuis, emeritus hoogleraar klinische psychologie en psychotherapie. Na de aanstelling van de commissie volgden de uitspraken van het hof en de Hoge Raad, waarmee een antwoord op de vraag wat de rol van arts mocht zijn in feite al werd gegeven, omdat hulp bij zelfdoding volgens de jurisprudentie alleen mag worden geboden indien het verzoek een medisch te classificeren oorzaak heeft.

De commissie onderscheidt verschillende benaderingswijzen ten aanzien van de vraag hoe een arts om kan omgaan met het verzoek van een patiënt tot levensbeëindiging wegens ‘lijden aan het leven’. Zo kan de arts een strakke begrenzing van het medisch-professioneel domein aanhouden en het verzoek afwijzen omdat er geen sprake is van een classificeerbare ziekte. Een visie die door die de Hoge Raad in de zaak-Brongersma werd geuit, en ook door de regering, die eveneens meende dat ‘lijden aan het leven’ niet binnen de grenzen van de wet paste.

¹⁹ Gerechtshof Amsterdam 6 december 2001, ECLI:NL:GHAMS:2001:AD6753.

²⁰ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772.

²¹ Ibidem, rechtsoverweging 4.4.

²² Ibidem, rechtsoverweging 4.5.

Maar de commissie, die in 2004 haar rapport uitbrengt, komt tot een andere conclusie dan op basis van de jurisprudentie te verwachten viel. Zij is van mening dat de lijdensdruk en wanhoop van mensen die hun leven voltooid vinden, in de door de regering gegeven - hiervoor in paragraaf 2.2 vermelde - definitie onvoldoende tot uiting komt. De commissie kiest voor een bewust ruim omschreven begripsbepaling van deze problematiek: “Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, zonder dat de hoofdoorzaak kan worden gevonden in een somatische of psychische aandoening.”²³ De commissie geeft daarmee de voorkeur aan een ruimer, maar niet onbegrensd, medisch-professioneel domein voor de arts. Volgens de commissie is de bron van het lijden niet bepalend voor de mate waarin de patiënt lijdt. De jurisprudentie miskent hoe moeilijk het is lijden te beoordelen, al zijn sommige artsen daarin overigens zeer deskundig. De ene arts heeft meer ervaring en affiniteit met hulpvragen als gevolg van lijden aan het leven dan de andere. De commissie merkt op dat kennis op dit gebied verder kan worden uitgebouwd en adviseert hiertoe.²⁴

De KNMG heeft op basis van de commissie-Dijkhuis met ingang van 23 juni 2011²⁵ het standpunt ingenomen dat er bij levensbeëindiging op verzoek sprake moet zijn van een medische oorzaak om het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding als arts te kunnen uitvoeren. Maar het wettelijk kader en de invulling van het begrip lijden is wel breder dan veel artsen denken en toepassen. Ook kwetsbaarheid, waaronder functieverlies, eenzaamheid en verlies aan autonomie mogen worden meegewogen in de beoordeling van de arts bij een verzoek om euthanasie, aldus de KNMG. Ook een optelsom van medische en niet-medische problemen, die op zichzelf niet levensbedreigend of fataal zijn, kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals bedoeld in de euthanasiewet. Daarbij heeft de arts altijd de taak de lijdensdruk bij de patiënt te onderzoeken, ongeacht de oorsprong van het lijden, en ook wanneer de stervenswens voortkomt uit het gevoel dat het leven ‘voltooid’ is. Wel meent de KNMG dat wanneer andere (niet medische) oorzaken van lijden op de voorgrond staan, andere deskundigen een rol moeten spelen. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het terrein van de geneeskunde en daarmee buiten het deskundigheidsgebied van de arts en ook buiten de euthanasiewet.

2.6 De zaak-Heringa

Meneer A. Heringa heeft in 2008 zijn 99-jarige (stief)moeder Mevrouw M. (“Moek”) Heringa, die naar eigen zeggen klaar was met het leven, geholpen bij haar zelfdoding. Mevrouw Heringa leed aan hartfalen, kon niet goed meer bewegen, was nagenoeg blind en vaak erg vermoeid. Ze had ook veel moeite met haar afhankelijkheid en wist de dag niet goed door te komen. Ze gaf aan absoluut geen 100 meer te willen worden. Omdat de huisarts niet bereid was om euthanasie te verlenen, zocht meneer Heringa namens zijn moeder contact met de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE), die adviseerde om te stoppen met eten en drinken (‘versterving’). Daar voelde mevrouw Heringa echter niets voor en ze besloot pillen te verzamelen. Meneer Heringa vreesde dat zij, gezien de aard van de pillen, niet in haar doel zou slagen en voelde zich genoodzaakt om haar te helpen. Hij won

²³ KNMG-publicatie ‘Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven’, december 2004, p 15.

²⁴ Ibidem, p 26.

²⁵ Standpunt KNMG, ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levens einde’, juni 2011.

informatie in, verzamelde de juiste soorten en hoeveelheden pillen en op een gezamenlijke geplande datum (7 juni) nam zijn moeder de door hem aangereikte pillen in. Het hele proces, inclusief een gesprek waarin mevrouw Heringa opnieuw aangaf klaar te zijn met het leven, is door meneer Heringa op video opgenomen. Dit beeldmateriaal werd op 8 februari 2010 getoond in het televisieprogramma Netwerk.²⁶

Pas drie jaar later werd meneer Heringa door het Openbaar Ministerie vervolgd en uiteindelijk door de rechtbank Gelderland veroordeeld voor hulp bij zelfdoding (art. 294, tweede lid, Sr). De rechtbank stelde dat er geen sprake was van overmacht, zoals meneer Heringa aanvoerde, aangezien er misschien wel een arts bereid zou zijn geweest om alsnog een euthanasieverzoek te honoreren. Meneer Heringa's handelen als niet-arts zou bovendien mogelijk tot complicaties hebben kunnen leiden. Hoewel schuldig verklaard, kreeg Heringa geen straf opgelegd, omdat hij uit liefde handelde en de rechtsvervolgling lang op zich had laten wachten.²⁷ Zowel meneer Heringa als het OM is vervolgens tegen deze uitspraak in beroep gegaan bij het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. Dat stelde meneer Heringa op 13 mei 2015 alsnog in het gelijk. Volgens het hof was er wel degelijk sprake van een noodtoestand, gezien de terughoudende euthanasiepraktijk van 2008 en een nieuwe verklaring van mevrouw Heringa's huisarts, waaruit duidelijk werd dat moeder en zoon Heringa ervan uit konden gaan dat geen enkele arts euthanasie zou willen verlenen. Het hof stelde tevens dat meneer Heringa zorgvuldig heeft gehandeld en grotendeels heeft voldaan aan de voorwaarden die gelden binnen de euthanasiewet: er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van zijn moeder, ze leed uitzichtloos en ondraaglijk, ze was op de hoogte van wat er ging gebeuren en er waren geen redelijke andere oplossingen voorhanden. Vervolgens is de hulp bij zelfdoding ook zorgvuldig en transparant uitgevoerd.²⁸

Het OM besloot om tegen deze uitspraak in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. De advocaat-generaal T. Spronken adviseerde de Hoge Raad op 8 november 2016 dat het oordeel van het hof Arnhem-Leeuwarden in stand moest blijven.²⁹ Op 14 maart 2017 vernietigde de Hoge Raad echter het oordeel van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden dat de door Heringa geboden hulp niet strafbaar was. De zaak werd verwezen naar het gerechtshof 's-Hertogenbosch. Het Hof legde meneer Heringa een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden op. Tegen deze veroordeling stelde meneer Heringa beroep in cassatie in. In cassatie is onder meer geklaagd over de verwerping door het gerechtshof van het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand. Bij de beoordeling van het beroep op overmacht heeft het gerechtshof tot uitgangspunt genomen dat de Nederlandse wet bepaalt dat euthanasie alleen door een arts mag worden uitgevoerd en dan alleen nog onder bijzondere omstandigheden en wanneer bepaalde zorgvuldigheidseisen worden gevolgd. Het Hof heeft vervolgens onderzocht of zich in dit geval uitzonderlijke omstandigheden hebben voorgedaan die maken dat de handelingen van Heringa toch gerechtvaardigd zijn. Het Hof oordeelde dat dit niet het geval was. De Hoge Raad liet dit oordeel op 19 april 2019 in stand.³⁰

Kortom, nu de Nederlandse wetgever de hulp bij zelfdoding door niet-artsen strafbaar heeft gesteld en – naar de woorden van de Hoge Raad – “de betreffende wettelijke regeling in weerwil van de maatschappelijke discussie (vooralnog) niet gewijzigd heeft” is hulp bij

²⁶ Uitzending Netwerk, *‘De laatste wens van Moek. Een zelf geregisseerde dood.’* (8 februari 2010).

²⁷ Rechtbank Gelderland, 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

²⁸ Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

²⁹ Conclusie A-G bij de Hoge Raad, 8 november 2016, ECLI:NL:PHR:2016:1086.

³⁰ HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598.

zelfdoding strafbaar, tenzij wordt voldaan aan de voorwaarden uit de euthanasiewet. Daar kan alleen verandering in komen als de maatschappelijke discussie leidt tot nieuwe wetgeving.

2.7 Het burgerinitiatief ‘voltooid leven’

Op 9 februari 2010 lanceerde de Initiatiefgroep Uit Vrije Wil, bestaande uit 15 prominente Nederlanders,³¹ een manifest dat beoogt stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten mogelijk te maken.

Het manifest bestond uit de volgende punten:

1. Zelfbeschikking staat centraal, ook als niet voldaan is aan de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op medische grondslag uit de euthanasiewet. Volgens ‘Uit Vrije Wil’ moet het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig, weloverwogen en duurzaam zijn. Ook hier zijn zorgvuldigheids- en toetsbaarheidseisen van toepassing.
2. Voltooid leven is een subjectief begrip. Lijden aan het leven is wat de oudere daar zelf onder verstaat. Een definitie valt derhalve niet te geven; voltooid leven krijgt zijn eigen betekenis in ieder individueel geval.
3. Bewust wordt gesproken van hulp bij zelfdoding. De dodelijke medicijnen worden door de stervenshulpverlener aangereikt, maar de oudere is zelf verantwoordelijk voor de inname.
4. Het gaat om ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven voltooid vinden; die lijden aan het leven. De leeftijdsgrens van 70 jaar en ouder is arbitrair, maar deze keuze beoogt ouderen de geruststelling te geven dat indien zij hun leven voltooid achten zij vanaf hun 70ste stervenshulp kunnen krijgen.
5. Omdat sprake is van existentiële nood die niet beperkt hoeft te zijn tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden op een medische grondslag kiest ‘Uit Vrije Wil’ voor een bredere groep gecertificeerde stervenshulpverleners. Geestelijk verzorgers, verpleegkundigen, psychologen en anderen kunnen naast artsen in dit kader ook stervenshulpverleners worden.

Het manifest ging vergezeld met een proeve van wetgeving. Elementen daaruit zijn gebruikt voor het onderhavige wetsvoorstel. In korte tijd gaven bijna 117.000 mensen hun steun aan het manifest. Vergezeld van deze steunbetuigingen is op 18 mei 2010 het burgerinitiatief bij de Tweede Kamer ingediend. Op 8 maart 2012 vond de plenaire behandeling in de Tweede Kamer plaats, waarbij D66 en GroenLinks zich voor het achterliggende principe van het burgerinitiatief uitspraken. Tevens werd de motie-Klijnsma aangenomen die vroeg het burgerinitiatief te betrekken bij de kabinetsreactie op de tweede evaluatie van de euthanasiewet.³² In het voorjaar van 2013 lieten de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie in de brief over de tweede evaluatie van de euthanasiewet, echter weten de bestaande wetgeving op dit punt niet te willen aanpassen.³³

2.8 De “Coöperatie Laatste Wil”

In 2013 werd de Coöperatie Laatste Wil (CLW) opgericht. Het idee kwam van een werkgroep binnen de NVVE. Het initiatief van de CLW wordt wel gesteund vanuit de NVVE, maar de CLW is inmiddels een aparte organisatie geworden. De NVVE houdt zich bezig met het brede

³¹ Te weten: Hedy d’Ancona, Yvonne van Baarle, Wouter Beekman, Frits Bolkestein, Mies Bouwman, Marie-José Grotenhuis, Eylard van Hall, Jit Peters, Milly van Stiphout-Croonenberg, Theo Strengers, Eugène Sutorius, Dick Swaab, Katuscha Tellegen, Jan Terlouw, Paul van Vliet.

³² Kamerstukken II 2011/12, 33026, nr. 5.

³³ Kamerstukken II 2012/13, 31036, nr.7.

palet van het levenseinde, waaronder euthanasie. De CLW koos ervoor om zich uitsluitend te richten op de zogenaamde autonome route. Zij pleiten ervoor dat mensen moeten kunnen beschikken over een humaan laatstewilmiddel dat legaal kan worden verkregen waarmee zij het zelfgekozen levenseinde geheel in eigen regie kunnen uitvoeren.

In 2017 kondigde de CLW aan zo'n middel te hebben gevonden en inkoopgroepen te gaan opzetten om het middel bij de leden te kunnen krijgen. Op 21 maart 2018 verzocht het Openbaar Ministerie de CLW echter om haar activiteiten te staken en kondigde aan een strafrechtelijk onderzoek te starten. Ook was het OM bezig te bezien of het mogelijk was in een civielrechtelijk kort geding de activiteiten van de CLW te laten verbieden. Vier maanden later – op 20 juli 2018 – maakte het Openbaar Ministerie echter bekend dat het strafrechtelijk onderzoek was gesloten. Niet was gebleken dat de CLW strafbare feiten had gepleegd.³⁴

2.9 Advies Commissie van wijzen en kabinetsreactie

In het regeerakkoord voor het kabinet-Rutte II, “Bruggen slaan”, van oktober 2012 werd overeengekomen dat de maatschappelijke discussie over het vrijwillige levenseinde moest worden voortgezet en kon leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving. Daarop werd in 2013 door het kabinet een commissie van wijzen aangekondigd, die advies moest geven over “de maatschappelijke dilemma’s en juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten”. Deze commissie kwam in januari 2016 met haar advies. De commissie omschreef voltooid leven als een 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 stervenswens ontwikkeld.” Aan het niet meer ervaren van een positief levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen, waarbij er veelal sprake blijkt van “verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamelijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel.”³⁵

De belangrijkste conclusie uit het advies is dat de huidige euthanasiewet goed functioneert en dat er bij de meeste mensen die hun leven als voltooid beschouwen sprake zal zijn van een opeenstapeling aan ouderdomsklachten, die maakt dat zij zouden kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen zoals vastgesteld in de euthanasiewet. Op grond van het standpunt van de KNMG en de jaarverslagen van de Regionale toetsingscommissies, waaruit blijkt dat een opeenstapeling van ouderdomsklachten ook door artsen als oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden aangemerkt kan worden, concludeert de adviescommissie dat de huidige euthanasiepraktijk ook de ‘grensgevallen’, waarin niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een medische grondslag, kan ondervangen. Daarmee biedt de huidige euthanasiewet voldoende ruimte voor “het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als ‘voltooid’”.

Die ruimte is er echter niet voor de situaties van ‘voltooid leven’ waarbij het lijden aan het leven geen medische grondslag heeft of de situatie waarin er geen sprake is van lijden. De adviescommissie heeft echter niet de indruk gekregen dat de vraag om hulp bij zelfdoding in deze situaties regelmatig aan de orde is. Omdat het gaat om “een vraagstuk van leven en

³⁴ Aan een *preventief* optreden zoals dat door het Openbaar Ministerie in gang was gezet kleefden dan ook belangrijke juridische haken en ogen: Zie A.J. Machielse in Noyon e.a. *Wetboek van Strafrecht*, aantekening 7 bij artikel 294.

³⁵ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 51.

dood” (...) acht ze het “onwenselijk om ten aanzien van hulp bij zelfdoding meer vrijheid te laten ontstaan dan op grond van het huidige juridische kader is toegestaan.” In de volgende hoofdstukken zullen nog meer specifieke bevindingen uit dit rapport aan de orde worden gesteld.

In oktober 2016 reageerde het kabinet-Rutte II op het rapport. Het sloot zich aan bij de conclusie van de commissie dat de huidige euthanasiewet goed functioneert, maar was ook van mening dat een antwoord gevonden moet worden op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de groeiende wens onder Nederlanders om meer autonomie te hebben inzake het eigen levenseinde. Dit is van belang voor mensen die hun leven als voltooid beschouwen en een stervenswens hebben ontwikkeld, maar aan wie niet binnen de kaders van de euthanasiewet tegemoet gekomen kan worden. Het verzoek om een leven dat voor die persoon ondraaglijk is geworden op een waardige wijze en op een zelfgekozen moment af te sluiten, ziet het kabinet als ‘een legitiem verzoek’. Het komt tot de conclusie dat het wenselijk is om een extra uitzondering te maken op de strafbaarheid voor hulp bij zelfdoding, waarbij autonomie het uitgangspunt is.³⁶

2.10 PERSPECTIEF-onderzoek

Op 30 januari 2020 werd het rapport van het PERSPECTIEF-onderzoek, genaamd ‘Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mens en de cijfers’, gepresenteerd³⁷. Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de omvang en omstandigheden van de groep mensen die hun leven ‘voltooid’ acht en om die reden een actieve stervenswens heeft. Dit aantal is volgens de Commissie van wijzen “waarschijnlijk klein”. Bronnenonderzoeken, kwantitatieve onderzoeken en kwalitatieve onderzoeken vormden de basis voor dit onderzoeksrapport en de (deel)conclusies worden hieronder besproken.

Op basis van de twee deelonderzoeken van het bronnenonderzoek werd geconcludeerd dat de omvang van de groep niet te bepalen is op basis van literatuuronderzoek, dat er bij voltooid leven sprake is van een complex samenspel van factoren die met de ouderdom gepaard kunnen gaan en dat de huidige euthanasiewet geen mogelijkheden biedt voor mensen die lijden aan het leven zonder medische grondslag, in lijn met het onderzoek en de conclusies van de Commissie van wijzen³⁸.

Aan de hand van beide kwantitatieve deelonderzoeken, komt een gemengd beeld naar voren ten aanzien van de kenmerken van de groep ouderen met een stervenswens. De online vragenlijst, ingevuld door 21.294 respondenten in de leeftijdscategorie 55-plus, toont een beeld dat de doodswens ook bij mensen in de categorie 55-75 voorkomt maar toont ook een significante stijging van de doodswensen onder de oudere leeftijdsgroepen (75+). Uit een andere vragenlijst ingevuld door 1.054 huisartsen blijkt dat zij juist de ouderen (75+) meer vinden voldoen aan de omschrijving: ‘*geen toekomstperspectief zien en verlangen naar de dood zonder ernstige ziekte(n) of aandoening(en) te hebben.*’ Ook werd geconcludeerd dat de stervenswens niet altijd even aanwezig en intens was. Mensen met een stervenswens kijken terug op een goed leven. Maar zij gaan, in vergelijking met de NEE-groep (mensen zonder een stervenswens), meer gebukt onder de last van het leven. Belangrijke factoren die de

³⁶ Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 55. p. 8.

³⁷ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34990, nr. 5.

³⁸ Bijlage nr. 677474 bij Kamerstukken II 2015/16, 32647, nr. 51.

stervenswens versterken zijn piekeren, aftakeling en het gevoel weinig invloed meer te hebben op het eigen leven. Belangrijke factoren die de wens om te leven versterken zijn woonplezier, onafhankelijkheid en het gevoel van vrijheid. Gevraagd naar zaken die de huisarts in verband brengt met de ‘voltooid leven’-ervaring van deze persoon, waren de twee meest voorkomende antwoorden dat iemand te maken had met bestaansmoeheid en existentiële eenzaamheid. Tot slot bleek uit aanvullende opmerkingen van huisartsen bij het onderzoek dat onder een deel van de huisartsen een bereidheid bestaat om mee te werken aan hulp bij zelfdoding bij ‘voltooid leven’.

Uit de beide kwalitatieve deelonderzoeken blijkt dat onder de geïnterviewde ouderen de zelfgekozen dood veelal in verband werd gebracht met zelfbeschikking. Ook uit deze onderzoeken kwam naar voren dat een stervenswens niet altijd in gelijke mate aanwezig was. Daarnaast bleek dat ouderen afhankelijk van hun situatie anders naar de stervenswens aankeken. Ouderen met deze wens voelen zich vaak teruggeworpen op zichzelf, bijvoorbeeld omdat ze niemand met hun stervenswens willen lastigvallen of juist omdat anderen hun stervenswens niet begrepen. Dit had als gevolg dat zij nauwelijks spraken over deze wens, terwijl de behoefte daaraan wel aanwezig was.

Als aandachtspunten voor beleid rondom voltooid leven blijkt uit het onderzoek dat er gekeken dient te worden naar het individu met de stervenswens. De stervenswens kan immers per individu andere oorzaken hebben en ook qua intensiteit toe- en afnemen. Ondanks dat het belangrijk is om op zoek te gaan naar manieren om de leefsituatie van ouderen te verbeteren, dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat stervenswensen niet altijd oplosbaar zijn.

2.11 Internationaal perspectief

Niet alle landen hebben wetgeving omtrent hulp bij zelfdoding of euthanasie. Waar die wetgeving wel bestaat, zijn er grote verschillen. Ieder land maakt in de vormgeving van wetgeving of de uitvoering hiervan andere keuzes.³⁹ Soms is actieve euthanasie niet toegestaan, maar hulp bij zelfdoding wel. Voorbeelden daarvan zijn Zwitserland en de Amerikaanse staat Oregon.

In Oregon is gekozen voor het toestaan van hulp bij zelfdoding zonder een zorgvuldigheidseis in de trant van het veelgebruikte criterium ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’, maar wordt slechts vereist dat sprake is van een ongeneeslijke ziekte die volgens een behoorlijke medische beoordeling binnen 6 maanden leidt tot de dood. Daarnaast dient er sprake te zijn van een expliciet en weloverwogen verzoek van een wilsbekwame verzoeker. De arts is niet wettelijk verplicht om bij het sterven aanwezig te zijn.⁴⁰

Zwitserland is interessant, omdat daar geen algemeen geldend verbod van hulp bij zelfdoding geldt.⁴¹ In het Zwitserse recht wordt zelfdoding gezien als een mogelijk rationele actie. Als uitzondering daarop geldt een specifiek verbod voor het ‘vanuit egoïstische motieven’ een

³⁹ Quill, Timothy E. ‘Legal regulation of physician-assisted death—the latest report cards.’ in: *New England Journal of Medicine* 356.19 (2007): 1911-1913.

⁴⁰ Blanke, Charles, et al. ‘Characterizing 18 years of the Death with Dignity Act in Oregon.’ in: *JAMA oncology* 3.10 (2017): 1403-1406.

⁴¹ Hurst, Samia A., and Alex Mauron. ‘Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians.’ in: *Bmj* 326.7383 (2003): 271-273.

ander aanzetten tot of assisteren bij zelfdoding of een poging daartoe.⁴² Zelfdoding wordt wel gezien als een ‘onnatuurlijke dood’. In die gevallen wordt altijd een politieonderzoek gestart om te bezien of wellicht sprake is van de voorgenoemde ‘egoïstische motieven’. Om daar zo min mogelijk last van te hebben en om het van een arts verkrijgen van een recept voor een middel tot zelfdoding te faciliteren, zijn in Zwitserland particuliere initiatieven ontstaan – zogeheten hulp bij zelfdoding-organisaties – waarvan Exit en Dignitas de bekendste zijn.⁴³ Deze organisaties bieden zorgvuldige procedures aan voor het verkrijgen van hulp bij zelfdoding. Die hebben betrekking op het informeren van patiënten over het doen van verzoeken en over eventuele alternatieven, een medische controle, het voorzien in de middelen voor hulp bij zelfdoding nadat een arts ze voorgeschreven heeft, en het assisteren bij de zelfdoding. Na afronding van de eerdere procedure kan de arts aangeven dat hij in beginsel bereid is de middelen voor zelfdoding voor te schrijven. Opvallend is dat ruim zeventig procent van de verzoekers die dit te horen krijgt hierna nooit meer contact opneemt met Dignitas.⁴⁴ Bij de uiteindelijke hulp bij zelfdoding is geen arts aanwezig. Ook in Oregon blijkt dat niet iedereen voor wie het recept voor middelen voor zelfdoding bij de apotheek ligt, gebruik maakt van deze middelen. Gemiddeld zesendertig procent van de mensen voor wie het middel voorgeschreven is, sterft niet door het gebruik van het middel.

Op 26 februari 2020 deed het Duitse constitutionele hof een uitspraak aangaande het zelfgekozen levenseinde en hulp bij zelfdoding⁴⁵. Artikel 217 van het Duitse Wetboek van Strafrecht, wat sinds 2015 van kracht was, verbiedt het assisteren van hulp bij zelfdoding op professionele basis. Het hof oordeelde dat dit artikel in strijd is met het grondwettelijk verankerde recht op eerbiediging van de menselijke waardigheid en het recht op vrije ontplooiing van de eigen persoonlijkheid, zoals neergelegd in de artikelen 1(1) en 2(1) van de Duitse Grondwet. Als uitdrukking van persoonlijke autonomie omvatten de menselijke waardigheid en het recht op vrije ontplooiing van de eigen persoonlijkheid namelijk het recht op een zelfgekozen dood. Dit recht houdt niet alleen de vrijheid in om jezelf van het leven te beroven op basis van een geïnformeerde en weloverwogen beslissing, maar beschermt ook de vrijheid om hiervoor hulp te zoeken en, indien aangeboden, te gebruiken.

De Duitse staat betoogde dat artikel 217 juist beoogt bescherming te bieden aan het leven en persoonlijke autonomie. Maar volgens het hof overschrijdt het strafrecht de grenzen van wat een legitiem middel is voor het beschermen van persoonlijke autonomie bij de beslissing om het leven te beëindigen. Zeker wanneer het niet langer de vrije beslissingen van het individu beschermt, maar dergelijke beslissingen onmogelijk maakt. De vrijstelling van strafrechtelijke aansprakelijkheid voor zelfdoding en de in dit verband verleende hulp hierbij, weerspiegelt de grondwettelijk verankerde erkenning van het recht op zelfbeschikking. Daarom staat een strafbepaling niet ter vrije beschikking van de wetgever. Derhalve achtte het constitutionele hof het verbod neergelegd in artikel 217 nietig.

3. Overwegingen en uitgangspunten

⁴² Artikel 115 Zwitserse Wetboek van Strafrecht (Code pénal suisse, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Codice penale svizzero of Cudesch penal svizzer).

⁴³ Dignitas is een ledenvereniging en wordt niet gesubsidieerd door de Zwitserse overheid. Derhalve zijn zij voor hun diensten afhankelijk van het lidmaatschapsgeld dat betaald wordt door hun leden. Gauthier, Saskia, et al. ‘Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon.’ in: *Journal of medical ethics* 41.8 (2015): 611-617.

⁴⁴ ‘Analyse von 387 Gesuchen um Vorbereitung einer Freitodbegleitung bei DIGNITAS’, raadpleegbaar via <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/studie-mr-weisse-dossier-prozentsatz-ftb.pdf>

⁴⁵ Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715

In de aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende overwegingen speelt het aantal mensen dat hun leven voltooid acht of er rekening mee houdt dat daarvan op enig moment sprake zou kunnen zijn, slechts in beperkte mate een rol. Voldoende is, dat het gaat om een serieus probleem voor een substantieel aantal mensen. Het aantal leden van organisaties als de NVVE – ongeveer 170.000 leden – en de CLW – ongeveer 22.000 leden – geeft daarvoor een indicatie. Ook het PERSPECTIEF-onderzoek spreekt van een “substantiële groep ouderen”.⁴⁶

Belangrijker is dat een veel grotere groep Nederlanders van mening is dat het tijd wordt voor decriminalisering van het verlenen van hulp bij een zelfgekozen levenseinde. De opvattingen van mensen die deel uitmaken deze groep kunnen zeer wel los staan van hun eigen behoeften, en veeleer gevormd zijn door overwegingen van barmhartigheid voor anderen of een principiële stellingname over het zelfbeschikkingsrecht. De solidariteit met mensen die hun leven voltooid achten en het gewicht dat in dat verband moet worden toegekend aan het zelfbeschikkingsrecht, is in de samenleving duidelijk zichtbaar. Het in korte tijd vergaarde aantal steunbetuigingen voor het in 2010 ingediende burgerinitiatief van ‘Uit Vrije Wil’ - bijna 117.000 – was al veelzeggend. Daarna werden vele enquêtes gehouden waarin de vraagstelling vaak iets anders was, maar waaruit toch steeds bleek dat een (ruime) meerderheid van de Nederlandse bevolking van mening is dat hulp bij een vrijwillig gekozen levenseinde in bepaalde gevallen ook mogelijk moet zijn voor gezonde mensen die levensmoe zijn.⁴⁷

In de vorige paragrafen zijn de maatschappelijke ontwikkelingen geschetst, die voor het wetsvoorstel van belang zijn. Die ontwikkelingen hebben niet alleen hun weerslag gehad in jurisprudentie en wetgeving, maar ook in de opvattingen van de Nederlandse bevolking. Het aantal mensen dat een bovennatuurlijke betekenis aan het leven geeft, neemt af. Tegenwoordig wordt steeds meer het standpunt onderschreven dat de waarde van het leven niet los is te zien van het individu dat het leven draagt en er waarde aan toekent. Bij

⁴⁶ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34990, nr. 5, p. 11: Het deelonderzoek onder de algemene bevolking laat zien dat er een kleine, maar substantiële groep ouderen (55+) is die een doodswens heeft zonder dat zij ernstig ziek zijn. Een klein deel van deze groep heeft daarnaast ook een wens tot levensbeëindiging.

⁴⁷ Zo bleek reeds in 2010 uit een enquête van I&O research dat 61 procent van de mensen het toen eens was met de stelling ‘Ouderen die vinden dat hun leven voltooid is, mogen met professionele hulp een einde aan hun leven maken.’ Zes jaar later onderschreef bij I&O research 7 op de 10 mensen dezelfde stelling.

Voorts bleek uit het EenVandaag Opiniepanel van 2013 dat een ruime meerderheid van de Nederlanders (62 procent) vindt dat hulp bij zelfdoding mag worden verleend als iemand levensmoe is

(http://opiniepanel.eenvandaag.nl/uitslagen/46605/meerderheid_voor_euthanasie_bij_levensmoe). In 2016 vindt 65 procent dat hulp bij zelfdoding om die reden mag, een kwart (24 procent) vindt van niet. Aan dat onderzoek deden 33.318 leden van het Opiniepanel mee (http://binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/69761/kabinet_stervenshulp_voltooid_leven_mogelijk_maken). Zie verder ook: Onderzoek NRC Handelsblad: 63% van de respondenten is van mening 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; Telegraaf, 15 oktober 2016: 77% is het eens met de stelling van de Dag: ‘Euthanasie bij voltooid leven is humaan’

(http://www.telegraaf.nl/watuzegt/26816809/Euthanasie_bij_voltooid_leven_is_humaan_.html) (7-12-2016);

Maurice de Hond, peil.nl (september 2016): 64% is voor het beschikbaar stellen van een pil voor

ouderen, die ze kunnen nemen als ze vinden dat hun leven voltooid is (<https://home.noties.nl/peil/40jaar/G1.pdf>)

(7-12-2016); 19 november 2019 kwam het Centraal Bureau van de Statistiek met het bericht dat 55 procent van de Nederlanders vindt dat euthanasie voor gezonde mensen onder bepaalde omstandigheden moet kunnen

(<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/47/ruime-meerderheid-wijst-euthanasie-niet-principieel-af>); Maurice de

Hond, peil.nl (1 februari 2019): 51% is voor het toestaan van euthanasie bij voltooid leven; Telegraaf, 1 februari

2020: 62% is voor een Wet ‘voltooid leven’ Uitslag stelling van de Dag: ‘Autonomie over einde leven’

(<https://www.telegraaf.nl/watuzegt/841669707/uitslag-stelling-autonomie-over-einde-leven>).

beslissingen rondom het levenseinde spelen ook de context waarin en de wijze waarop het leven geleefd wordt, een rol.

Dit brede maatschappelijke draagvlak voor de aan het wetsvoorstel ten grondslag liggende overwegingen neemt niet weg, dat de verschillen in opvatting die er óók zijn, fundamenteel van karakter kunnen zijn. Voor zover daar grondrechten bij betrokken zijn, zal al gauw sprake zijn van een botsing van grondrechten. Hierna zullen de verschillende overwegingen en uitgangspunten aan de orde komen. In paragraaf 5 zal worden ingegaan op de constitutionele aspecten, in het bijzonder de toetsing van het wetsvoorstel aan nationale en internationale grondrechten.

3.1 Bescherming van het leven, kwaliteit van leven en een waardig levenseinde

De ouderen waar de voorliggende wet zich op richt hebben om uiteenlopende, overwegend niet-medische redenen voor zichzelf bepaald dat de waarde, kwaliteit en het perspectief van hun leven zodanig is afgenomen dat ze de dood verkiezen boven het leven. Wanneer een dergelijke stervenswens uit vrije wilsvorming is ontstaan, duurzaam en weloverwogen is, zou volgens de initiatiefneemster de bescherming van het leven ook moeten kunnen wijken voor de wens om het leven waardig te mogen afsluiten. Terecht schrijft ook het kabinet in zijn brief over voltooid leven dat de overheid weliswaar de plicht heeft om de (intrinsieke) waarde van het leven te beschermen, zeker als het gaat om de kwetsbare leden van de samenleving, maar dat er situaties zijn waarin “de rationale van de beschermwaardigheid van het leven” onder druk komt te staan, namelijk wanneer mensen geen levensperspectief meer hebben en als gevolg daarvan een persistente, actieve stervenswens hebben ontwikkeld.⁴⁸ Hieruit blijkt dat de bescherming van de kwaliteit van leven, van het ‘goede leven’, inclusief een waardig levenseinde, in toenemende mate van belang geacht wordt.

Dit heeft reeds op verschillende plaatsen in de wetgeving en in de medische ethiek erkenning gevonden. Artsen hebben nog steeds de plicht om het leven van een patiënt te beschermen, maar mogen de ‘barmhartigheidsplicht’ voor laten gaan om het lijden weg te nemen. Dat blijkt uit de euthanasiewet, die actieve beëindiging van het leven op verzoek mogelijk maakt in het geval van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarnaast moet medisch handelen altijd zinvol en in het belang van de patiënt zijn. Echter, ook als de arts nog wel ruimte ziet voor een zinvolle voortzetting van de behandeling, maar het de wens van de patiënt is dat de behandeling wordt gestaakt, dan is de wens van de patiënt leidend.⁴⁹ Ook kunnen mensen op voorhand – door het dragen van een penning – de wens kenbaar maken niet gereanimeerd te willen worden. Daarmee accepteren zij de mogelijkheid dat in de toekomst levensreddend handelen achterwege zal blijven, maar sluiten zij de mogelijkheid van een verminderde levenskwaliteit als neveneffect van dat handelen uit. Kortom, wanneer iemand zelf geen behandeling meer wenst, of wanneer de kwaliteit van leven ernstig in het geding is en er geen uitzicht meer is op verbetering, is de bescherming van het leven als zodanig niet meer altijd het enige leidende morele beginsel. Ook zelfbeschikking en barmhartigheid spelen een rol.

3.2 Solidariteit, barmhartigheid en tolerantie

⁴⁸ Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 55.

⁴⁹ Conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Titel 7, Afdeling 5, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek).

De eerder aangehaalde onderzoeken en peilingen laten ook zien dat naast het geloof in een goddelijke barmhartigheid, waarvan sprake was in paragraaf 2.1, in een democratische samenleving ook menselijke barmhartigheid, en solidariteit en tolerantie, een rol kunnen spelen. Ook wie om welke reden dan ook nooit zelf een verzoek om hulp bij levensbeëindiging of zelfdoding zal doen, kan begrip hebben voor en mild staan tegenover mensen die hun leven voltooid achten. Het ruimte bieden voor het beëindigen daarvan is dan een kwestie van solidariteit en barmhartigheid van de samenleving en de overheid om dit juridisch mogelijk te maken.

In eerste instantie richt de solidariteit met ouderen zich uiteraard op het voorkomen of verhelpen van alle oorzaken die uiteindelijk maken dat zij hun leven niet meer waardig kunnen voortleven. De samenleving moet eenzaamheid en onthechting tegengaan, goede lichamelijke en geestelijke zorg bieden en ouderen zo veel mogelijk de regie in handen geven. Ook moet de acceptatie van en waardering voor ouderdom worden bevorderd. De initiatiefneemster ziet op dit gebied een grote verantwoordelijkheid voor de samenleving. Maar onderdeel van solidariteit is in de ogen van de initiatiefneemster ook het respecteren van en openstaan voor de wensen van ouderen met betrekking tot hun levenseinde.

Mensen denken heel verschillend over wat een ‘goede’ wijze van sterven is. Er is niet zoiets als één beste manier van sterven. De initiatiefneemster bepleit dan ook dat deze diverse visies naast elkaar kunnen én moeten blijven bestaan. Sommige mensen zullen ieder ingrijpen in het sterven afwijzen, en streven naar een zo ‘natuurlijk’ mogelijk stervensproces. Anderen zullen in de laatste fase voor palliatieve sedatie kiezen, waarmee het lijden wordt verzacht en de laatste fase niet meer bewust wordt meegemaakt. Ook bestaat voor mensen die (in medisch opzicht) uitzichtloos en ondraaglijk lijden de mogelijkheid tot euthanasie. Er zijn mensen die er bewust voor kiezen om te stoppen met eten en drinken. Ook zijn er mensen die ervoor kiezen om dodelijke middelen te verzamelen, bijvoorbeeld door het opsparen van medicatie, of door dodelijke middelen uit het buitenland te laten overkomen, om een kort stervensproces in gang te zetten. Maar er zijn ook ouderen die hun leven voltooid achten en verdere aftakeling en lijden niet willen afwachten, maar tegelijkertijd niet in staat zijn om hun eigen dood in waardigheid te organiseren. Uiteindelijk komt de Nederlandse gezondheidszorg (en de wetgever) tegemoet aan de meeste stervensvormen. Mensen kunnen in de laatste levensfase adequate zorg krijgen die hun lijden verlicht, zoals pijnbestrijding en palliatieve sedatie. Wie uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, kan, als hij dat wil, in aanmerking komen voor euthanasie. Ouderen die kiezen voor het stoppen met eten en drinken, worden bijgestaan door een arts.

Hulp bij zelfdoding bij mensen die lijden aan het leven is, hoe zorgvuldig ook uitgevoerd, echter tot op heden niet mogelijk. De initiatiefneemster wil met dit voorstel ook deze optie bewerkstelligen, en hoopt dat degenen die hiervan zelf nooit gebruik zullen willen maken, desondanks anderen deze mogelijkheid niet zullen onzeggen. Het gaat bij voltooid leven om een vorm van lijden die erkenning verdient. De daaruit voortkomende wens om het leven te beëindigen zou gehonoreerd moeten kunnen worden, ook al is het voor sommigen wellicht onvoorstelbaar dat iemand geen waarde meer aan het leven hecht.

Barmhartigheid houdt ook in, dat wanneer iemand een intrinsieke, duurzame wens heeft, deze persoon niet wordt belemmerd in het uitvoeren van deze wens. De initiatiefneemster sluit zich aan bij de zienswijze van het kabinet dat het niet alleen een taak van de arts is om barmhartig te handelen, maar ook van de overheid om barmhartigheid te tonen daar waar het gaat om het

maken van ruimte voor de eigen keuze van mensen voor wie het leven voltooid is; die uitzichtloos lijden aan het leven zelf en die dat leven weloverwogen willen beëindigen. Criminalisering staat daar haaks op.⁵⁰

Uiteraard moet daarbij een balans worden gevonden tussen de zelfbeschikking van de oudere die zijn leven voltooid acht en de maatschappelijke plicht van de overheid om zorg te dragen voor zorgvuldigheid en toetsbaarheid. Daartoe zijn in dit voorstel diverse waarborgen opgenomen, waaronder het nagaan of de wens vrijwillig is en het onderzoek naar de niet-natuurlijke oorzaken van overlijden.⁵¹

3.3 Autonomie en zelfbeschikking

Het principiële uitgangspunt van dit wetsvoorstel is, dat eenieder in beginsel de vrijheid moet hebben om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten.⁵² Daarbij gaat het niet alleen om het vorm en invulling geven aan je eigen leven, maar bijvoorbeeld ook om het kunnen en mogen beslissen over het eigen lichaam, en in het verlengde daarvan over ook het eigen leven, dat immers onlosmakelijk met het lichaam verbonden is. Dit recht omvat ook het kunnen nemen van beslissingen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde. Eenieder heeft het recht om uit het leven te stappen, of omgekeerd: op niemand rust een plicht tot (voort)leven. Deze zelfbeschikking wordt, zo blijkt uit de diepte-interviews uit het PERSPECTIEF-onderzoek, ook door ouderen zelf met het zelfgekozen levenseinde geassocieerd.⁵³

Het kabinet-Rutte II (2012-2017) stelde dat de autonomie van ouderen die lijden aan voltooid leven een “leeg begrip” dreigt te worden, als de omstandigheden niet worden gecreëerd waarmee zij ook hun eigen sterven vorm kunnen geven.⁵⁴ Ook voor de initiatiefneemster is in het geval van de voltooid leven-problematiek de autonomie van ouderen in het geding, omdat zij het recht op zelfbeschikking, meer specifiek het recht op zelfdoding, nu niet op een waardige manier kunnen uitoefenen. Momenteel kunnen mensen niet op legale wijze middelen verkrijgen die leiden tot een zachte dood, en kunnen anderen bovendien niet vragen hen hierbij te helpen. Dit kan ertoe leiden dat ouderen de regie over het laatste hoofdstuk van hun leven verliezen en worden gedwongen om de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de opgebouwde eigen identiteit.

Hoewel dit wetsvoorstel bedoeld is om de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding in het geval van voltooid leven te verruimen, wil de initiatiefneemster ook benadrukken dat het recht op zelfbeschikking en autonomie in dit geval niet een corresponderende plicht voor de overheid en hulpverleners inhoudt om te assisteren bij zelfdoding; zoals evenmin van een recht op euthanasie sprake is. De inspanning van de overheid zou slechts moeten bestaan uit het wegnemen van juridische barrières en het – onder strikte voorwaarden – niet langer versperren van de toegang tot de voor een humane dood benodigde middelen. Maar omdat voor waardig sterven hoe dan ook een beroep op anderen, en in brede zin op de samenleving, wordt gedaan, zijn zelfbeschikking en autonomie geen absolute beginselen die enkel het individuele belang van ouderen aangaan.

⁵⁰ Zie T. Vink, ‘Criminalisering van het sterfbed door justitie en politie’, *NJB* 2012/289.

⁵¹ Commissie van wijzen, ‘Voltooid leven’, p. 87,88.

⁵² De definitie van autonomie van de filosoof Joseph Raz is – in zijn *The Morality of Freedom* (Oxford University Press, 1986) - “auteur zijn van je leven”.

⁵³ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34990, nr. 5 p. 140.

⁵⁴ Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 55.

Helaas wordt in de discussie omtrent voltooid leven geregeld een absolute, individualistische voorstelling van zelfbeschikking en autonomie gegeven, om vervolgens ruimere juridische mogelijkheden op basis van die voorstelling af te wijzen. De Commissie van wijzen bespreekt de consequenties van een individualistische (of ‘pure’ benadering) van autonomie. Volgens deze benadering zou hulp bij zelfdoding een opeisbaar recht zijn, waardoor er spanning ontstaat tussen enerzijds de absolute zelfbeschikking van de autonome burger en anderzijds de verantwoordelijkheid van de autonome medeburger, bijvoorbeeld een arts, die uiteraard niet slechts als ondergeschikt instrument wil fungeren.⁵⁵ Om deze spanning te vermijden zou een oudere zijn stervenswens zelf kunnen uitvoeren – de eerder aangehaalde ‘autonome route’.⁵⁶ Het is een veelgehoorde redenering: als een zelfgekozen dood zo belangrijk voor iemand is, dan zou hij of zij daartoe ook zelf de volledige verantwoordelijkheid moeten nemen, zonder anderen daarbij te betrekken. Nog los van de omstandigheid dat het zeer lastig is om op een waardige manier het leven te beëindigen zonder de wet te overtreden, wordt autonomie daarmee op één lijn gesteld met ultieme zelfredzaamheid en zelfstandigheid, die dan ook ten volle door het individu moet worden aanvaard.

Echter, de initiatiefneemster en ook het burgerinitiatief ‘Uit Vrije Wil’ zien autonomie als een sociaal – of zoals de Commissie van wijzen het noemt ‘relationeel’ – gegeven. Niet alleen de ideeën en inzichten die iemand heeft over een goede kwaliteit van leven of een waardig levenseinde komen tot stand in dialoog met iemands sociale omgeving, ook de uitvoering vindt altijd plaats in verbondenheid met anderen. In nagenoeg ieders levensverhaal spelen familie, geliefden, collega’s en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol.⁵⁷ Autonomie is dan ook niet zozeer een opeisbaar recht waaraan anderen tegemoet dienen te komen, maar eerder het vermogen om, ook samen met anderen, een eigen leven te kunnen leiden.⁵⁸

De initiatiefneemster meent ook dat de spanning tussen zelfbeschikking en de bescherming van het leven niet te sterk moet worden aangezet. Beide beginselen geven uitdrukking aan het alomvattende idee van menselijke waardigheid. Voor veel ouderen geldt dat zelfbeschikking ten aanzien van het eigen levenseinde datgene is wat het einde van hun leven voor hen waardig maakt. Bovendien getuigt het waardig mogen afsluiten van het leven ook van eerbied voor het geleefde leven. Huib Drion merkte in zijn essay al op dat de ‘heiligheid’ van het leven ook niet gediend is met zelfdoding op onwaardige wijze.⁵⁹

4. Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel

⁵⁵ De Commissie van wijzen schrijft op p.138 van *Voltooid leven*: “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.”

⁵⁶ Commissie van wijzen, *Voltooid leven*, p. 137.

⁵⁷ Een biografie wordt nooit helemaal zelf geschreven, maar autonomie houdt wel in dat iemand uiteindelijk zelf bepaalt of dit (nog) zijn of haar levensverhaal is. De filosoof Rutger Claassen reageert op de eerder genoemde definitie van autonomie van Joseph Raz als volgt: je kunt voor het verhaal dat je wil leven best een ghostwriter in dienst nemen, zolang je maar zelf de opdrachtgever bent en de controle houdt over de tekst die uiteindelijk wordt gepubliceerd. Zie R. Claassen, *Het huis van de vrijheid* (2011).

⁵⁸ Dat autonomie niet alleen een recht is, stelt ook filosoof Joel Feinberg in een inmiddels klassiek artikel (zie Christman, J. (ed.), *The Inner Citadel*, 1989, pp.27-53. De visie dat autonomie ook kan betekenen dat iemand zich weloverwogen en bewust laat leiden of beperken door anderen, valt te lezen in Gerald Dworkins *The Theory and Practice of Autonomy* uit 1988.

⁵⁹ H. Drion, ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’, *NRC Handelsblad*, 19-10-1991.

4.1 'Voltooid leven'

Er is in deze memorie voor gekozen om de term 'voltooid leven' te gebruiken. Het is inmiddels een ingeburgerd begrip, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de titel van het rapport van de Commissie van wijzen en de eerdergenoemde opiniepeilingen. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een voltooid leven een persoonlijke ervaring betreft, hetgeen ook naar voren komt uit onderzoeken, en dat er geen eenduidige omschrijving van het begrip voltooid leven te geven is.⁶⁰ Zoals ook in de inleiding is beschreven, kunnen diverse persoonlijke factoren tot gevolg hebben dat elke nieuwe dag wordt ervaren als een kwelling of dat alles van waarde achter iemand ligt. Niemand zal ooit over een ander kunnen zeggen dat diens leven voltooid is. De betrokkene zal dat uiteindelijk alleen zelf kunnen bepalen. Alleen de oudere zelf weet hoe de omstandigheden door hem worden beleefd. Als een oudere voor zichzelf concludeert: "het leven is voltooid, en ik zou het graag willen afsluiten", dan is het accepteren van die wens en die persoon tot het laatste moment bijstaan, ook een vorm van goede zorg.

4.2 Leeftijdsgrens

Het wetsvoorstel hanteert een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder. Leeftijd is, zo stelt de Afdeling advisering van de Raad van State in een onlangs verschenen voorlichting⁶¹, een functioneel, relevant en bruikbaar of tenminste aanvaardbaar criterium voor onder andere het bepalen van aanspraken. Voor deze grens van 75 jaar (en niet voor de grens van 70 van het burgerinitiatief 'Uit Vrije Wil') is gekozen omdat mensen die deze leeftijd bereikt hebben al een relatief lang leven achter de rug hebben. De kans is groot dat deze groep mensen gedurende hun leven gestaan hebben voor lastige beslissingen, onverwachte mogelijkheden en drastische wendingen. Dit is anders bij pubers, adolescenten, dertigers, 'mid-lifers' en zelfs bij de jongere pensionado's. Zij hebben nog een relatief lang levensperspectief, waarin problematische omstandigheden nog een wending ten goede kunnen nemen, bijvoorbeeld door medische behandelingen. Maar de kans daarop wordt met het klimmen der jaren doorgaans wel kleiner. Eerder zal sprake zijn van een toename van omstandigheden van verschillende aard, die tezamen resulteren in een complex samenstel van factoren, die kenmerkend zijn voor (hoge) ouderdom. Ouderen zullen in het algemeen, door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter dan 'jongeren' in staat zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is, temeer omdat zij meer de balans opmaken van hun leven.⁶²

De initiatiefneemster gaat ervan uit dat de factoren die beïnvloeden dat mensen hun leven als voltooid kunnen gaan zien, vanaf 75 jaar een grotere rol gaan spelen. In wetgeving is, zoals ook de Afdeling advisering van de Raad van State stelt, een leeftijdsgrens niet ongebruikelijk als middel om een groep mensen aan te duiden; waaraan dan vervolgens bepaalde rechtsgevolgen worden verbonden. Zo is er een leerplicht tot 16 jaar, mogen jongeren onder de 18 jaar geen alcohol en tabak kopen, krijgen jongeren vanaf 18 jaar stemrecht en worden IVF-behandelingen vanaf 42 jaar niet meer vanuit de basisverzekering vergoed. In al deze gevallen is onomstreden dat een leeftijdsgrens, gelet op het onderwerp dat de betrokken wet

⁶⁰ Bijlage nr. 921777 bij Kamerstukken II 2019/20, 34990, nr. 5 en Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 51

⁶¹ Kamerstukken II 2019/20, 32411, nr. 14

⁶² Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version): WW Norton & Company.

beoogt te regelen, legitiem is. Dat is naar de mening van de initiatiefneemster ook het geval bij de problematiek van de stervenswens die zich kan ontwikkelen bij de ouder wordende mens.

Ook gezien vanuit het feit dat ouderen aan de wetenschap dat er een mogelijkheid bestaat afscheid te nemen, wanneer ze echt niet verder willen, een zekere rust kunnen ontnemen is het wellicht arbitraire karakter van de voorgestelde leeftijdsgrens geen enkel probleem. In dat kader gaat het er immers niet zozeer om waar precies de leeftijdsgrens ligt, als wel dat er een mogelijkheid is om ooit van stervensbegeleiding gebruik te maken: op een moment waarop de hierboven bedoelde factoren die beïnvloeden dat sommige mensen hun leven als voltooid gaan zien, een rol kunnen gaan spelen, zij het voor ieder van hen op een ander moment.

4.3 Levensindebegeleiding

Waar binnen de euthanasiewet de hulp die tot de dood leidt alleen door een arts mag worden verleend, gaat het voorliggende wetsvoorstel ervan uit dat de problematiek die ten grondslag ligt aan het ervaren van een 'voltooid leven' niet uitsluitend tot de expertise van de arts behoort. Eerder heeft de commissie-Dijkhuis zich gebogen over de rol van artsen inzake hulp bij zelfdoding wegens 'lijden aan het leven'. De commissie-Dijkhuis gaf, zoals aan de orde is gekomen in paragraaf 2.5, de voorkeur aan de opvatting dat existentieel lijden in principe onder het medisch-professioneel domein van de arts kan vallen, maar dat dit domein niet onbegrensd is. Een arts zal naar het oordeel van de commissie niet in alle gevallen voldoende toegerust zijn om hulp te bieden aan iemand die 'lijdt aan het leven'. De commissie pleit er dan ook voor om de kennis van artsen op dit terrein uit te bouwen.

Een andere opvatting van de commissie, waarin ze wel 'onmiskkenbaar voordelen' zag, maar uiteindelijk toch niet de voorkeur aan gaf, was dat de deskundigheid inzake lijden aan het leven niet noodzakelijkerwijs beperkt moest worden tot de deskundigheid die bij artsen aanwezig is. Deze opvatting benadrukt dat de problematiek van 'lijden aan het leven' dusdanig specifiek is, dat hiervoor ook specifieke deskundigheid nodig is, die niet exclusief op het terrein van artsen ligt.⁶³ De initiatiefneemster sluit zich aan bij deze laatste opvatting. Zij stelt voor dat naast artsen ook verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen geraadpleegd kunnen worden door mensen met een voltooid leven, mits zij de kopstudie tot 'levensindebegeleider' hebben voltooid.

Het wetsvoorstel bevat een delegatiegrondslag waarmee bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen worden gesteld aan de toelating, de inhoud van de opleiding en aan de instelling die de opleiding zal aanbieden. De precieze inhoud van de opleiding (het curriculum) zal vastgesteld worden door de relevante beroepsgroepen, maar tijdens deze kopstudie zullen in ieder geval alle aspecten aan de orde moeten komen die waarborgen dat de levensindebegeleider zijn taken en verplichtingen die voortvloeien uit de wet goed zal kunnen verrichten. Hierbij dient gedacht te worden aan het vaststellen van wilsbekwaamheid, welke mogelijkheden voor 'andere hulp' er in de samenleving beschikbaar zijn en de werking van de middelen voor hulp bij zelfdoding. Omdat het een kopstudie betreft, waartoe verschillende beroepsgroepen met verschillende achtergronden en specialisaties toegang krijgen, zullen de deelnemers reeds vanuit hun initiële opleiding en beroepservaring bekend kunnen zijn met verschillende onderdelen van het curriculum. Bij de opzet van het curriculum kan daarmee rekening worden gehouden.

⁶³ J.H. Dijkhuis, 'Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven' (december 2004), p 40.

De initiatiefneemster acht het, gezien de verantwoordelijkheid die de levenseindebegeleider krijgt, wenselijk dat deze beroepsgroep onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) komt te vallen, en daarmee dus ook onder het tuchtrecht. Dit betekent de levenseindebegeleider, indien sprake is van bijvoorbeeld enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten, de levenseindebegeleider voor een regionaal tuchtcollege (en eventueel in beroep voor het centrale tuchtcollege) zou kunnen moeten verschijnen. Deze colleges kunnen, indien een klacht gegrond is, diverse maatregelen opleggen, zoals een waarschuwing, een berisping of zelfs een doorhaling van de inschrijving in het register.⁶⁴ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor dit openbaar register van levenseindebegeleiders. Dit maakt dat het voor iedereen inzichtelijk is dat een levenseindebegeleider ook daadwerkelijk gediplomeerd is om als levenseindebegeleider op te treden.

4.4 Procedure

Omdat het verlenen van stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten ingrijpend is, moeten aan deze hulp hoge eisen van zorgvuldigheid en toetsbaarheid worden gesteld. Deze eisen richten zich op de levenseindebegeleider die de hulp verleent, de criteria waaraan de hulpvragende oudere dient te voldoen, de voorwaarden die aan de levenseindebegeleiding worden gesteld, het melden van de verleende stervenshulp en op de toetsing van verleende stervenshulp door een toetsingscommissie.

Ouderen die een stervenswens hebben ontwikkeld kunnen zich met hun hulpvraag wenden tot een levenseindebegeleider, die met hen hierover in gesprek zal gaan. Zoals eerder gesteld, meent de initiatiefneemster dat in nagenoeg ieders levensverhaal familie, geliefden, collega's en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol spelen. Daarom is het wenselijk dat ook naasten betrokken worden bij het proces rondom hulp bij zelfdoding. Tijdens de bijzondere procedure⁶⁵ die de initiatiefneemster op 11 maart 2019 organiseerde over de levenseindebegeleider en de opleiding daartoe, is er door enkele aanwezige experts en organisaties stilgestaan bij de rol van naasten en ook uit het PERSPECTIEF-onderzoek blijkt dat de stervenswens besproken wordt met naasten. Ouderen zeggen hier evenwel moeite mee te hebben, omdat de stervenswens bijvoorbeeld niet altijd begrepen wordt. De levenseindebegeleider zal de oudere dan ook aanraden om naasten te betrekken bij de stervenswens. De levenseindebegeleider kan een faciliterende rol spelen bij het bespreken van de stervenswens en, indien gewenst, ook met de naasten gesprekken voeren. Het gaat hier echter wel om een keuze van de oudere zelf. Indien deze niet wil dat naasten betrokken worden bij het verzoek, dan kan hij of zij dit kenbaar maken aan de levenseindebegeleider en heeft dit verder geen gevolgen voor het verzoek van de oudere.

Tevens dient de levenseindebegeleider, indien mogelijk en gewenst door de oudere, overleg te voeren met diens huisarts. Gelijk aan het betrekken van naasten, betreft ook het betrekken van de huisarts een keuze van de oudere. Indien het overleg tussen de levenseindebegeleider en de huisarts niet gewenst is, kan de oudere dit kenbaar maken en heeft dit verder geen gevolgen voor het verzoek van de oudere.

⁶⁴ Artikelen 48, eerste lid, en 79 e.v. van de Wet BIG.

⁶⁵ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2019A00828.

De eventuele gesprekken met naasten en huisarts kunnen een bijdrage leveren aan de taak van de levenseindebegeleider om te achterhalen of de hulpvraag zonder enige druk van buitenaf tot stand is gekomen en weloverwogen en duurzaam is. Ook dient de levenseindebegeleider, in overleg met de oudere, te onderzoeken of mogelijk nog een nieuw perspectief kan worden geboden. Het is immers mogelijk dat de oudere het leven zoals hij of zij dat nu leeft als ondraaglijk ervaart, maar het leven weer de moeite waard vindt als bepaalde hulp of zingeving wordt geboden. Uit de diepte-interviews van het PERSPECTIEF-onderzoek blijkt dat voor sommigen, door hen het gevoel te geven dat zij een maatschappelijke functie hebben, de stervenswens tijdelijk (of geheel) weggaat. Daartegenover komt uit het onderzoek ook de onoplosbaarheid van de stervenswens naar voren. Daarom zal de levenseindebegeleider onderzoeken welke factoren bijdragen aan de stervenswens, en nagaan in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden. Als ook medische klachten bijdragen tot de overtuiging dat het leven voltooid is, kan de levenseindebegeleider in overleg met de betrokkene een arts of specialist raadplegen. Echter, de oudere mag de hulp die hem geboden wordt wel afwijzen. Het is aan de oudere zelf om te bepalen of aan andere hulp nog behoefte is.

De levenseindebegeleider voert ten minste twee uitvoerige en indringende gesprekken met de oudere, verspreid over een periode van ten minste twee maanden. Indien meer tijd tussen de gesprekken of meer gesprekken vanuit de oudere gewenst zijn, is dit uiteraard mogelijk. Tijdens deze gesprekken wordt de wilsbekwaamheid vastgesteld en stelt de oudere aan het einde van het eerste gesprek een schriftelijke verklaring op of maakt hij met behulp van audiovisuele middelen zijn stervenswens kenbaar, en overhandigt deze aan de levenseindebegeleider. Bij de daaropvolgende gesprekken wordt deze verklaring formeel herbevestigd. Verder is het de taak van de levenseindebegeleider om de oudere in te lichten over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de verzochte stervenshulp. De levenseindebegeleider gaat ook na of de oudere die het verzoek doet de leeftijd van 75 heeft bereikt en of hij Nederlander of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland is.

Als de levenseindebegeleider samen met de oudere tot de conclusie is gekomen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, consulteert hij of zij ten minste een andere, onafhankelijke levenseindebegeleider. Gelijk aan de onafhankelijk arts uit de euthanasiewet is de onafhankelijke collega geen praktijkgenoot of maatschapslid, geen familielid en geen levenseindebegeleider die in enige andere ondergeschikte of afhankelijke verhouding tot de levenseindebegeleider staat. Deze onafhankelijke levenseindebegeleider voert minstens één gesprek met de oudere, waarbij ook de eerder aangehaalde verklaring formeel herbevestigd dient te worden. Deze onafhankelijke levenseindebegeleider vormt een zelfstandig oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en legt dat schriftelijk vast. Als deze informatie geen invloed heeft op de eerdere conclusie, spreekt de levenseindebegeleider vervolgens een datum en tijd af met de oudere die om de hulp heeft verzocht.

Hierna kan de levenseindebegeleider de middelen voor de hulp bij zelfdoding en een anti-emeticum (anti-braakmiddel) zelf voorschrijven. Een procedure waarbij degene die de middelen voorschrijft zelf de zorgvuldigheidstoets verricht en daarvoor verantwoording af moet leggen, ziet de initiatiefneemster als het meest zorgvuldig. Voor de middelen die nodig zijn voor hulp bij zelfdoding is een veilige verstrekking van het grootste belang. Tijdens de opleiding tot levenseindebegeleider zullen de werking en toepassing van deze middelen aan de orde komen. Daardoor zullen levenseindebegeleiders na succesvolle afronding van de opleiding deze middelen kunnen voorschrijven.

De levenseindebegeleider schrijft een recept voor de benodigde middelen uit en verkrijgt deze bij een apotheek. Op het afgesproken tijdstip overhandigt de levenseindebegeleider deze middelen aan de oudere. Hij ziet erop toe - en blijft er dus zelf bij - dat de oudere de middelen zelf en op de juiste wijze inneemt. Dit kan plaatsvinden in de aanwezigheid van familie, vrienden of anderen.

Uiteraard blijft altijd de mogelijkheid bestaan dat de oudere op enig moment in de hiervoor beschreven stappen van de stervenshulp afziet. Tot op het allerlaatste moment is daar ruimte voor. Als een oudere op het afgesproken moment van het gebruik van de middelen afziet, dient de levenseindebegeleider de middelen terug te brengen naar de apotheek.

Nadat de oudere is overleden, doet de levenseindebegeleider door middel van het voorgeschreven ingevulde formulier aan de gemeentelijk lijkschouwer mededeling van de oorzaak van het overlijden en verstrekt hij tevens aan de lijkschouwer het daarbij behorende verslag van de door hem verleende stervenshulp. Dit verslag wordt door de lijkschouwer ter kennis gebracht van de regionale toetsingscommissie die krachtens dit wetsvoorstel is ingesteld. Deze beoordeelt of de stervenshulp volgens de regels van onderhavig wetsvoorstel is uitgevoerd.

5. Constitutionele aspecten

De Nederlandse Grondwet bevat geen bepalingen waaruit een recht op levensbeëindiging voortvloeit en tevens geen bepalingen die daar rechtstreeks aan in de weg staan. Hoewel waarden als bescherming van het leven en de lichamelijke integriteit, maar ook zelfbeschikking tot uitdrukking komen in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, waarin het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer zijn neergelegd, is er geen consensus over de normatieve betekenis van deze grondrechten voor de regulering van hulp bij zelfdoding.⁶⁶ Voor zover men een ruime uitleg geeft aan artikel 10 van de grondwet geldt dat beperkingen ten aanzien van het in dat artikel vervatte recht bij of krachtens wet moeten worden vastgesteld. Aan die eis is met het voorliggende wetsvoorstel, in combinatie met de voorgestelde wijziging van artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, voldaan. Anderzijds bestaat er ook geen grondwetsbepaling die een verplichting voor de overheid bevat tot het vaststellen van een wet als de onderhavige.

Het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) biedt meer houvast. Ook het PERSPECTIEF-onderzoek wijst op dit verdrag en het feit dat het onderhavige wetsvoorstel in het internationaal juridische kader dient te passen. Dit verdrag bevat in artikel 2 wel een bepaling over het recht op leven.⁶⁷ Uit de aard van dit verdrag – het waarborgen van de menselijke waardigheid en fundamentele vrijheidsrechten – kan worden geconcludeerd dat daarin het leven als individueel recht wordt

⁶⁶ Zie o.a.: B.C. van Beers, 'Commentaar op artikel 11 van de Grondwet', in: E.M.H. Hirsch Ballin en G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet*, p. 6-7, en: M.M. Groothuis 'Commentaar op artikel 10 van de Grondwet', in: E.M.H. Hirsch Ballin en G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet*, p. 26, webeditie 2020 (www.nederlandrechtsstaat.nl)

⁶⁷ Dat recht is ook vastgelegd in het artikel 2 van het EU-Handvest van de grondrechten, artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR) en artikel 3 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM).

erkend en niet als een plicht die voort zou vloeien uit een bovenpersoonlijke waarde, zoals God of de gemeenschap.⁶⁸

Uit de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) blijkt, dat het EVRM weliswaar geen ‘right to die’ bevat, maar dat wel artikel 8 van het EVRM van belang is. Dat artikel bevat het recht op eerbiediging van ieders privéleven, familieleven en gezinsleven. Daaronder vallen volgens het EHRM ook de noties van persoonlijke autonomie, kwaliteit van leven en de keuze van een individu om een in zijn of haar ogen onwaardig en schrijnend levenseinde te vermijden. En dit aspect wint aan belang gezien het toenemend aantal mensen die zich, door de medische vooruitgang en toegenomen levensverwachting, gedwongen zouden kunnen zien om oud en verzwakt voort te leven, in strijd met hun eigen identiteit.⁶⁹ Daaraan wordt door het EHRM nog toegevoegd dat het recht om, mits sprake is van wilsbekwaamheid, te beslissen over de wijze en het moment waarop personen hun leven willen beëindigen, beschermd wordt door het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer zoals neergelegd in artikel 8 van het EVRM.⁷⁰

Op dit recht zijn wel beperkingen mogelijk, maar die moeten bij wet zijn voorzien (hetgeen inhoudt dat de beperking voldoende kenbaar en voorzienbaar is), en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn (tegenwoordig in een dwingende maatschappelijke behoefte, proportioneel en geschikt zijn) met het oog op de in artikel 8, tweede lid, van het EVRM genoemde legitieme doelen, in welk verband onder meer de openbare veiligheid en bescherming van de gezondheid – de middelen moeten niet in verkeerde handen vallen – en het voorkomen van strafbare feiten kunnen een rol spelen. Voor het bepalen wat in een democratische samenleving noodzakelijk is om deze legitieme doelen te dienen, pleegt het EHRM een ‘margin of appreciation’ aan de lidstaten te laten. Die ‘margin of appreciation’ zal in het algemeen groter zijn als het aan het EHRM niet of slechts in beperkte mate lukt een gelijkkluidende Europese opvatting vast te stellen over de reikwijdte van bepaalde rechten of hun beperkingen.⁷¹ En dat is op het onderhavige terrein het geval.

In de jurisprudentie van het EHRM gaat het om mensen die zich door de wetgeving van hun land of de uitvoering daarvan belemmerd voelden in het uitvoeren van hun keuze voor een waardig levenseinde. Dat doet allereerst de vraag rijzen of die wetgeving binnen de ingevolge de ‘margin of appreciation’ gerechtvaardigde beperking van het recht op een privéleven valt. Dat was in de zaken *Pretty* en *Haas* het geval.

In de zaak *Pretty* ging het om een Engelse vrouw die leed aan een dodelijke ziekte, haar leven wilde beëindigen, maar daar de hulp van haar echtgenoot bij nodig had. De Engelse wet verbood zelfmoord niet, maar het verlenen van hulp daarbij wel. De staat krijgt een ‘margin of appreciation’. Van de inmenging mocht worden gezegd dat deze nodig was in een democratische samenleving, ter bescherming van kwetsbaren, ook al was er sprake van een algeheel verbod zonder uitzonderingen. Naar oordeel van het EHRM was het Verenigd Koninkrijk binnen de ‘margin of appreciation’ gebleven.

In de zaak *Haas* ging het om een Zwitser met een psychiatrische ziekte, die al twee keer een zelfmoordpoging had gedaan. Hij was lid van de in paragraaf 2.10 genoemde organisatie Dignitas, maar vond geen arts die bereid was om het benodigde middel voor zelfdoding voor

⁶⁸ EHRM 29 april 2002 *Pretty vs. het The United Kingdom* § 65: “The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom.”

⁶⁹ *Pretty* § 61, 65 en 67.

⁷⁰ EHRM 20 januari 2011 *Haas v. Zwitserland*, § 51.

⁷¹ Zie ook: conclusie A-G bij de Hoge Raad van 18 december 2018, ECLI:NL:PHR:2018:1385.

te schrijven. In Zwitserland is hulp bij zelfdoding alleen strafbaar als deze geschiedt “vanuit egoïstische motieven”. Het vereiste van een recept voor het verkrijgen van het middel stond echter ook los van dat criterium in de weg aan het verkrijgen van hulp bij zelfdoding door middel van het verschaffen van de benodigde middelen.

Hierbij is van belang dat het EHRM artikel 8 EVRM niet slechts ziet als een afweerrecht, maar ook stelt dat er op de staat een positieve verplichting rust om maatregelen te nemen die het mogelijk maken vast te stellen dat het individu de beslissing om zijn leven te beëindigen, in vrijheid en in wilsbekwame staat neemt. Maar hierbij geldt wel dat het hele EVRM, waaronder ook artikel 2, in de afweging zal moeten worden betrokken. En ook hierbij geldt de ‘margin of appreciation’.⁷² Het EHRM oordeelde dat Zwitserland daarbinnen was gebleven.

In de zaak *Gross* ging het opnieuw om een Zwitserse burger. Zij leed aan een voortdurend afnemende levenskwaliteit en was lid van de in paragraaf 2.10 genoemde organisatie Exit. Ook zij vond geen arts die bereid was haar een middel voor zelfdoding voor te schrijven. Er waren geen twijfels over haar wilsbekwaamheid, maar artsen achtten het niet in overeenstemming met hun beroepscode om het middel voor te schrijven. Het EHRM achtte het waarschijnlijk dat deze terughoudendheid werd veroorzaakt door het “chilling effect” dat uitging van het feit dat in de jurisprudentie van het Zwitserse Hooggerechtshof verwezen placht te worden naar deze beroepscode, en dat daarin het voorschrijven van dodelijke middelen alleen acceptabel werd geacht in geval van terminaal zieke patiënten. Daarbij was voor het EHRM van belang dat die beroepscode was uitgevaardigd door een private organisatie en geen wettelijk karakter had, terwijl er ook geen door de Zwitserse overheid uitgevaardigde richtlijnen bestonden, waaruit duidelijk kon blijken in welke gevallen een arts bevoegd is om een dodelijk middel voor te schrijven aan een patiënt die niet lijdt aan een terminale ziekte. Het EHRM overwoog dat de situatie bij mevrouw Gross veel angst en onzekerheid teweeg gebracht moet hebben met betrekking tot haar recht om haar leven te beëindigen, en dat het niet zo ver zou zijn gekomen als Zwitserland daaromtrent officiële richtlijnen uitgevaardigd zou hebben. Daarbij erkende het EHRM dat het in een democratische samenleving moeilijk kan zijn om daarover politieke consensus te bereiken, maar dat deed er niet aan af dat het de taak van de Zwitserse overheid was om op dit punt duidelijkheid te creëren. De bestaande Zwitserse wetgeving achtte het EHRM daarvoor niet toereikend. Daarom kwam het EHRM tot het oordeel dat Zwitserland artikel 8 EVRM had geschonden.⁷³

Het voorliggende wetsvoorstel ligt in de lijn van de jurisprudentie van het EHRM. Het wetsvoorstel beoogt de onduidelijkheid die het EHRM in Zwitserland aanwezig achtte te vermijden, door een regeling te treffen voor het voorschrijven van middelen voor stervenshulp, waarin stervenshulpbegeleiders bevoegd zijn daarvoor recepten uit te schrijven. Daarmee wordt het mogelijk om in Nederland een verantwoorde afweging te maken tussen de twee mensenrechten die het Hof in dit verband van belang acht: het recht op leven en de daarmee corresponderende verplichting van de staat dat te beschermen, en het recht dat wilsbekwame personen hebben om hun leven op een zelfgekozen moment en op een waardige wijze te beëindigen en de daarmee corresponderende verplichting van de staat om maatregelen te treffen die het mogelijk maken om vast te stellen dat de betrokkene in vrijheid en in wilsbekwame toestand tot dat besluit gekomen is. De afwegingen die daartoe in het

⁷² EHRM 20 januari 2011 *Haas v. Zwitserland*, §53-54.

⁷³ EHRM 14 mei 2013 *Gross v. Switzerland* § 64-67. Overigens betrof het hier een uitspraak van een kamer van het Hof, die verwezen werd naar de “Grote Kamer”. Die verklaarde op 30 september 2014 de klacht van mevrouw Gross niet-ontvankelijk, omdat zij inmiddels was overleden.

wetsvoorstel worden gemaakt blijven onmiskenbaar binnen de ‘margin of appreciation’ die het EHRM aan lidstaten pleegt te laten.

6. Uitvoering en financiële aspecten

Voor de uitvoering van het wetsvoorstel is enerzijds in belangrijke mate aangesloten bij de euthanasiewet, en anderzijds bij de Wet BIG.

Bij de Wet BIG wordt aangesloten doordat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar in de zin van die wet wordt. Daarmee gaan ook de titelbescherming en het tuchtrecht ingevolge die wet voor de levenseindebegeleiders gelden. Aan de kenbaarheid van levenseindebegeleiders hecht de initiatiefneemster grote waarde. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG is dit punt geborgd. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor het instellen van een openbaar register voor levenseindebegeleiders.

Het wetsvoorstel bepaalt dat de opleiding betrekking heeft op de naleving van de zorgvuldigheidseisen en op andere wettelijke taken en verplichtingen van de levenseindebegeleider. Voorts voorziet het voorstel in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen te stellen aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling waardoor de opleiding wordt aangeboden. Doordat in het wetsvoorstel wordt bepaald dat tot de opleiding alleen artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen mogen worden toegelaten, wordt ook aangesloten bij de ingevolge de Wet BIG voor deze beroepsgroepen gestelde opleidingseisen.

De toetsing van het handelen van levenseindebegeleiders is opgedragen aan met dit wetsvoorstel ingestelde regionale toetsingscommissies. De regeling daarvan komt in belangrijke mate overeen met die van de toetsingscommissies die zijn ingesteld in de euthanasiewet. De samenstelling van de commissies is wel anders dan in de euthanasiewet: in plaats van een arts moet steeds een levenseindebegeleider deel uitmaken van de commissie. Evenals in de euthanasiewet brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd. In het wetsvoorstel zijn met betrekking tot de werkwijze van de commissies een aantal bepalingen van de euthanasiewet van overeenkomstige toepassing verklaard. Dat resulteert in een regeling die zozeer verwant is aan die van de euthanasiewet, dat het in de rede ligt de beheersmatige aspecten van beide commissies in één organisatie onder te brengen. Artikel 19 van de euthanasiewet, dat in het wetsvoorstel van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, biedt de mogelijkheid om daarover bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels vast te stellen.

Ook voor het Wetboek van Strafrecht is gekozen voor dezelfde benadering als in de euthanasiewet: de strafbaarstellingen blijven intact, maar voor de levenseindebegeleider die zich houdt aan de wettelijke voorschriften gaat een strafuitsluitingsgrond gelden.

Het is vanuit het oogpunt van gelijke behandeling van alle burgers wenselijk dat het onderhavige voorstel zowel van toepassing is in het Europese deel van het Koninkrijk als op de BES-eilanden. Hiermee wordt tevens aangesloten bij de systematiek van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat voldoende bestaande opleidingsinstellingen de ‘kopstudie’ voor levenseindebegeleider zullen gaan aanbieden. Per ministeriële regeling zal echter wel subsidie vrijgemaakt kunnen worden voor het opstarten van de opleiding tot levenseindebegeleider. Hierbij dient bijvoorbeeld gedacht te worden aan het faciliteren van het opstellen van de inhoud van de opleiding door de beroepsgroepen alsmede aan de kosten die samenhangen met de accreditatie van de opleiding door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO).

Ook voor de bekostiging van de hulp bij zelfdoding bij oudere op verzoek zelf, zal per ministeriële regeling een subsidieregeling worden opgesteld. Gelet op de zorgvuldigheidseisen van dit wetsvoorstel, de meerdere gesprekken van uiteenlopende duur en de aanwezigheid van de levenseindebegeleider bij de hulp bij zelfdoding schat de initiatiefneemster de kosten voor het verlenen van hulp bij zelfdoding conform dit wetsvoorstel tussen de € 1.300 en €2.000. Gelet op de prevalentiecijfers uit het PERSPECTIEF-onderzoek⁷⁴ zouden de totale kosten in het eerste jaar na de inwerkingtreding van de wet naar schatting tussen de € 2,21 en € 3,4 miljoen liggen, waarna dit bedrag naar verwachting af zal nemen.

7. Consultatie

In het kader van de totstandkoming van dit initiatiefwetsvoorstel is regelmatig overleg gevoerd met betrokken organisaties en deskundigen. Een concept van het onderhavige initiatiefwetsvoorstel is op 18 december 2016 op de website van D66 geplaatst. Hierop zijn reacties gekomen van individuele burgers, professionals in de zorg, docenten en hoogleraren, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende (NVVE), de Stichting LevensendeCounseling (SLE), de Universiteit voor Humanistiek, het Humanistisch Verbond, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Stichting De Einder en de Coöperatie Laatste Wil (CLW). De reacties hebben geleid tot enkele aanpassingen in het wetsvoorstel en in de toelichting. Onderstaand wordt ingegaan op de ingebrachte reacties en aangegeven of de reactie heeft geleid tot een aanpassing in onderhavige wetsvoorstel.

1. Waarom wordt geen gevolg gegeven aan het advies van de Commissie van wijzen?

De KNMG heeft gevraagd waarom geen gevolg wordt gegeven aan het advies van de Commissie van wijzen. Volgens die commissie kan de huidige euthanasiewet de ‘grensgevallen’ opvangen waarin niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een medische grondslag. Daarmee zou de huidige euthanasiewet al voldoende ruimte bieden voor “het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als ‘voltooid’”.⁷⁵ In paragraaf 4.1 van deze memorie van toelichting heeft de initiatiefneemster – mede op grond van de jurisprudentie – uiteengezet dat de huidige euthanasiewet er niet is voor de situaties van ‘voltooid leven’ waarbij het ‘lijden aan het leven’ geen medische grondslag heeft.

De initiatiefneemster is verheugd dat de huidige euthanasiewet goed functioneert. Daarom is het goed dat de regering de aanbeveling van de Commissie van wijzen, aangaande meer

⁷⁴ Waarbij gerekend is met 1.700 ouderen (17%, de 75+ leeftijdsgroep, van de ±10.000 mensen die (hulp bij) levensbeëindiging wensen).

⁷⁵ Bijlage nr. 6777474 bij Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 51.

en duidelijker voorlichting over de inhoud en reikwijdte van de euthanasiewet zowel voor patiënten en hun naasten als voor artsen, uitvoert conform het Regeerakkoord ‘Vertrouwen in de toekomst’⁷⁶ zoals beschreven in de Nota medische ethiek.⁷⁷ Maar zij is ook van mening dat, aangezien de huidige euthanasiewet geen mogelijkheden biedt in gevallen waarin er geen medische grondslag bestaat voor het lijden, een antwoord gevonden moet worden op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de toenemende behoefte onder Nederlanders om meer autonomie te hebben inzake het eigen levenseinde wanneer medische grondslag voor het lijden ontbreekt.

Waarom er een extra uitzondering moet komen op de strafbaarheid voor hulp bij zelfdoding, waarbij barmhartigheid en autonomie uitgangspunten zijn, is in paragraaf 3 van de memorie van toelichting beschreven. Initiatiefneemster volstaat op deze plaats daarom met een verwijzing naar deze paragraaf.

2. Wat is de rechtvaardiging voor een leeftijdsgrens en is een dergelijke grens niet in strijd met EU-regels?

De KNMG, De Einder, de NVVE en de CLW hebben vragen gesteld over de rechtvaardiging van de leeftijdsgrens van 75 jaar. In paragraaf 4.2 van deze memorie heeft de initiatiefneemster haar redenen voor deze grens toegelicht. Zij volstaat hier met nogmaals te benadrukken dat zij zich ervan bewust is dat het vaststellen van de leeftijdsgrens in bepaalde mate ‘arbitrair’ is, maar zoals gezegd is een onderbouwde leeftijdsgrens in wetgeving niet ongebruikelijk als middel om een groep mensen aan te duiden en daaraan bepaalde rechtsgevolgen te verbinden. Ook in de euthanasiewet worden leeftijdsgrenzen gehanteerd – van twaalf, zestien en achttien jaar – die tot op zekere hoogte als arbitrair beschouwd kunnen worden. Daarbij komt – en dit is voor de initiatiefneemster essentieel – dat het onderhavige wetsvoorstel aan een bredere groep Nederlanders, ook zij die nog niet de leeftijd van 75 jaar hebben bereikt, rust kan geven.

Er zijn geen EU-regels die aan het stellen van de hier aan de orde zijnde leeftijdsgrens in de weg zouden kunnen staan. De EU kent wel een Kaderrichtlijn 2000/78/EG met betrekking tot gelijke behandeling in arbeid en beroep.⁷⁸ Die is in Nederland geïmplementeerd in de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid. Eventuele leeftijdsdiscriminatie in arbeid of beroep is echter in het onderhavige wetsvoorstel niet aan de orde.

3. Leidt dit wetsvoorstel juist niet tot minder vrijheid, doordat er een keuze moet worden gemaakt? Waarom is niet gekozen voor een legale ‘Laatste wil’- pil?

De SLE en de CLW hebben opgemerkt dat het wetsvoorstel ook juist tot minder vrijheid kan leiden. Enerzijds doordat er een keuze moet worden gemaakt, anderzijds doordat er nog steeds een procedure geldt. Het wetsvoorstel introduceert immers geen ‘Laatste wil-pil’.

De initiatiefneemster erkent, dat de ultieme autonomie zou worden bereikt, indien het voor eenieder die zijn leven voltooid acht vrij gemakkelijk zou zijn om legaal een middel te verkrijgen waarmee hij effectief een waardig einde aan zijn leven kan maken, zonder de hulp van anderen nodig te hebben. Zij gaat er echter van uit dat dit nu niet mogelijk is en ook in de

⁷⁶ Bijlage nr. 820240 bij Kamerstukken II 2017/18, 34700, nr. 34.

⁷⁷ Kamerstukken II 2017/18, 34990, nr. 1.

⁷⁸ Richtlijn 2000/78/EG van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep, Pb/L nr. 303 van 02/12/2000, blz. 0016-0022.

nabije toekomst niet mogelijk zal worden. Aan het vrij in roulatie zijn van dit soort middelen zouden immers grote bezwaren verbonden zijn: zij kunnen ook voor andere doeleinden worden gebruikt en in verkeerde handen terecht komen. Op goede gronden is het verstrekken van deze middelen dan ook strikt gereguleerd (onder meer alleen door apothekers en alleen op recept).

Dat het beëindigen van een leven onvermijdelijk het maken van een keuze vereist, betekent nog niet dat de autonomie van ouderen wordt beperkt. Het wetsvoorstel voorziet inderdaad in een procedure, om te voorkomen dat ouderen aan de slag gaan met ondeugdelijke middelen, die het zelfgekozen levenseinde allerminst waardig kunnen maken.

4. Wat is nut en noodzaak van het wetsvoorstel?

- *Waarom is de euthanasiewet niet toereikend, of waarom kan dit niet geregeld worden in de euthanasiewet?*

- *Waarom kan het doel niet bereikt worden via uitbreiding van de levenseindekliniek?*

- *De impact ervan op de samenleving is groot, maar het geldt voor een zeer kleine groep.*

- *Leidt dit wetsvoorstel er niet toe dat ouderdom 'onaanvaardbaar' en gestigmatiseerd gaat worden en hulp bij zelfdoding wordt genormaliseerd met tot gevolg dat meer ouderen dood zullen willen?*

- *Zijn de alternatieven, bijvoorbeeld een 'lief & leed-team' bij de gemeente voor ouderen, wel voldoende onderzocht?*

Door de KNMG en verschillende individuele burgers zijn vragen gesteld over nut en noodzaak van het wetsvoorstel. Zoals al eerder aangegeven vormt het wetsvoorstel een *aanvulling* op de huidige uitzondering op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, waardoor een arts, mits aan de zorgvuldigheidseisen zoals geformuleerd in de euthanasiewet is voldaan, hulp bij zelfdoding mag bieden aan een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt met een *overwegend medische grondslag*. Voor mensen die uitzichtloos en ondraaglijk 'lijden aan het leven' *zonder* medische grondslag biedt de huidige wet geen ruimte. Dit blijkt o.a. ook uit het in paragraaf 2.9 besproken rapport 'Voltooid leven' van de Commissie van wijzen, het in paragraaf 2.10 besproken PERSPECTIEF-onderzoek en uit de in paragraaf 2.6 vermelde jurisprudentie.

Voor hetgeen initiatiefneemster wil bewerkstelligen, vindt zij bovendien de medisch ingestoken euthanasiewet niet het juiste vehikel. De euthanasiewet in haar huidige vorm functioneert goed en initiatiefneemster wil aan deze wet dan ook niet tornen.

Gelet op het feit dat de euthanasiewet voor mensen die lijden aan het leven *zonder* medische grondslag geen ruimte biedt, kan het doel van dit wetsvoorstel evenmin bereikt worden door uitbreiding van de Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Levenseindekliniek). De Levenseindekliniek werd in maart 2012 opgezet door de NVVE. Deze kliniek met ambulante teams is bedoeld voor mensen met een actueel euthanasieverzoek. Wanneer zij menen te voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria van de euthanasiewet, maar desondanks geen gehoor vinden bij hun eigen arts, kunnen zij een beroep doen op het Expertisecentrum Euthanasie. Het doet dat echter uitdrukkelijk binnen de kaders van de huidige euthanasiewet. Een uitbreiding – die, nu het om een particulier initiatief gaat, ook niet op de weg van de overheid zou liggen – zou dan ook geen gevolgen hebben voor ouderen die zonder medische grondslag uitzichtloos en ondraaglijk 'lijden aan het leven'.

Initiatiefneemster meent verder dat dit wetsvoorstel in de lijn ligt van de maatschappelijke ontwikkelingen die in paragraaf 2 zijn geschetst en dat daarvoor een breed draagvlak bestaat,

zoals uiteengezet aan het begin van paragraaf 3. Daarbij is niet van belang of het gaat om een grote of een kleine groep. De initiatiefneemster acht het een groot goed als in de samenleving barmhartigheid en solidariteit bestaat van een grote groep met het lijden van een veel kleinere groep. De initiatiefneemster wil daaraan tegemoet komen met een wetsvoorstel.

Voor ieder wetsvoorstel geldt dat van te voren de exacte impact van een wetsvoorstel op de samenleving niet altijd goed is vast te stellen. De kans dat dit wetsvoorstel zal leiden tot de door de KNMG gevreesde gevolgen acht initiatiefneemster echter niet groot. Anders dan de KNMG en enkele individuele burgers betogen, is de initiatiefneemster juist van mening dat ouderdom en de gevolgen daarvan voor de kwaliteit van leven juist bespreekbaarder zullen worden in plaats van gestigmatiseerd en onaanvaardbaar. Zij wijst opnieuw op de ervaringen in Oregon en Zwitserland, waaruit blijkt dat in ongeveer twee derde van de gevallen het beschikbaar stellen van de (mogelijkheid) van de dodelijke middelen niet tot de zelfdoding leidt, omdat mensen er alsnog voor kiezen om te blijven leven. Essentieel is, dat mensen juist rust kunnen ondervinden aan de wetenschap dat zij – als voor hun het moment daar is – waardig kunnen sterven. Gelet hierop meent initiatiefneemster dat deze wet eerder tot gevolg zal hebben dat mensen minder vanuit angst gaan aankijken tegen ouder worden en ‘oud zijn’. Anders gezegd, dat ouderen vanwege het bestaan van de mogelijkheid om waardig te sterven hun leven minder snel als voltooid zullen zien.

De initiatiefneemster stelt tot haar tevredenheid vast, dat er de afgelopen jaren veel ondernomen is om de maatschappelijke randvoorwaarden die nodig zijn om ouderen zich ook op hogere leeftijd welkom te laten voelen in de samenleving, te versterken. De initiatiefneemster wijst hierbij onder andere op het initiatief ‘Waardig ouder worden’, met als doel dat waardig ouder worden als vanzelfsprekend wordt gezien. Door middel van het Pact voor de ouderenzorg⁷⁹ en de actieprogramma’s die hieronder vallen wordt gewerkt aan een samenleving waarin ouderen zich gewaardeerd en gekend voelen. De kwaliteit van zorg en ondersteuning, zowel in verpleeghuizen⁸⁰ als bij mensen thuis,⁸¹ wordt verder verbeterd en eenzaamheid wordt eerder gesignaleerd en doorbroken.⁸² Dit alles is noodzakelijk en kan tot aanmerkelijke verbeteringen leiden. Maar het neemt niet weg dat er ouderen zullen blijven die hun leven willen beëindigen omdat, zoals het PERSPECTIEF-onderzoek stelt, de stervenswens onoplosbaar is. De levenseindebegeleider zal tijdens de gesprekken met deze oudere wijzen op mogelijke alternatieven en samen met de oudere onderzoeken of deze hulp gewenst is. Maar voor degenen die – ondanks de hierboven geschetste initiatieven of mogelijk een ‘lief & leed-team’ bij de gemeente – toch willen sterven, kan dit wetsvoorstel een uitkomst bieden.

5. Waarom is het wetsvoorstel nog zo medisch ingestoken door bv. een BIG-registratie te eisen en het toezicht te beleggen bij de RTE?

- *Waarom geen apart register voor levenseindebegeleiders?*
- *Waarom is er een tweede levenseindebegeleider nodig?*

De NVVE, KNMG, CLW en het Humanistisch Verbond hebben vragen gesteld over waarom voor de uitvoering van het wetsvoorstel in belangrijke mate is aangesloten bij de euthanasiewet, de Wet BIG en het Wetboek van Strafrecht.

⁷⁹ Kamerstukken II 2017/18, 31765, nr. 299.

⁸⁰ Bijlage nr. 838553 bij Kamerstukken II 2017/18, 31765, nr. 318.

⁸¹ Bijlage nr. 845972 bij Kamerstukken II 2017/18, 31765, nr. 326.

⁸² Bijlage nr. 836237 bij Kamerstukken II 2017/18, 29538, nr. 252.

Omdat het verlenen van stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten ingrijpend is, is van het grootste belang dat aan deze hulp hoge eisen van zorgvuldigheid en toetsbaarheid worden gesteld. Uit verschillende evaluaties van de euthanasiewet volgt dat de daar geldende procedure goed werkt. Daarom sluit initiatiefneemster op bepaalde punten, zoals de keuze voor een tweede levenseindebegeleider vergelijkbaar met de SCEN-arts bij een euthanasieverzoek, bij deze procedure aan. Op een ander punt wijkt initiatiefneemster juist van de euthanasiewet af, namelijk door een bedenktijd van twee maanden in te voeren. Aan de kenbaarheid van levenseindebegeleiders en het toezicht op het verloop van een procedure hecht de initiatiefneemster ook grote waarde. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG zijn deze punten geborgd. De initiatiefneemster heeft er – anders dan in de euthanasiewet – voor gekozen om de arts geen sleutelrol te geven bij de toepassing van de middelen. De levenseindebegeleider leert tijdens de kopstudie over de toepassing van de middelen die tot een zachte dood leiden. De initiatiefneemster meent daarom dat levenseindebegeleiders na een succesvolle afronding van hun opleiding deze middelen kunnen voorschrijven en ook overigens zorg kunnen dragen voor een professionele uitvoering van de hulp. Daarvan maakt het aanwezig zijn bij de zelfdoding deel uit.

6. Hoe gaat de afbakening tussen de euthanasiewet en deze wet er in de praktijk uit zien?

De KNMG maakt zich, gelet op het feit dat in dit wetsvoorstel wat betreft de uitvoering aansluiting wordt gezocht bij de euthanasiewet, zorgen over de afbakening tussen de euthanasiewet en dit wetsvoorstel. Zij vraagt zich daarbij ook af of mensen ouder dan 75 nog een beroep zullen doen op de euthanasiewet. Allereerst wil de initiatiefneemster voorop stellen dat er een belangrijk verschil is en blijft tussen de euthanasiewet en het voorliggende wetsvoorstel: de euthanasiewet heeft betrekking op actieve levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding, terwijl het wetsvoorstel beperkt is tot hulp bij zelfdoding. In gevallen waarin sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zal het vrijwel altijd gaan om een patiënt die onder behandeling is bij een arts. Hoewel voor patiënten ouder dan 75 jaar dan ook de route van het voorliggende wetsvoorstel beschikbaar zou zijn, ligt het voor de hand dat zij voor de uitvoering van een eventueel stervensverzoek ‘in het medische circuit’ zullen blijven. Ook omdat een euthanasieverzoek binnen dagen uitgevoerd zou kunnen worden⁸³ terwijl het onderhavige wetsvoorstel een minimale periode van twee maanden kent tussen de minimaal twee gesprekken met de levenseindebegeleider. Daarnaast is de procedure van het onderhavige wetsvoorstel ook niet in zodanige mate ‘lichter’ dan die van de euthanasiewet – er blijft een oordeel van twee hulpverleners vereist, die daartoe indringende gesprekken met de patiënt met een stervenswens voeren – dat daarin een reden gelegen zou kunnen zijn om een beroep te gaan doen op een stervensbegeleider. Als sprake is van een medische grondslag voor het (uitzichtloze en ondragelijke lijden) blijft de euthanasiewet dan ook de aangewezen route.

Ook zal de levenseindebegeleider tijdens de gesprekken moeten nagaan of andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek om hulp bij zelfdoding gewenst is. In dat kader zal hij ook aandacht moeten besteden aan de vraag of er bij de verzoeker geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, op grond waarvan via de euthanasiewet hulp bij zelfdoding mogelijk is. En als de levenseindebegeleider dit vermoedt zal hij de verzoeker wijzen op de mogelijkheden van hulp bij zelfdoding volgens de euthanasiewet.

⁸³ Stappenplan euthanasie, Nederlands Huisartsen Genootschap (2019).

Maar het voorliggende wetsvoorstel sluit ouderen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een medische grondslag niet uit. Voor deze groep ouderen zullen er dus twee wetten kunnen gaan bestaan die hulp bij zelfdoding mogelijk maken. De initiatiefneemster ziet daarin geen probleem, nu beide wetten waarborgen bevatten voor het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek en voor een zorgvuldige uitvoering ervan.

7. In het wetsvoorstel wordt te weinig aandacht besteed aan de gevolgen voor en de rol van nabestaanden.

Onder andere de KNMG en individuele burgers hebben opgemerkt dat een verzoek om waardig te willen sterven ook zeer veel impact kan hebben op de levens van nabestaanden. Zij vinden dat in het wetsvoorstel aan dit aspect te weinig aandacht is besteed. Er werd bijvoorbeeld opgemerkt dat “naasten niet de regie moeten gaan overnemen, maar het ook niet louter een individuele aangelegenheid is.” Ook in het PERSPECTIEF-onderzoek werd stilgestaan bij de rol van naasten alsmede tijdens de eerder vermelde bijzondere procedure.⁸⁴ De initiatiefneemster erkent dat een verzoek om hulp bij zelfdoding ook voor nabestaanden zeer ingrijpend kan zijn. Daarom heeft zij in het wetsvoorstel een extra zorgvuldigheidseis opgenomen. Deze houdt in dat de levenseindebegeleider informeert of de oudere zijn naasten heeft betrokken bij zijn verzoek en hem adviseert om, als hij dat nog niet heeft gedaan, het alsnog te doen. Dit geldt uiteraard alleen indien er naasten zijn die op deze wijze bij de stervenswens van de oudere betrokken kunnen worden. Daarbij zal de regie wel altijd in handen van de oudere blijven. Als hij geen naasten bij zijn sterven wil betrekken, zal de levenseindebegeleider dit respecteren. Het heeft dan geen gevolgen voor het al dan niet honoreren van het verzoek. Zijn er wel naasten waarvan de oudere aangeeft dat zij wel bij het verzoek betrokken kunnen worden, dan is denkbaar dat zij ook worden betrokken bij de gesprekken die de levenseindebegeleider met de oudere voert. Maar hij zal altijd ook zonder aanwezigheid van naasten met de oudere moeten spreken. In de eerder aangehaalde ‘Death with Dignity act’ uit Oregon staat eenzelfde soort verplichting voor de behandelend arts.⁸⁵ Op deze wijze meent de initiatiefneemster de positie van naasten beter te verankeren in het wetsvoorstel. Dit brengt met zich mee dat ook tijdens de opleiding tot levenseindebegeleider uitgebreid aandacht moeten worden besteed aan de rol van nabestaanden gedurende het proces.

8. Waarom een bedenktijd van 2 maanden? Leidt dit niet tot ongelijkheid t.o.v. de euthanasiewet?

Deze vragen werden gesteld door de NVVE en de KNMG. De periode van twee maanden die moeten zijn verstreken tussen twee gesprekken van de levenseindebegeleider met de oudere zijn niet zozeer bedoeld als ‘bedenktijd’, als wel gekozen als middel om te borgen dat sprake is van een weloverwogen en duurzaam verzoek. Op dat punt is er inderdaad een verschil met de euthanasiewet, maar daar is een goede reden voor. In de euthanasiewet is niet sprake van een ‘duurzaam’ verzoek, maar moet het verzoek alleen vrijwillig en weloverwogen zijn volgens artikel 2, eerste lid, onder a, van de euthanasiewet. In geval van een voltooid leven is er geen bezwaar tegen een extra zorgvuldigheidseis om te waarborgen dat een verzoek niet

⁸⁴ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2019A00828.

⁸⁵ Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statute Nr 127.835 s.3.05. 1997: “Family notification. The attending physician shall recommend that the patient notify the next of kin of his or her request for medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897. A patient who declines or is unable to notify next of kin shall not have his or her request denied for that reason.”.

alleen weloverwogen, maar ook duurzaam is. Reeds het vooruitzicht dat binnen enkele maanden een einde kan komen aan een als voltooid beschouwd leven, kan aan de betrokken oudere veel rust geven.

9. Vragen over de implementatie van dit wetsvoorstel.

- De inhoud van de opleiding, de taken en verantwoordelijkheden van levenseindebegeleiders en de vorm van de procedure.

- Hoe wordt de zorgvuldigheid geborgd nu hetgeen getoetst moet worden door levenseindebegeleiders zeer subjectief is?

De NVVE, KNMG, het Humanistisch Verbond, De Einder en de Universiteit voor Humanistiek hebben vragen gesteld over de inhoud van de opleiding, de taken en verantwoordelijkheden van levenseindebegeleiders en de vorm van de procedure. De initiatiefneemster vindt het essentieel dat levenseindebegeleiders over specifieke deskundigheid beschikken. Daarom heeft zij voor de vorm van een ‘kopstudie’ gekozen. De artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen die toegang hebben tot deze opleiding zijn vanuit hun studie en werk al bekend met ingewikkelde levensvragen. Door de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar te maken in de zin van de Wet BIG is ook de kenbaarheid van levenseindebegeleiders en het toezicht op het verloop van een procedure geborgd.

Hoe de opleiding precies zal worden ingericht, is aan de diverse beroepsgroepen en relevante partijen met kennis van zaken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het Expertisecentrum Euthanasie en de Universiteit van Humanistiek die op hun eigen terreinen over de jaren op het gebied van voltooid leven expertise hebben opgebouwd. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de nadere eisen die per algemene maatregel van bestuur vastgelegd worden. Daarvoor zal een voorhangprocedure gelden, waardoor ook de betrokkenheid van de Tweede Kamer gewaarborgd is. Dit is dus een latere stap in het proces. Desalniettemin volgt reeds uit het wetsvoorstel welke aspecten in ieder geval in de opleiding aan de orde moeten komen: hoe moet worden omgegaan met alle zorgvuldigheidseisen en met alle andere verplichtingen van de levenseindebegeleider die uit de wet voort zullen vloeien.

Zowel in het wetsvoorstel als in de euthanasiewet staat de wens van de betrokkene centraal. Die is onvermijdelijk subjectief van aard. Dat staat er echter niet aan in de weg dat zorgvuldigheidseisen gelden waaraan levenseindebegeleiders respectievelijk artsen moeten voldoen. Die eisen voor levenseindebegeleiders zijn in het wetsvoorstel zo objectief mogelijk geformuleerd. Daarbij is, waar dat kon, steeds aangesloten bij de formuleringen in de euthanasiewet.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1

Dit artikel bevat enkele definities.

Met het begrip ‘commissie’ wordt bedoeld op de in artikel 7 ingestelde regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 294, derde lid, van het Wetboek van Strafrecht.

In de definitie van ‘hulp bij zelfdoding’ zijn de voor dit wetsvoorstel essentiële elementen opgenomen: de hulp bij zelfdoding betreft het door de levenseindebegeleider aan een oudere voorschrijven en verschaffen van middelen tot zelfdoding, het moet daarbij gaan om een verzoek, het verzoek moet afkomstig zijn van de ‘oudere’ –gedefinieerd als een persoon die de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt – en het verzoek moet gericht zijn tot de levenseindebegeleider.

Met ‘levenseindebegeleider’ wordt bedoeld op degene die als zodanig is ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG. Het wetsvoorstel voorziet in een wijziging van die wet, op grond waarvan de levenseindebegeleider beroepsbeoefenaar in de zin van de die wet zal zijn. Het beschikken over deze kwaliteit is in het wetsvoorstel ook opgenomen in de aan artikel 294, derde lid, van het Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr) toegevoegde nieuwe strafuitsluitingsgrond.

Met ‘middelen tot zelfdoding’ worden bedoeld geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b Geneesmiddelenwet. Daaruit volgt dat hulp bij zelfdoding in het kader van deze wet uitsluitend kan worden uitgevoerd met die geneesmiddelen.

Artikel 2

Zoals in paragraaf 4.4 van het algemeen deel is toegelicht, moet aan zorgvuldigheidseisen worden voldaan voordat een succesvol beroep kan worden gedaan op de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. Deze zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen in artikel 2. De zorgvuldigheidseisen volgen min of meer de chronologie van de procedure. Zo zal de raadpleging van de onafhankelijke levenseindebegeleider ingevolge onderdeel h pas plaatsvinden wanneer vastgesteld is dat de oudere inderdaad ouder dan 75 is ingevolge onderdeel a.

Onderdeel a bevat allereerst het vereiste dat de verklaring inhoudende het verzoek om hulp bij zelfdoding, alleen kan worden gedaan door een oudere die Nederlander is of ten minste twee jaar ingezetene is van Nederland. Wat onder ‘ingezetene’ moet worden verstaan, kan worden afgeleid uit artikel 1.1 onderdeel f, van de Wet basisregistratie personen. Het gaat kort gezegd om iemand die staat ingeschreven in een Nederlandse gemeente. Het gebruik van het begrip ‘oudere’ in dit onderdeel betekent dat voldaan moet zijn aan de leeftijdsgrens van 75 jaar. De levenseindebegeleider zal moeten verifiëren of aan deze eisen is voldaan.

In *onderdeel b* wordt uitdrukking gegeven aan de gedachte dat de naasten van de oudere bij het verzoek om hulp betrokken moeten kunnen zijn, tenzij hij dat beslist niet wil. Afgezien is van een verdere juridisering van het begrip ‘naasten’. Het is aan de oudere, daarover door de levenseindebegeleider – zo nodig indringend – bevroegd, om aan te geven of die er zijn en wie dat zijn. Het is ook niet zó, dat het oordeel van een bij het proces betrokken naaste doorslaggevend kan zijn. Het blijft uiteindelijk aan de oudere om te beslissen over het volharden in diens verzoek.

Onderdeel c is een zorgvuldigheidseis over het overleg tussen de levenseindebegeleider en de huisarts van de oudere. De huisarts kan een bijdrage leveren aan het verkrijgen van een achtergrondbeeld van de hulpvraag. Gelijk aan het betrekken van naasten bij de hulpvraag is het ook aan de oudere om te beslissen of dit gesprek plaats mag vinden. Met ‘zo mogelijk’ wordt bedoeld op het feit dat enkele huisartsen, wegens persoonlijke gewetensbezwaren, wellicht niet mee willen werken aan een dergelijk overleg, hetgeen geen gevolgen heeft voor het verzoek van de oudere. Ook is het niet zo dat het oordeel van de betrokken huisarts over

het verzoek doorslaggevend kan zijn. Het blijft uiteindelijk aan de oudere om te beslissen over het doorzetten van diens verzoek.

De zorgvuldigheidseis die is opgenomen in *onderdeel d* vereist dat de levenseindebegeleider de overtuiging heeft gekregen van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek. Het criterium ‘vrijwilligheid’ vereist dat het verzoek zonder druk van buitenaf tot stand is gekomen; het kan uitsluitend gaan om een wens die door de oudere zelf wordt gevoeld. Het criterium ‘duurzaam’ en ‘weloverwogen’ houdt in dat de wens gedurende een zekere periode aanwezig moet zijn en goed doordacht dient te zijn. Mede daarvoor bevat deze zorgvuldigheidseis een minimum van ten minste twee maanden, waarin de levenseindebegeleider meerdere opeenvolgende gesprekken voert met de oudere. Dat moeten ten minste twee gesprekken zijn. In de periode van ten minste twee maanden kunnen ook meer dan twee gesprekken plaatsvinden.

Onderdeel e bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider met de oudere de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is. Het is de taak van de levenseindebegeleider om na te gaan welke factoren bijdragen aan de stervenswens van de oudere en om in overleg met de oudere te bezien of het nog mogelijk en gewenst is om deze factoren te beïnvloeden. In dit kader kan de levenseindebegeleider ook aandacht besteden aan de vraag of er bij de oudere geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op grond waarvan via de euthanasiewet hulp bij zelfdoding mogelijk zou zijn.

Onderdeel f bevat het vereiste dat de oudere die om hulp bij zelfdoding verzoekt wilsbekwaam is; hulp bij zelfdoding kan op grond van dit wetsvoorstel uitsluitend aan wilsbekwame personen worden verleend. Daarnaast bevat dit onderdeel enkele voorschriften over het verzoek. Het verzoek kan gedaan worden door middel van een schriftelijke of een audiovisuele verklaring. Bij dit laatste kan gedacht worden aan een geluidsopname of een filmpje waarin de betrokkene zijn wens uitspreekt. In beide gevallen zullen de authenticiteit en de datum in voldoende mate moeten vaststaan. De schriftelijke verklaring zal daartoe ten minste een naam, handtekening en dagtekening van de oudere moeten bevatten. Het moet een aantoonbaar actuele verklaring betreffen. De actualiteit wordt mede gewaarborgd door het verzoek bij ieder gesprek te herbevestigen in de verklaring.

Onderdeel g bevat een inlichtingenplicht voor de levenseindebegeleider die betrekking heeft op zowel de inhoudelijke als de procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het feit dat het niet de levenseindebegeleider zal zijn die tot levensbeëindiging overgaat, maar dat de oudere dat zelf moet doen, dat de levenseindebegeleider er wel bij aanwezig zal zijn en dat, als de oudere afziet van de zelfdoding, de levenseindebegeleider de door hem verstrekte middelen weer terugbrengt bij de apotheker.

Onderdeel h bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider een onafhankelijke collega heeft geraadpleegd. Die collega moet de oudere daadwerkelijk hebben gesproken en moet zijn oordeel over de naleving van de zorgvuldigheidseisen bedoeld in onderdeel a tot en met g, in een schriftelijke verklaring vastleggen. Het oordeel van de collega-levenseindebegeleider moet, naar analogie van de euthanasiewet, worden beschouwd als een advies; het wetsvoorstel bevat geen vereiste dat het oordeel van de collega-levenseindebegeleider positief is. Wel zal er van het oordeel van de collega-levenseindebegeleider melding moeten worden gemaakt in

het formulier en het verslag dat de levenseindebegeleider aan de gemeentelijke lijkschouwer moet verstrekken en zal het een rol spelen bij de toetsing door de regionale commissie.

Onderdeel i is een algemene verplichting voor de levenseindebegeleider die ertoe strekt dat hij zorg draagt voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp bij zelfdoding. Met de verwijzing naar een groot deel van hoofdstuk 3 van de wet wordt duidelijk gemaakt dat de in ieder geval de in dit hoofdstuk opgenomen bepalingen onder ‘professionele uitvoering’ door een levenseindebegeleider worden verstaan. De naleving van deze bepalingen is tevens een vereiste om een beroep te kunnen doen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. Artikel 4, tweede lid, is uitgezonderd omdat die norm zich richt tot de apotheker en niet tot een levenseindebegeleider.

Artikel 3

Artikel 3 regelt het onderdeel van de procedure dat volgt op de naleving van de zorgvuldigheidseisen. Het bevat de bepaling op grond waarvan de levenseindebegeleider in overleg treedt met de oudere om een tijdstip voor de zelfdoding vast te stellen. Dat tijdstip is van belang, omdat dat het tijdstip is waarop de levenseindebegeleider de middelen tot zelfdoding ook daadwerkelijk aan de oudere zal verschaffen ingevolge artikel 4.

Artikel 4

Artikel 4, eerste lid, bevat de norm dat de levenseindebegeleider middelen tot zelfdoding voorschrijft nadat het tijdstip van de beoogde zelfdoding is vastgesteld. Het gaat hier om receptgeneesmiddelen in de zin van de Geneesmiddelenwet, die ingevolge artikel 36, veertiende lid, van de Wet BIG mogen worden voorgeschreven door de levenseindebegeleider.

Het tweede lid bevat een regeling over de terhandstelling van de middelen. Anders dan is bepaald in artikel 61, eerste lid, Geneesmiddelenwet, mogen de middelen tot zelfdoding door de apotheker uitsluitend worden verstrekt aan de levenseindebegeleider. De uitzondering, bedoeld in artikel 61, negende lid, Geneesmiddelenwet, heeft betrekking op de terhandstelling in spoedgevallen zonder recept; die mogelijkheid wordt in het wetsvoorstel uitgesloten.

Artikel 5

Artikel 5, eerste lid, onderdeel a, bevat de verplichting voor de levenseindebegeleider om de middelen tot zelfdoding niet eerder te verschaffen dan op het ingevolge artikel 3 vastgestelde tijdstip voor de zelfdoding dat met de oudere is overeengekomen.

Onderdeel b van dat artikellid bevat de verplichting om de middelen die uiteindelijk niet door de oudere worden gebruikt, om welke reden dan ook, terug te bezorgen bij de apotheker die de middelen ook ter hand heeft gesteld. Hiermee wordt gewaarborgd dat middelen tot zelfdoding altijd aan de zorg van een apotheker of van een levenseindebegeleider zijn toevertrouwd. Het tweede lid bepaalt dat het in artikel 61, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet opgenomen verbod op terhandstelling van een geneesmiddel, buiten toepassing wordt verklaard.

Artikel 6

Dit artikel bepaalt dat de levenseindebegeleider altijd aanwezig is bij de voorgenomen zelfdoding door de oudere. Dit moment zal samenvallen met het ingevolge artikel 3 vastgestelde tijdstip en het moment waarop de middelen tot zelfdoding worden verschaft. Het voorgestelde artikel 6 sluit uiteraard niet uit dat ook andere personen, bijvoorbeeld familieleden of vrienden, bij de zelfdoding aanwezig mogen zijn.

Artikel 7

Artikel 7, eerste lid, regelt de instelling van regionale toetsingscommissies die meldingen van hulp bij zelfdoding op grond van deze wet beoordelen.

In het tweede lid wordt voorzien in een samenstelling van de commissies, die iets afwijkt van de samenstelling van de regionale toetsingscommissies op grond van de euthanasiewet.

Concreet gaat het om een vervanging van de arts in de commissie door een levenseindebegeleider.

Met het, derde lid, worden enkele artikelen van de euthanasiewet die betrekking hebben op de toetsingscommissies op grond van die wet van overeenkomstige toepassing verklaard op de taakuitoefening van de commissies ingevolge het onderhavige wetsvoorstel. Deze bepalingen hebben betrekking op de benoeming, het ontslag en de bezoldiging van de toetsingscommissies. Op grond van deze bepalingen worden bijvoorbeeld de voorzitter en de leden van deze toetsingscommissies voor vier jaar benoemd - met de mogelijkheid van herbenoeming voor vier jaar - door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid.

Artikelen 8, 9 en 10

Deze artikelen bevatten voorschriften voor de commissies die meldingen op grond van het onderhavige wetsvoorstel toetsen. Deze voorschriften zijn eveneens ontleend aan de euthanasiewet en sluiten daar inhoudelijk bij aan, met dien verstande dat de toetsing betrekking heeft op het handelen van de levenseindebegeleider en niet, zoals in de euthanasiewet, van een arts.

Artikel 8 impliceert dat het hier gaat om een toetsing door de commissie *achteraf*; de toetsing geschiedt ingevolge deze bepaling immers op basis van het verslag, bedoeld in artikel 7a van de Wet op de lijkbezorging. De (plaatsvervangende) leden en de secretaris van een commissie mogen dan ook niet – gelet op het van overeenkomstige toepassing zijnde artikel 16 van de euthanasiewet – van tevoren een standpunt innemen over de naleving van de zorgvuldigheidseisen in een individueel geval, als de hulp bij zelfdoding nog niet is verleend. *Vooraf* speelt op grond van artikel 2, onder f, de tweede, onafhankelijke levenseindebegeleider een rol. Hij is in die fase de aangewezen persoon om de levenseindebegeleider van advies te voorzien. Artikel 15 van de euthanasiewet brengt met zich mee dat, als deze levenseindebegeleider lid zou zijn van de regionale toetsingscommissie, hij zich dient te verschonen indien daarin een geval van hulp bij zelfdoding aan de orde is, waarbij hij betrokken is geweest. Dat geldt uiteraard ook voor de levenseindebegeleider die de hulp heeft verleend.

Artikel 11

Dit artikel regelt dat enkele artikelen van de euthanasiewet die betrekking hebben op de toetsingscommissies op grond van die wet, van overeenkomstige toepassing worden verklaard op de taakuitoefening van de commissies ingevolge het onderhavige wetsvoorstel. Deze

bepalingen hebben betrekking op de werkwijze, geheimhouding en verschoning en de rapportage door de commissies. Op grond van deze bepalingen is het bijvoorbeeld niet toegestaan dat een persoon als commissielid oordeelt over een geval van hulp bij zelfdoding waarbij hij zelf als levenseindebegeleider betrokken is geweest.

Artikel 12

Dit artikel bevat een delegatiegrondslag voor het bij ministeriële regeling regelen van de financiering van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en het opstarten van de opleiding tot levenseindebegeleider. De in het eerste lid bedoelde subsidie, voor het opstarten van de opleiding tot levenseindebegeleider, betreft een opstartsubsidie die dus niet van structurele aard is. Dit in tegenstelling tot de in het tweede lid bedoelde subsidie, bedoeld voor de financiering van levenseindebegeleiding. De minister zal per ministeriële regeling deze financiering verder vorm geven. Op beide subsidies is de Kaderwet VWS-subsidies – behoudens de artikelen 2 en 3, eerste lid – van overeenkomstige toepassing.

Artikel 13

Op grond van artikel 2 van de Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba geldt een regeling alleen in Bonaire, Sint Eustatius en Saba, indien dat bij wettelijk voorschrift is bepaald of op andere wijze onmiskenbaar uit een wettelijk voorschrift volgt. Dit artikel bevat de bepalingen die het onderhavige wetsvoorstel ook van toepassing verklaren op de BES-eilanden. Begrippen en artikelen die gelden binnen het grondgebied van Nederland zijn waar nodig vervangen door begrippen en artikelen die van toepassing zijn op de BES-eilanden.

Artikel 14

Dit artikel voorziet in de toevoeging van een derde lid aan artikel 294 Sr. Artikel 294, eerste lid, Sr stelt strafbaar het opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzetten, indien de zelfdoding volgt. Het tweede lid stelt strafbaar het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of iemand de middelen daartoe verschaffen, indien de zelfdoding volgt. Het voorgestelde derde lid regelt een strafuitsluitingsgrond ter zake van de handeling bedoeld in het tweede lid. Indien middelen tot zelfdoding worden verschaft door een levenseindebegeleider die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 van het onderhavige voorstel, en deze hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7a, onderdeel b, van de Wet op de lijkbezorging, is die handeling niet strafbaar.

Artikel 293, tweede lid, en 294, tweede lid, Sr regelen de strafuitsluitingsgrond voor artsen ter zake van de toepassing van de euthanasiewet. De nieuwe in artikel 294, derde lid, opgenomen strafuitsluitingsgrond is een aanvulling op de bestaande wettelijke strafuitsluitingsgrond voor hulp bij zelfdoding door artsen, die volgt uit het in artikel 294, tweede lid, tweede zin, van toepassing verklaren van artikel 293, tweede lid.

Uit het voorgestelde artikel 294, derde lid, blijkt dat de nieuwe strafuitsluitingsgrond beperkt is tot het verschaffen van middelen tot zelfdoding. Daarbij moet het gaan om een handeling van een levenseindebegeleider als bedoeld in deze wet. Dat impliceert, gelet op de definitie van levenseindebegeleider, dat hij met goed gevolg een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond en als zodanig in het BIG-register is ingeschreven. Voorts geldt als

voorwaarde voor het handelen dat voldaan is aan de bepalingen van hoofdstuk 2 van de deze wet en dat melding is gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7a van de Wet op de lijkbezorging.

Ten slotte wordt opgemerkt dat ervoor is gekozen om de apotheker niet in de strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr, te noemen, waarmee wordt aangesloten bij de huidige euthanasiepraktijk en de ter zake geldende strafuitsluitingsgrond, bedoeld artikel 293, tweede lid, Sr.

Artikel 15

Artikel 15 bevat enkele wijzigingen van de Wet BIG die tezamen ertoe strekken de levenseindebegeleider aan te merken als een beroepsbeoefenaar in de zin van de Wet BIG.

Onderdeel A

De wijziging van *artikel 3*, eerste lid, zorgt ervoor dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zorg draagt voor het instellen van een openbaar register (het BIG-register) voor levenseindebegeleiders. Voorts bepaalt dat artikel dat levenseindebegeleiders op aanvraag in als zodanig in het BIG-register kunnen worden ingeschreven indien voldaan wordt aan de wettelijke opleidingseisen. Dit is belangrijk, opdat voor iedereen inzichtelijk is dat een levenseindebegeleider ook daadwerkelijk gekwalificeerd is om als levenseindebegeleider op te treden. De levenseindebegeleider valt daarmee ook onder het tuchtrecht. In het BIG-register kan men derhalve zien of de levenseindebegeleider bevoegd is zijn beroep uit te oefenen. Ook toont het BIG-register of een levenseindebegeleider een tuchtrechtelijke maatregel opgelegd heeft gekregen. Inschrijving in het BIG-register maakt ook dat de levenseindebegeleider op grond van artikel 4, eerste lid, bevoegd is tot het voeren van de titel 'levenseindebegeleider'. Daarmee wordt 'levenseindebegeleider' tevens een beschermde titel. Ingevolge artikel 88 van de Wet BIG is een gevolg hiervan ook, dat levenseindebegeleiders een beroepsgeheim hebben.

Onderdeel B

In hoofdstuk III, afdeling 1 zijn bepalingen opgenomen over beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming als bedoeld in de Wet BIG, van toepassing is. Met de invoeging van de nieuwe paragraaf worden wordt geregeld aan welke eisen moet worden voldaan om als levenseindebegeleider te kunnen worden ingeschreven in het BIG-register en tevens wordt zijn deskundigheidsgebied beschreven.

Artikel 33g bevat twee voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat een persoon als levenseindebegeleider in het BIG-register kan worden ingeschreven.

De eerste voorwaarde, opgenomen in onderdeel a, is dat de betrokkene een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond die is aangeboden door een opleidingsinstelling die door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen. Deze aanwijzing moet gedurende de gehele opleidingsperiode van de betrokkene van kracht zijn geweest.

De tweede voorwaarde is opgenomen in onderdeel b en vereist dat ten aanzien van de levenseindebegeleider geen zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid is genomen. Dit onderdeel hangt samen met het feit dat voordat iemand levenseindebegeleider kan worden, hij of zij een opleiding als arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige moet hebben voltooid. Dat volgt uit artikel 33i, tweede lid. Het kan dus zijn

dat de levenseindebegeleider ook in één van die hoedanigheden als beroepsbeoefenaar werkzaam is. Als een levenseindebegeleider in zo'n werkzaamheid een zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid opgelegd heeft gekregen, en die is onherroepelijk geworden, wordt niet voldaan aan artikel 33g, onder b.

Onder 'zwaar' wordt in dit verband verstaan een geldboete, een schorsing van de inschrijving in het register, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep, doorhaling van de inschrijving in het register en ontzegging van het recht om wederom in het register te worden ingeschreven.

Maatregelen wegens ongeschiktheid zijn maatregelen waarbij de beroepsbeoefenaar niet (langer) geschikt wordt geacht voor de uitoefening van het beroep wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of vanwege drank- of drugsmisbruik (artikel 79, tweede lid, van de Wet BIG). Deze maatregelen kunnen naar hun aard uitsluitend worden of zijn opgelegd aan personen die als beroepsbeoefenaar hebben gewerkt. De reden voor het opnemen van onderdeel b is dat levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn, hetgeen blijkt uit het feit dat in het verleden aan de betrokkene geen zware tuchtmaatregelen of maatregelen wegens ongeschiktheid zijn opgelegd.

Het voorgestelde *artikel 33h* beschrijft het deskundigheidsgebied van de levenseindebegeleider. Bepaald wordt dat tot zijn deskundigheidsgebied wordt gerekend het bieden van levenseindebegeleiding in overeenstemming met de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

Artikel 33i, stelt eisen aan de opleiding tot levenseindebegeleider.

Het eerste lid bevat een algemeen criterium waaraan de opleiding tot levenseindebegeleider zal moeten voldoen. Die norm komt erop neer dat in de opleiding alle aspecten aan de orde zullen moeten komen die waarborgen dat de levenseindebegeleider zijn taken en verplichtingen die voortvloeien uit de wet, op adequate wijze kan verrichten. Het gaat daarbij om de taken en verplichtingen die voortvloeien uit de onderhavige wet, zoals de naleving van de zorgvuldigheidseisen, het voorschrijven en verschaffen van de middelen tot zelfdoding en het zorgen voor een deugdelijke melding ten behoeve van de toetsing door de commissie. De inhoud van de opleiding wordt, zoals in het algemeen deel is toegelicht, verder ingevuld door de betrokken beroepsgroepen alsmede instanties die expertise hebben opgebouwd ter zake van vraagstukken aangaande voltooid leven.

De tweede zin van artikel 33i, eerste lid, bevat een delegatiegrondslag krachtens welke bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instellingen die de opleiding aanbieden. Bij eisen aan de opleiding kan onder meer worden gedacht aan de onderwerpen en vaardigheden die tijdens de opleiding aan de orde zullen moeten komen. Bij de inhoud van de opleiding tot levenseindebegeleider kan ook rekening worden gehouden met de vooropleiding van de kandidaat.

Het tweede lid stelt een eis aan de vooropleiding van de persoon die wordt toegelaten tot de opleiding tot levenseindebegeleider. Die eis houdt in dat de betrokkene een opleiding tot arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige heeft afgerond.

Het derde lid bevat een voorhangbepaling teneinde de parlementaire betrokkenheid bij het stellen van de eisen aan de opleiding en de opleidingsinstelling te waarborgen.

Artikel 33j betreft de aanwijzing van instellingen die een opleiding tot levenseindebegeleider aanbieden.

Het eerste lid bevat de wettelijke grondslag voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de betreffende opleidingsinstellingen aan te wijzen. Voorwaarde voor aanwijzing is dat de opleiding voldoet aan de eisen die bij algemene maatregel van bestuur (op grond van artikel 33i eerste en tweede lid) zijn gesteld.

Het tweede lid van artikel 33j bevat een grondslag om een gegeven aanwijzing in te trekken of op te schorten als niet langer aan de opleidingseisen wordt voldaan. Intrekking of opschorting kan plaatsvinden indien niet langer wordt voldaan aan (één van) de in artikel 33i, eerste en tweede lid opgenomen eisen.

Het derde lid bevat het voorschrift dat van een aanwijzing en een intrekking daarvan mededeling wordt gedaan in de Staatscourant. Daarmee is kenbaar welke opleidingsinstellingen wel, of niet langer, een adequate opleiding tot levenseindebegeleider aanbieden.

Onderdeel C

Hoofdstuk IV van de Wet BIG stelt regels over voorbehouden handelingen. Artikel 36 van de Wet BIG bevat een opsomming van de voorbehouden handelingen. Dit zijn handelingen waarvan de zelfstandige uitvoering is voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen. In de systematiek van de Wet BIG is hiervoor alleen aanleiding als de handelingen een aanmerkelijk risico voor de patiënt opleveren indien zij door ondeskundigen worden uitgevoerd. Het veertiende lid van dat artikel bepaalt welke beroepsbeoefenaren bevoegd zijn tot het voorschrijven van receptgeneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, onder s, van de Geneesmiddelenwet. Met de toevoeging van een nieuw onderdeel g wordt geregeld dat levenseindebegeleiders bevoegd zijn middelen tot zelfdoding en andere geneesmiddelen voor te schrijven voor zover het voorschrijven daarvan wordt gerekend tot hun deskundigheidsgebied: het bieden van levenseindebegeleiding overeenkomstig de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek. Daarbij moet worden gedacht aan anti-braakmiddelen (anti-emetica), die een dag voor het toedienen van het middel tot zelfdoding moeten worden ingenomen.

Onderdeel D

Artikel 47, eerste lid, van de Wet BIG regelt, door verwijzing naar de in het tweede lid van dat artikel genoemde categorieën beroepsbeoefenaren, welke beroepsbeoefenaren aan tuchtrechtspraak zijn onderworpen. Het betreft hier de beroepsbeoefenaren die zijn ingeschreven in een van de op grond van artikel 3 van de Wet BIG ingestelde registers. Met de wijziging van artikel 47, tweede lid, wordt bewerkstelligd dat levenseindebegeleiders toegevoegd aan de categorieën beroepsbeoefenaren die zijn onderworpen aan tuchtrechtspraak.

Onderdeel E

Het nieuwe artikel 69a ziet op de situatie waarin een persoon zowel in de hoedanigheid van levenseindebegeleider als in een andere hoedanigheid als beroepsbeoefenaar in het BIG-register ingeschreven staat. Omdat de levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn, wordt voorgesteld om tuchtmaatregelen die aan de levenseindebegeleider in diens andere hoedanigheid worden opgelegd (bijvoorbeeld als arts) ook gevolgen kunnen hebben voor diens beroepsuitoefening als levenseindebegeleider. Het hoeft hier niet altijd te gaan om een identieke tuchtmaatregel; het regionale tuchtcollege zal per individueel geval moeten bezien of een extra maatregel aan de betrokkene (als levenseindebegeleider) opgelegd zou moeten worden en zo ja, welke. Artikel 69a, tweede lid, bepaalt dat artikel 48, zevende lid, van overeenkomstige toepassing is op het van kracht worden van de maatregel die aan de

betrokkene in de hoedanigheid van levenseindebegeleider wordt opgelegd. Een vergelijkbare regeling wordt voorgesteld ten aanzien van de maatregelen wegens ongeschiktheid, zoals is opgenomen in artikel 80a.

Artikel 16

Artikel 16 bevat een wijziging van de Wet op de lijkbezorging. Deze wijziging, die is vervat in het nieuwe artikel 7a, wordt voorgesteld naar analogie van de euthanasiewet en bevat een regeling voor de levenseindebegeleider om aan de gemeentelijke lijkschouwer mededeling te doen van de hulp bij zelfdoding, waarbij ook een beredeneerd verslag moet worden verstrekt. In dat verslag gaat de levenseindebegeleider in op de naleving van de zorgvuldigheidseisen in het specifieke geval. Onderdeel a bepaalt dat degene die de lijkschouwing verricht geen verklaring van overlijden (A-verklaring) afgeeft. Onderdeel b bepaalt dat de levenseindebegeleider aan de gemeentelijke lijkschouwer verslag doet van de hulp bij zelfdoding. Omdat artikel 7a zich richt tot twee afzonderlijke normadressaten, namelijk degene die de lijkschouwing verricht en de levenseindebegeleider, is ervoor gekozen om in het artikel twee aparte onderdelen op te nemen.

Om te verzekeren dat de gemeentelijke lijkschouwer, inden sprake is van een melding als bedoeld in artikel 7a van de Wet op de lijkbezorging, zorg draagt voor het doen van de melding aan de toetsingscommissie van de hulp bij zelfdoding als bedoeld in de onderhavige wet, wordt artikel 10, tweede lid, Wet op de lijkbezorging gewijzigd. Met deze wijziging wordt aangesloten bij de euthanasiewet.

Dat geldt ook voor de wijziging van artikel 12 Wet op de lijkbezorging over de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of crematie. Artikel 12 regelt dat de ambtenaar van de burgerlijke stand geen verlof tot begraving of crematie verleent indien hij niet beschikt over een verklaring van overlijden, afgegeven door de behandelende arts of een gemeentelijke lijkschouwer, dan wel een verklaring waaruit blijkt van geen bezwaar van de officier van justitie tegen begraving of crematie. Door de wijziging van dit artikel wordt geregeld dat de officier van justitie, indien hij in het geval als bedoeld in artikel 7a meent niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of crematie te kunnen overgaan, de gemeentelijke lijkschouwer en de toetsingscommissie hiervan onverwijld in kennis stelt. Tot slot voorziet de wijziging van artikel 81 erin dat niet-naleving van artikel 7a strafbaar wordt gesteld. Ook hiervoor is aangesloten bij de euthanasiewet.

Artikel 17

Artikel 17 bevat een wijziging van de Geneesmiddelenwet, waarmee een nieuw artikel (artikel 102) wordt ingevoegd in die wet. Het in te voegen artikel bevat een grondslag voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) om toezicht te houden op de naleving van artikel 4, tweede lid van het onderhavige voorstel. Dat artikel bepaalt dat apothekers de middelen tot zelfdoding die ingevolge het eerste lid van dat artikel zijn voorgeschreven, uitsluitend aan de levenseindebegeleider mogen verstrekken. De terhandstelling van geneesmiddelen en het toezicht van de IGJ en de NVWA daarop zijn onderdeel van de Geneesmiddelenwet. In dit wetsvoorstel wordt ervoor gekozen om daarbij aan te sluiten en het toezicht op de verstrekking van de middelen tot zelfdoding aan de levenseindebegeleider daarom niet in de onderhavige wet op te nemen, maar aan te sluiten bij het bestaande regime. Dat wordt bewerkstelligd met het nieuwe artikel 102 Geneesmiddelenwet.

Ingevolge het tweede lid wordt ook bij de Geneesmiddelenwet aangesloten voor wat betreft de mogelijkheid tot oplegging van een bestuurlijke boete in geval van niet-naleving van artikel 4, tweede lid.

Artikel 18

Artikel 18 bevat een wijziging van de Opiumwet. Deze wijziging is noodzakelijk omdat de middelen tot zelfdoding die worden gebruikt bij de uitoefening van een verzoek om hulp bij zelfdoding onder de middelen, bedoeld in lijst I of II van de Opiumwet vallen. In artikel 5 Opiumwet wordt bepaald in welke gevallen het verbod op het bereiden, bewerken, verwerken, verkopen, afleveren, verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben van een middel, bedoeld in lijst I of II bij de Opiumwet, niet van toepassing is. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen kunnen op grond van artikel 5, eerste lid, onderdeel a, Opiumwet, reeds de vereiste handelingen verrichten met de middelen. Aan het tweede lid van artikel 5 wordt een zin toegevoegd. Daarmee wordt geregeld dat de verboden inzake het verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben niet van toepassing zijn op de levenseindebegeleider aan wie door een apotheker middelen als bedoeld in lijst I of II zijn verschaft. Uiteraard gaat het om het verschaffen van die middelen met het oog op de uitvoering van een verzoek om hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 1 van het onderhavige voorstel. Voorts wordt bepaald dat de genoemde verboden evenmin van toepassing zijn op personen aan wie deze middelen door de levenseindebegeleider zijn verschaft met het oog op de uitvoering van hun verzoek om hulp bij zelfdoding. Dit betreft derhalve de oudere aan wie de middelen zijn verstrekt.

Voorts voorziet artikel 18 in verband daarmee in een technische wijziging van in artikel 4, tweede lid, onderdeel b. Daarmee wordt gespecificeerd dat het daar alleen om de eerste zin van artikel 5, tweede lid, gaat.

Artikel 19

De wijziging van de Algemene wet bestuursrecht houdt in dat besluiten en handelingen ter uitvoering van de onderhavige wet uitgesloten zijn van de bepalingen over bezwaar en beroep uit de Algemene wet bestuursrecht. Daarmee wordt aangesloten bij de bestaande situatie die geldt voor de euthanasiewet.

Artikelen 20 en 21

Deze artikelen wijzigen enkelen wetten op de BES-eilanden. Door deze wijzigingen kan het onderhavige wetsvoorstel en de hulp bij zelfdoding aan ouderen op verzoek ook uitgevoerd worden op de BES-eilanden. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting reeds is aangegeven is het vanuit het oogpunt van gelijke behandeling van alle burgers wenselijk dat het onderhavige voorstel zowel van toepassing is in het Europese deel van het Koninkrijk als op de BES-eilanden. Hiermee wordt tevens aangesloten bij de systematiek van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Artikelen 22, 23 en 24

Deze artikelen bevatten de slotbepalingen van het wetsvoorstel en hebben betrekking op de evaluatie van de wet, de citeertitel en de inwerkingtreding.

De eerste evaluatie vindt plaats binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van het voorstel, en daarna telkens na vijf jaar.

Het tijdstip van inwerkingtreding wordt met inachtneming van de vaste verandermomenten bepaald bij koninklijk besluit. Er wordt gekozen voor gedifferentieerde inwerkingtreding, zodat de bepalingen over de opleiding tot levenseindebegeleider (die immers een dergelijke opleiding eerst zal moeten afronden voordat hij als levenseindebegeleider of als commissielid zal kunnen optreden) eerder in werking kunnen treden dan de overige bepalingen van de wet.

Pia Dijkstra