

MASTER'S THESIS

Mijn levenseinde bepaal ik zelf wel, ik ben oud en wijs genoeg?!

Coenen, C.

Award date:

2021

Awarding institution:

Department of Criminal Law, International Law and European Law

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 02. Jul. 2022

Open Universiteit
www.ou.nl



Mijn levenseinde bepaal ik zelf wel, ik ben oud en wijs
genoeg?!

Ingezetene
art. 294 Sr
Euthanasiewet
Zelfbeschikking
In overwegende mate
Ondraaglijk en uitzichtloos lijden
Naasten
wetsvoorstel
Van Wijngaarden
Brongersma
Ouderdomskwalen
Beschermwaardigheid
Levenseindebegeleider
Conflict van plichten
Opeenstapeling
Postma
Hulp bij zelfdoding
Wet
Schnabel
Leeftijdsgrens
art. 293 Sr

Euthanasie

Heringa
Euthanasie Alkmaar
Lijden aan het leven
Duurzaam
Chabot
Rte
Ethisch
Moek
Niederlander
Barmhartigheid
Overmacht
Medisch domein
Waardigheid

Vollooid Leven
Klaar met leven

Uitkomst
3nmg

Open Universiteit
Master Rechtsgeleerdheid
Scriptie RM9906

D.F.J.E. Coenen, 852074272
Begeleider: Mw. mr. dr. A.J.H. de Bruijn
Examinator: Mw. Prof. mr. dr. W.H.B. Dreissen
Aantal woorden: 14.000
Datum: 16 april 2021

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie, afronding van de masterfase rechtsgeleerdheid aan de Open Universiteit te Heerlen. In deze masterscriptie heb ik mijn licht laten schijnen op het recent ingediende wetsvoorstel dat hulp bij zelfdoding bij voltooid leven beoogd mogelijk te maken. In deze scriptie zal een korte reis door de tijd van het euthanasierecht en de voltooid leven discussie worden gemaakt en zal de betekenis van het wetsvoorstel voor de huidige euthanasiewetgeving worden gedeut.

Een speciaal woord van dank wil ik richten tot mijn begeleidster mevrouw mr. M. de Bruijn voor haar betrokkenheid en haar gerichte en doortastende feedback gedurende het gehele traject.

Ik wens u alle leesplezier toe.

Dennis Coenen

Berg en Terblijt, 16 april 2021

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Afkortingenlijst	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
Hoofdstuk 2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding	8
2.1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding, de definitie	8
2.2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de rechtspraak	8
2.3 Het ontstaan van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	11
2.3.1 <i>De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding</i>	12
2.4 De vierkernbeginselen van het euthanasierecht	12
2.5 Deelconclusie	15
Hoofdstuk 3 Voltooid leven binnen de Wtl?	17
3.1 Lijden aan het leven	17
3.2 De kritiek op het classificatievereiste in de zaak Brongersma	17
3.3 Voltooid leven, de reikwijdte van de Wtl en het medisch-professioneel domein	19
3.3.1 <i>De commissie Dijkhuis</i>	19
3.3.2 <i>De artsenfederatie KNMG</i>	20
3.3.3 <i>De Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte)</i>	20
3.4 Het toepassingsbereik van de Wtl (niet) verder opgerekt, levensbeëindiging door de niet-arts: de zaak Heringa	23
3.5 Deelconclusie	26
Hoofdstuk 4 Naar een voltooid leven wetgeving?	27
4.1. Uit Vrije Wil en het burgerinitiatief voltooid leven, een eerste aanzet	27
4.2 Het rapport van de commissie Schnabel	27
4.3 De visie van de KNMG	28
4.4. Het wetsvoorstel Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek, het vervolg	30
4.4.1 <i>Het toepassingsbereik van het wetsvoorstel, de levenseindebegeleider en de oudere</i>	30

4.4.2 <i>De zorgvuldigheidseisen en de levenseindebegeleider</i>	31
4.5 Het rapport Van Wijngaarden	32
4.6 Deelconclusie	33
Hoofdstuk 5 De Wtl en het wetsvoorstel, twee (on)wenselijke routes naast elkaar?	35
5.1. Het toepassingsbereik	35
5.1.1 <i>(Euthanasie en) hulp bij zelfdoding</i>	35
5.1.2 <i>(G)een leeftijdsgrens</i>	35
5.1.3 <i>Een levenseindebegeleider of een arts</i>	36
5.2 De zorgvuldigheidseisen	37
5.2.1 <i>Nederlander en/of ingezetene (onderdeel a.)</i>	37
5.2.2 <i>Het betrekken van naasten en overleg met de huisarts (onderdeel b. en c.)</i>	38
5.2.3a <i>Een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek (onderdeel d.)</i>	38
5.2.3b <i>Een vrijwillig weloverwogen verzoek (artikel 2 lid 1 sub a Wtl)</i>	39
5.2.4a <i>Geen andere hulp meer gewenst (onderdeel e.)</i>	39
5.2.4b <i>Geen redelijke andere oplossing (artikel 2 lid 1 sub d Wtl)</i>	40
5.2.5a <i>Wilsbekwaam en voldoende ingelicht (onderdeel f. en g.)</i>	40
5.2.5b <i>Voorgelicht over de situatie en de vooruitzichten</i> <i>(artikel 2 lid 1 sub c Wtl)</i>	40
5.2.6a <i>Raadplegen van een onafhankelijke collega en zorgen voor een professionele uitvoering (onderdeel h. en i.)</i>	41
5.2.6b <i>Raadplegen van een andere arts en een medisch zorgvuldige uitvoering</i> <i>(artikel 2 lid 1 sub e en sub f Wtl)</i>	41
5.3 Een heet hangijzer: het ontbreken van (de eis) ondraaglijk en uitzichtloos lijden (artikel 2 lid 1 sub b Wtl)	42
5.4 Deelconclusie	43
Hoofdstuk 6 Conclusie	44
Bronnen	48
Literatuurlijst	48
Jurisprudentie	52
Overige bronnen	53

Afkortingenlijst

AA	Ars Aequi
afl.	aflevering
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DD	Delikt en Delinkwent
e.a.	en anderen
ECLI	European Case Law Identifier
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
HR	Hoge Raad der Nederlanden
JIN	Jurisprudentie in Nederland
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
m.nt.	met noot
NbSr	Nieuwbrief Strafrecht
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
nr.	nummer
NTM/NJCM-Bulletin	Nederlands Tijdschrift voor de Mensenrechten
NTS	Nederlands Tijdschrift voor Strafrecht
p.	pagina('s)
PHR	Parket bij de Hoge Raad
Rb.	Rechtbank
r.o.	Rechtsoverweging(en)
Rte	Regionale toetsingscommissie euthanasie
Stb.	Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden
Sr	Wetboek van Strafrecht
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
Wtl	Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek en hulp bij zelfdoding
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland, Medische wetenschappen
z.p.	van zonder plaats

Hoofdstuk 1 Inleiding

In de huidige samenleving klinkt steeds vaker het geluid dat wij mensen, wanneer het erop aankomt, zelf willen beslissen over ons levenseinde, ook wanneer mensen lijden aan het leven. Huib Drion was de eerste die met zijn essay ‘*Het zelfgewilde einde van oude mensen*’ in 1992 de discussie aanwakkerde over een middel voor oude mensen om op een zelfgekozen moment een einde te maken aan hun leven.¹ Nu, 29 jaar, later is die discussie nog altijd springlevend. Op 9 april 2021 kopte Trouw: ‘Hans Peltenburg (61) stapt naar de rechter: hij wil zelf kunnen bepalen wanneer hij sterft’.² Nu zult u wellicht denken: ik wil dat ook zelf kunnen bepalen, kan dat? Het antwoord luidt: nog niet, maar binnenkort misschien wel.

Nog voor de aanstaande verkiezingen van 2021 diende kamerlid Pia Dijkstra op 17 juli 2020 namens D66 het wetsvoorstel ‘voltooid leven’ in. Met het wetsvoorstel beoogt Dijkstra hulp bij zelfdoding mogelijk te maken voor 75-plussers die lijden aan een voltooid leven. De huidige euthanasiewet, de Wtl, biedt die mogelijkheid namelijk niet. De Wtl kent strikte zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan voordat euthanasie door een arts straffeloos mag worden verleend. De Wtl is het resultaat van zeer zorgvuldige jurisprudentie die zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld. Met het wetsvoorstel wordt tegenmoet gekomen aan die groep mensen die lijdt aan het leven en het leven op een humane manier wenst te beëindigen. Hoewel het wetsvoorstel een belangrijke stap in de richting is voor mensen die nu buiten de boot van de Wtl (lijken te) vallen, moet men zich de vraag stellen of met het instellen van nieuwe wetgeving afbreuk wordt gedaan aan de huidige wetgeving. Het is de vraag of met het voorzien in nieuwe wetgeving geen u-bochtconstructie ontstaat voor gevallen die nu juist – om moverende redenen - buiten de kaders van het huidige euthanasierecht (dienen te) vallen, met als gevolg dat de Wtl betekenisloos wordt. Een nadere beschouwing over de vraag hoe beide wetten zich tot elkaar verhouden ontbreekt in de rechtspraak. De relevantie van dit onderzoek is daarmee gegeven. Het wetsvoorstel en de Wtl zullen in hun onderlinge verhouding tot elkaar worden gezien. Dat brengt mij op de volgende hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat:

Hoe verhoudt het wetsvoorstel voltooid leven zich tot de huidige euthanasiewet?

¹ Drion was rechtsgeleerde en raadsheer, het middel werd later bekend als de pil van Drion; Drion 1992

² Akinici & Van de Wier 2021.

Voor de beantwoording van de centrale hoofdvraag zal gebruik worden gemaakt van jurisprudentie, literatuur en de wetsgeschiedenis. Teneinde de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn vier relevante deelvragen opgesteld.

De eerste deelvraag is hoe het huidige euthanasierecht kan worden geduid. De tweede deelvraag ziet op de vraag wat voltooid leven is, gezien in het licht van de reikwijdte van de Wtl. Vervolgens zal de vraag worden beantwoord binnen welk juridisch kader het wetsvoorstel voltooid leven kan worden geplaatst en in hoeverre het wetsvoorstel een verruiming van de huidige wetgeving betekent. Als laatste zal worden gezien wat de verschillen of overeenkomsten zijn tussen de zorgvuldigheidseisen van het wetsvoorstel en die van de Wtl. Hoewel de voltooid leven discussie ook Europeesrechtelijk bij het EHRM wordt gevoerd blijft dit, vanwege de beperkte omvang van deze scriptie, onderbelicht. Desalniettemin heb ik getracht en gemeend op sommige punten zijdelings te refereren aan de rechtspraak buiten de landsgrenzen. Dit enerzijds vanwege het feit dat Nederland deel uitmaakt van de Unie en dus gebonden is aan het Unierecht en anderzijds om aan te geven dat goed beseft moet worden dat het euthanasierecht niet statisch is, maar uiterst dynamisch. In hoofdstuk twee zal het juridisch kader van de huidige euthanasiewetgeving worden belicht. Onmisbaar is het bespreken van de jurisprudentie die uiteindelijk heeft geleid tot de euthanasiewet heden ten dage en daarmee de contouren vormt van de euthanasiewetgeving. Niet alleen de jurisprudentie is daarbij van belang, maar ook de vraag welke fundamentele beginselen ten grondslag liggen aan de euthanasiewetgeving. In hoofdstuk drie zal worden ingegaan op de voltooid leven problematiek en vervolgens zal de reikwijdte van de Wtl worden geduid, waarbij mede de visies op en de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen van de Wtl in ogenschouw worden genomen. In hoofdstuk 4 zal beschouwd worden welke ontwikkelingen aanleiding hebben gegeven tot het indienen van het wetsvoorstel voltooid leven en zullen de kritische geluiden vanuit de rechtspraak en (medische) wetenschap worden aangehaald ten aanzien van een voltooid leven wet naast de huidige euthanasiewet. Ook zal de vraag worden beantwoord wat het toepassingsbereik van het wetsvoorstel is en hoe de eisen in het wetsvoorstel nader moeten worden geduid. In het vijfde en tevens laatste hoofdstuk zal een vergelijking worden gemaakt tussen het wetsvoorstel en de huidige euthanasiewet. Deze vergelijking spitst zich toe op de zorgvuldigheidseisen die beiden wetten stellen aan levenseindebegeleiding. Na dit alles zal de hoofdvraag kunnen worden beantwoord en zal tot een algehele afsluitende conclusie worden gekomen.

Hoofdstuk 2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden dient allereerst het juridisch kader van euthanasie en hulp bij zelfdoding te worden belicht. In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de jurisprudentie die geleid heeft tot de huidige euthanasiewetgeving. Hieruit zal blijken wat de uitgangspunten van het Nederlandse euthanasierecht zijn. Van belang daarbij is te bezien welke motieven de wetgever destijds had om een uitzonderingspositie in de wet te creëren en wat daarvoor de grondslag was. Dit zal immers een rol spelen bij de vraag naar de verhouding hiervan met de voorgestelde hulp bij zelfdoding door niet-artsen.

2.1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding, de definitie

Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door *een ander* dan de betrokkene op diens verzoek en is strafbaar gesteld in artikel 293 Sr.³ Hulp bij zelfdoding is het opzettelijk verlenen van hulp bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene op diens verzoek en is strafbaar gesteld in artikel 294 Sr.⁴ Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn sinds de invoering van het Wetboek van Strafrecht in 1886 strafbaar.⁵ In Nederland zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding in beginsel altijd strafbaar en kan alleen voor een arts straffeloosheid volgen. De algemene opvatting dat euthanasie en hulp bij zelfdoding bij wet gelegaliseerd is, is dus niet geheel terecht. De arts moet de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wtl naleven en hij moet melding doen van de euthanasie bij de gemeentelijke lijkschouwer (artikel 293 lid 2 Sr). Voordat er een wettelijke regeling gecreëerd was die kon leiden tot straffeloosheid voor euthanasie is de rechtspraak veelvuldig geconfronteerd met euthanasie. Dit heeft geleid tot een regulering van euthanasie en de euthanasiewetgeving zoals wij die nu kennen.⁶

2.2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de rechtspraak

Niet alleen de wetgeving speelt bij deze problematiek een rol. Het is zelfs zo dat de wetgeving voor een belangrijk deel de jurisprudentie volgt. In het arrest Postma uit 1973 worden voor het eerst cumulatieve voorwaarden genoemd waaronder euthanasie straffeloos zou kunnen zijn.⁷ Het moet dan gaan om:

- een patiënt die ongeneeslijk ziek is;

³ Leenen e.a. 2020, p. 402.

⁴ Leenen e.a. 2020, p. 405.

⁵ Smidt 1881 p. 142.

⁶ Omwille van de leesbaarheid wordt in deze scriptie met 'euthanasie' ook hulp bij zelfdoding bedoeld, tenzij expliciet anders vermeld.

⁷ Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, ECLI:NL:RBLEE:1973:AB5464, NJ 1973/183 (*Postma*).

- een patiënt die (subjectief) ondraaglijk lijdt;
- een patiënt die te kennen heeft gegeven uit zijn lijden verlost te willen worden;
- een patiënt bij wie de stervensperiode is ingegaan of zich heeft aangekondigd;
- een arts die de euthanasie uitvoert.

In het Euthanasie Alkmaar arrest van 1984 honoreerde de Hoge Raad voor het eerst een beroep op een strafuitsluitingsgrond, te weten overmacht in de zin van noodtoestand, voor euthanasie (artikel 40 Sr). Het is de enige exceptie die bij euthanasie is gerechtvaardigd. De Hoge Raad heeft hiermee het acute karakter van noodtoestand enigszins gerelativeerd. Volgens de Hoge Raad was er sprake van een conflict van plichten en had de arts op grond van zijn vakkundig medisch inzicht de zwaarstwegende plicht laten prevaleren. Dit conflict van plichten bestaat enerzijds uit de plicht tot behoud van het leven en anderzijds uit de plicht om als arts alles te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten. Voor een geslaagd beroep op noodtoestand moet de arts deze plichten zorgvuldig tegen elkaar afwegen, volgens de normen van de medische ethiek en de professionele standaard. Als laatste moet de arts in het conflict van plichten een keuze hebben gemaakt die objectief gezien, en gelet op de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd was (*het vereiste van objectivering*). Factoren die bij de afweging moeten worden meegenomen vloeien voort uit medisch inzicht en normen van de medische ethiek. Zo moet per geval worden bekeken of er moet worden gevreesd voor verdergaande ontluistering van de persoon, een toenemende onmogelijkheid om op een waardige manier te sterven en of er nog mogelijkheden tot verzachting van het lijden bestaan (*het vereiste van individualisering*).⁸ Deze factoren lijken te wijzen in de richting van een zelfbeschikkingsrecht, maar volgens de Hoge Raad speelt het zelfbeschikkingsrecht slechts een rol en kan zelfbeschikking niet worden beschouwd als een maatschappelijk aanvaarde opvatting op grond waarvan euthanasie op zichzelf al toelaatbaar kan worden geacht.⁹

In het Chabot arrest van 1994, dus nog voordat hulp bij zelfdoding door een arts volgens artikel 294, tweede lid, Sr tot straffeloosheid kon leiden, gaat de Hoge Raad verder in op het conflict van plichten. Ondraaglijk en uitzichtloos lijden hoeft niet enkel te bestaan uit lichamelijke klachten, maar kan ook uit psychisch lijden of een combinatie van beiden bestaan. Het lijden moet worden geabstraheerd van de oorzaak van dit lijden en de mate

⁸ HR 27 november 1984, ECLI:NL:HR:1984:AC8615, r.o. 8.4.2 & r.o. 8.4.3, *NJ* 1985/106, m.nt. Th.W. van Veen (*Euthanasie Alkmaar*).

⁹ HR 27 november 1984, ECLI:NL:HR:1984:AC8615, r.o. 7.2, *NJ* 1985/106, m.nt. Th.W. van Veen (*Euthanasie Alkmaar*); Pans 2016, p. 14.

waarin het lijden wordt ervaren doet daar niets aan af (*het vereiste van abstrahering*). Ook hoeft een patiënt niet in de laatste levensfase te verkeren.¹⁰ Het gaat in wezen om de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid, ongeacht de oorzaak. Bij het ontbreken van lichamelijk lijden is het lastiger vast te stellen of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden maar niet onmogelijk. Een euthanasieverzoek moet in dat geval met uitzonderlijk grote behoedzaamheid worden getoetst.¹¹ De arts zal dan een onafhankelijke collega moeten inschakelen die vervolgens een eigen onderzoek verricht naar het ondraaglijk en uitzichtloos lijden en onderzoekt of er nog andere mogelijkheden voor hulpverlening zijn.¹² Van uitzichtloos lijden kan in ieder geval niet worden gesproken wanneer een reëel alternatief om het lijden te verlichten door de patiënt in volle vrijheid is afgewezen.¹³ De Hoge Raad gaat in dit arrest eveneens in op het zelfbeschikkingsrecht. De Hoge Raad is van oordeel dat ook bij psychiatrische patiënten die om euthanasie verzoeken sprake kan zijn van een autonome en vrije wilsbepaling. De beslisvaardigheid van de patiënt mag daarbij niet zijn beïnvloed door de ziekte of aandoening van de patiënt. In dat geval kan er immers worden getwijfeld aan de autonomie van de wilsbepaling.

Het Brongersma arrest beperkte vervolgens de ogenschijnlijke ruimere toepassing van euthanasie uit het voornoemde Chabot arrest. Hoewel dit arrest pas na inwerkingtreding van de Wtl werd gewezen, vonden de feitelijke gebeurtenissen plaats voordat de euthanasiewetgeving op 1 april 2002 in werking trad, namelijk in april 1998. De heer Brongersma leed niet aan een psychische aandoening en was niet ziek, maar had wel medische klachten. Hij had simpelweg ‘de balans opgemaakt’ en zag niet meer de meerwaarde in van het leven. De Hoge Raad stelde dat uit de wetsgeschiedenis van de Wtl blijkt dat de Wtl niet geldt voor die gevallen waarin een ‘medisch geclassificeerde somatische of psychische’ aandoening afwezig is (*het vereiste van classificatie*).¹⁴ Wanneer het lijden ‘niet of niet in overwegende mate’ zijn oorzaak vindt in een ziekte of aandoening, maar een gevolg is van het ‘ontbreken van levensperspectief’ is euthanasie niet gerechtvaardigd.¹⁵ Een arts begeeft zich in het geval van existentieel lijden¹⁶ bij een patiënt op een gebied dat buiten

¹⁰ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *NJ* 1994/656, r.o. 5.2, m.nt. T.M. Schalken (Chabot).

¹¹ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *NJ* 1994/656, r.o. 5.2, m.nt. T.M. Schalken (Chabot).

¹² Deze eisen gelden inmiddels voor alle euthanasieverzoeken, ongeacht de oorsprong van het lijden en zijn neergelegd in artikel 2 lid 1 sub d en e Wtl.

¹³ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *NJ* 1994/656, r.o. 6.3.1 en 6.3.3, m.nt. T.M. Schalken (Chabot).

¹⁴ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, r.o. 4.5, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

¹⁵ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, r.o. 8.2, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

¹⁶ Lijden dat het gevolg is van het ontbreken van levensperspectief.

zijn medische professie ligt, waardoor hij over de ondraaglijkheid, uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van het lijden geen oordeel kan geven.¹⁷

2.3 Het ontstaan van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Uit voornoemde jurisprudentie blijkt dat in Nederland euthanasie steeds meer aanvaard werd. Deze aanvaarding strookte echter niet met het feit dat euthanasie nog altijd verboden was in de strafwet. De strafbaarstelling van euthanasie zorgde bij artsen en patiënten vaak voor onwenselijke situaties. Artsen werden geconfronteerd met een strafvervolging en waren dus weinig bereid uitvoering te geven aan een euthanasieverzoek. Voor patiënten betekende dit dat zij maar moeilijk terecht konden met hun euthanasieverzoek. Voordat artikel 293 lid 2 Sr in de wet werd opgenomen moesten artsen een beroep doen op overmacht in de zin van noodtoestand, artikel 40 Sr.¹⁸ Dit wetsartikel was in beginsel volgens de gangbare rechtspraktijk niet geschikt om te dienen als wettelijke grondslag voor euthanasie. Noodtoestand is gecreëerd voor *acute* noodsituaties waarvoor direct een oplossing moet worden geboden.¹⁹ Bij euthanasie ontbreekt dit acute karakter.

Een wettelijke regeling voor euthanasie ontbrak. Daartoe werd er in 1998 een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van de artikelen 293 en 294 Sr.²⁰ In het regeerakkoord van 1998 werd opgenomen de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van Strafrecht vast te leggen. Het kabinet achtte het van belang dat enerzijds de kwaliteit van levensbeëindigend handelen op verzoek door artsen bewaakt en gewaarborgd werd en anderzijds dat dit handelen maatschappelijk controleerbaar werd.²¹ Dit gaf aanleiding om een wettelijke uitzonderingspositie voor artsen te creëren. Dit leidde in augustus 1999 tot het aanhangig maken van het wetsvoorstel Wtl. Op 12 april 2001 werd de Wtl aangenomen.²² Deze trad op 1 april 2002 in werking.²³

¹⁷ Het Brongersma arrest zal in hoofdstuk 3, voltooid leven, uitvoeriger aan bod komen, hier wordt volstaan met een korte inleiding van het arrest, teneinde een totaaloverzicht te geven van de jurisprudentie.

¹⁸ Leenen e.a. 2020 p. 407.

¹⁹ De Hullu 2018, p. 316.

²⁰ *Kamerstukken II* 1997/98, 26000, nr. 3. p. 4.

²¹ Op 6 mei 1998 werd het toenmalige kabinet Kok-I ontslagen en op 3 augustus 1998 trad het kabinet Kok-II aan; *Kamerstukken II*, 1997/98, 26024, nr. 10, p. 47;

²² Stb. 2001, 194.

²³ Stb. 2002, 165.

2.3.1 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Het doel van de Wtl is het vergroten van de rechtszekerheid voor artsen en patiënten door codificatie van de jurisprudentie, het vergroten van de transparantie, maatschappelijke controle en de kwaliteit en zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen.²⁴ Artikel 2 Wtl is een codificatie van de zorgvuldigheidseisen die in de loop der jaren in de rechtspraak aan euthanasie zijn gesteld.²⁵ De Wtl is een bijzondere strafwet, omdat het de strafuitsluitingsgrond van artikel 293 Sr nader invult.²⁶ Met de invoering van de Wtl is niet beoogd de strafbaarheid van euthanasie op te heffen, maar is slechts een bijzondere strafuitsluitingsgrond gecreëerd voor een arts.²⁷ De invoering van de Wtl zorgde voor een grotere meldingsbereidheid van artsen en het vergroten van de rechtszekerheid, de maatschappelijke transparantie en de kwaliteit van het handelen van artsen bij euthanasie.²⁸ Een arts is echter niet verplicht om in te gaan op een euthanasieverzoek en mag een dergelijk verzoek weigeren uit te voeren. Eveneens schept de Wtl geen plicht voor burgers om gebruik te maken van de Wtl, maar biedt slechts een mogelijkheid tot euthanasie.²⁹ Daarnaast biedt de Wtl een wettelijke basis op grond waarvan ingestelde regionale multidisciplinaire toetsingscommissies achteraf toetsen of een arts ter zake zorgvuldig heeft gehandeld.³⁰

2.4 De vier kernbeginselen van het euthanasierecht

Het euthanasierecht wordt gevormd door vier kernbeginselen die leidend zijn bij de invulling van de casuïstiek. Deze kernbeginselen zijn het beginsel van beschermwaardigheid van het leven, het beginsel van barmhartigheid, het beginsel van waardigheid en het beginsel van zelfbeschikking.

De beschermwaardigheid van het leven kan worden gezien als het belangrijkste beginsel waarnaar de samenleving moet worden ingericht.³¹ Het beginsel van beschermwaardigheid van het leven valt uiteen in twee rechtsgoederen. Enerzijds kan ieder mens aan het leven zijn eigen invulling geven. Het recht op leven en de inhoud daarvan wordt door een ieder op een andere manier bepaald. Iedereen bepaalt zijn eigen belang bij het leven

²⁴ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3.

²⁵ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 1-5.

²⁶ Mevis, *DD* 2016/35, p. 374.

²⁷ Scharenborg 2017, p. 142.

²⁸ Leenen e.a. 2020 p. 408; Pans 2006, p. 87.

²⁹ Pans 2006, p. 142.

³⁰ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3; Op de taak van de toetsingscommissies zal in het kader van lijden aan het leven in hoofdstuk 3 nader worden ingegaan.

³¹ Pans 2006, p. 165.

en alleen de wetgever kan daar beperkingen aan stellen.³² Anderzijds wordt het beginsel van beschermwaardigheid van leven ook ingevuld door de waarde die een ieder aan het leven toekent. Wat het leven waardevol maakt voor iemand is afhankelijk van allerlei factoren en is voor eenieder verschillend.³³ Tezamen vormen deze twee rechtsgoederen het beginsel van beschermwaardigheid van leven. Hoewel de strafwet beide rechtsgoederen beschermd, is in *Euthanasie Alkmaar* het absolute karakter van het recht op leven gerelativeerd. De beschermwaardigheid van het leven kan eveneens omvatten een plicht om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten, het zogenaamde beginsel van barmhartigheid. Er kunnen zich situaties voordoen waarin het beginsel van barmhartigheid zwaarder weegt dan het beginsel van de beschermwaardigheid van het leven. Euthanasie, mits voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl, is geen inbreuk op het recht op leven, maar kan worden beschouwd als een uitvoering van het recht op leven in die zin dat van verder leven wordt afgezien.³⁴ Euthanasie geldt daarbij als *ultimum remedium*, waarbij er eveneens zal moeten worden voldaan aan het subsidiariteitsvereiste. De zorgvuldigheidseisen die in artikel 2 van de Wtl verankerd zijn, behalve de meldingsplicht en de eis het leven van de patiënt te beëindigen op een medisch correcte wijze, beogen de beschermwaardigheid van het leven te beschermen.³⁵

Het beginsel van barmhartigheid is het dragende beginsel van het euthanasierecht en ziet op het respecteren van de wens van een ernstig lijdend mens om op een waardige manier te kunnen sterven.³⁶ Samen met het beginsel van beschermwaardigheid van het leven vormt het de basis van de Wtl. De wetgever meent dat deze twee waarden in hun onderling verband moeten worden bekeken en niet los van elkaar. Beide waarden zijn even belangrijk.³⁷ Volgens Pans lijkt de wetgever in de Wtl het morele zwaartepunt vooral te leggen bij de wens tot het verlichten van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.³⁸ De plicht tot barmhartigheid weegt zwaarder dan de plicht tot bescherming van het leven wanneer het lijden niet alleen ondraaglijk en uitzichtloos is, maar zodanig ondraaglijk en uitzichtloos dat het een inbreuk op die plicht rechtvaardigt.³⁹

³² Het recht op leven is vastgelegd in artikel 2 EVRM.

³³ Daarbij moet o.a. worden gedacht aan autonomie, communicatievermogen en bewustzijn; Pans 2006, p. 174.

³⁴ Pans 2006, p. 176.

³⁵ Pans 2006, p. 183-184; geheel terzijde meen ik, anders dan Pans, dat ook de eis het leven van de patiënt te beëindigen op een medisch correcte wijze kan worden gezien als een uitwerking van het beginsel van beschermwaardigheid van leven.

³⁶ Pans 2006, p. 215.

³⁷ *Kamerstukken II*, 2000/01, 26691, nr. 137e, p 1.

³⁸ Pans 2006, p. 143-144.

³⁹ Pans 2006, p. 195.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden worden beschouwd als open normen. Deze open normen worden enerzijds ingevuld door de medische ethiek en medisch inzicht van de arts en anderzijds door de patiënt zelf.⁴⁰ Ondraaglijk lijden is een subjectief begrip, dat door eenieder van ons anders kan worden ingevuld. De mate van ondraaglijkheid van het lijden wordt medebepaald door de opvatting van de patiënt en is afhankelijk van allerlei factoren. Voor de arts moet het ondraaglijk lijden ‘slechts’ invoelbaar zijn.⁴¹ De uitzichtloosheid van het lijden wordt bepaald door een medisch oordeel van de arts. Het gaat daarbij om objectieve criteria gezien tegen de achtergrond van de behandelbaarheid van het lijden.⁴² Dit is een meer medisch objectiveerbaar criterium. Net als Pans meen ik dat de beoordeling van uitzichtloosheid ook subjectieve elementen in zich draagt, immers wat voor iemand als uitzichtloos kan worden beschouwd hangt samen met diens eigen opvatting.⁴³

Het ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt - zij het deels - ingevuld door de ervaring van de patiënt, en hij bepaalt daarmee de waarde van zijn leven. Het verlies van waardigheid bij de patiënt is in *Euthanasie Alkmaar* aangemerkt als algemeen aanvaardbare factor die moet worden meegewogen als onderdeel van lijden bij euthanasie. Het moet daarbij dan altijd gaan om verlies van waarde dat door de patiënt als lijden moet worden ervaren. Een tweede interpretatie van waardigheid is die waarin een patiënt kenbaar maakt dat hij het verlies van waardigheid niet wenst mee te maken wanneer hij daarmee geconfronteerd wordt, los van of dit lijden voor de arts invoelbaar is. Hierbij valt te denken aan de schriftelijke wilsverklaring euthanasie bij dementie.⁴⁴ (Het beginsel van) waardigheid kan geen zelfstandige grond voor euthanasie opleveren en is een beginsel dat vooral van betekenis is binnen de andere beginselen van barmhartigheid en zelfbeschikking.⁴⁵

Het zelfbeschikkingsrecht moet worden gezien in het licht van de andere beginselen en kleurt de andere beginselen in en is in het conflict van plichten een belangrijk achterliggend beginsel en een *conditio sine qua non* voor euthanasie.⁴⁶ Een euthanasieverzoek

⁴⁰ Pans 2006, p. 217; Uit recent onderzoek blijkt dat de beoordeling van de normatieve elementen van een euthanasieverzoek van arts tot arts kan variëren en dat artsen vaak onbewust en min of meer impliciet nog eigen criteria toevoegen aan het beoordelingskader van een euthanasieverzoek, Pans, *TvGR* 2019, p. 181.

⁴¹ Bijvoorbeeld de wetenschap dat het lijden snel zal verdwijnen of het eindeloos voortduren van pijn; Pans 2006, p.227-228 en p. 235-238.

⁴² Rozemond, *AA* 2015, p. 233; Pans 2006, p. 277.

⁴³ Pans 2006, p. 35.

⁴⁴ Pans 2006, p. 70 en p. 350-352; Hoewel deze interpretatie van waardigheid nog weinig geaccepteerd is, lijkt deze interpretatie met name binnen het vraagstuk euthanasie bij vergevorderde dementie recentelijk te zijn geaccepteerd. Het ligt buiten het bereik van deze scriptie om hier nader op in te gaan, zie hiervoor: HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 en Vis, *NTS* 2020, nr.4.

⁴⁵ Pans 2006, p. 328.

⁴⁶ Pans 2006, p. 155 en p. 285; en Rozemond, *AA* 2015, p. 237.

moet altijd vrijwillig en weloverwogen zijn. Is er geen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek dan verandert het karakter van de daad. Er is dan immers geen sprake meer van euthanasie maar van moord (artikel 289 Sr). Het bepalen van de mate van ondraaglijk en uitzichtloos lijden door de patiënt kan wel worden gezien als een vorm van zelfbeschikking. Daarbij is de betekenis die de patiënt geeft aan ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet doorslaggevend, maar het medisch oordeel van de arts. Dit is een duidelijke beperking van het recht op zelfbeschikking en net als het beginsel van waardigheid kan het recht op zelfbeschikking mede daarom geen zelfstandige grond voor euthanasie opleveren.

In de Memorie van Toelichting van de Wtl wordt ook in zijn geheel niet gesproken over het recht op zelfbeschikking. Het beginsel van zelfbeschikking wordt door de wetgever ook niet gezien als een leidend beginsel van de Wtl maar komt in zoverre in de Wtl tot uitdrukking dat de mogelijkheid wordt geboden gehoor te geven aan de uitdrukkelijke en weloverwogen wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Dit kan echter nooit worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking.⁴⁷ Een recht op zelfbeschikking zou in dat geval namelijk betekenen dat er ook een afdwingbaar recht op levensbeëindiging uit kan worden afgeleid.

2.5 Deelconclusie

In dit hoofdstuk is de jurisprudentie behandeld die heeft geleid tot de euthanasiewetgeving en zijn de contouren van de euthanasiewet en daarmee het euthanasierecht blootgelegd. Euthanasie is nog altijd strafbaar, maar in de wet is wel een strafuitsluitingsgrond voor artsen gecreëerd. De arts wordt in geval van euthanasie geconfronteerd met een conflict van plichten van enerzijds de beschermwaardigheid van het leven en anderzijds de plicht om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten. Deze laatstgenoemde plicht is ook het uitgangspunt van het euthanasierecht.

De zorgvuldigheidseisen uit de Wtl dienen de beschermwaardigheid van het leven te waarborgen en dus ook (onjuiste) euthanasie te voorkomen. De belangrijkste eisen die voortvloeien uit de rechtspraak en zijn neergelegd in de Wtl zijn de vereisten van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt. ‘Lijden aan het leven’ behoort niet tot het medische domein en valt buiten het bereik van de Wtl. Het uitgangspunt is echter dat de zorgvuldigheidseisen uit de Wtl open normen bevatten die - zoals we in dit hoofdstuk hebben gezien - aan verandering onderhevig zijn. In het

⁴⁷ *Kamerstukken II 1999/00, 26691, nr. 6, p. 24.*

volgende hoofdstuk zal daarom de discussie die is ontstaan naar aanleiding van het Brongersma arrest worden besproken. Daarbij zal de voltooid leven problematiek worden besproken nu voorstanders van voltooid leven zich niet kunnen verenigen met die uitleg van de open normen conform het Brongersma arrest.

Hoofdstuk 3 Voltooid leven binnen de Wtl?

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zal de problematiek met betrekking tot voltooid leven moeten worden belicht. Allereerst zal het begrip ‘lijden aan het leven’ worden geduid, zodat duidelijk is wat daaronder moet worden verstaan. Voorts is het van belang om nader in te gaan op de kritiek ten aanzien van het Brongersma-arrest. Hierin beperkt de Hoge Raad namelijk het uitgangspunt van de ‘open normen’ van de Wtl. Vervolgens zal worden ingegaan op de reikwijdte van de Wtl en het medisch-professioneel domein, om zo een antwoord te kunnen geven op de vraag wat de reikwijdte is van de Wtl en hoe ‘open’ de open normen van de Wtl daadwerkelijk zijn. Als laatste zal worden ingegaan op de zaak Heringa en wordt de vraag beantwoord of de Wtl eveneens ruimte biedt voor niet-artsen om hier een beroep op te doen.

3.1. Lijden aan het leven

In de literatuur worden verschillende termen gehanteerd om de groep mensen die lijden aan het leven te duiden. Dit lijden aan het leven wordt ook wel aangeduid met termen als ‘voltooid leven’, ‘klaar met leven’ en ‘levensmoe’. Volgens een eerste omschrijving van deze problematiek in het wetsvoorstel Wtl van Minister Korthals en Borst wordt met voltooid leven 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.⁴⁸ Deze omschrijving bevat twee belangrijke elementen, namelijk: het ontbreken van levensperspectief en het hebben van een stervenswens. Dat het bij voltooid leven mensen betreffen die veelal op hoge leeftijd zijn is overigens niet juist. Uit onderzoek is gebleken dat de stervenswens niet enkel voorbehouden is aan mensen die veelal op hoge leeftijd zijn.⁴⁹

3.2 De kritiek op het classificatievereiste in de zaak Brongersma

De Hoge Raad wees op 24 december 2002 arrest in de zaak Brongersma. In de zaak Brongersma staat de problematiek van lijden aan het leven centraal. Brongersma voelde zich eenzaam, had een gevoel van zinloosheid en hij had een lang bestaande doodswens. Daarnaast had hij last van bij de leeftijdsfase passende somatische ongemakken zoals incontinentie en

⁴⁸ *Kamerstukken II*, 1999/00, 26691, nr.6, p. 30.

⁴⁹ De stervenswens kwam op hoge leeftijd wel iets frequenter voor, B. Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017, p. 158 & p. 164 en Van Wijngaarden e.a. 2020.

onvastheid ter been.⁵⁰ Het feit dat dat bestaan nog jaren kon voortduren bij voortschrijdende aftakeling en hij niet meer in staat zou geraken om een waardige dood te sterven, maakte het dat hij zijn psychiater verzocht hem euthanasie te verlenen, welke in april 1998 werd uitgevoerd. Hoewel bij Brongersma eveneens sprake was van lichamelijke aftakeling lijkt het euthanasieverzoek vooral te zijn ingegeven door lijden aan het leven. De Hoge Raad stond voor de vraag *of een arts zich in geval van afwezigheid van medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen zich onder omstandigheden met vrucht op noodtoestand kan beroepen*. Ter beantwoording van die vraag wees de Hoge Raad naar zijn overwegingen in het Chabot-arrest en de wetgeschiedenis van de Wtl en kwam tot het oordeel dat zonder medisch classificeerbare oorzaak lijden buiten het medisch domein van de arts valt en dus ook buiten het bereik van de Wtl.⁵¹

De overwegingen van de Hoge Raad in het Brongersma-arrest bleven niet onbesproken en konden op hevige kritiek rekenen van juristen en de medische beroepsgroep, vooral ten aanzien van de reikwijdte van het Brongersma-criterium (dus dat het lijden *in overwegende mate* wordt veroorzaakt door een medisch classificeerbare ziekte of aandoening). A-G Keijzer concludeerde dat het lijden van Brongersma wel degelijk als een ziekte was aan te merken en evenwel valt onder de deskundigheid van de arts. Hij wees daarbij op de memorie van toelichting bij de wet BIG, waaruit blijkt dat de term ziekte ruim moet worden geïnterpreteerd en daarmee ieder fysiek of psychisch niet welbevinden onder de term ziekte valt.⁵² Hij meende echter wel dat van ondraaglijk lijden geen sprake kan zijn in gevallen van bejaarden die, zonder te lijden aan een ernstige ziekte of aandoening, klaar met leven zijn, maar dat dit evenwel niet uitsluit dat het lijden als ondraaglijk kan worden beschouwd indien de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat de dood wordt verkozen boven het leven en dit in verband staat met een onbehandelbare ziekte of aandoening.⁵³ De Hoge Raad volgde het standpunt van de A-G echter niet.

Ook Schalken uit in zijn noot kritiek op de Hoge Raad. Volgens hem trekt de Hoge Raad een strakke grens die niet helemaal lijkt te rijmen met de discussie over de klaar met leven-problematiek en geen steun geeft aan ruimere opvattingen van zijn eerdere overweging in het Chabot-arrest, waar de Hoge Raad overwoog dat het lijden moet worden geabstraheerd

⁵⁰ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, r.o. 5, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

⁵¹ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

⁵² HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772 (concl. A-G Keijzer) nrs. 100-103, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

⁵³ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772 (concl. A-G Keijzer) nrs. 189, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

van de oorzaak daarvan.⁵⁴ Daarbij moet worden opgemerkt dat Schalken in zijn noot bij het Chabot-arrest wel duidde op het feit dat de Hoge Raad niet bedoeld kan hebben elke oorzaak te abstraheren, maar alleen van de oorzaak van het lichamelijk lijden. Anders zou ieder lijden een rechtvaardiging voor euthanasie kunnen zijn.⁵⁵

Volgens Pans is het maar zeer de vraag of het arrest recht doet aan de eis van rechtszekerheid voor artsen. De bedoeling van de Wtl was immers het vergroten van de meldingsbereidheid en rechtszekerheid voor artsen. De Hoge Raad lijkt het juridische risico voor grensgevallen geheel bij de artsen te leggen, aldus Pans.⁵⁶ Daarnaast meent Pans dat het Brongersma-criterium weinig houvast biedt. De gangbare classificatiesystemen huisvesten immers zoveel kwalen en aandoeningen dat (hoogbejaarde) patiënten zonder veel moeite kunnen voldoen aan het criterium. Deze classificaties zeggen op zichzelf niets over de ernst en de oorzaak van het lijden.⁵⁷

3.3. Voltooid leven, de reikwijdte van de Wtl en het medisch-professioneel domein

3.3.1 De commissie Dijkhuis

De Nederlandse artsenfederatie KNMG stelde in 2000 na beoordeling van de zaak Brongersma in eerste instantie een commissie onder voorzitterschap van prof. J.H. Dijkhuis aan, die gevraagd was advies te geven over de rol van artsen bij levensbeëindigend handelen in geval van lijden aan het leven. In 2004 kwam zij met haar rapport.⁵⁸ De commissie is van mening dat de problematiek van klaar met leven speelt op het grensvlak van de deskundigheid van artsen, waarbij artsen echter een sleutelrol vervullen. Wat nog wel en niet behoort tot het terrein van artsen is mede afhankelijk van medische en maatschappelijke opvattingen en is daarmee een dynamisch domein. Hoewel men zich kan afvragen of alle klaar met leven-hulpvragen tot het medisch domein behoren, mag van artsen worden verwacht dat zij hierop professioneel en op een zorgvuldige wijze reageren.⁵⁹ Volgens de commissie ligt binnen de huidige juridische context gehanteerde typering van lijden aan het leven het accent te veel op wat er niet is. Het gaat bij lijden aan het leven om een problematiek met bijzondere kenmerken.⁶⁰ Het Brongersma-criterium lijkt eenduidig, maar hiermee wordt geen recht gedaan aan de complexiteit van de beoordeling van lijden en de vragen waarmee de arts in de

⁵⁴ HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

⁵⁵ HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *NJ* 1994/656, m.nt. T.M. Schalken (Chabot).

⁵⁶ Pans, *NJB* 2003, p. 871.

⁵⁷ Pans, *NJB* 2003, p. 876.

⁵⁸ De commissie is in mei 2001 gestart met haar onderzoek; Dijkhuis e.a. 2004, p. 16-17.

⁵⁹ Dijkhuis e.a. 2004, p. 2-3.

⁶⁰ Dijkhuis e.a. 2004, p. 14-15.

praktijk wordt geconfronteerd. Het verder ontwikkelen van beoordelingsmethoden voor de praktijk en de voltooid leven-problematiek biedt meer houvast dan het Brongersma-criterium, aldus de commissie. De commissie concludeert dat niet zonder meer gezegd kan worden dat de arts in geval van lijden aan het leven in zijn geheel geen oordeel kan vormen over het lijden. Een arts moet wel over voldoende deskundigheid en bekwaamheid beschikken als hij ingaat op een euthanasieverzoek van een patiënt in geval van lijden aan het leven. De commissie ziet aldus een grotere zelfstandigere rol weggelegd voor artsen om te bepalen of zij een oordeel kunnen vormen over het lijden aan het leven van de patiënt. Daarmee spreekt de commissie haar voorkeur uit voor een ruimer, maar niet onbegrensd, medisch-professioneel domein voor de arts.⁶¹

3.3.2 De artsenfederatie KNMG

Volgens de KNMG biedt de huidige euthanasiewetgeving meer ruimte dan artsen tot op heden denken en toepassen. In de visie van de KNMG is het de opstelsom en complexiteit van verschillende (ouderdoms)klachten die maken dat ouderen lijden aan het leven. Deze klachten - en de opstelsom daarvan - behoren tot het geneeskundige domein en vallen daarmee binnen het handelingsbereik van de arts en dus ook binnen de kaders van de euthanasiewet. In geval van existentieel lijden moet er *mede* sprake zijn van een medische grondslag, lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het bereik van het medische domein, aldus de KNMG.⁶² Waar de Hoge Raad uitgaat van het Brongersma-criterium, lijden dat *in overwegende mate* wordt veroorzaakt door een medisch classificeerbare ziekte of aandoening, lijkt de KNMG dit uitgangspunt dus te hebben gerelativeerd, nu er ‘slechts’ *mede* sprake hoeft te zijn van een medische grondslag.⁶³ De KNMG baseert zich daarbij op de oordelen van de Regionale toetsingscommissie euthanasie, waaruit zou blijken dat artsen het criterium ondraaglijk lijden minder restrictief zijn gaan uitleggen.⁶⁴

3.3.3 De Regionale toetsingscommissies euthanasie

De Regionale toetsingscommissies euthanasie bestaan telkens uit een medicus, een ethicus en een jurist.⁶⁵ Sinds de invoering van de Wtl heeft de Rte de wettelijke taak om ieder gemeld

⁶¹ Dijkhuis e.a. 2004, p. 40-42.

⁶² KNMG 2011, p. 23-25.

⁶³ Rozemond, *AA* 2015, p. 236.

⁶⁴ KNMG 2011, p. 26.

⁶⁵ Artikel 3 Wtl; Minister Grapperhaus heeft om onbekende redenen de toelating van een rechter tot de Rte geblokkeerd, Eftting 2020.

euthanasiegeval te toetsen aan de in artikel 2 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen.⁶⁶ De Rte hanteert bij de zorgvuldigheidseisen genoemd onder a, b, en d een marginale toetsing en overweegt daarbij of er naar het heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en de in de medische ethiek geldende normen voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen.⁶⁷ Het openbaar ministerie kan ongeacht het oordeel van de toetsingscommissie besluiten om tot strafvervolgning over te gaan.⁶⁸ Dit is echter illusoir, nu alleen gevallen waarin de commissie tot het oordeel komt dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld worden doorgestuurd naar het OM.⁶⁹ Daarnaast heeft het openbaar ministerie slecht één keer besloten een meldende arts te vervolgen nadat de Rte tot de conclusie kwam dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.⁷⁰ De Rte geeft invulling aan de wettelijke zorgvuldigheidsnormen uit de Wtl. De uitspraken van de Rte hebben onmiskenbaar een rechtsgevolg, temeer nu zij als enige instantie oordeelt over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Hieruit blijkt de rechtsvormende betekenis.⁷¹ Het is daarom van belang te kijken naar de uitspraken van de Rte, om te bezien wat de reikwijdte is van de zorgvuldigheidsnormen binnen de Wtl en ter beantwoording van de vraag of levensbeëindiging bij voltooid leven behoort tot het medisch-professioneel domein.

In 2010 ziet ook de Rte zich genoodzaakt voor het eerst in te gaan op de maatschappelijke klaar met leven-discussie. De Wtl is in beginsel niet van toepassing op deze gevallen.⁷² Het is aan een arts te bepalen of het lijden voor een specifieke patiënt als ondraaglijk moet worden aangemerkt. Het begrip ondraaglijkheid is volgens de Rte een breed en deels subjectief begrip. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt, die moet worden bezien in het licht van zijn levens- en ziektegeschiedenis, zijn persoonlijkheid, waardepatronen en fysieke en psychische draagkracht. De angst voor de in het verschiet liggende achteruitgang kan voor de patiënt een bepalende factor zijn. Het kan dan gaan om pijn, verdergaande ontluistering, benauwdheid of misselijkheid, maar ook om situaties die de zelfstandigheid en waardigheid van de patiënt aantasten.⁷³ In 2010 zag de Rte zich geconfronteerd met een casus waarin een patiënt weliswaar leed aan een medisch

⁶⁶ Vóór de invoering had zij slechts een adviserende rol; Er zijn vijf regionale toetsingscommissies.

⁶⁷ EuthanasieCode 2018, p. 10.

⁶⁸ *Kamerstukken I 1997/98*, 23877 nr. 246c p.1.

⁶⁹ Stb. 2002, 141.

⁷⁰ Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506; De arts werd vervolgens door de rechtbank ontslagen van alle rechtsvervolgning.

⁷¹ Den Hartogh, *NJB* 2020/689, p. 761.

⁷² Jaarverslag 2010; Die discussie was naar aanleiding van de documentaire ‘*de laatste wens van Moek*’ sterk aangewakkerd.

⁷³ Jaarverslag 2010; EuthanasieCode 2018.

geclassificeerde ziekte, maar de arts in zijn verslag had opgenomen dat de patiënt haar leven wilde beëindigen omdat zij leed aan het leven. Zij ervoer geen kwaliteit van leven meer en vond haar situatie uitzichtloos en zinloos.⁷⁴ Het lijden was volgens de Rte in overwegende mate veroorzaakt door een medisch geclassificeerde ziekte.⁷⁵ Dat de patiënt verder leed aan het leven en geen kwaliteit van leven meer ervoer, droeg volgens de Rte wel bij aan haar lijden. Anders dan uit het verslag van de arts naar voren kwam nam de Rte de medische aandoening dus als voornaamste oorzaak van het lijden aan. De Rte past hier weliswaar het Brongersma-criterium toe, maar de vraag is of de Rte wel tot het oordeel kón komen dat het lijden in overwegende mate veroorzaakt werd door de medisch geclassificeerde aandoening, nu het rapport van de arts anders luidde. In 2012 gaf de Rte een ruimere uitleg aan het Brongersma-criterium. De Rte oordeelde toen dat wanneer het lijden voortkomt uit een combinatie van ouderdomskwalen, dit lijden als ondraaglijk kan worden beschouwd.⁷⁶ De Rte lijkt daarmee ‘een iets minder strakke lijn’ te hebben ingezet. Slechts één keer oordeelde de Rte dat er niet was voldaan aan het vereiste van de medische grondslag.⁷⁷ Ook de evaluatoren van de Wtl concluderen dat de opvattingen van de Rte niet helemaal synchroon lopen met de externe richtlijnen, maar kennen evenwel grote betekenis toe aan de uitspraken van de Rte en spreken van een gegroeide consensus over de opvatting dat in de Wtl sprake is van een ruimer medisch-professioneel domein voor de arts dan in de Brongersma-zaak werd aangenomen.⁷⁸ Bij een derde evaluatie van de Wtl in 2017 werd geconcludeerd dat er geen enkele twijfel meer bestaat over het gegeven dat ook een stapeling van ouderdomsklachten onder de reikwijdte van de Wtl valt.⁷⁹ Rozemond stelt terecht de vraag of de toetsingscommissie wel bevoegd is om af te wijken van het Brongersma-criterium.⁸⁰ Volgens Mevis komt het in steeds meer gevallen aan op interpretatie van de grenzen van de Wtl en is dit té belangrijk om uitsluitend aan de Rte over te laten, temeer nu dat tot gevolg heeft gehad dat er geen rechtspraak meer tot stand is gekomen. Hij ziet een belangrijke rol voor de strafrechter weggelegd en dit is gezien het proces Heringa ook niet geheel vreemd.⁸¹

⁷⁴ Jaarverslag 2010, casus 11, p. 31-34.

⁷⁵ Zij leed aan een oogziekte: maculadegeneratie.

⁷⁶ Jaarverslag 2012, casus 7; Oordeel 2012-18.

⁷⁷ Jaarverslag 2012, casus 6; Oordeel 2012-17.

⁷⁸ Van der Heide e.a., 2012, p. 73-74.

⁷⁹ B. Onwuteaka-Philipsen e.a., 2017 p. 241.

⁸⁰ Rozemond, *AA* 2015, p. 236.

⁸¹ Mevis spreekt van een strafrechtelijke en strafvorderlijke ‘voortoets’ die prima functioneert in standaard gevallen maar daarbuiten problematisch is, Mevis, *DD* 2016/35; Over de kritiek op de rechtsvorming door Rte’s zal hier verder niet worden uitgeweid, zie hiervoor o.a. Pans 2006, p. 121, Mevis, *DD* 2016/35, Hendriks, *NTM/NJCM-bulletin* 2014/13, Legemaate e.a., *TvGR* 2017, p. 342-350 en De Vito, *TvGR* 2018, p.223-231.

3.4. Het toepassingsbereik van de Wtl (niet) verder opgerekt, levensbeëindiging door de niet-arts: de zaak Heringa

Wellicht de meest spraakmakende zaak in het kader van euthanasie en de voltooid levensdiscussie is de zaak Heringa. In 2008 verleende Heringa zijn (stief)moeder, Moek, hulp bij zelfdoding. Moek had medische klachten, maar deze waren niet of niet in overwegende mate de oorzaak van het lijden. Zij vond het ‘goed geweest’. Heringa was bekend met het Brongersma-criterium en op basis daarvan meende hij dat een euthanasieverzoek aan een arts geen kans van slagen had. Om die reden verleende hij zelf de hulp. De rechtbank stelde dat de wetgever in artikel 2 Wtl enkel de mogelijkheid biedt voor artsen om zich bij slechts hoge uitzondering op deze strafuitsluitingsgrond te beroepen. Iemand die geen arts is kan in beginsel dus geen geslaagd beroep doen op noodtoestand, behoudens zeer uitzonderlijke gevallen.⁸² De rechtbank oordeelde dat niet is gebleken dat het voor Heringa ondenkbaar was om een arts te vinden die bereid was mee te werken aan het euthanasieverzoek van Moek. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de rechtbank als toetsingskader artikel 2 Wtl bezigt en het handelen van Heringa toetst aan dat van artsen. Het Brongersma-criterium werd aldus strikt uitgelegd door de rechtbank.⁸³

Het gerechtshof oordeelde echter anders. Het gerechtshof was van oordeel dat Heringa de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wtl in acht had genomen en dat zijn gedragingen voldeden aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Het gerechtshof overwoog, mede op basis van deskundigenverklaringen, dat gezien de euthanasiepraktijk in 2008 het voorstelbaar was dat Heringa geen bereidwillige arts zou vinden. Dit alles tezamen leverde volgens het gerechtshof noodtoestand op en Heringa werd ontslagen van alle rechtsvervolging.⁸⁴ Hoogleraar strafrecht Schalken spreekt in dit kader van een extensieve interpretatie van de wettelijke norm, waarbij de vraag is of dit wel past binnen de bedoeling van de wetgever. Het Brongersma-criterium is immers leidend. Daarbij waarschuwt Schalken voor aantasting en uitholling van de zorgvuldigheidscriteria, nu het gerechtshof kennelijk de zorgvuldigheidscriteria ook bij een beroep op noodtoestand door niet-artsen van toepassing acht.⁸⁵ Volgens hoogleraar gezondheidsrecht Buijsen kon het gerechtshof hier niet anders dan analogisch interpreteren om noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit vast te stellen. Er zou volgens Buijsen bij een beroep op noodtoestand altijd sprake moeten zijn van zeer

⁸² Rb. Gelderland 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

⁸³ Desondanks legde de rechtbank geen straf op maar paste het rechterlijk pardon, artikel 9a Sr toe.

⁸⁴ Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NLGHARL:2015:3444.

⁸⁵ Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NLGHARL:2015:3444, GJ 2015/86 m.nt. Schalken.

uitzonderlijke omstandigheden.⁸⁶ Heringa deed naast het beroep op noodtoestand een beroep op artikel 8 EVRM. Het gerechtshof kwam echter niet toe aan een beoordeling van het beroep op artikel 8 EVRM, nu het noodtoestand aannam.⁸⁷

De Hoge Raad overwoog dat de wetgever in artikel 2 Wtl een bijzonder stelsel van zorgvuldigheidseisen in het leven heeft geroepen, welk stelsel ertoe strekt een balans te waarborgen tussen enerzijds het belang van de persoonlijke autonomie van mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden en anderzijds de plicht van de overheid tot bescherming van het leven van individuele burgers.⁸⁸ Een beroep op dit bijzondere stelsel staat enkel open voor artsen. De Hoge Raad achtte het dan ook onbegrijpelijk dat het gerechtshof het beroep op noodtoestand had gehonoreerd. Dit in tegenstelling tot het oordeel van A-G Spronken, die meende dat het gerechtshof het beroep op goede gronden en toereikend gemotiveerd had aanvaard.⁸⁹ Hiermee gooide de Hoge Raad de deur echter niet dicht voor een beroep op noodtoestand door niet-artsen.

Volgens de Hoge Raad kunnen uitzonderlijke omstandigheden met zich meebrengen dat ook door niet-artsen bij hoge uitzondering een geslaagd beroep op noodtoestand kan worden gedaan. Gelet op de zorgvuldigheidseisen, de bijzondere en specifieke rechtvaardigingsgrond en het maatschappelijke en politieke debat dat gevoerd wordt, dient er wel enige terughoudendheid te worden toegepast bij het aanvaarden van een beroep op noodtoestand door niet-artsen.⁹⁰ Pans wijst in dat verband op wezenlijke risico's die ontstaan bij het loslaten van het 'medisch monopolie'.⁹¹ De Hoge Raad geeft hiermee wel te kennen dat aan een beroep op noodtoestand door niet-artsen zwaardere eisen mogen worden gesteld. Volgens Hendriks kan hieruit niet worden geconcludeerd dat de Hoge Raad vindt dat de criteria uit de Wtl helemaal niet als referentiekader kunnen worden gebruikt, maar dat de Hoge Raad in deze gevallen een toetsing aan de criteria niet ver genoeg vindt gaan.⁹² Verder lijkt de Hoge Raad met de overweging betreffende het maatschappelijke en politieke debat het

⁸⁶ Buijsen, *NJB* 2015/1052, p. 1478.

⁸⁷ Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444; Het Hof 's-Hertogenbosch heeft dit beroep in 2018 uiteindelijk beoordeeld, Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:34, r.o. 2.3.4; Het valt buiten het bereik van deze scriptie om uitgebreid in te gaan op de verhouding van het EVRM en het recht op een zelfgekozen levenseinde, zie hiervoor o.a. De Vito, *NJB* 2015/1402, Hendriks, *NTM/NJCM-bulletin* 2014/13 en Gevers, *TvGR* 2020.

⁸⁸ HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, r.o. 4.2.1. (*Heringa I*).

⁸⁹ PHR 8 november 2016, ECLI:NL:PHR:2016:1086.

⁹⁰ HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, r.o. 4.2.2. (*Heringa I*).

⁹¹ HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *TvGR* 2017, 6, m.nt. Pans (*Heringa I*).

⁹² HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *NbSr* 2017/132, m.nt. Hendriks (*Heringa I*).

signaal te willen afgeven dat het aan de wetgever is om te voorzien in wetgeving op dit punt.⁹³ Volgens Mevis is die overweging een wat minder sterk argument, nu de maatschappelijke en politieke discussie nimmer kan leiden tot straffeloosheid voor elke niet-arts.⁹⁴ Tot slot merkt de Hoge Raad nog op dat daargelaten wordt of Heringa aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.⁹⁵ De Hoge Raad gaat daar verder niet op in, maar lijkt hiermee aan te geven dat ook wanneer Heringa wél aan de zorgvuldigheidseisen had voldaan, niet gezegd kan worden dat een beroep op noodtoestand dan aanvaardbaar zou zijn geweest. Immers, dan zou de Hoge Raad de deur voor een gerechtvaardigd beroep op noodtoestand door niet-artsen wagenwijd openzetten.

Het gerechtshof heeft uiteindelijk, in vierde instantie, het niet mis te verstane oordeel van de Hoge Raad gevolgd. Daarbij besteedde het gerechtshof speciale aandacht aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Het gerechtshof rekende het Heringa aan dat hij geen andere arts had geraadpleegd, dat hij zijn moeder alleen had gelaten na de hulp bij zelfdoding en dat hij pas veel later naar buiten is getreden met de wetenschap dat er sprake was van een niet-natuurlijke dood.⁹⁶ Het gerechtshof oordeelde dan ook dat hem geen beroep op overmacht in de zin van noodtoestand toekwam.⁹⁷ Ook het gerechtshof herhaalde dat het niet zijn taak is om vooruit te lopen op eventuele wetgeving. Het wetgevingsproces zou daarmee immers op onwenselijke wijze worden doorkruist, aldus het gerechtshof.⁹⁸

Het was daarna aan de Hoge Raad om zich voor een laatste keer uit te laten over de zaak Heringa. Het oordeel van het gerechtshof dat niet aannemelijk is geworden dat er geen redelijk alternatief bestond voor Heringa om te handelen zoals hij deed was volgens de Hoge Raad, noch voor de wijze waarop en de omstandigheden waaronder de uitvoering van die keuze, niet onbegrijpelijk.⁹⁹ Daarbij merkte de Hoge Raad nog op dat hiermee niet gezegd is dat de rechter bij een beroep op overmacht door een niet-arts nooit omstandigheden mag betrekken die ook tot uitdrukking komen in en van belang zijn bij de zorgvuldigheidseisen.¹⁰⁰ De Hoge Raad lijkt hiermee aan te geven dat de zorgvuldigheidseisen als zodanig niet van toepassing zijn op niet-artsen, maar laat ook de mogelijkheid open dat iemand die geen arts is

⁹³ PHR, 8 november 2016, ECLI:NL:PHR:2016:1086; HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *GJ* 2017/52, m.nt. Schalken; *JIN* 2017/82 m.nt. De Bruijn-Lückers; Groenouwe, *DD* 2017/38.

⁹⁴ HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *NJ* 2019/269, m.nt. Mevis (*Heringa I*).

⁹⁵ HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, r.o. 4.3 (*Heringa I*).

⁹⁶ Nadat aanvankelijk de huisarts een verklaring 'natuurlijke dood' had afgegeven.

⁹⁷ Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:34, r.o. 2.3.3.

⁹⁸ Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:34, r.o. 4.

⁹⁹ HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, r.o. 5.4 (*Heringa II*).

¹⁰⁰ HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, r.o. 5.6 (*Heringa II*).

zich kan beroepen op een noodtoestand.¹⁰¹ Schalken spreekt in zijn noot bij het arrest van een exclusieve werking van de excuserende zorgvuldigheidseisen.¹⁰²

3.5 Deelconclusie

In dit hoofdstuk is de problematiek van voltooid leven en de reikwijdte van de open normen in de Wtl behandeld. Bij voltooid leven gaat het om twee belangrijke elementen, namelijk: het ontbreken van levensperspectief en het hebben van een stervenswens. Het hebben van een hoge leeftijd is daarbij van ondergeschikte betekenis. Geconcludeerd kan worden dat de Wtl geen rustig bezit is en dat de open normen ruimer worden geïnterpreteerd dan de Hoge Raad lijkt te hebben bedoeld. Het Brongersma-criterium biedt weinig houvast en doet geen recht aan de complexiteit van de beoordeling van het lijden en de vragen waarmee de arts in de praktijk wordt geconfronteerd. Uit de visie van de KNMG en de beoordeling van de gevallen in 2010 en 2012 door de Rte kan worden afgeleid dat een belangrijke mate van existentieel lijden in combinatie met een medische classificeerbare oorzaak ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan opleveren. Hieruit blijkt dat de betekenis van het Brongersma-criterium is gerelativeerd. De vraag is niet meer of het lijden *in overwegende mate* wordt veroorzaakt door een medische classificeerbare ziekte of aandoening, maar meer óf er een medische grondslag bestaat. Uit de Heringa-zaak volgt dat het uitgangspunt van de Wtl is dat de Wtl, althans de zorgvuldigheidseisen, als zodanig niet van toepassing zijn op niet-artsen, maar dat daarmee niet gezegd is dat niet-artsen geen beroep op noodtoestand toekomt. De zorgvuldigheidseisen kunnen daarbij wel als referentiekader dienen en de rechter mag evenwel omstandigheden betrekken die tot uitdrukking komen in en van belang zijn bij deze zorgvuldigheidseisen.

¹⁰¹ Zie ook: Rb. Limburg 26 februari 2019, ECLI:NL:RBLIM:2019:1740, r.o.5.

¹⁰² HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, *GJ* 2019/77, m.nt. Schalken (*Heringa II*).

Hoofdstuk 4: Naar een voltooid leven wetgeving?

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de ontwikkelingen die hebben geleid tot de indiening van het wetsvoorstel. Vervolgens zal de kritiek worden besproken ten aanzien van een voltooid leven wet naast de huidige euthanasiewet. Als laatste zal het wetsvoorstel worden behandeld.

4.1 Uit Vrije Wil en het burgerinitiatief voltooid leven, een eerste aanzet

Naar aanleiding van de maatschappelijke discussie over voltooid leven werd op 18 mei 2010 het burgerinitiatief Voltooid leven ingediend bij de tweede kamer.¹⁰³ Initiatiefneemster was de groep Uit Vrije Wil. Uit Vrije Wil wilde middels een proeve van wetgeving, te weten de Wet toetsing stervenshulp aan oudere, het mogelijk maken dat oude mensen die hun leven voltooid achten en wensen te sterven in aanmerking kunnen komen voor hulp bij zelfdoding.¹⁰⁴ Na behandeling in 2012 van het burgerinitiatief in de Tweede Kamer werd in 2014 de Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten ingesteld.¹⁰⁵

4.2. Het rapport van de commissie Schnabel

De commissie Schnabel kreeg in 2014 de opdracht om te adviseren over de juridische mogelijkheden en maatschappelijke dilemma's van hulp bij zelfdoding bij voltooid leven.¹⁰⁶ Volgens de commissie zou, wanneer er een derde lid aan artikel 294 Sr wordt toegevoegd en er op die manier bepaalde voorwaarden aan het verlenen van hulp bij zelfdoding door niet-artsen worden gesteld, het huidige normerings- en toetsingskader voor hulp bij zelfdoding wegvallen.¹⁰⁷ Er ontstaat zo een niet-transparante en niet-controleerbare praktijk van hulp bij zelfdoding door niet-artsen. Volgens de commissie stuit dit op onoverkomelijke bezwaren vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid, veiligheid, transparantie en toetsbaarheid.¹⁰⁸

Het grootste bezwaar voor het toevoegen van een derde lid aan artikel 294 Sr is volgens de commissie dat er twee routes naast elkaar gaan lopen. De eindconclusie van de commissie luidde dat de Wtl voldoende ruimte biedt voor het merendeel van de voltooid

¹⁰³ Bijlage blg-131779 bij *Kamerstukken II* 2011/12, 33026, nr. 1; op 23 september 2010 werd het initiatief behandeld door de commissie voor de Verzoekschriften en de Burgerinitiatieven, Peters e.a. 2011, p. 12.

¹⁰⁴ Peters e.a. 2011, p. 13.

¹⁰⁵ *Kamerstukken II*, 2013/14, 32647, nr. 26.

¹⁰⁶ Schnabel 2016, p.18; In het rapport bespreekt de commissie meerdere juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij voltooid leven enkel aanpassing van artikel 294 Sr is voor dit onderzoek relevant, alle andere mogelijkheden blijven daarom buiten beschouwing.

¹⁰⁷ De commissie spreekt niet expliciet van het toevoegen van een derde lid aan artikel 294 Sr, maar van tegelijkertijd toestaan dat niet-artsen – zijnde naasten, al dan niet professionele stervenshulpverleners – onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding mogen verlenen.

¹⁰⁸ Schnabel 2016, p. 219-220.

leven-problematiek. In veel gevallen zal immers sprake zijn van een medische grondslag, waarbij een combinatie van medische en niet-medische problemen kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de Wtl.¹⁰⁹ Uitbreiding van de juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding acht de commissie niet wenselijk. Alles bij het oude laten, zo luidt het devies.¹¹⁰ Het kabinet heeft, verrassend genoeg, het devies van de commissie naast zich neergelegd en meent dat mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij voltooid leven op en naast de huidige systematiek geplaatst moeten worden, hetgeen nu juist door de commissie als onwenselijk en verwarrend werd bestempeld.¹¹¹

4.3. De visie van de KNMG

Naar aanleiding van het voorstel van het kabinet om een wet in te voeren die hulp bij zelfdoding bij voltooid leven mogelijk maakt en de publicatie van het wetsvoorstel herhaalde de KNMG in 2017 haar eerdere in 2011 ingenomen standpunt en sloot zich aan bij de bevindingen van de commissie Schnabel.¹¹² Volgens de KNMG is het grootste probleem dat met het wetsvoorstel een tweede weg naar hulp bij zelfdoding wordt geopend en daarmee de huidige euthanasiewet wordt uitgehold. Het criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden is in het wetsvoorstel geheel komen te vervallen en alleen leeftijd en het vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek zijn nog van belang bij de beoordeling van een euthanasieverzoek. Dit doet afbreuk aan de transparantie, zorgvuldigheid, toetsbaarheid en veiligheid van de huidige wetgeving, aldus de KNMG.¹¹³ Een leeftijdsgrens kan, bij ouderen die deze leeftijdsgrens hebben bereikt, de indruk wekken dat hun leven minder beschermwaardig is dan het leven van mensen die die leeftijd nog niet hebben bereikt. Daarnaast is een leeftijdsgrens willekeurig, wat maakt dat de doodswens van ouderen fundamenteel anders wordt behandeld dan die van jongeren. Dit valt onvoldoende te rechtvaardigen als de grondslag voor hulp bij zelfdoding bij voltooid leven enkel het gevoel van een voltooid leven en het zelfbeschikkingsrecht is.¹¹⁴

Het speciaal opleiden van stervenshulpverleners noemt de KNMG risicovol. Er kan bij deze stervenshulpverleners tunnelvisie optreden, omdat het enkele doel van de hulp van tevoren al

¹⁰⁹ Schnabel 2016, p. 214-218.

¹¹⁰ Wellicht ten overvloede wijs ik nog op een samenvatting van het rapport Schnabel te vinden in NJB 2016/6, p. 437-438.

¹¹¹ *Kamerstukken II*, 2016/17, 32647, nr. 55, p. 11-12; Het rapport Schnabel kon op hevige kritiek rekenen, het gaat deze scriptie te buiten deze kritiek te bespreken, zie hiervoor Engberts, *TvGR* 2016 en Den Hartogh, *NJB* 2016.

¹¹² KNMG 2017; KNMG 2011.

¹¹³ KNMG 2017, p. 4.

¹¹⁴ KNMG 2017, p. 20-21.

vaststaat, namelijk het behulpzaam zijn bij zelfdoding. Daarnaast blijft onduidelijk over welke kwalificaties de stervenshulpverlener moet beschikken en wat de inhoud is van de te volgen ‘kopstudie op een medische opleiding’, waarover het wetsvoorstel spreekt. De KNMG vraagt zich af waarom artsen nog een dergelijke kopstudie zouden moeten volgen, nu zij binnen de huidige wettelijke kaders hulp bij zelfdoding mogen verlenen en dit ook doen.

Daarnaast meent de KNMG nog altijd dat de huidige euthanasiewet meer ruimte biedt dan vaak wordt aangenomen.¹¹⁵ Volgens de KNMG kan het verschil tussen de Wtl en de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek alleen worden gemaakt op basis van de exploratie naar de aard van de klachten. In essentie wordt daarmee de vraag beantwoord óf er een medische grondslag bestaat voor het ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dus of de Wtl mogelijk van toepassing is. Bij die beoordeling zal altijd een arts moeten worden betrokken. Wanneer een arts tot de conclusie komt dat er niet is voldaan aan de binnen de Wtl vereiste medische grondslag stelt hij daarmee gelijktijdig vast dat de patiënt een beroep kan doen op de andere wet, zijnde een wet waarin de medische grondslag van het lijden geen rol van betekenis speelt, maar zelfbeschikking het uitgangspunt is. De Wtl wordt hiermee ondermijnd.¹¹⁶ Volgens de KNMG is het voorspelbaar dat ouderen de weg van de minste weerstand zullen kiezen en valt het niet uit te sluiten dat ook artsen dit zullen doen en dit zelfs aan hun patiënten zullen adviseren.¹¹⁷ De KNMG herinnert eraan dat de overheid een plicht heeft de beschermwaardigheid van het leven te bewaken en dat het zelfbeschikkingsrecht kan worden ingeperkt wanneer met de uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht rechten van anderen in de knel komen. Met het wetsvoorstel komt deze overheidsplicht in het gedrang. Anders dan de KNMG meen ik overigens dat die overheidsplicht niet in het gedrang komt.¹¹⁸

¹¹⁵ KNMG 2017, p. 15.

¹¹⁶ KNMG 2017, p. 16-18.

¹¹⁷ Deze artsen moeten dan wel tevens gecertificeerd levenseindebegeleider zijn; KNMG 2017, p. 19.

¹¹⁸ Volgens het EHRM in de zaak *Pretty* is zelfbeschikking een belangrijk beginsel dat ten grondslag ligt aan artikel 8 EVRM. Het zelfbeschikkingsrecht kan, voor zover het valt onder artikel 8 EVRM, worden beperkt op grond van artikel 8 lid 2 EVRM, voor zover dit in het belang is van de rechten van anderen. In *Haas* oordeelde het EHRM dat ieder individu conform artikel 8 EVRM het recht heeft te besluiten over hoe en wanneer zijn leven moet eindigen, mits de beslissing daartoe vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Artikel 8 EVRM behelst eveneens dat lidstaten een positieve verplichting hebben die maatregelen te nemen die de uitoefening van dit recht mogelijk maken. Anderzijds hebben lidstaten voortvloeiend uit artikel 2 EVRM een positieve verplichting om het menselijk leven te beschermen en aldus te voorkomen dat mensen hun leven beëindigen wanneer de beslissing daartoe niet vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen. Hier is aldus sprake van een botsing tussen twee rechten en dient er volgens het EHRM een belangenafweging te worden gemaakt. Ten aanzien van de vraag welk recht dient te prevaleren kent het EHRM de lidstaten een ruime mate van beoordelingsvrijheid toe, die recht doet aan beide rechten. Mijns inziens valt te verwachten dat, gelet op de waarborgen, het wetsvoorstel binnen de ruime mate van beoordelingsvrijheid die lidstaten hebben valt, EHRM 29 april 2002, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, § 38, § 61 en § 74 (*Pretty/The United Kingdom*), EHRM 20 januari 2011, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, § 50-51 en § 54-55 (*Haas/Switzerland*); zie voor een overzicht van de jurisprudentie van het EHRM: De Vito, *NJB* 2015/1402.

4.4 Het wetsvoorstel Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek, het vervolg

In navolging van de proeve van wetgeving publiceerde kamerlid Pia Dijkstra eind december 2016 het concept wetsvoorstel ‘Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek’. Recent, op 17 juli 2020, werd het wetsvoorstel door Dijkstra ingediend.¹¹⁹ In het wetsvoorstel pleit Dijkstra voor het toevoegen van een derde lid aan artikel 294 Sr.¹²⁰ Het wetsvoorstel doet een beroep op de solidariteit met ouderen en de barmhartigheid en tolerantie van mensen. Daarmee wordt allereerst gedoeld op het voorkomen of verhelpen van oorzaken die uiteindelijk maken dat mensen hun leven als voltooid beschouwen.

Levensbeëindiging zou als *ultimum remedium* moeten worden ingezet. Daarnaast wordt stil gestaan bij het respecteren van en het openstaan voor de keuze van mensen om hun leven te beëindigen. Mensen moeten in de wens om hun leven te beëindigen niet worden belemmerd.¹²¹

Het principiële uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat eenieder in beginsel de vrijheid moet hebben om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten, dus ook het levenseinde.¹²²

Het zelfbeschikkingsrecht vormt aldus de grondslag voor het wetsvoorstel. In het wetsvoorstel wordt benadrukt dat het recht op zelfbeschikking geen corresponderende plicht voor de overheid en hulpverleners inhoudt om te assisteren bij zelfdoding.¹²³ Het wetsvoorstel is een aanvulling op de huidige uitzondering op de strafbaarstelling van hulp bij zelfdoding, inhoudende dat wanneer de hulp bij zelfdoding is begaan door een levenseindebegeleiders dit niet strafbaar is, mits is voldaan aan de in het wetsvoorstel genoemde eisen.¹²⁴

4.4.1 Het toepassingsbereik van het wetsvoorstel, de levenseindebegeleider en de oudere

Hulp bij zelfdoding wordt in artikel 1 van het wetsvoorstel als volgt gedefinieerd: *Het door een levenseindebegeleider op verzoek van een oudere aan hem voorschrijven en verschaffen van middelen tot zelfdoding.* De levenseindebegeleider moet als zodanig zijn ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 eerste lid, van de wet BIG en ziet toe op de waarborging van de in artikel 2 genoemde inhoudelijke zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan.¹²⁵ In de huidige Wtl is de beoordeling van hulp bij zelfdoding uitsluitend

¹¹⁹ *Kamerstukken II* 2019/20, 35534, nr. 1.

¹²⁰ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 2, p. 5.

¹²¹ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 17-18.

¹²² *Kamerstukken II* 2019/20, 35534, nr. 3, p. 18-19.

¹²³ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 19.

¹²⁴ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 3.

¹²⁵ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 23.

toevertrouwd aan de arts. Het wetsvoorstel kiest voor een zogenaamde levenseindebegeleider. Existentieel lijden is niet enkel op basis van medische kennis te beoordelen en is veelal een combinatie van verschillende factoren. Bij deze beoordeling is een specifieke deskundigheid nodig die niet exclusief bij artsen ligt. Vanuit meerdere disciplines is kennis vereist. Een opleiding tot levenseindebegeleider zorgt ervoor dat ook verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen die de opleiding afronden, benaderd kunnen worden door mensen die lijden aan een voltooid leven. Deze levenseindebegeleider zal eveneens onder de wet BIG komen te vallen, zodat sprake is van een wettelijke registratie en titelbescherming en het tuchtrecht van toepassing is.¹²⁶

Daarnaast moet het gaan om een verzoek van een ‘oudere’. Uit de memorie van toelichting blijkt dat een oudere een persoon is die de leeftijd van 75 jaar moet hebben bereikt.¹²⁷ De rechtvaardiging voor het hanteren van die leeftijdsgrens is gelegen in het feit dat mensen in die leeftijdscategorie al een relatief lang leven achter de rug hebben. Door het lange leven dat zij hebben gehad zijn zij beter in staat te bepalen of het leven nog zin heeft. Zij hebben een relatief korter levensperspectief, waarin de kans op positieve ontwikkelingen geringer is. Daarnaast zal er op die leeftijd eerder sprake zijn van een aantal factoren inherent aan het ouder worden, zoals eenzaamheid en verminderde mobiliteit, die bijdragen aan het gevoel dat het leven voor hen voltooid is. De mogelijkheid van een zelfgewild levenseinde vanaf 75 jaar zorgt bij veel ouderen voor berusting.¹²⁸

4.4.2 De zorgvuldigheidseisen en de levenseindebegeleider

Allereerst moet de levenseindebegeleider vaststellen of de oudere op het moment van zijn verzoek Nederlander is of ten minste twee jaar ingezetene van Nederland is (*artikel 2 onder a.*) Vervolgens dient hij de oudere aan te raden naasten te betrekken bij het levenseindetraject (*artikel 2 onder b.*). Daarnaast kan hij een gesprek voeren met de huisarts (*artikel 2 onder c.*). De levenseindebegeleider moet zich ervan vergewissen dat het verzoek van de oudere vrijwillig – dus zonder druk van buitenaf –, duurzaam en weloverwogen is. Dit zal moeten blijken uit twee opeenvolgende gesprekken met de oudere. Tussen deze gesprekken moet een tijdsperiode van ten minste twee maanden in acht worden genomen (*artikel 2 onder d.*). Tezamen met de oudere moet hij vervolgens tot de overtuiging komen dat andere hulp, gelet op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is (*artikel 2 onder e.*). Vervolgens moet hij

¹²⁶ *Kamerstukken II, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 22.*

¹²⁷ *Kamerstukken II, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 35.*

¹²⁸ *Kamerstukken II, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 21.*

hebben vastgesteld dat de oudere in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en moet hij van de oudere een schriftelijke dan wel audiovisuele wilsverklaring hebben ontvangen (*artikel 2 onder f.*). Hij heeft een inlichtingenplicht en dient de oudere op de hoogte te brengen van de inhoudelijk en procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding (*artikel 2 onder g.*).¹²⁹ Komt hij samen met de oudere tot de conclusie dat er is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, dan dient hij een andere, onafhankelijke levenseindebegeleider te consulteren (*artikel 2 onder h.*). De levenseindebegeleider dient zorg te dragen voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp (*artikel 2 onder i.*).

Is aan al deze zorgvuldigheidseisen voldaan, dan stelt hij tezamen met de oudere een tijdstip vast om uitvoering te geven aan het verzoek tot hulp bij zelfdoding (*artikel 3*). De levenseindebegeleider schrijft vervolgens de voor de zelfdoding benodigde receptgeneesmiddelen voor (*artikel 4 lid 1*). De levenseindebegeleider mag de middelen tot zelfdoding niet eerder verschaffen dan het vastgestelde tijdstip (*artikel 5 lid 1 onder a.*). De oudere dient zelf tot levensbeëindiging over te gaan. Wanneer de oudere afziet van zelfdoding dient de levenseindebegeleider de middelen terug te brengen naar de apotheek (*artikel 5 lid 1 onder b.*). Hiermee wordt voorkomen dat de geneesmiddelen in handen komen van derden. De levenseindebegeleider dient altijd bij de levensbeëindiging aanwezig te zijn (*artikel 6*). Nadat de zelfdoding door de oudere is uitgevoerd is de levenseindebegeleider verplicht melding te doen bij de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7a, onderdeel b van de Wet op de lijkbezorging (*artikel 14*).¹³⁰

4.5 Het rapport Van Wijngaarden

In 2019 is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderzoek gedaan naar de omvang en de kenmerken van de groep mensen met een persisterende doodswens die buiten de Wtl lijkt te vallen. Die groep was, naar de commissie Schnabel in 2016 aannam, zeer klein. De resultaten van het onderzoek zijn in 2020 verschenen in het rapport Van Wijngaarden.¹³¹ Uit het onderzoek blijkt dat slechts een heel klein aantal (0,17%) van de 55-plussers geen toekomstperspectief meer ervaart en al langer dan één jaar een actieve doodswens heeft.¹³² Het gaat hier dus om ongeveer 10.000 mensen die (hulp bij)

¹²⁹ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 37.

¹³⁰ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 2.

¹³¹ Van Wijngaarden e.a. 2020.

¹³² Met actieve doodswens werd bedoeld dat de betrokkene plannen hebben gemaakt of stappen hebben gezet met betrekking tot hun doodswens, Van Wijngaarden e.a. 2020, p. 38 en p. 72.

levensbeëindiging wensen, maar slechts 17% daarvan is 75 jaar of ouder.¹³³ De groep waarvoor nu een wettelijke mogelijkheid voor hulp bij zelfdoding bij voltooid leven wordt beoogd, is daarmee zéér klein. Daarnaast blijkt de doodswens bovendien vaak ambivalent en sterk context- en situatieafhankelijk.¹³⁴ Factoren als piekeren, financiële zorgen, eenzaamheid, afhankelijkheid van anderen en het gevoel hebben anderen tot last te zijn spelen daarbij een belangrijke rol.¹³⁵ De doodswens blijkt dus geenszins gebonden te zijn aan een bepaalde leeftijd. Opmerkelijk is dat het onderzoek daarnaast aantoont dat bij artsen nog altijd onduidelijkheid bestaat over de reikwijdte van de Wtl.¹³⁶ In veel gevallen die bij het Expertisecentrum Euthanasie werden geclassificeerd als gevallen met ‘geen medische grondslag’ blijkt er evenwel sprake te zijn van fysiek of psychisch lijden.¹³⁷ Dat desondanks geen medische grondslag werd aangenomen lijkt vooral te liggen in de aard van het lijden, zijnde ervaringen van onthechting of eenzaamheid.¹³⁸ Dat dit lijden evengoed – zij het voor een deel – existentieel kan zijn, blijkt binnen de beroepsgroep dus nog altijd niet doorgedrongen, aldus Den Hartogh. Den Hartogh meent dat het gevoel van onthechting of eenzaamheid voortkomt uit fysieke aandoeningen of psychische problemen, want “hoe kan men anders het gevoel hebben anderen tot last te zijn?”.¹³⁹

4.6 Deelconclusie

Het wetsvoorstel wil hulp bij zelfdoding mogelijk maken voor mensen die hun leven voltooid achten door toevoeging van een derde lid aan artikel 294 Sr. Het principiële uitgangspunt is het zelfbeschikkingsrecht. De verruiming van het huidige juridische kader kan op de nodige kritiek rekenen, die zich vooral concentreert op ondermijning van de huidige wetgeving en de strijd met de beschermingsplicht van de overheid. Het is, gelet op de ruime beoordelingsvrijheid die lidstaten hebben, de vraag of deze beschermingsplicht in het gedrang komt. Betoogd kan worden dat, gelet op de waarborgen in het wetsvoorstel, deze vraag ontkennend dient te worden beantwoord. Het wetsvoorstel ziet enkel op verzoeken van 75-plussers en noemt een nog op te richten beroepsgroep ‘levenseindebegeleiders’, aan wie de verantwoordelijkheid van hulp bij zelfdoding wordt toevertrouwd. De nadruk ligt op het

¹³³ Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 156.

¹³⁴ Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 86.

¹³⁵ Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 164.

¹³⁶ Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 61-69.

¹³⁷ Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 65-66.

¹³⁸ Van Wijngaarden e.a., 2020, p. 68-69; Onthechting wordt gekarakteriseerd als het gevoel anderen tot last te zijn, Van Wijngaarden e.a. 2020, p. 47.

¹³⁹ Den Hartogh, *TvGR* 2021, p. 9-10.

weloverwogen, vrijwillig en duurzaam verzoek. Door in het volgende hoofdstuk beide wetten naast elkaar te zetten tracht ik een antwoord te kunnen geven op de vraag hoe het wetsvoorstel zich verhoudt tot de Wtl en of er daadwerkelijk sprake is van de ondermijning waarvoor zo gevreesd wordt. Dit nog geheel los van de vraag of voor een dermate kleine groep 75-plussers een dergelijke wet moet worden opgetuigd, nu uit onderzoek blijkt dat die groep zeer gering is.

Hoofdstuk 5: De Wtl en de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek, twee (on)wenselijke routes naast elkaar?

In dit laatste hoofdstuk worden de verhoudingen tussen het wetsvoorstel en de huidige euthanasiewet uiteengezet. Het wetsvoorstel wordt vergeleken met de huidige wetgeving. De zorgvuldigheidseisen zullen hierin centraal staan.

5.1. Het toepassingsbereik

5.1.1 (Euthanasie en) hulp bij zelfdoding

Waar de Wtl zowel hulp bij zelfdoding als euthanasie omvat is het wetsvoorstel beperkt tot hulp bij zelfdoding. Deze beperking is mijns inziens op zichzelf te verdedigen. Mensen die hun leven voltooid achten zullen immers in de meeste gevallen fysiek in staat zijn om zichzelf een middel toe te dienen waarmee zij hun leven beëindigen.¹⁴⁰ Daarbij meen ik net als Vink dat in het licht van het recht op zelfbeschikking hulp bij zelfdoding de optie is waarbinnen het recht op zelfbeschikking het meest tot uitdrukking komt en gehonoreerd wordt.¹⁴¹

5.1.2 (G)een leeftijdsgrens

Anders dan in de Wtl, waar geen leeftijdsgrens is opgenomen, is in het wetsvoorstel een uitdrukkelijke beperking opgenomen van de groep mensen die een beroep kan doen op het voorstel. Het wetsvoorstel geldt enkel voor 75-plussers. De motivering dat 75-plussers vanwege hun kortere levensperspectief een geringere kans hebben op positieve ontwikkelingen is met het onderzoek van Van Wijngaarden ontkracht, die kans is er namelijk wel degelijk.¹⁴² Daarnaast sluit ik mij aan bij Gevers, Den Hartogh en Mevis, inhoudende dat het hanteren van een dergelijke leeftijdsgrens hoe dan ook willekeurig is. Het zelfbeschikkingsrecht is het uitgangspunt van het wetsvoorstel en dan valt niet goed in te zien waarom dat recht dan pas vanaf 75 jaar zou mogen worden uitgeoefend.¹⁴³ Daarmee wordt, zoals de KNMG meent, de doodwens van 75-plussers inderdaad fundamenteel anders behandeld dan die van mensen beneden de 75 jaar oud.¹⁴⁴ Toch meen ook ik dat het loslaten

¹⁴⁰ Hoewel er wellicht ook mensen zullen zijn die hun leven voltooid achten en niet fysiek in staat zijn om hun leven te beëindigen, is het aannemelijk dat die fysieke onmogelijkheid een (ondraaglijk en uitzichtloos) lijden oplevert op grond waarvan euthanasie conform de Wtl kan worden verleend.

¹⁴¹ Vink, *NJB* 2019/1495, p. 1874.

¹⁴² Van Wijngaarden 2020 e.a., p. 147-148.

¹⁴³ Gevers, *TvGR* 2017, p. 117.; Mevis, *DD* 2018/28, p. 381; Den Hartogh *NJB* 2020/1889 p. 2137.

¹⁴⁴ KNMG 2017, p. 20-21.

van een dergelijke leeftijdsgrens de spreekwoordelijke deur wel heel ruim openzet voor hulp bij zelfdoding waarbij medisch lijden (veelal) ontbreekt.¹⁴⁵

Anders dan het wetsvoorstel stelt de Wtl geen leeftijdsgrens aan een euthanasieverzoek. Dit betekent *de facto* dat voor de groep 75-plussers een beroep op beide wetten open staat.¹⁴⁶ Dit wordt in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel ook erkend.

5.1.3 Een levenseindebegeleider of een arts

Het wetsvoorstel legt de verantwoordelijkheid voor hulp bij zelfdoding bij een nog op te leiden levenseindebegeleider. Deze levenseindebegeleider moet erop toezien dat (hulp bij) zelfdoding conform de wet wordt uitgevoerd. Daarover dient hij verantwoording af te leggen bij de Rte. Nog onduidelijk is over welke competenties deze nieuwe levenseindebegeleider moet beschikken. Dat voltooid leven een geheel eigen problematiek kent en dat dit niet enkel op basis van medische kennis te beoordelen is, valt niet te ontkennen. Met Den Hartogh ben ik van mening dat niet geheel duidelijk wordt waarom hier een nieuwe beroepsgroep voor zou moeten worden opgericht.¹⁴⁷

De Wtl legt de verantwoordelijkheid bij een arts neer. Een arts is op dit moment de enige die met (vaak) complexe euthanasievragen te maken krijgt. Vanuit de gedachte dat lijden geen rol speelt bij voltooid leven – en dus de medische dimensie naar de achtergrond is verdrongen – is het begrijpelijk de verantwoordelijkheid niet bij de arts te willen leggen, maar toch meen ik dat een arts, gezien de complexe problematiek van voltooid leven, de meest geschikte persoon is. Artsen zijn het beste toegerust om de veelheid van factoren die bij voltooid leven (mede) een rol kunnen spelen, te beoordelen.¹⁴⁸ De belangrijkste reden is dat

¹⁴⁵ Geheel terzijde lijkt een leeftijdsgrens ook niet in strijd met het EVRM, in de zaak *Pretty* oordeelde het EHRM dat *a blanket ban* op hulp bij zelfdoding valt te rechtvaardigen, voor zover dit in het belang is van de rechten van anderen. Het is niet ondenkbaar dat bij iemand van een jongere leeftijd meerdere personen en belangen betrokken zijn en op grond daarvan dus eerder een beperking te rechtvaardigen is dan bij 75-plussers. Het instellen van een leeftijdsgrens, zijnde een beperking van het zelfbeschikkingsrecht, valt aldus te rechtvaardigen voor zover dit in het belang is van de rechten van anderen. Immers, als het meerdere toegelaten is, dan ook het mindere. Noemenswaardig in dit verband is het andersluidende oordeel van het Duitse constitutionele hof. Volgens het Bundesverfassungsgericht mogen enkel ten aanzien van de ‘ernsthaftigkeit und dauerhaftigkeit’ van het verzoek beperkingen worden gesteld, mits de uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht (artikelen 1 lid 1 en 2 lid 2 Grundgesetz) daardoor niet onmogelijk wordt. Een beoordeling van de ‘Ursachen und Motive’ - hetgeen neerkomt op een inhoudelijke beoordeling - van een verzoek is in strijd met het zelfbeschikkingsrecht. Een dergelijke leeftijdsgrens wordt door het Bundesverfassungsgericht dan ook verworpen. Het Bundesverfassungsgericht stelt zelfs dat minderjarige zonder enige leeftijdsbeperking het recht hebben op hulp bij zelfdoding. Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715, § 340, § 210 en § 29.

¹⁴⁶ Voor minderjarigen vanaf 12 jaar gelden wel aanvullende eisen maar ook voor hen staat een beroep op de Wtl open; Voor minderjarigen beneden 12 jaar dient een beroep te worden gedaan op de procedure levensbeëindiging zonder verzoek, *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 11-12.

¹⁴⁷ Den Hartogh, *NJB* 2020/1889, p. 2137.

¹⁴⁸ Denk hierbij aan psychische- of ouderdomsaandoening, het herkennen van wils(on)bekwaamheid.

artsen in geval van problemen bij de uitvoering kunnen en ook mógen ingrijpen.¹⁴⁹ Als de stelling is dat het bij artsen in het geval van de voltooid leven problematiek ontbreekt aan specifieke deskundigheid, dan is de vraag of het opleiden van een nieuwe beroepsgroep de voorkeur geniet boven het vergroten van de deskundigheid van artsen op het gebied van voltooid leven. Ik sluit mij dan ook aan bij Den Hartogh, die stelt dat als de arts niet voldoende is toegerust om het verzoek hulp bij zelfdoding bij voltooid leven te beoordelen, de conclusie moet zijn dat daarvoor gespecialiseerde artsen nodig zijn en geen stervenshulpverleners.¹⁵⁰

5.2 De zorgvuldigheidseisen

In deze paragraaf wordt het wetsvoorstel tegen de Wtl afgezet. De zorgvuldigheidseisen van het wetsvoorstel zullen één voor één worden behandeld. Wanneer de Wtl geen vergelijkbare eis stelt zal dit worden benoemd en daar waar de Wtl een zorgvuldigheidseis van eenzelfde strekking kent zal die zorgvuldigheidseis vervolgens worden aangehaald en daarop nader worden ingegaan.

5.2.1 Nederlander en/of ingezetene (onderdeel a.)

De eerste zorgvuldigheidseis verplicht de levenseindebegeleider vast te stellen dat de oudere Nederlander of minimaal twee jaar ingezetene van Nederland is. Wat de reden is voor het opnemen van een dergelijk criterium valt niet op te maken uit de memorie van toelichting. Uit het burgerinitiatief van Uit Vrije Wil kan een legitimering worden gevonden voor het opnemen van een dergelijke eis, namelijk het tegengaan van zelfmoordtoerisme. Dit lijkt mij verdedigbaar. Nederland zou geen toevluchtsoord moeten worden voor mensen die in hun eigen land niet terecht kunnen met hun voltooid leven problematiek.¹⁵¹ Enerzijds is het aannemelijk dat een termijn van twee jaar voldoende is om zelfmoordtoerisme tegen te gaan, want als men zelfdoding nog als enige optie in het leven ziet, wie wacht daar dan twee jaar op? Anderzijds is er wel iets voor te zeggen om ‘maar’ twee jaar uit te hoeven zitten wanneer in eigen land geen mogelijkheden worden geboden. De Wtl kent een dergelijke beperking niet.

¹⁴⁹ Zie verder 5.2.6a. *Raadplegen van een onafhankelijke collega en zorgen voor een professionele uitvoering (onderdeel h. en i.)*

¹⁵⁰ Den Hartogh, *NJB* 2016/638, p. 863.

¹⁵¹ Zoals Zwitserland vaak wordt bestempeld.

5.2.2 Het betrekken van naasten en overleg met de huisarts (onderdeel b. en c.)

De tweede en de derde zorgvuldigheidseisen vereisen van de levenseindebegeleider dat hij aan de oudere heeft gevraagd of hij naasten heeft betrokken bij zijn verzoek dan wel adviseert dit alsnog te doen. Voorts kan de levenseindebegeleider, wanneer de oudere dat wenst, overleg met de huisarts voeren. De huisarts kan bijdragen aan het verkrijgen van een achtergrondbeeld van de hulpvraag. De ratio voor het betrekken van naasten is de overtuiging van de wetgever dat naasten een belangrijke, zo niet essentiële rol spelen in iemands leven. Deze zorgvuldigheidseisen kennen een vrijblijvend karakter. Het is de keuze van de oudere zelf of naasten en/of de huisarts worden betrokken. Dit heeft geen gevolgen voor het verzoek.

Hoewel deze eisen niet als zodanig in de Wtl zijn vastgelegd zal ook een arts zijn patiënt binnen het euthanasietraject aanraden om naasten te betrekken. Het betrekken van naasten is onderdeel van de zorgvuldige beoordeling van het euthanasieverzoek door de arts. Daarbij komt dat de arts in veel gevallen de huisarts is van de patiënten. Huisartsen zijn namelijk voor patiënten (veelal) het eerste aanspreekpunt waarmee de euthanasiewens wordt besproken.

5.2.3a Een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek (onderdeel d.)

De vierde zorgvuldigheidseis is dat het verzoek moet voldoen aan vrijwilligheid, weloverwogenheid en duurzaamheid. Deze eis houdt in dat het verzoek zonder enige druk van buitenaf tot stand moet zijn gekomen, enige tijd aanwezig (consistent) en goed doordacht moet zijn. Om te voorkomen dat mensen vanuit een impulsieve gedachte ‘ongewild’ hun leven beëindigen wordt een minimumtermijn van twee maanden aangehouden tussen de (minimaal) twee gesprekken die de levenseindebegeleider met de oudere heeft. Toch meen ik dat er moet worden opgepast voor het te snel aannemen van duurzaamheid. Uit het onderzoek van Van Wijngaarden blijkt immers dat een doodswens ambivalent is, van vele factoren afhankelijk en sterk wisselt.¹⁵² De vraag is óf een twee maanden termijn voldoende is om duurzaamheid aan te nemen en óf duurzaamheid überhaupt objectief is vast te stellen, nu is gebleken dat de doodswens sterk wisselt en van vele factoren afhankelijk is.

¹⁵² Zie 4.5 ‘Het rapport Van Wijngaarden’.

5.2.3b Een vrijwillig, weloverwogen verzoek (artikel 2 lid 1 sub a Wtl)

Een verzoek op grond van de Wtl moet vrijwillig en weloverwogen zijn. Vrijwilligheid behelst dat de patiënt zijn wil volledig vrij heeft kunnen bepalen, daartoe moet een patiënt wilsbekwaam zijn.¹⁵³ Hoewel duurzaamheid niet wordt genoemd in de Wtl blijkt uit de memorie van toelichting dat duurzaamheid ook hier een rol speelt, en als het ware zit ingebakken in de weloverwogenheid van het verzoek.¹⁵⁴ Duurzaamheid in de zin van consistentie, die kan blijken uit herhalen van het verzoek door de patiënt.¹⁵⁵ *De facto* zit dus geen verschil in de eisen van vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek op grond van de Wtl of het wetsvoorstel. Zowel een arts als een levenseindebegeleider moet overtuigd zijn van de vrijwilligheid, weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek. Dat het wetsvoorstel hiervoor minimaal twee gesprekken vereist maakt geen wezenlijk verschil, nu ook een arts (veelal) meerdere gesprekken met de patiënt zal hebben om er zeker van te zijn dat het verzoek voldoet aan de eisen die de Wtl stelt.

5.2.4a Geen andere hulp meer gewenst (onderdeel e.)

Een volgend vereiste is dat de levenseindebegeleider de overtuiging heeft bekomen dat andere hulp niet meer gewenst is. Het sluit aan bij de gedachte dat levensbeëindiging geldt als *ultimum remedium*. De levenseindebegeleider moet nagaan welke factoren bijdragen aan de stervenswens en in overleg met de oudere nagaan of er voor deze factoren nog behandelmogelijkheden zijn en of deze behandeling gewenst is. Mijns inziens is deze zorgvuldigheidseis een lege huls. Als de oudere geen behandeling meer wenst kan de levenseindebegeleider toch niet anders dan zich daarbij neerleggen? Het is uiteindelijk enkel de wil van oudere die gewicht in de schaal legt.¹⁵⁶ De levenseindebegeleider kan in dat kader nog aandacht besteden aan de vraag of bij de oudere sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, op grond waarvan via de Wtl hulp bij zelfdoding mogelijk zou zijn.¹⁵⁷

Het is echter de vraag in hoeverre de levenseindebegeleider deze (zeer complexe) vraag kan beantwoorden, nu juist voor die beantwoording kennis van medische ethiek en medisch inzicht nodig is. Daarnaast is, mocht de levenseindebegeleider deze vraag kunnen beantwoorden, onduidelijk wat de meerwaarde hiervan is. Voor 75-plussers staat in beginsel een beroep op beide wetten open.

¹⁵³ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 9.

¹⁵⁴ *Kamerstukken II* 1999/00, 26691, nr. 3, p. 8; *Kamerstukken II* 1999/00, 26691, nr. 6, p. 55-56.

¹⁵⁵ EuthanasieCode 2018, p. 19-20.

¹⁵⁶ Anderszins doet afbreuk aan het zelfbeschikkingsrecht waar het wetsvoorstel vanuit gaat.

¹⁵⁷ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 36-37.

5.2.4b Geen redelijke andere oplossing (artikel 2 lid 1 sub d Wtl)

Waar het wetsvoorstel vereist dat de levenseindebegeleider de overtuiging heeft bekomen dat andere hulp niet meer gewenst is, kent de Wtl voor de arts een iets andere verplichting. De arts moet tezamen met de patiënt tot de overtuiging komen dat er geen andere oplossing is voor diens situatie. Deze eis moet worden gezien in het licht van de uitzichtloosheid van het lijden en dat wanneer er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden te verminderen, deze de voorkeur verdienen. De beoordeling door de arts van de (on)mogelijkheid van andere alternatieven legt in tegenstelling tot de beoordeling door een levenseindebegeleider eveneens gewicht in de schaal. Daarmee wordt ook gelijk het belangrijkste verschil tussen beide eisen duidelijk, namelijk dat niet alleen de wil van de patiënt gewicht in de schaal legt, maar ook de beoordeling van de arts. Dit biedt een – zij het deels – objectief toetsingskader waaraan getoetst kan worden.

5.2.5a Wilsbekwaam en voldoende ingelicht (onderdeel f. en g.)

Iedere oudere die een verzoek doet tot hulp bij zelfdoding moet wilsbekwaam zijn. De wil moet op schrift worden gesteld dan wel audiovisueel worden vastgelegd. In het eerste gesprek met de levenseindebegeleider dient de oudere een schriftelijke of audiovisuele verklaring van zijn wil op te maken. De wil wordt in (het) opvolgende gesprek(ken) formeel bevestigd. De eventuele gesprekken van de levenseindebegeleider met naasten en de huisarts kunnen hieraan bijdragen.¹⁵⁸ De authenticiteit en de datum van de wilsverklaring moeten in voldoende mate vaststaan.¹⁵⁹ Daarnaast heeft de levenseindebegeleider de plicht conform *onderdeel g* de oudere voldoende in te lichten over de inhoudelijke en procedurele aspecten van zijn verzoek.

5.2.5b Voorgelicht over de situatie en vooruitzichten (artikel 2 lid 1 sub c Wtl)

De Wtl eist dat de patiënt voldoende moet zijn voorgelicht over de situatie waarin deze zich thans bevindt en over diens vooruitzichten. In het kader van de weloverwogenheid van een verzoek is het van belang dat de patiënt volledig inzicht heeft in zijn gezondheidssituatie.¹⁶⁰ Hoewel hier wordt bedoeld op voorlichting over de medische situatie van de patiënt zullen ook de inhoudelijke en procedurele aspecten worden besproken. De arts dient zich ervan te

¹⁵⁸ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 24.

¹⁵⁹ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 37.

¹⁶⁰ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 9.

vergewissen dat de patiënt op de hoogte is van alle relevante informatie.¹⁶¹ De inlichtingenplicht en de eis van wilsbekwaamheid - zoals is bedoeld in het wetsvoorstel - worden in de Wtl niet expliciet gesteld, maar vloeien voort uit de eis van een (vrijwillig en) weloverwogen verzoek.¹⁶² Een wilsverklaring in het kader van de Wtl is vormvrij, al moet de arts wel vaststellen dat er sprake is van wilsbekwaamheid bij zijn patiënt.¹⁶³

5.2.6a Raadplegen van een onafhankelijke collega en zorgen voor een professionele uitvoering (onderdeel h. en i.)

De levenseindebegeleider dient een onafhankelijke collega te raadplegen. Deze voert vervolgens ten minste één gesprek met de oudere om te kunnen beoordelen of er aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Dit oordeel wordt vervolgens op schrift gesteld. Dit oordeel is echter een advies en hoeft niet positief te zijn. Wel moet van dit oordeel melding worden gemaakt, met als gevolg dat het oordeel een rol zou kunnen spelen bij de beoordeling van het verzoek bij de Rte.¹⁶⁴ Daarnaast dient de levenseindebegeleider zorg te dragen voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp. Deze professionele uitvoering ziet op het conform de zorgvuldigheidseisen verlenen van hulp. Toch acht ik het niet ondenkbaar dat er zich gevallen kunnen voordoen waarbij een levenseindebegeleider hier niet aan kan voldoen, althans waarbij die zorgvuldige uitvoering in gevaar komt. Er zijn namelijk (onwenselijke) situaties denkbaar waarbij de oudere de zelfdoding niet kan voltooien.¹⁶⁵ De levenseindebegeleider mag – nog los van de vraag of hij beschikt over de juiste middelen en kennis – in die gevallen de zelfdoding niet voltooien, want dan zou de hulp bij zelfdoding euthanasie worden. De vraag is hoe met deze gevallen dient te worden omgegaan. Dit blijkt niet uit de memorie van toelichting en is aldus onduidelijk. Een arts daarentegen is in die gevallen wel bevoegd om in te grijpen.

5.1.6b Raadplegen van een andere arts en een medisch zorgvuldige uitvoering (artikel 2 lid 1 sub e en sub f Wtl)

Ook een arts dient in het kader van de Wtl een onafhankelijke collega (arts) te raadplegen, die de patiënt ziet en een oordeel vormt over de zorgvuldigheidseisen. Tevens dient de arts te zorgen voor een medisch zorgvuldige uitvoering en conform de zorgvuldigheidseisen hulp te

¹⁶¹ EuthanasieCode 2018, p. 24.

¹⁶² Zie 5.1.3b Een vrijwillig, wel overwogen verzoek (artikel 2 lid 1 sub a Wtl)

¹⁶³ Aan een schriftelijke wilsverklaring worden wel eisen gesteld waaronder naam, dagtekening en handtekening, *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 11.

¹⁶⁴ *Kamerstukken II*, 2019/20, 35534, nr. 3, p. 37.

¹⁶⁵ Bijvoorbeeld omdat de oudere onwel wordt tijdens de uitvoering.

verlenen.¹⁶⁶ Een arts valt onder de wet BIG, zodat sprake is van een wettelijke registratie en titelbescherming en het tuchtrecht van toepassing is.

5.3. Een heet hangijzer: het ontbreken van (de eis) ondraaglijk en uitzichtloos lijden (artikel 2 lid 1 sub b Wtl)

In het wetsvoorstel ontbreekt de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De Wtl stelt daarentegen wel dat er sprake moet zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze open normen worden enerzijds ingevuld door de medische ethiek en medisch inzicht van de arts en anderzijds door de patiënt zelf. De ondraaglijkheid van het lijden moet voor de arts invoelbaar zijn. Het biedt een – zij het deels – objectief toetsingskader waaraan euthanasieverzoeken worden getoetst. De Wtl kent een grote mate van betekenis toe aan het beginsel van barmhartigheid en de beschermwaardigheid van het leven, waarbinnen ook zelfbeschikking en waardigheid een rol spelen.¹⁶⁷ Alle vier de beginselen leggen gewicht in de schaal, maar per geval kan een afweging worden gemaakt. Die afweging valt veel minder goed – mijns inziens helemaal niet – te maken in het wetsvoorstel. Aan het beginsel van zelfbeschikking wordt namelijk zodanig veel gewicht toegekend dat iedere eis die het zelfbeschikkingsrecht inperkt een eis te veel lijkt te zijn, zo ook een eis die treedt in de beoordeling van het lijden.¹⁶⁸ In dat opzicht is het om die reden wel begrijpelijk dat de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet in het wetsvoorstel voorkomt. Gevers stelt dat als barmhartigheid ingewisseld wordt tegen zelfbeschikking als grondslag voor (euthanasie)wetgeving de consequenties daarvan goed overdacht moeten worden.¹⁶⁹ Die mening deel ik. Er bestaat een reële vrees dat 75-plussers de ‘makkelijkste’ weg naar de dood kiezen (en daar is niets op tegen!). Daarmee wordt echter wel de huidige euthanasiewetgeving ondermijnd. Wanneer de oudere vindt dat ‘het genoeg is geweest’ lijkt hem geen strobreed meer in de weg te worden gelegd om zijn leven te kunnen beëindigen met hulp van een levenseindebegeleider. Daarmee lijkt het wetsvoorstel met zijn zorgvuldigheidseisen meer een formaliteit op weg naar de dood.

¹⁶⁶ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26691, nr. 3, p. 10; Deze andere arts wordt een SCEN-arts genoemd, www.KNMG.nl.

¹⁶⁷ Zie 2.4 De vier kernbeginselen van het euthanasierecht.

¹⁶⁸ Zo meent ook het Duitse Bundesverfassungsgericht in zijn arrest van 26 februari 2020, ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715.

¹⁶⁹ Gevers, *TvGR* 2020, p. 272.

5.4 Deelconclusie

In dit hoofdstuk is de verhouding tussen het wetsvoorstel en de huidige euthanasiewet uiteengezet. Een duidelijk verschil is het toepassingsbereik van het wetsvoorstel, in die zin dat enkel voor 75-plussers, die Nederlander of minimaal 2 jaar ingezetene zijn, een beroep op het wetsvoorstel openstaat. Hoewel iedere leeftijdsgrens willekeurig is, zou het stellen van geen leeftijdsgrens de deur wel heel ruim openzetten. Een leeftijdsgrens is, wanneer de beredenering van het EHRM wordt gevolgd, niet in strijd met het zelfbeschikkingsrecht. Een ander verschil is dat het wetsvoorstel kiest voor een levenseindebegeleider, waar de Wtl de verantwoordelijkheid bij een arts neerlegt. In eerste opzicht lijkt er weinig verschil te zitten tussen de taken die beiden moeten uitvoeren, maar waar een arts meer handelingsbevoegdheid heeft, bijvoorbeeld in die gevallen waarin iets misgaat bij de toediening van het zelfdodingsmiddel, blijft het de vraag of en hoe een levenseindebegeleider in die gevallen mag handelen. Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen kan tot de conclusie worden gekomen dat er weinig verschil zit tussen het wetsvoorstel en de euthanasiewet. De eisen uit het wetsvoorstel en die uit de Wtl kennen een vergelijkbare strekking en zijn in sommige gevallen zelfs identiek. Cruciaal verschil is het ontbreken van de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in het wetsvoorstel. En daarmee wordt, zoals gevreesd, de huidige euthanasiewet ondermijnd.

Hoofdstuk 6 Conclusie

In dit onderzoek is getracht een antwoord te geven op de vraag hoe het wetsvoorstel voltooid leven zich verhoudt tot de huidige euthanasiewet. Die vraag laat zich, net als het ethische dilemma over leven en dood, evenmin beantwoorden met een simpele ja of nee.

Het euthanasierecht is als het ware opgeraapt uit jurisprudentie die zich vanaf 1973 heeft ontwikkeld als gevolg van situaties waarin artsen zich geconfronteerd zagen met een conflict van plichten en daaropvolgend (mogelijke) strafvervolging vanwege de strafbaarstelling van euthanasie. Met het inwerkingtreden van de Wtl in 2002 was daar eindelijk de wettelijke uitzonderingspositie voor artsen die geconfronteerd werden met euthanasie. Het euthanasierecht concentreert zich rondom vier kernbeginselen: het beginsel van beschermwaardigheid, het beginsel van barmhartigheid, het beginsel van waardigheid en het beginsel van zelfbeschikking. Het uitgangspunt van het euthanasierecht is de plicht om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten. Er valt echter geen eenduidig antwoord te geven op de vraag *welk* lijden ondraaglijk en uitzichtloos is, arts en patiënt bepalen dit gezamenlijk. De zorgvuldigheidseisen uit de Wtl moeten dus worden gezien als open normen.

De Hoge Raad heeft zich in de loop der jaren meermaals gebogen over euthanasie, de Wtl en de voltooid leven discussie. Hoewel voltooid leven meerdere synoniemen kent gaat het in de kern om twee dingen, te weten het ontbreken van levensperspectief en het hebben van een stervenswens. De Hoge Raad heeft in het Brongersma arrest paal en perk gesteld aan de open normen van de Wtl, door te oordelen dat voltooid leven niet valt onder de reikwijdte van de Wtl. Hetgeen ook blijkt uit de wetsgeschiedenis van de Wtl. Het oordeel van de Hoge Raad in het Brongersma arrest bleef niet onbesproken in de juridische en medische wereld, met als gevolg dat verschillende rechtsgeleerden zich niet konden verenigen met het oordeel van de Hoge Raad. Zowel de commissie Dijkhuis, de KNMG als de Rte kennen aan de Wtl een groter toepassingsbereik toe dan de Hoge Raad in Brongersma aanneemt. Voltooid leven kan onder de Wtl vallen zolang het lijden een medische grondslag kent, waaronder ook een opeenstapeling van ouderdomsklachten valt. Dat de Wtl geen rustig bezit is, blijkt uit de zaak Heringa waarin verschillende rechtbanken en gerechtshoven steeds andersluidende oordelen velden. In Heringa I oordeelde de Hoge Raad dat uitzonderlijke omstandigheden met zich mee kunnen brengen dat ook door niet-artsen een beroep op noodtoestand kan worden gedaan, maar dat het niet haar taak was om vooruit te lopen op de wetgeving op het gebied van voltooid leven. De Hoge Raad gaf hiermee een signaal af aan de wetgever om te voorzien in wetgeving en daarmee lag de bal wederom bij de wetgever. In Heringa II oordeelde de

Hoge Raad dat hoewel de Wtl niet van toepassing is op niet-artsen, de zorgvuldigheidseisen uit deze wet wel als ondergrens kunnen dienen voor dergelijke gevallen.

Middels een proeve van wetgeving werd het voltooid leven vraagstuk onder de aandacht gebracht bij de wetgever. Geconfronteerd met deze proeve en de steeds groter wordende maatschappelijke discussie zag de wetgever zich genoodzaakt om te laten onderzoeken of en hoe voltooid leven juridisch kon worden verankerd in de wet. De commissie Schnabel oordeelde dat de Wtl voldoende ruimte biedt voor de voltooid leven problematiek en dat uitbreiding van het euthanasierecht stuit op onoverkomelijke bezwaren en om die reden niet wenselijk is. Dit advies kreeg bijval van de KNMG. Tegen het advies van de commissie Schnabel in was de wetgever echter van mening dat de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding bij voltooid leven verder moest worden beproefd. Dit resulteerde uiteindelijk in de indiening van het wetsvoorstel voltooid leven.

Het uitgangspunt van het wetsvoorstel is het zelfbeschikkingsrecht. Daar waar binnen de Wtl een afweging moet worden gemaakt tussen de verschillende kernbeginselen die ten grondslag liggen aan het euthanasierecht kent het wetsvoorstel vooral, mijns inziens eigenlijk alle, gewicht toe aan het zelfbeschikkingsrecht. Hier zit meteen de crux: het wetsvoorstel (hulp bij zelfdoding bij voltooid leven) is daarmee fundamenteel anders dan (euthanasie op grond van) de Wtl. Het wetsvoorstel geldt enkel voor 75-plussers en hanteert aldus een leeftijdsgrens. Daarnaast moet de 75-plusser Nederlander of minimaal 2 jaar ingezetene van Nederland zijn.

Het wetsvoorstel legt de verantwoordelijkheid voor het verlenen bij een levenseindebegeleider. Deze levenseindebegeleider komt onder de wet BIG te vallen, met als gevolg dat het tuchtrecht van toepassing is. Het wetsvoorstel is daarmee, zoals beoogd, een aanvulling op de huidige wetgeving en kent eigen zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan. Uit onderzoek van de commissie Van Wijngaarden blijkt echter dat de doelgroep waarvoor nu een mogelijkheid voor hulp bij zelfdoding in geval van voltooid leven in het leven wordt geroepen, zéér klein is. Bovendien blijkt de doodswens ambivalent en context- en situatie afhankelijk te zijn. Dit brengt mij bij het volgende: de vergelijking tussen het wetsvoorstel en de Wtl.

Na het wetsvoorstel te hebben vergeleken met de Wtl kan worden geconcludeerd dat er meerder verschillen zijn, maar dat daarvan *de facto* maar enkele van wezenlijke betekenis zijn. Het wetsvoorstel hanteert in tegenstelling tot de Wtl een leeftijdsgrens en een ingezetene-criterium. Het hanteren van een leeftijdsgrens is strijdig met het zelfbeschikkingsrecht, dat nu juist als uitgangspunt van het wetsvoorstel geldt. Elke

leeftijdsgrens is willekeurig, maar géén leeftijdsgrens maakt de wet wel heel toegankelijk. Een bevredigende oplossing is er dus eigenlijk niet.

Waarom het wetsvoorstel kiest voor een levenseindebegeleider waar de Wtl kiest voor een arts wordt mij niet geheel duidelijk. Het argument dat een levenseindebegeleider beter (dan een arts) in staat zou zijn om te beoordelen of sprake is van voltooid leven, omdat voltooid leven niet enkel op medische kennis te beoordelen is, overtuigt niet. Temeer nu onduidelijk is over welke competenties een levenseindebegeleider dient te beschikken. De meest zwaarwegende reden om vast te houden aan de arts is de handelingsbevoegdheid van de arts in geval van complicaties, daar waar de levenseindebegeleider niet bevoegd is om in te grijpen. Ten aanzien van de vraagstukken over de competenties en de handelingsbevoegdheid van de levenseindebegeleider lijkt een taak voor de wetgever weggelegd om te voorzien in nadere regelgeving. Echter, wanneer de levenseindebegeleider wel handelingsbevoegd mag optreden, verandert daarmee de hulp bij zelfdoding in euthanasie en daarop is het wetsvoorstel niet van toepassing. *Enfin* dat laat ruimte voor een nadere beschouwing op een andere plek.

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen moet tot de conclusie worden gekomen dat het wetsvoorstel voltooid leven dezelfde zorgvuldigheidseisen kent die ook de Wtl stelt, op twee fundamentele verschillen na. Zowel de Wtl als het wetsvoorstel eisen dat het levensbeëindigingsverzoek vrijwillig, weloverwogen en duurzaam is, de verzoekende wilsbekwaam is en voldoende ingelicht is over zijn situatie en het euthanasietraject en dat de levensbeëindigingshulp zorgvuldig wordt uitgevoerd.

Het eerste fundamentele verschil is dat het wetsvoorstel vereist dat is vastgesteld dat de oudere geen andere hulp meer wenst, daar waar de Wtl eist dat de arts tezamen met de verzoekende tot de conclusie komt dat er geen andere redelijke oplossing is voor de situatie. Daarmee ontbreekt het bij het wetsvoorstel aan een objectief toetsingskader en is het alleen de wil van de oudere die van doorslaggevende betekenis is. Dit ontbreken van een toetsingskader brengt mij bij het meest fundamentele verschil tussen het wetsvoorstel en de Wtl: het ontbreken van de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Mijns inziens is de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden als het ware het fundament van het euthanasierecht. De eis creëert een kader waarin het beginsel van beschermwaardigheid van het leven, het beginsel van barmhartigheid, het beginsel van waardigheid en het beginsel van zelfbeschikking ieder hun eigen plaats innemen en waartussen per geval een afweging kan worden gemaakt, maar waar de weegschaal nimmer ten volle kan doorslaan naar één van de beginselen. Het uitgangspunt van het wetsvoorstel is

het zelfbeschikkingsrecht en met het ontbreken van de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, ontbreekt ook de mogelijkheid om een afweging te maken. Het wetsvoorstel creëert daarmee voor ouderen de weg naar 'een zekere dood', met als (logisch) gevolg dat de Wtl verwordt tot een dode letter op papier.

Bronnen

Literatuur

Buijsen, *NJB* 2015/1052

M. Buijsen, 'Betekenis van het arrest in de zaak Heringa is gering', *NJB* 2015/1052, afl. 22, p. 1478.

Dijkhuis e.a. 2004

J.H. Dijkhuis e.a., *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, Utrecht: december 2004.

Drion 1992

H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, Amsterdam: Balans 1992.

Effting 2020

M. Effting, 'Grapperhaus blokkeert benoeming van rechter in euthanasiecommissie', *De Volkskrant*
1 december 2020.

Engberts, *TvGR* 2016

D.P. Engberts, 'In geleerdheid gesmoord: De commissie-Schnabel over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten', *TvGR* 2016, afl. 6, p. 369-377.

Gevers, *TvGR* 2017

J.K.M. Gevers, 'Hulp bij zelfdoding bij voltooid leven: naar een nieuwe wet?', *TvGR* 2017, afl. 2, p. 112-120.

Gevers, *TvGR* 2020

J.K.M. Gevers, 'Over hulp bij zelfdoding', *TvGR* 2020, afl. 3, p. 266-273.

Groenouwe, *DD* 2017/38

M. Groenouwe, 'voltooid leven en de rol van de naaste. De Hoge Raad over de grenzen van euthanasierecht', *DD* 2017/38, afl. 5, p. 386-395.

Den Hartogh, AA 2003

G.A. den Hartogh, 'Het Europese Hof over hulp bij suïcide', *AA* 2003, p. 96-101.

Den Hartogh, NJB 2011/172

G.A. den Hartogh, 'Voltooid leven. Binnen of buiten het wettelijk kader?', *NJB* 2011/172, afl. 4, p. 224-230.

Den Hartogh, NJB 2016/638

G.A. den Hartogh, 'Voltooid leven. Hoe verder na Schnabel?' *NJB* 2016/638, afl. 13, p. 854-865.

Den Hartogh, NJB 2020/689

G.A. den Hartogh, 'Naar een uniforme uitleg van artikel 2 lid 2 WTL', *NJB* 2020/689, afl. 11, p. 754-761.

Den Hartogh, NJB 2020/1889

G.A. den Hartogh, 'Toegang tot dodelijke middelen. Is aanvullende wetgeving nodig om de zelfgekozen dood mogelijk te maken?' *NJB* 2020/1889, afl. 29, p. 2136-2142.

Den Hartogh, TvGR 2021

G.A. den Hartogh, 'Voltooid leven' en de grenzen van het medisch domein', *TvGR* 2021, p. 5-14

Van der Heide 2012

A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw 2012.

Hendriks, NTM/NJCM-Bulletin 2014

A. Hendriks, 'Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Nederlandse Euthanasiewet aan het EVRM', *NTM/NJCM-bulletin* 2014, nr. 2, p. 151-181.

De Hullu 2018

J. de Hullu, *Materieel strafrecht – Over algemene leerstukken van strafrechtelijke aansprakelijkheid naar Nederlands recht*, Deventer: Wolters Kluwer 2018.

KNMG 2011

KNMG-standpunt, *De Rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*, Utrecht: KNMG 2011.

KNMG 2017

KNMG-standpunt, *Overwegingen artsenfederatie KNMG bij ‘Kabinetsreactie en visie Voltooi Leven’*, Utrecht: KNMG 2017.

Leenen e.a. 2020

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2020.

Legemaate e.a., TvGR 2017

J. Legemaate e.a., ‘Het functioneren van de toetsingscommissies euthanasie’, *TvGR* 2017, afl. 4-5, p. 342-350.

Mevis, DD 2016/35

P.A.M. Mevis, ‘Over de randen van de euthanasiewetgeving’, *DD* 2016/35, afl. 6, p. 373-385.

Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017

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

Pans, NJB 2003

E. Pans, ‘De Hoge Raad en de onzekere arts; kanttekeningen bij het arrest over hulp bij zelfdoding in de zaak Brongersma’, *NJB* 2003, afl. 17, p. 870-877.

Pans 2006

E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht* (diss. Amsterdam VU), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

Pans, TvGR 2019

E. Pans, 'K. ten Cate, 'Dutch doctors & dying: Do doctors' personal views influence their professional care at the end of life – and should they?', *TvGR* 2019, afl. 2, p. 179-182.

Peters e.a. 2011

J. Peters e.a., *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, Amsterdam: Boom 2011

Rozemond, AA 2015

N. Rozemond, 'De voortdurende invloed van de Hoge Raad op het euthanasierecht', *AA* 2015, p. 231-237.

Scharenborg 2017

M. Scharenborg, *Geschiedenis van het wetboek van Strafrecht (1886-2017)*, deel III, z.p.: 2017.

Smidt 1881

H.J. Smidt, *Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht*, deel II, Haarlem: Tjeenk Willink 1881.

Vink, NJB 2019/1495

T. Vink, 'De gevolgen van een weeffout in de 'euthanasiewet', *NJB* 2019/1495, afl. 26, p. 1872-1876.

Vis, NTS 2020

J.T.E. Vis, 'De Euthanasiearresten van de Hoge Raad: lessen voor de toekomst', *Nederlands Tijdschrift voor Strafrecht* 2020, nr. 4, p. 233-250.

De Vito, NJB 2015/1402

L.L.A. de Vito, 'Het recht op een zelfgekozen levenseinde', *NJB* 2015/1402, afl. 28, p. 1926-1929.

De Vito, TvGR 2018

L.L.A. de Vito, 'Cassatie in het belang der wet tegen oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie', *TvGR* 2018, afl. 3, p. 223-231.

Akinci & Van de Wier 2021

O. Akinci & M. van de Wier, *'Hans Peltenburg (61) stapt naar de rechter: hij wil zelf kunnen bepalen wanneer hij sterft'* 9 april 2021.

Van Wijngaarden e.a. 2020

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

Jurisprudentie

Europees Hof voor de Rechten van de Mens

EHRM 29 april 2002, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602 (Pretty/Verenigd Koninkrijk).

EHRM 20 januari 2011, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207 (Haas/Zwitserland).

Hoge Raad

HR 27 november 1984, ECLI:NL:HR:1984:AC8615, *NJ* 1985/106, m.nt. Th.W. van Veen (*Euthanasie Alkmaar*).

HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *NJ* 1994/656, m.nt. T.M. Schalken (Chabot).

HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, *NJ* 2003/167, m.nt. T.M. Schalken (Brongersma).

PHR 8 november 2016, ECLI:NL:PHR:2016:1086.

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418 (*Heringa I*).

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *TvGR* 2017, 6, m.nt. Pans (*Heringa I*).

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *NbSr* 2017/132, m.nt. Hendriks (*Heringa I*).

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *GJ* 2017/52, m.nt. Schalken (*Heringa I*).

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *JIN* 2017/82 m.nt. De Bruijn-Lückers (*Heringa I*).

HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR2017:418, *NJ* 2019/269, m.nt. Mevis (*Heringa I*).

HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598 (*Heringa II*).

HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598, *GJ* 2019/77, m.nt. Schalken (*Heringa II*).

HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712.

Gerechtshoven

Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NLGHARL:2015:3444.

Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:34.

Rechtbanken

Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, ECLI:NL:RBLEE:1973:AB5464, *NJ* 1973/183 (*Postma*).

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

Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506.

Rb. Limburg 26 februari 2019, ECLI:NL:RBLIM:2019:1740.

Bundesverfassungsgericht

Bundesverfassungsgericht 26 februari 2020,

ECLI:DE:BVerfG:2020:rs20200226.2bvr234715.

Overige Bronnen

Jaarverslag 2010

Jaarverslag Regionale toetsingscommissie euthanasie, Den Haag: Koninklijke de Swart 2010

Jaarverslag 2012

Jaarverslag Regionale toetsingscommissie euthanasie, Den Haag: Koninklijke de Swart 2012

EuthanasieCode 2018

Parlementaire stukken

Kamerstukken I 1997/98, 23877 nr. 246c.

Kamerstukken II 1997/98, 26000, nr. 3. p. 4.

Kamerstukken II, 1997/98, 26024, nr. 10, p. 47;

Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3.

Kamerstukken II 1999/00, 26691, nr. 6.

Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 137e.

Kamerstukken II 2019/20, 35534, nr. 1.

Kamerstukken II 2019/20, 35534, nr. 2.

Kamerstukken II 2019/20, 35534, nr. 3.