

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

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

2.1 'De pil van Drion'

2.2 De euthanasiewet

2.3 De zaak-Brongersma

2.4 De artsenfederatie KNMG

2.5 De zaak-Heringa

2.6 Het burgerinitiatief 'Voltooid Leven'

2.7 Tweede evaluatie euthanasiewet

2.8 'Adviescommissie voltooid leven' en kabinetsreactie

3. Uitgangspunten en overwegingen

3.1 Zelfbeschikking en de beschermwaardigheid van het leven

3.2 Zelfbeschikking en autonomie

3.3 Solidariteit en barmhartigheid

4. Inhoud van het wetsvoorstel

4.1 'Voltooid leven'

4.2 Levenseindebegeleiding

4.3 Leeftijdsgrens

4.4 Procedure

5. Uitvoeringsaspecten

II. ARTIKELN

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

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

emotionele ontluistering die wordt gevoeld, kan dermate groot zijn dat mensen een stervenswens ontwikkelen.¹

Een eenduidige omschrijving van voltooid leven is moeilijk te geven, omdat het vooral om een uiterst persoonlijke ervaring gaat, die voor iedereen anders zal zijn. Els van Wijngaarden, die in 2016 promoveerde op ‘de ervaringswereld van het voltooid leven’ omschreef in haar boek het fenomeen voltooid leven als “een kluwen van onvermogen en onwil nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld, anderen en jezelf) levert permanente innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen.” In hoofdstuk 4 zal nader op de beweegredenen worden ingegaan, die mensen er toe kunnen doen besluiten hun leven als voltooid te zien.

Dankzij toegenomen welvaart en een verbeterde gezondheidszorg worden mensen steeds ouder, vaak in relatief goede gezondheid. Een gemiddelde vrouw van 65 jaar heeft nog 21,4 levensjaren te gaan, waarvan 11,6 jaar in als goed ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen, zonder chronische ziekten of in goede geestelijke gezondheid. De gemiddelde 65-jarige man heeft nog 18,4 levensjaren voor zich, waarvan 11,5 jaar in goede gezondheid.² Deze ouderen zijn tijdens hun leven veelal gewend geweest om eigen keuzes te maken en om hun leven naar eigen wens en inzicht in te richten. Bij een deel van deze mensen bestaat de wens om niet alleen op het eigen leven, maar ook op het eigen sterven invloed uit te oefenen. Zij zien in de mogelijkheid om hun leven in eigen regie, en op een zelfgekozen moment te beëindigen, als het ware een voorzetting van hoe zij hun leven tot dusver hebben geleefd: onafhankelijk en door eigen keuzes te maken.

Mensen die hun leven als voltooid beschouwen en het om die reden willen beëindigen, kunnen echter niet beschikken over de middelen om dit ook zelf te doen, tenzij ze deze middelen via illegale weg weten te verkrijgen. Maar ook dan is het de vraag of deze middelen wel veilig zijn en daadwerkelijk tot de door hen gewenste dood zullen leiden. De initiatiefneemster beoogt met deze wetgeving mensen die hun leven voltooid achten, en die er voor willen kiezen om op een voor hen waardige manier te sterven, zorgvuldige en professionele hulp te bieden.

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasiewet) kan niet altijd een oplossing bieden voor mensen die hun leven als voltooid zien. Hoewel in de wet niet wordt gespecificeerd welke oorzaak er ten grondslag moet liggen aan het (uitzichtloos en ondraaglijk) lijden, is tijdens de behandeling van deze wet wel aan de orde gekomen dat ‘klaar zijn met leven’ niet onder deze wetgeving valt. In het volgende hoofdstuk zal uitgebreider hierop worden ingegaan aan de hand van de parlementaire behandeling van de euthanasiewet.

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

² Cijfers resterende (gezonde) levensverwachting CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/resterende-gezonde---levensverwachting> (1-12-2016)

Sinds het arrest-Brongersma is het duidelijk dat (huis)artsen patiënten die lijden aan een voor henzelf te lang geworden leven, die het gevoel hebben zichzelf te overleven en hun arts vragen daarvan te mogen worden verlost, niet mogen helpen. Met de richtlijn van de KNMG uit 2011, de uitspraak van het Gerechtshof in de zaak-Heringa en het rapport ‘Voltooid leven’ van de Commissie van Wijzen, is duidelijk geworden dat weliswaar ook een stapeling aan ouderdomsklachten binnen de grenzen van de euthanasiewet valt, maar dat er wel een medische grondslag moet zijn. De initiatiefneemster is echter van mening dat ook het lijden van ouderen dat geen medische oorzaak kent, serieus genomen zou moeten worden. Ook iemand die niet in medisch opzicht lijdt, kan dusdanig lijden aan het leven, dat diegene een persistente stervenswens ontwikkelt. Om die reden wil de initiatiefneemster een nieuwe wet maken, waarbij een medische grondslag niet noodzakelijk is om een uitdrukkelijk verzoek tot stervenshulp op zorgvuldige wijze te kunnen inwilligen.

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

2.1 ‘De pil van Drion’

Oud-hoogleraar Huib Drion pleitte 25 jaar geleden voor de vrije verstrekking van zelfdodingsmiddelen aan ouderen in zijn essay ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’, dat werd gepubliceerd in NRC Handelsblad van 19 oktober 1991. “Het lijkt me aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op een aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hun dat - gezien wat hen daarvan nog te wachten staat - passend voorkomt”, schreef hij in de openingsalinea. Hij pleitte voor het beschikbaar stellen van een middel waarmee oude mensen op een humane wijze en op een moment dat hen passend voorkomt, een einde aan hun leven zouden kunnen maken. Dat middel wordt sindsdien in het spraakgebruik aangeduid als ‘de pil van Drion’. Drion betoogde dat het voor veel oude mensen een grote zorg is dat er een moment zal komen waarop zij ook in de meest elementaire dingen van het leven door lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Die bedreiging wegnemen zag hij als een essentiële verplichting voor de samenleving, waarin het aantal oudere mensen toeneemt. Maar het voorzien in de verzorging en verpleging van oude mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen zag hij niet als afdoende. Het aanbod van zorg was immers geen oplossing voor “degenen die gespaard wensen te blijven voor een leven dat nog slechts met zulke zorg van anderen gecontinueerd kan worden.”³ Ook in de angst te zullen lijden als gevolg van afhankelijkheid van zorg, zag Drion dus een reden om (via een arts) een middel te kunnen verkrijgen waarmee oude mensen een einde aan hun leven kunnen maken, op een manier die voor henzelf en hun omgeving aanvaardbaar is.

³ H. Drion, ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’, NRC Handelsblad, 19-10-1991.

2.2 De euthanasiewet

De problematiek van het lijden aan een voltooid leven kwam ook aan de orde tijdens de parlementaire behandeling van de euthanasiewet. De verantwoordelijke ministers van Justitie, de heer A. H. Korthals, en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers, omschreven de problematiek ‘klaar zijn met leven’ in de nota naar aanleiding van het verslag behorende bij de euthanasiewet als volgt: “Hiermee wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Op dit punt is inderdaad, zoals deze leden suggereerden, een vergelijking mogelijk met het voorstel zoals destijds door mr. Drion gedaan. Zijn voorstel strekte ertoe om mensen in de hierboven beschreven situatie de mogelijkheid te bieden tot het verkrijgen van een euthanaticum of een recept daartoe teneinde op een zelfgekozen moment hun leven te beëindigen.”⁴ Hier werd door de bewindspersonen aan toegevoegd dat het wetsvoorstel deze situatie niet beoogde te regelen.

Tijdens het wetgevingsoverleg dat in oktober 2000 plaatsvond zei minister Korthals: “Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met het leven. (...) Wij gaan niet zo ver dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de gereguleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te doen beëindigen.”⁵

Kort na dit wetgevingsoverleg stuurde minister Korthals een brief naar de Kamer naar aanleiding van het hoger beroep dat was ingesteld in de zaak Brongersma. In die zaak was, aldus Korthals, met name de vraag aan de orde of er sprake was van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Hij schreef erover: “Naar het zich laat aanzien betrof het iemand op hoge leeftijd, die niet zozeer in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, maar die ondraaglijk leed omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven. Zodanig lijden wordt tot dusver niet begrepen onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals dat in de huidige meldingsprocedure en ook in het aanhangige wetsvoorstel is vastgelegd.”⁶

Beide ministers vroegen echter wel aandacht voor deze problematiek. Minister Korthals zocht de oplossing in hulp en aandacht: “Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht besteed

⁴ Kamerstukken II 1999-2000, 26691 nr. 6, p 30.

⁵ Kamerstukken II 2001-2002, 26691, nr. 22, p. 59.

⁶ Kamerstukken II 2001-2002, 26691, nr. 26.

wordt aan dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp schuil kan gaan. Dat is dus de eerste benadering die wij kiezen.”⁷

Minister Borst meende dat niet voor deze problematiek moest worden weggelopen, maar dat de discussie hierover in de samenleving nog onvoldoende was gevoerd: “Je kunt je afvragen of iemand die lichamelijke gezond is en die voor zover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden, werkelijk wel gezond is. Echter, dit is niet gemakkelijk te bepalen. Je hebt namelijk heel hoog bejaarde mensen die een dergelijk probleem hebben. Persoonlijk heb ik er twee gekend die ver in de negentig waren en die iedere dag een lijdensweg vonden. Zij vonden helemaal niets meer aan het leven. Zij zeiden: iedereen waarmee ik ooit leuk kon praten is dood en ik zit hier maar. Het enige wat ik doe is iedere avond hopen dat ik de volgende dag niet meer wakker word. Ik vind dat zo iemand niet echt ziek is, maar een reëel punt heeft. Daarvoor wil ik niet zomaar weglopen en zeggen: nooit helpen. Het is echter nog een niet uitgediscussieerd element in onze samenleving.”⁸

Tijdens de behandeling van de euthanasiewet werd ook diverse malen gevraagd of mensen die klaar zijn met leven voor hulp in aanmerking zouden mogen komen, waarop een eenduidig antwoord kwam van minister Korthals: “Verschillende sprekers (...) hebben naar aanleiding van de Brongersma-zaak gevraagd om een bevestiging van ons standpunt over de vraag of mensen die, zoals dat wordt genoemd, “levensmoe” zijn of “klaar met het leven”, op grond van dit wetsvoorstel voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking komen. Het antwoord daarop luidt - ik herhaal het nogmaals - ondubbelzinnig ontkennend. Met instemming heb ik geconstateerd dat deze opvatting ook breed wordt gedragen.”⁹

2.3 De zaak-Brongersma

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

⁷ Kamerstukken II 2001-2002, 26691, nr. 22, p. 59, 60.

⁸ Kamerstukken II 2001-2002, 26691, nr. 22, p. 76.

⁹ Handelingen II 2001-2002, editie TK 27, p. 2253.

rechtbank nam deze visie over, en oordeelde dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarmee het beroep op de noodtoestand gegrond verklaard kon worden.¹⁰

In hoger beroep toetste het hof deze visie aan de hand van twee nieuwe getuigen, hoogleraar gezondheidsrecht Legemaate en hoogleraar integratie geneeskundige zorg voor chronisch zieken Spreeuwenberg. Hun werd gevraagd naar de mogelijkheden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in gevallen waarbij het ondraaglijk lijden geen medische oorzaak kent. Zij verklaarden dat zaken als leegte en gebrek aan perspectief zeker wel een rol mogen spelen bij de beoordeling van het lijden, maar dat, op basis van de huidige opvattingen (die wellicht zullen veranderen in de toekomst, zo voegde Legemaate toe) een arts niet gelegitimeerd is over te gaan tot euthanasie als dit lijden ‘kennelijk niet een overwegend somatisch en/of psychiatrisch classificeerbare oorzaak heeft.’ Spreeuwenberg gaf aan dat dit te maken had met de noodzaak voor artsen om te handelen binnen het medisch-professionele domein. Het hof concludeerde op basis van deze verklaringen dat de huisarts een rol heeft het lijden te verlichten, ook wanneer er sprake is van existentieel lijden in de zin van ontbrekend levensperspectief, maar dat hij zich daarmee wel op een terrein begeeft dat buiten zijn (medisch) professionele competentie ligt. De rol van de huisarts moest daarom beperkt blijven tot ondersteuning bij het functioneren en/of het inschakelen van anderen die behulpzaam konden zijn bij het zoeken naar een zingevende invulling van het dagelijks bestaan. Het hof concludeerde: “In ieder geval kan niet als juist worden aanvaard de opvatting dat een huisarts zich zelfstandig - als medicus - een oordeel mag vormen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening, en wel omdat hierover geen wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht bestaat.” Wel meende het hof dat de betreffende huisarts gewetensvol en consciëntieus handelde en zich steeds volledig toetsbaar had opgesteld. Het hof oordeelde dat het optreden van de arts strafbaar was, maar legde geen straf of maatregel op.¹¹

Deze uitspraak werd in cassatie bevestigd. De Hoge Raad verwees in zijn arrest¹² naar de parlementaire geschiedenis van de euthanasiewet¹³, die deels ook in de vorige paragraaf uiteen is gezet, en oordeelde dat de huisarts die de hulp bij de gevraagde zelfdoding had geboden buiten de competentie van zijn professie handelde, omdat zulke hulp alleen toelaatbaar was indien dit lijden van de patiënt zijn oorzaak vond in een ‘medisch classificeerbare’ somatische of psychische ziekte of aandoening.¹⁴ Het standpunt dat de Raad hiermee innam sloot nauw aan bij de parlementaire discussie tijdens de totstandkoming van

¹⁰ Rechtbank Haarlem, 30 oktober 2000, ECLI:NL:RBHAA:2000:AA7926

¹¹ Gerechtshof Amsterdam, 6 december 2011, rolnummer 23-000667-01

¹² Hoge Raad, 24 december 2002, NJ 2003, 167.

¹³ HR, Rechtsoverweging 4.4.

¹⁴ HR, Rechtsoverweging 4.5.

de euthanasiewet, waar de vraag of ook het existentiële lijden aan het leven onder de reikwijdte van de nieuwe wet behoorde te vallen, overwegend ontkennend was beantwoord.

2.4 De artsenfederatie KNMG

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

De commissie onderscheidt verschillende benaderingswijzen ten aanzien van de vraag hoe een arts om kan gaan met het verzoek van een patiënt tot levensbeëindiging wegens ‘lijden aan het leven’. Zo kan de arts een strakke begrenzing van het medisch-professioneel domein aanhouden en het verzoek afwijzen omdat er geen sprake is van een classificeerbare ziekte. Een visie die door die de Hoge Raad in de zaak Brongersma werd geuit, en door de regering die eveneens meende dat ‘lijden aan het leven’ niet binnen de grenzen van de wet paste. Maar de commissie, die in 2004 haar rapport uitbrengt, komt tot een andere conclusie dan op basis van de jurisprudentie te verwachten viel. Zij is van mening dat de lijdensdruk en wanhoop van mensen die hun leven voltooid vinden, in de door de regering gegeven - hiervoor in paragraaf 2.2 vermelde - definitie onvoldoende tot uiting komt. De commissie kiest voor een bewust ruim omschreven begripsbepaling van deze problematiek: “Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, zonder dat de hoofdoorzaak kan worden gevonden in een somatische of psychische aandoening.”¹⁵ De commissie geeft daarmee de voorkeur aan een ruimer, maar niet onbegrensd, medisch-professioneel domein voor de arts. Volgens de commissie is de bron van het lijden niet bepalend voor de mate waarin de patiënt lijdt. De jurisprudentie miskent hoe moeilijk het is lijden te beoordelen, al zijn sommige artsen daarin overigens zeer deskundig. De ene arts heeft meer ervaring en affiniteit met hulpvragen als gevolg van lijden aan het leven dan de andere. De commissie merkt op dat kennis op dit gebied verder kan worden uitgebouwd en adviseert hiertoe.¹⁶

¹⁵ J.H. Dijkhuis, ‘Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven’ (december 2004), p 15.

¹⁶ Ibidem, p 26.

De KNMG heeft op basis van advies van de commissie-Dijkhuis een standpunt ingenomen, dat op 23 juni 2011 in werking is getreden.¹⁷ De KNMG meent dat er bij levensbeëindiging op verzoek sprake moet zijn van een medische oorzaak om het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding als arts te kunnen uitvoeren. Maar het wettelijk kader en de invulling van het begrip lijden is wel breder dan veel artsen denken en toepassen. Ook kwetsbaarheid, waaronder functieverlies, eenzaamheid en verlies aan autonomie mogen worden meegewogen in de beoordeling van de arts bij een verzoek om euthanasie, aldus de KNMG. Ook een optelsom van medische en niet-medische problemen, die op zichzelf niet levensbedreigend of fataal zijn, kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals bedoeld in de euthanasiewet. Daarbij heeft de arts altijd de taak de lijdensdruk bij de patiënt te onderzoeken, ongeacht de oorsprong van het lijden, en ook wanneer de doodswens voortkomt uit het gevoel dat het leven ‘voltooid’ is. Wel meent de KNMG dat wanneer andere (niet medische) oorzaken van lijden op de voorgrond staan andere deskundigen een rol moeten spelen. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het terrein van de geneeskunde en daarmee buiten het deskundigheidsgebied van de arts en ook buiten de euthanasiewet.

2.5 De zaak-Heringa

Albert Heringa heeft in 2008 zijn 99-jarige (stief)moeder Maria (“Moek”) Heringa, die naar eigen zeggen klaar was met het leven, geholpen bij haar zelfdoding. Mevrouw Heringa leed aan hartfalen, kon niet goed meer bewegen, was nagenoeg blind en vaak erg vermoeid. Ze had ook veel moeite met haar afhankelijkheid en wist de dag niet goed door te komen. Ze gaf aan absoluut geen 100 meer te willen worden.

Omdat de huisarts niet bereid was om euthanasie te verlenen, zocht Albert Heringa namens zijn moeder contact met de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE), die adviseerde om te stoppen met eten en drinken (‘versterving’). Daar voelde mevrouw Heringa echter niets voor en ze besloot pillen te verzamelen. Albert Heringa vreesde dat zij, gezien de aard van de pillen, niet in haar doel zou slagen en voelde zich genoodzaakt om haar te helpen. Hij won informatie in, verzamelde de juiste soorten en hoeveelheden pillen en op een gezamenlijke geplande datum (7 juni) nam zijn moeder de door hem aangereikte pillen in. Het hele proces, inclusief een gesprek waarin mevrouw Heringa opnieuw aangaf klaar te zijn met het leven, is door Albert Heringa op video opgenomen. Dit beeldmateriaal werd op 8 februari 2010 getoond in het televisieprogramma Netwerk.¹⁸

Pas drie jaar later werd Albert Heringa door het openbaar ministerie vervolgd en uiteindelijk door de rechtbank Gelderland veroordeeld voor hulp bij zelfdoding (art. 294, tweede lid, Sr). De rechtbank stelde dat er geen sprake was van overmacht, zoals Heringa aanvoerde, aangezien er misschien wel een arts bereid zou zijn geweest om alsnog een euthanasieverzoek te honoreren. Heringa’s handelen als niet-arts zou bovendien mogelijk tot complicaties

¹⁷ Standpunt KNMG, ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde’ (juni 2011).

¹⁸ Uitzending Netwerk, ‘De laatste wens van Moek. Een zelf geregisseerde dood.’ (8 februari 2010)

hebben kunnen leiden. Hoewel schuldig verklaard, kreeg Heringa geen straf opgelegd, omdat hij uit liefde handelde en de rechtsvervolging lang op zich had laten wachten.¹⁹

Zowel Heringa als het OM is vervolgens tegen deze uitspraak in beroep gegaan bij het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, dat Heringa op 13 mei 2015 alsnog in het gelijk stelde. Volgens het hof was er wel degelijk sprake van een noodtoestand, gezien de terughoudende euthanasiepraktijk van 2008 en een nieuwe verklaring van mevr. Heringa's huisarts, waaruit duidelijk werd dat moeder en zoon Heringa ervan uit konden gaan dat geen enkele arts euthanasie zou willen verlenen. Het hof stelde tevens dat Heringa zorgvuldig heeft gehandeld en grotendeels heeft voldaan aan de voorwaarden die gelden binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (de euthanasiewet): er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van zijn moeder, ze leed uitzichtloos en ondraaglijk, ze was op de hoogte van wat er ging gebeuren en er waren geen redelijke andere oplossingen voorhanden. Vervolgens is de hulp bij zelfdoding ook zorgvuldig en transparant uitgevoerd.²⁰ Het OM besloot om tegen deze uitspraak in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. De advocaat-generaal Spronken adviseerde de Hoge Raad op 8 november 2016 dat het oordeel van het hof Arnhem-Leeuwarden in stand moet blijven.²¹ De uiteindelijke uitspraak van de Hoge Raad wordt verwacht op 14 maart 2017.

2.6 Het burgerinitiatief 'Voltooid Leven'

Op 9 februari 2009 lanceerde de Initiatiefgroep Uit Vrije Wil, bestaande uit 15 prominente Nederlanders ²², een manifest dat beoogt stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten mogelijk te maken.

Het manifest bestond uit de volgende punten:

1. Zelfbeschikking staat centraal, terwijl in de euthanasiewet daarnaast voldaan moet worden aan de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op medische grondslag. Bij Uit Vrije Wil moet het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig, weloverwogen en duurzaam zijn. Ook hier zijn zorgvuldigheids- en toetsbaarheidseisen van toepassing.
2. Voltooid leven is een subjectief begrip. Lijden aan het leven is wat de oudere daar zelf onder verstaat. Een definitie valt derhalve niet te geven; voltooid leven krijgt zijn eigen betekenis in ieder individueel geval.
3. Bewust wordt gesproken van hulp bij zelfdoding. De dodelijke medicijnen worden door de stervenshulpverlener aangereikt, maar de oudere is zelf verantwoordelijk voor de inname.
4. Het gaat om ouderen van 70 jaar en ouder die hun leven voltooid vinden, die lijden aan het

¹⁹ Rechtbank Gelderland, 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

²⁰ Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

²¹ Parket bij de Hoge Raad, 8 november 2016, , ECLI:NL:PHR:2016:1086

²² Te weten: Hedy d'Ancona, Yvonne van Baarle, Wouter Beekman, Frits Bolkestein, Mies Bouwman, Marie-José Grotenhuis, Eylard van Hall, Jit Peters, Milly van Stiphout-Croonenberg, Theo Strengers, Eugène Sutorius, Dick Swaab, Katuscha Tellegen, Jan Terlouw, Paul van Vliet.

leven. De leeftijdsgrens van 70 jaar en ouder is arbitrair, maar deze keuze beoogt ouderen de geruststelling te geven dat indien zij hun leven voltooid achten zij vanaf hun 70ste stervenshulp kunnen krijgen.

5. Omdat sprake is van existentiële nood (en niet van ondraaglijk en uitzichtloos lijden gebaseerd op medische grondslag) kiest Uit Vrije Wil voor een bredere groep gecertificeerde stervenshulpverleners. Geestelijk verzorgers, verpleegkundigen, psychologen en anderen kunnen naast artsen in dit kader ook stervenshulpverleners worden.

Het initiatief ging vergezeld van een proeve van wetgeving. Elementen daaruit zijn gebruikt voor het onderhavige wetsvoorstel. Aan het initiatief gaven in korte tijd bijna 117.000 mensen hun steun. Deze steunbetuigingen zijn op 18 mei 2010 bij de Tweede Kamer ingediend. Op 8 maart 2012 vond de behandeling in de plenaire vergadering van de Tweede Kamer plaats. Tijdens het debat schaarden D66 en GroenLinks zich achter het gedachtegoed van Uit Vrije Wil. Er werd de motie-Klijnsma aangenomen die vroeg het burgerinitiatief te betrekken bij de kabinetsreactie op de tweede evaluatie van de euthanasiewet.²³ In het voorjaar van 2013 lieten de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie in de brief over de evaluatie van de euthanasiewet, echter weten de bestaande wetgeving op dit punt niet te willen aanpassen.²⁴

2.7 Tweede evaluatie euthanasiewet

In de tweede evaluatie van de euthanasiewet werd artsen gevraagd naar de ‘ondenkbaarheid van het uitvoeren van levensbeëindiging op verzoek in verschillende situaties’. Het uitvoeren van levensbeëindiging op verzoek bij kanker of een andere lichamelijke aandoening was voor de meeste artsen denkbaar. In alle andere situaties (psychiatrische aandoening, dementie en voltooid leven) vond meer dan de helft van de artsen het ondenkbaar om levensbeëindiging op verzoek uit te voeren. Bij lijden door ‘voltooid leven’/‘lijden aan het leven’, zonder medische grondslag voor het lijden was het voor 72 procent van de huisartsen, voor 94 procent van de medisch specialisten en voor 84 procent van de specialisten ouderengeneeskunde ondenkbaar. Bij lijden door ‘voltooid leven’/‘lijden aan het leven’, met een medische grondslag voor het lijden maar zonder ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening zag 61 procent van de huisartsen, 78 procent van de medisch specialisten en 67 procent van de specialisten ouderengeneeskunde de hulp als ondenkbaar.²⁵

Deze cijfers dateren echter uit een onderzoek dat in 2012 is afgerond, zeer kort na de verschijning van de richtlijn van de KNMG over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, waarin het (in paragraaf 2.4 omschreven) standpunt wordt ingenomen dat een arts ook een optelsom van medische en niet-medische problemen, die op zichzelf niet

²³ Motie Klijnsma C.S., Kamerstukken, 2011-2012, 33 026, nr. 5.

²⁴ Kamerstukken II, 2012–2013, 31 036 nr.7.

²⁵ A. van der Heide, J. Legemaate, B. Onwuteaka-Philips e.a., Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (ZonMw december 2012), p 92.

levensbedreigend of fataal zijn, kan aanmerken als uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals bedoeld in de euthanasiewet.

Ook is in maart 2012 de Levensindekliniek opgezet door de NVVE. Deze kliniek met ambulante teams is bedoeld voor mensen met een actueel euthanasieverzoek. Wanneer zij voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria van de euthanasiewet, maar desondanks geen gehoor vinden bij hun eigen arts, kunnen zij een beroep doen op de Levensindekliniek.

2.8 'Adviescommissie voltooid leven' en kabinetsreactie

In het regeerakkoord *Bruggen slaan* (oktober 2012) wordt overeengekomen dat de maatschappelijke discussie over het vrijwillige levenseinde moet worden voortgezet en kan leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving. In 2013 wordt door het kabinet een commissie van wijzen aangekondigd, die advies moet geven over 'de maatschappelijke dilemma's en juridische mogelijkheden van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten'. Deze 'Adviescommissie voltooid leven' komt in januari 2016 met haar advies. De commissie omschrijft voltooid leven als een heel persoonlijke conclusie van mensen "die veelal op leeftijd zijn en naar hun eigen oordeel geen positief levensperspectief meer hebben. Als gevolg daarvan hebben ze een persisterende en actieve doodswens ontwikkeld." Aan het niet meer ervaren van een positief levensperspectief kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen, waarbij er veelal sprake blijkt van "verlieservaringen op verschillende terreinen: lichamenlijk, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel."²⁶

De belangrijkste conclusie uit het advies is dat de huidige euthanasiewet goed functioneert en dat er bij de meeste mensen die hun leven als voltooid beschouwen sprake zal zijn van een opeenstapeling aan ouderdomsklachten, die maakt dat zij zouden kunnen voldoen aan de zorgvuldigheidseisen zoals vastgesteld in de euthanasiewet. Op grond van het standpunt van de KNMG en de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies, waaruit blijkt dat een opeenstapeling van ouderdomsklachten ook door artsen als oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden aangemerkt kan worden, concludeert de adviescommissie dat de huidige euthanasiepraktijk ook de 'grensgevallen', waarbij niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een medische grondslag, kan ondervangen. Daarmee biedt de huidige euthanasiewet voldoende ruimte voor "het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als 'voltooid'".²⁷ Die ruimte is er echter niet voor de situaties van 'voltooid leven' waarbij het lijden aan het leven geen medische grondslag heeft of de situatie waarin er geen sprake is van lijden. De Adviescommissie heeft echter niet de indruk gekregen dat de vraag om hulp bij zelfdoding in deze situaties regelmatig aan de orde is. Omdat het gaat om "een vraagstuk van leven en dood"(...) acht ze het "onwenselijk om ten aanzien van hulp bij zelfdoding meer vrijheid te laten ontstaan dan op grond van het huidige

²⁶ P. Schnabel, B. Meyboom-de Jong, W.J. Schudel e.a., *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Adviescommissie voltooid leven. Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.* (Den Haag, januari 2016) p.13

²⁷ *Ibidem*, p. 37, 231.

juridische kader is toegestaan.”²⁸ In de volgende hoofdstukken zullen nog meer specifieke bevindingen uit dit rapport aan de orde worden gesteld.

Het verschijnen van het rapport van de ‘Adviescommissie voltooid leven’ leidde tot uiteenlopende reacties. Degenen die graag meer ruimte en mogelijkheden zouden zien voor hulp bij zelfdoding reageerden teleurgesteld. Anderen meenden dat met de huidige wet de morele grenzen zijn bereikt.

In oktober 2016 reageerde het kabinet op het rapport. Het kabinet sluit zich aan bij de conclusie van de commissie dat de huidige euthanasiewet goed functioneert, maar is ook van mening dat een antwoord gevonden moet worden op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de groeiende wens onder Nederlanders meer autonomie te hebben inzake het eigen levenseinde. Dit is van belang voor mensen die hun leven als voltooid beschouwen en een stervenswens hebben ontwikkeld, maar aan wie niet binnen de kaders van de euthanasiewet tegemoet gekomen kan worden. Het verzoek om een leven dat voor die persoon ondraaglijk is geworden op een waardige wijze en op een zelfgekozen moment af te sluiten ziet de regering als ‘een legitiem verzoek’. Zij komt tot de conclusie dat het wenselijk is om een extra uitzondering te maken op de strafbaarheid voor hulp bij zelfdoding, waarbij barmhartigheid en autonomie uitgangspunten zijn.²⁹ De initiatiefneemster deelt deze zienswijze van het kabinet. Met het voorliggende wetsvoorstel wil de initiatiefneemster hier invulling aan geven. In de volgende hoofdstukken zullen de uitgangspunten die de initiatiefneemster van belang acht aan de orde komen.

3. Uitgangspunten en overwegingen

3.1 Zelfbeschikking en de beschermwaardigheid van het leven

In Nederland heeft elk individu de vrijheid om zijn of haar leven naar eigen inzicht in te richten. Het principiële uitgangspunt van deze wet is dat deze vrijheid ook beslissingen over de laatste levensfase en daarmee over het eigen levenseinde omvat. Eenieder heeft het recht om uit het leven te stappen, of omgekeerd: op niemand rust een plicht tot (voort)leven. Voor de initiatiefneemster is, naast zelfbeschikking, ook de beschermwaardigheid van het leven een fundamenteel beginsel dat in acht moet worden genomen. Hieronder zal aan de orde komen hoe deze beide beginselen zich in de optiek van de initiatiefneemster tot elkaar verhouden in de specifieke situatie dat iemand zijn leven als voltooid ziet.

Toen in 1886 de artikelen 293 en 294 in het Wetboek van Strafrecht werden opgenomen, waarmee zowel het beëindigen van iemands leven op diens verzoek als hulp bij zelfdoding werd verboden, was de opvatting dat het leven van intrinsieke, bovenpersoonlijke waarde was. Voor de toenmalige regering had het leven waarde op zich, ongeacht wat het leven voor

²⁸ Ibidem, p. 17.

²⁹ Kamerstukken II 2016–2017, 32 647, nr. 55 (Kamerbrief 12 oktober 2016)

iemand zelf betekende. De regering sprak van “den eerbied voor het menselijk leven, ook tegenover hem, die voor zichzelf daaraan te kort wil doen” en zag het dus als haar plicht om ook het leven van burgers te beschermen die daar zelf geen waarde meer aan toekennen. Hoewel om pragmatische redenen zelfdoding niet strafbaar werd gesteld, bijvoorbeeld omdat strafvervolgning na de dood niet mogelijk is, werd dit destijds als een “onzedelijke” daad beschouwd, tegen God, de samenleving, het leven in het algemeen, en zelfs tegen de eigen persoon, ongeacht de wensen van de persoon in kwestie.³⁰

Tegenwoordig wordt het standpunt steeds meer onderschreven dat de waarde van het leven niet los is te zien van het individu dat het leven draagt en er waarde aan toekent. Het leven per se, het puur en alleen in leven zijn, is niet per definitie beschermwaardig. Ook de context waarin en de wijze waarop het leven geleefd wordt spelen een rol bij beslissingen rondom het levenseinde. In Nederland bestaat de mogelijkheid om af te zien van een medische behandeling, wanneer voorspelbaar is dat de behandeling niet meer in het belang is van de patiënt, of indien de patiënt hier uitdrukkelijk om verzoekt. In dat laatste geval is niet aan de orde of de arts het wel of niet zinvol acht om verder te behandelen, maar is de wens van de patiënt leidend. Ook kunnen mensen de wens kenbaar maken niet gereanimeerd te willen worden, waarmee wordt afgezien van mogelijk toekomstig levensreddend handelen. In 2002 is de euthanasiewet in werking getreden, die actieve beëindiging van het leven op verzoek mogelijk maakt in het geval van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Artsen hebben nog steeds de plicht om het leven van een patiënt te beschermen, maar mogen de ‘barmhartigheidsplicht’ om het lijden weg te nemen voor laten gaan. Met andere woorden, wanneer iemand zelf geen behandeling meer wenst, of wanneer de kwaliteit van leven ernstig in het geding is en er geen uitzicht meer is op verbetering, is de beschermwaardigheid van het leven als zodanig niet meer het leidende morele beginsel.

De ouderen waar de voorliggende wet zich op richt hebben om uiteenlopende, overwegend niet-medische redenen voor zichzelf bepaald dat de waarde en het perspectief van hun leven zodanig is afgenomen dat ze de dood verkiezen boven het leven. Wanneer een dergelijke stervenswens uit vrije wilsvorming is ontstaan, duurzaam en weloverwogen is, zou volgens de initiatiefneemster de beschermwaardigheid van het leven ook moeten kunnen wijken voor de wens om het leven waardig te mogen afsluiten. Terecht schrijft ook de regering in de Kamerbrief over voltooid leven dat de overheid weliswaar de plicht heeft om de (intrinsieke) waarde van het leven te beschermen, zeker als het gaat om de kwetsbare leden van de samenleving, maar dat er situaties zijn waarin “de rationale van de beschermwaardigheid van het leven” onder druk komt te staan, namelijk wanneer mensen geen levensperspectief meer hebben en als gevolg daarvan een persistente, actieve doodswens hebben ontwikkeld.³¹

³⁰ Voor een uitgebreidere beschrijving van de achtergronden en overwegingen destijds, zie: Vink, T. “Juridisch moralisme: art. 294 Sr of de overheid als zedenmeester.”, *Filosofie & Praktijk*, jaargang 30 - 6, p.24-38.

³¹ Kamerstukken II 2016–2017, 32 647, nr. 55 (Kamerbrief 12 oktober 2016)

Het recht op leven is in verschillende verdragen vastgelegd of benadrukt.³² Maar ook het recht op een zelfgekozen, waardig levenseinde wordt steeds meer erkend. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft in 2002, in de zaak *Pretty vs. Verenigd Koninkrijk*, gesteld dat artikel 8 EVRM (het recht op eerbiediging van het privéleven) ook de keuze omvat van een individu om een in zijn of haar ogen onwaardig en schrijnend levenseinde te vermijden.³³ Het Hof stelde tevens dat mevrouw *Pretty* door de Engelse wetgeving belemmerd werd bij het maken van deze keuze, maar rechtvaardigde deze inmenging in het privéleven met het argument dat de wetgeving een legitiem doel dient, namelijk het beschermen van de rechten van anderen, meer in het bijzonder hun recht op leven. In hetzelfde arrest stelde het Hof, zonder naar eigen zeggen af te willen doen aan de “heiligheid” (“sanctity”) van het leven, dat artikel 8 ook de kwaliteit van leven betreft, en dat dit aspect aan belang wint gezien het toenemend aantal ouderen die zich, door de medische vooruitgang en toegenomen levensverwachting, gedwongen zouden kunnen zien om oud en verzwakt voort te leven, in strijd met hun eigen identiteit.³⁴

In de zaak *Haas vs. Zwitserland* van 2011 bepaalde het Hof bovendien dat uit artikel 8 EVRM, in het licht van de overweging uit het *Pretty*-arrest dat een individu geen onwaardig levenseinde zou moeten ondergaan, ook het recht volgt voor een wilsbekwaam individu om zelf te bepalen op welke wijze en op welk moment (“by what means and at what point”) hij of zij het leven beëindigt.³⁵

In beide arresten concludeert het Europees Hof weliswaar dat een overheid in specifieke gevallen mag besluiten om een individu geen hulp bij zelfdoding toe te staan als daarmee de veiligheid van anderen, de bescherming van hun recht op leven, te veel in het geding zou zijn, maar dat overheden wel in algemene zin de ruimte krijgen (“margin of appreciation”) om hierin een eigenstandige keuze te maken.

Op basis van het bovenstaande is vast te stellen dat de beschermwaardigheid van de kwaliteit van leven, van het ‘goede leven’, inclusief een waardig levenseinde, in toenemende mate van belang geacht wordt. De initiatiefneemster meent dat daarmee de spanning tussen de beschermwaardigheid van het leven enerzijds en zelfbeschikking anderzijds ook minder sterk moet worden opgevat. Beide beginselen liggen in elkaars verlengde, aangezien voor veel ouderen geldt dat zelfbeschikking ten aanzien van het eigen levenseinde datgene is wat het

³² Bijvoorbeeld artikel 2 EVRM, artikel 2 EU-Handvest, artikel 6 IVBPR, artikel 3 UVRM, of artikel 114 van de Nederlandse grondwet, waarin de doodstraf wordt afgezworen. Uit deze artikelen kan worden geconcludeerd dat het leven als individueel recht wordt erkend en niet als een plicht die voort zou vloeien uit een bovenpersoonlijke waarde, zoals God of de gemeenschap.

³³ *Pretty v. Verenigd Koninkrijk*, §67

³⁴ *Pretty v. Verenigd Koninkrijk*, §65, luidt: “The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom. Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under the Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self and personal identity.”

³⁵ *Haas v. Zwitserland*, §50 en §51

levenseinde voor hen waardig maakt. Bovendien getuigt het waardig mogen afsluiten van het leven ook van eerbied voor het geleefde leven – Huib Drion merkte ook al op in zijn essay dat de ‘heiligheid’ van het leven ook niet gediend is met zelfdoding op onwaardige wijze.³⁶

3.2 Zelfbeschikking en autonomie

Zelfbeschikking en autonomie zijn begrippen die in betekenis dichtbij elkaar liggen, maar waartussen wel onderscheid gemaakt kan worden. Zelfbeschikking heeft betrekking op het mogen beslissen over het eigen lichaam (en in het verlengde daarvan over het eigen leven, dat immers onlosmakelijk met het lichaam verbonden is), terwijl autonomie een ruimer begrip behelst en de vrijheid aanduidt om vorm en invulling te geven aan het leven. Men zou kunnen zeggen dat zelfbeschikking verband houdt met de ‘biologie’ van het individu, het biologische leven waar hij of zij zelf over mag beschikken, en dat autonomie verbonden is met de ‘biografie’, het ‘levensverhaal’ waaraan iemand zelf vorm geeft. De definitie van autonomie van de filosoof Joseph Raz is “auteur zijn van je leven”.³⁷

Voor de initiatiefneemster is in het geval van voltooid leven-problematiek de autonomie van ouderen in het geding, omdat zij het recht op zelfbeschikking, meer specifiek het recht op zelfdoding, niet op een waardige manier kunnen gebruiken. Momenteel kunnen mensen niet op legale wijze middelen verkrijgen die leiden tot een zachte dood, en kunnen zij anderen bovendien niet vragen hen hierbij te helpen. Dit kan ertoe leiden dat ouderen de regie over het laatste hoofdstuk van hun leven verliezen en worden gedwongen om de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan, in weerwil van de eigen opgebouwde identiteit.

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft aangegeven dat de in het EVRM genoemde rechten niet slechts “theoretisch” en “illusoir” dienen te zijn, maar ook daadwerkelijk geëffectueerd moeten kunnen worden. Past men dit principe toe op artikel 8, dan zou daaruit afgeleid kunnen worden dat hulp bij zelfdoding geboden mag worden.³⁸ En hoewel het Hof uit het recht op een zelfgekozen dood geen positieve verplichting afleidt voor overheden om een waardige zelfdoding te faciliteren, komt hun, zoals gezegd, wel een “margin of appreciation” toe. De Nederlandse regering lijkt van mening dat deze ruimte breder benut mag worden dan thans het geval is, aangezien zij stelt dat de autonomie van ouderen die lijden aan voltooid leven een “leeg begrip” dreigt te worden, als de

³⁶ H. Drion, ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’, NRC Handelsblad, 19-10-1991.

³⁷ Joseph Raz, *The Morality of Freedom* (Oxford: Oxford University Press, 1986)

³⁸ Dit stelt emeritus hoogleraar ethiek Govert den Hartogh in ‘Hulp bij zelfdoding door intimi: een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 Sr.’, *Nederlands Juristenblad* 2014;89: 1598-1605.

omstandigheden niet worden gecreëerd waarmee zij ook hun eigen sterven vorm kunnen geven.³⁹

Hoewel dit wetsvoorstel bedoeld is om de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding in het geval van voltooid leven te verruimen, wil de initiatiefneemster ook benadrukken dat zelfbeschikking (en autonomie) in dit geval geen recht is dat de overheid en hulpverleners zou verplichten om te assisteren bij zelfdoding – zoals ook van -een recht op euthanasie geen sprake is. De initiatiefneemster wil erop wijzen dat de inspanning die de overheid zou moeten verrichten voornamelijk ‘negatief’ is, en zou moeten bestaan uit het wegnemen van juridische barrières en het – onder strikte voorwaarden – niet langer versperren van de toegang tot de voor een humane dood benodigde middelen.⁴⁰ Maar omdat voor waardig sterven hoe dan ook een beroep op anderen, en in brede zin op de samenleving, wordt gedaan, zijn zelfbeschikking en autonomie geen absolute beginselen die enkel het individuele belang van ouderen aangaan. Helaas wordt in de discussie omtrent voltooid leven geregeld een absolute, individualistische voorstelling van zelfbeschikking en autonomie gegeven, om vervolgens ruimere juridische mogelijkheden op basis van die voorstelling af te wijzen. De Adviescommissie voltooid leven bespreekt de consequenties van een individualistische (of ‘pure’ benadering) van autonomie. Volgens deze benadering zou hulp bij zelfdoding een opeisbaar recht zijn, waardoor er spanning ontstaat tussen enerzijds de absolute zelfbeschikking van de autonome burger en anderzijds de verantwoordelijkheid van de autonome medeburger, bijvoorbeeld een arts, die uiteraard niet slechts als ondergeschikt instrument wil fungeren.⁴¹ Om deze spanning te vermijden zou een oudere zijn stervenswens zelf kunnen uitvoeren – de zogenaamde ‘autonome route’.⁴²

Het is een veelgehoorde redenering: als een zelfgekozen dood zo belangrijk voor iemand is, dan zou hij of zij daartoe ook zelf de volledige verantwoordelijkheid moeten nemen, zonder anderen daarbij te betrekken. Autonomie wordt daarmee op een lijn gesteld met ultieme zelfredzaamheid en zelfstandigheid die dan ook ten volle door het individu moet worden aanvaard.

Echter, de initiatiefneemster en het burgerinitiatief Uit Vrije Wil zien autonomie als een sociaal – of zoals de Adviescommissie het noemt ‘relationeel’ – gegeven. Niet alleen de ideeën en inzichten die iemand heeft over het goede leven of een waardig levenseinde komen tot stand in dialoog met iemands sociale omgeving, ook de uitvoering vindt altijd plaats in

³⁹ Kamerstukken II 2016–2017, 32 647, nr. 55.

⁴⁰ Hoewel het onderscheid niet altijd strikt te maken is, is er het hier van belang om het onderscheid te markeren tussen actief overheidsoptreden waarbij een overheid een nieuwe taak op zich neemt (een ‘positieve’ inspanning) en het staken of afzien van overheidsoptreden dat andere partijen ervan weerhoudt om te handelen (een ‘negatieve’ inspanning).

⁴¹ De Adviescommissie voltooid leven schrijft op p.138: “In geval een arts gevraagd wordt om hulp bij zelfdoding in geval van ‘voltooid leven’ te geven wordt in de meer individualistische benadering van autonomie de eigen verantwoordelijkheid van de arts in feite ondergeschikt gemaakt aan de autonomie van de patiënt die hulp bij zelfdoding.”

⁴² Schnabel e.a. ‘Voltooid leven’, p. 137.

verbondenheid met anderen. In nagenoeg ieders levensverhaal spelen familie, geliefden, collega's en anderen een belangrijke, zo niet essentiële rol. Een biografie wordt nooit helemaal zelf geschreven, maar autonomie houdt wel in dat iemand uiteindelijk zelf bepaalt of dit (nog) zijn of haar levensverhaal is.⁴³ Autonomie is dan ook niet zozeer een opeisbaar recht waaraan anderen tegemoet dienen te komen, maar eerder het vermogen om, ook samen met anderen, een leven te kunnen leiden waarmee men zich identificeert en dat men uiteindelijk als eigen beschouwt.⁴⁴

Voor de ouderen waar dit wetsvoorstel zich op richt, geldt dat hun biologie, mede door de door onze samenleving gerealiseerde medische zorg, hun biografie als het ware overleeft. Voor het waardig kunnen beëindigen van hun biologische leven, om daarmee ook hun levensverhaal op autonome, waardige wijze af te sluiten, zijn zij afhankelijk van de samenleving – daar is de initiatiefneemster zich ten volle van bewust. Dit maakt dan ook dat er rekening gehouden dient te worden met de opvattingen en gevoelens van anderen. Hierbij kan gedacht worden aan degene die de hulp biedt (of kan weigeren) en aan de naasten van de persoon die om hulp bij zelfdoding vraagt. Het volgende citaat maakt dat dilemma duidelijk: “Geef mij een goede reden om in leven te blijven. / Een andere dan het verdriet dat je derden aandoet. / Al is dat een ijzersterk argument. / Wat ik mis is vreugde. / Die is uit mijn leven weggenomen. / Door wat men het lot noemt”⁴⁵ Een persoon staat niet op zichzelf, maar leeft altijd in verbinding met anderen. Het belang of de mening van die anderen zal echter niet doorslaggevend (hoeven) zijn, wanneer iemand weloverwogen meent dat de kwaliteit van het eigen leven dusdanig is afgenomen dat hij de dood boven het leven verkiest.

3.3 Solidariteit en barmhartigheid

Dit voorstel gaat niet uit van het recht op hulp bij zelfdoding, maar doet een beroep op de solidariteit en barmhartigheid van de samenleving en overheid om dit mogelijk te maken. In eerste instantie richt de solidariteit met ouderen zich natuurlijk op het voorkomen of verhelpen van alle oorzaken die uiteindelijk maken dat zij hun leven niet meer waardig kunnen voortleven. De samenleving moet eenzaamheid en onthechting tegengaan, goede lichamelijke en geestelijke zorg bieden en ouderen zo veel mogelijk de regie in handen geven. Ook moet de acceptatie van en waardering voor ouderdom worden bevorderd. De initiatiefneemster ziet op dit gebied een grote verantwoordelijkheid voor de samenleving.

⁴³ De filosoof Rutger Claassen zegt in reactie op eerder genoemde definitie van autonomie van Joseph Raz, als volgt: je kunt voor het verhaal dat je wil leven best een ghostwriter in dienst nemen, zolang je maar zelf de opdrachtgever bent en de controle houdt over de tekst die uiteindelijk wordt gepubliceerd. (zie R. Claassen, ‘Het huis van de vrijheid’ (2011))

⁴⁴ Dat autonomie niet alleen een recht is, stelt ook filosoof Joel Feinberg in een inmiddels klassiek artikel (zie Christman, J. (ed.), ‘The Inner Citadel’, 1989, pp.27-53. De visie dat autonomie ook kan betekenen dat iemand zich weloverwogen en bewust laat leiden of beperken door anderen, valt te lezen in Gerald Dworkins The Theory and Practice of Autonomy uit 1988.

⁴⁵ Kristien Hemmerchts, geciteerd in ‘Uit vrije wil. Waardig streven op hoge leeftijd’. J. Peter, E. Sutorius e.a.

Maar onderdeel van solidariteit is in de ogen van de initiatiefneemster ook het respecteren van en openstaan voor de wensen van ouderen met betrekking tot hun levenseinde. Wanneer er geen sprake is van een onverwachte dood, betreft de wijze van sterven een zeer persoonlijke keuze. Er bestaat niet zoiets als één beste manier van sterven, juist ook omdat mensen daar verschillend over denken. De initiatiefneemster bepleit dan ook dat deze diverse visies naast elkaar kunnen én moeten blijven bestaan. Sommige mensen zullen ieder ingrijpen in het sterven afwijzen, en streven naar een zo ‘natuurlijk’ mogelijk stervensproces. Anderen zullen in de laatste fase voor palliatieve sedatie kiezen, waarmee het lijden wordt verzacht en de laatste fase niet meer bewust wordt meegemaakt. Ook bestaat voor mensen die (in medisch opzicht) uitzichtloos en ondraaglijk lijden de mogelijkheid tot euthanasie. Sommige mensen kiezen er bewust voor om te stoppen met eten en drinken. Anderen kiezen ervoor om dodelijke middelen te verzamelen, bijvoorbeeld door middel van het opsparen van medicatie, of door dodelijke middelen uit het buitenland te laten overkomen, om een kort stervensproces in gang te zetten. Maar er zijn ook ouderen die hun leven voltooid achten en verdere aftakeling en lijden niet willen afwachten, maar tegelijkertijd niet in staat zijn om hun eigen dood in waardigheid te organiseren.

Uiteindelijk komt de Nederlandse gezondheidszorg (en de wetgever) tegemoet aan de meeste stervensvormen. Mensen kunnen in de laatste levensfase adequate zorg krijgen die hun lijden verlicht, zoals pijnbestrijding en palliatieve sedatie. Wie uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, komt in aanmerking voor euthanasie. Ouderen die kiezen voor het stoppen met eten en drinken worden bijgestaan door een arts. Hulp bij zelfdoding bij mensen die lijden aan het leven is tot op heden echter niet mogelijk. De initiatiefneemster wil met dit voorstel ook deze optie bewerkstelligen, en hoopt dat degenen die hiervan zelf nooit gebruik zullen willen maken, desondanks anderen deze mogelijkheid niet zullen ontzeggen.

Het gaat bij voltooid leven om een vorm van lijden die erkenning verdient. De daaruit voortkomende wens om het leven te beëindigen zou gehonoreerd moeten kunnen worden, ook al is het voor velen onvoorstelbaar dat iemand geen waarde meer aan het leven hecht. Als voorbeeld van barmhartigheid, of menslievendheid, wil de initiatiefneemster een interview uit een aflevering van het televisieprogramma Kruispunt aanhalen.⁴⁶ De vrouw die geïnterviewd wordt geeft aan dat ze, wanneer iemand een zelfdodingspil zou willen nemen, zou proberen die persoon op andere gedachten te brengen. Ze zou met de persoon in gesprek willen gaan, en willen achterhalen aan welke activiteiten deze eventueel nog plezier zou kunnen ontlennen. Wanneer ze echter zou concluderen dat de ander niet langer de wil tot leven heeft, zou ze diegene tot het laatste moment willen bijstaan. Bijvoorbeeld door aanwezig te zijn als de pil wordt ingenomen, of voorafgaand nog samen te eten. Op deze manier wordt een diepgevoelde laatste wens uiteindelijk geaccepteerd, en wordt iemand die wil sterven tot het laatste moment gesteund.

⁴⁶ Uitzending Kruispunt ‘Recht op de dood’ (17 november 2016).

Barmhartigheid betekent ook dat wanneer iemand een intrinsieke, duurzame wens heeft, deze persoon niet wordt belemmerd in het uitvoeren van deze wens. De initiatiefneemster sluit zich aan bij de zienswijze van het kabinet dat het niet alleen een taak van de arts is om barmhartig te handelen, maar ook van de overheid om barmhartigheid te tonen daar waar het gaat om het maken van ruimte voor de eigen keuze van mensen voor wie het leven voltooid is, die uitzichtloos lijden aan het leven zelf en die dat leven weloverwogen willen beëindigen. Uiteraard moet daarbij een balans worden gevonden tussen de zelfbeschikking van de oudere die zijn leven voltooid acht en de maatschappelijke plicht van de overheid om zorg te dragen voor zorgvuldigheid en toetsbaarheid. Daartoe zijn in dit voorstel diverse waarborgen opgenomen, die ook tegemoet komen aan de eisen die het EHRM stelt, indien een staat er voor kiest voorzieningen te treffen voor burgers die een waardig levenseinde door zelfdoding willen, waaronder het nagaan of de wens vrijwillig is en het onderzoek naar de niet-natuurlijke oorzaken van overlijden.⁴⁷

Deze solidariteit met mensen die hun leven voltooid achten lijkt ook in toenemende mate zichtbaar in de maatschappij. Zo bleek uit een enquête van I&O research dat in 2010 61 procent van de mensen het eens was met de stelling ‘Ouderen die vinden dat hun leven voltooid is, mogen met professionele hulp een einde aan hun leven maken.’ In 2016 onderschreef 70 procent deze stelling.

Ook onderzoek van EenVandaag laat zien dat het draagvlak toeneemt. Uit het EenVandaag Opiniepanel van 2013 bleek dat een ruime meerderheid van de Nederlanders (62 procent) vindt dat hulp bij zelfdoding mag worden verleend als iemand levensmoe is.⁴⁸ In 2016 vindt 65 procent dat hulp bij zelfdoding om die reden mag, een kwart (24 procent) vindt van niet. Aan dat onderzoek deden 33.318 leden van het Opiniepanel mee.⁴⁹

Een enquête in NRC Handelsblad en andere peilingen laten een vergelijkbaar draagvlak zien.⁵⁰ Ook de in korte tijd vergaarde steunbetuigingen voor het burgerinitiatief van Uit Vrije Wil (bijna 117.000) zijn veelzeggend.

⁴⁷ Schnabel e.a., ‘Voltooid leven’, p. 87,88.

⁴⁸ http://opiniepanel.eenvandaag.nl/uitslagen/46605/meerderheid_voor_euthanasie_bij_levensmoe

⁴⁹ http://binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/69761/kabinet_stervenshulp_voltooid_leven_mogelijk_maken

⁵⁰ Onderzoek NRC Handelsblad: 63% van de respondenten is van mening dat een oudere (75+) in Nederland moet kunnen beschikken over een middel waarmee deze persoon zelf het leven kan beëindigen wanneer hij of zij de tijd daarvoor rijp acht.

Telegraaf, 15 oktober 2016: 77% is het eens met de stelling van de Dag: ‘Euthanasie bij voltooid leven is humaan’ (http://www.telegraaf.nl/watuzegt/26816809/_Euthanasie_bij_voltooid_leven_is_humaan_.html) (7-12-2016)

Maurice de Hond (september 2016): 64% is voor het beschikbaar stellen van een pil voor ouderen, die ze kunnen nemen als ze vinden dat hun leven voltooid is (<https://home.noties.nl/peil/40jaar/G1.pdf>) (7-12-2016)

4. Doel en reikwijdte van het wetsvoorstel

4.1 'Voltooid leven'

Het voorliggende wetsvoorstel heeft, anders dan de euthanasiewet, geen specifiek medische inslag. De euthanasiewet is bedoeld voor uitzichtloos lijdende zieken; veelal patiënten met een dodelijke ziekte in het eindstadium. Aldus beschouwd betreft de euthanasiewet een medische problematiek. Lijden zonder medische grondslag blijft buiten het domein van deze wet. Ook de Hoge Raad stelde in het arrest-Brongersma uitdrukkelijk dat stervenshulp alleen verleend mag worden als daarvoor een medische grondslag is. Maar de afwezigheid van een medische oorzaak, zegt nog niets over de mate waarin een persoon lijdt. Ook iemand die niet ziek is kan dusdanig lijden, dat diegene de dood verkiest boven het leven. Hoewel de drang om te leven altijd groot zal zijn, kan een oudere tot de conclusie komen dat het verlangen om het leven te beëindigen groter is geworden dan de wens het voort te zetten.

De wens uitspreken om te willen sterven zal altijd intens moeilijk blijven, maar zou wel serieus moeten worden genomen en bespreekbaar moeten zijn. De wens bespreekbaar maken, zou er ook toe kunnen leiden dat de wens afneemt. Iemand die alleen is met deze gedachten zou door deze bespreekbaar te maken, immers op andere gedachten gebracht kunnen worden, dankzij een nieuw perspectief van buitenaf. Ook geven vele ouderen aan dat de wetenschap dat er een mogelijkheid bestaat afscheid te nemen, wanneer ze echt niet verder willen, hun een zekere rust geeft, ook al zullen ze wellicht nooit daadwerkelijk van de mogelijkheid gebruik (willen) maken. Wanneer er echter sprake is van een persisterende doodswens, en als blijkt dat die wens weloverwogen is, en zonder druk van buitenaf tot stand is gekomen, dan zou met inachtneming van zorgvuldigheidseisen hulp bij het uitvoeren van die wens niet langer strafbaar moeten zijn.

De initiatiefneemster is van mening dat ook ouderen die een stervenswens hebben zonder dat deze voortkomt uit medische klachten, maar omdat zij hun leven als voltooid zien, een beroep op hulp moeten kunnen doen. Er is voor gekozen de term 'voltooid leven' te gebruiken, omdat deze omschrijving inmiddels bij veel mensen bekend is. Zoals diverse onderzoeken bevestigen is een voltooid leven een zeer persoonlijke afweging. Het gaat om ouderen die van mening zijn dat het grootste gedeelte van hun leven achter hen ligt, en die het gedeelte van het leven dat nog voor hen ligt, niet meer wensen mee te maken.

Al eerder is het onderscheid tussen biografie en biologie aan de orde gesteld. Deze ouderen ervaren dat de biografie en biologie uit de pas lopen. Hun lichaam blijkt nog sterk genoeg om voort te leven, maar wat hen nog te wachten staat, zal naar hun stellige overtuiging weinig tot niets meer aan hun biografie toevoegen. Zij zien geen toekomstperspectief meer voor zichzelf. Sterker nog, wat nog komen gaat, zal in hun optiek afbreuk doen aan het leven dat ze tot dusver hebben geleefd. Zij zien een laatste levenshoofdstuk voor zich dat hen angst aanjaagt, en waarop ze zelf nauwelijks invloed menen te hebben. Het liefst zouden ze dat laatste hoofdstuk van hun leven ongeschreven dan wel ongelezen laten. Ze willen daarom zelf beslissen op welk moment hun leven zal eindigen.

Dat ouderen hun leven voltooid achten, hoeft overigens niet te betekenen dat zij met een zekere tevredenheid terugkijken op de jaren die achter hen liggen. Er zullen ook mensen zijn die hun leven als voltooid zien, omdat zij vinden dat ze een moeilijk en zwaar leven hebben gehad, en ervan overtuigd zijn dat er geen uitzicht meer is op verbetering. En, zoals Els van Wijngaarden dit omschrijft: “Sommigen kijken met trots en weemoed terug op een geslaagd leven. Bij anderen overheerst de teleurstelling; zij zien hun leven vooral als een gemiste kans.”⁵¹

Niemand zal ooit over een ander kunnen zeggen dat zijn leven voltooid is. Iemand zal dat uiteindelijk alleen zelf kunnen bepalen, omdat het een persoonlijke ervaring is. Alleen de oudere zelf weet hoe de omstandigheden worden beleefd. Het zou vergeleken kunnen worden met de ‘pijngrens’ die iemand heeft. Waar de ene persoon bij het verbranden door heet water hevige pijn ervaart, zal een andere persoon de pijn wellicht nog dragelijk vinden. Hoewel de prikkel hetzelfde is, kan de ene persoon meer pijn ervaren en voelen dan de andere persoon. Zo kan het ook in het leven zijn. Waar de ene persoon stellig zegt dat hij ‘bijna nooit meer iemand spreekt’ en om die reden heel eenzaam is, terwijl zijn kinderen en kleinkinderen nog wekelijks op bezoek komen, ontleent de andere persoon veel voldoening aan het contact met zijn kinderen, die hij hooguit eenmaal per maand ziet.

De initiatiefneemster wil hiermee zeggen dat hoe iemand het leven beleeft, ook veel te maken heeft met de draagkracht van die persoon en niet alleen met de omstandigheden waarin de persoon verkeert. Dat laat onverlet dat ernaar gestreefd moet worden de omstandigheden voor iedere persoon zo goed en prettig mogelijk te maken. Maar wanneer iemand zijn of haar partner is verloren, zal een dagelijks praatje met de buurvrouw het gemis wellicht nooit kunnen opvullen of draaglijk kunnen maken. En ouderen die datgene zien veranderen wat ze voor henzelf belangrijk of kenmerkend achtten, kunnen dit ervaren als een verlies aan identiteit en persoonlijkheid, ongeacht hoe hun omgeving hier over denkt. En wanneer iemand, als gevolg van de ouderdom, erg moe is geworden en ook de dingen die hij of zij vroeger leuk vond inmiddels als vermoeiend ervaart, dan biedt hulp en ondersteuning wellicht geen oplossing meer. Als een oudere dan voor zichzelf concludeert: “het leven is voltooid, en ik zou het graag willen afsluiten”, dan is die wens accepteren en de persoon tot het laatste moment bijstaan, ook een vorm van goede zorg.

4.2 Levensindebegeleiding

Waar binnen de euthanasiewet de hulp die tot de dood leidt alleen door een arts mag worden verleend, is de initiatiefneemster van mening dat de problematiek die ten grondslag ligt aan het ervaren van een ‘voltooid leven’ niet uitsluitend tot de expertise van de arts behoort. Eerder heeft de commissie-Dijkhuis zich gebogen over de rol van artsen inzake hulp bij zelfdoding wegens ‘lijden aan het leven’. De commissie-Dijkhuis, zoals aan de orde gekomen in paragraaf 2.4, gaf de voorkeur aan de opvatting dat existentieel lijden in principe onder het

⁵¹ Els van Wijngaarden, *Voltooid Leven; Over leven en willen sterven*, (Amsterdam/Antwerpen, 2016) p,10.

medisch-professioneel domein van de arts kan vallen, maar dat dit domein niet onbegrensd is. Een arts zal naar het oordeel van de commissie niet in alle gevallen voldoende toegerust zijn om hulp te bieden aan iemand die ‘lijdt aan het leven’. De commissie pleit er dan ook voor om de kennis van artsen op dit terrein uit te bouwen.

Een andere opvatting van de commissie, waaraan ze weliswaar uiteindelijk niet de voorkeur gaf maar waarin ze wel ‘onmiskkenbaar voordelen’ zag, is dat de deskundigheid bij lijden aan het leven niet noodzakelijkerwijs beperkt moest worden tot de deskundigheid die bij artsen aanwezig is. Deze opvatting benadrukt dat de problematiek van ‘lijden aan het leven’ dusdanig specifiek is dat hiervoor ook specifieke deskundigheid nodig is, die niet exclusief op het terrein van artsen ligt.⁵² De initiatiefneemster sluit zich aan bij deze laatste opvatting, en wil dat niet alleen artsen, maar ook verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen geraadpleegd kunnen worden door mensen met een voltooid leven.

Om te zorgen dat deze hulpverleners over de vereiste specifieke deskundigheid beschikken, pleit zij voor het opzetten van een nieuwe opleiding tot ‘levenseindebegeleider’, waartoe de genoemde beroepsgroepen toegang moeten krijgen. De opleiding tot levenseindebegeleider zal dus een kopstudie worden. De wet bevat een delegatiegrondslag waarmee bij algemene maatregel van bestuur eisen worden gesteld aan de opleiding, en aan de instelling die de opleiding zal aanbieden. In de opleiding zullen in ieder geval alle aspecten aan de orde moeten komen die waarborgen dat de levenseindebegeleider zijn taken en verplichtingen die voortvloeien uit de wet goed zal kunnen verrichten. De artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen die toegang hebben tot deze opleiding zijn vanuit hun studie en werk al bekend met ingewikkelde levensvragen. Tijdens de opleiding zal de nadruk met name komen te liggen op existentiële vragen die te maken hebben met het ervaren van verlies aan identiteit, gebrek aan zingeving en onthechting. De levenseindebegeleiders zullen hierin zelf geschoold worden, maar tijdens de opleiding moet ook aan bod komen welke deskundigen, organisaties en initiatieven op dit vlak al expertise hebben opgebouwd. Op het moment dat een levenseindebegeleider hier weet van heeft, kan hij degene die hem om hulp vraagt ook naar anderen doorverwijzen, indien daar nog behoefte aan is. Daarmee is het dus van belang dat levenseindebegeleiders een uitgebreid deskundigennetwerk opbouwen tijdens hun studie.

Verder acht de initiatiefneemster het gezien de grote verantwoordelijkheid die de levenseindebegeleider krijgt, wenselijk dat deze beroepsgroep onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) komt te vallen, en daarmee dus ook onder het tuchtrecht. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor een openbaar register voor levenseindebegeleiders. Dit maakt dat het voor iedereen inzichtelijk is dat een levenseindebegeleider ook daadwerkelijk gekwalificeerd is om als levenseindebegeleider op te treden.

⁵² J.H. Dijkhuis, ‘Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven’ (december 2004), p 40.

Ouderen die een stervenswens hebben ontwikkeld kunnen zich met hun hulpvraag wenden tot een levenseindebegeleider, die met hen hierover in gesprek zal gaan. Het is de taak van de levenseindebegeleider om te achterhalen of deze wens zonder enige druk van buitenaf tot stand is gekomen en weloverwogen en duurzaam is. Ook dient de levenseindebegeleider, in overleg met de oudere, te onderzoeken of mogelijk nog een nieuw perspectief kan worden geboden. Het is immers mogelijk dat de oudere het leven zoals hij of zij dat nu leeft als ondraaglijk ervaart, maar het leven weer de moeite waard vindt als bepaalde hulp of zingeving wordt geboden. De levenseindebegeleider zal onderzoeken welke factoren bijdragen tot de stervenswens, en nagaan in hoeverre deze factoren nog beïnvloed kunnen worden. Als ook medische klachten bijdragen tot de overtuiging dat het leven voltooid is, kan de levenseindebegeleider in overleg met de betrokkene een arts of specialist raadplegen. Echter, de oudere mag de hulp die hem geboden wordt wel afwijzen. Het is aan de oudere zelf om te bepalen of aan andere hulp nog behoefte is.

Wanneer hier geen behoefte aan is, en wanneer de levenseindebegeleider tot de conclusie is gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan deze de middelen voor de hulp bij zelfdoding zelf voorschrijven. Een procedure waarbij degene die de middelen voorschrijft zelf de zorgvuldigheidstoets verricht en daarvoor verantwoording af moet leggen, ziet de initiatiefneemster als het meest zorgvuldig. Tot dusverre is het voorschrijven van medicijnen echter alleen aan artsen voorbehouden. De arts is dankzij zijn opleiding, kennis en ervaring in staat bepaalde ziektebeelden te herkennen en kan op basis daarvan de afweging maken welke medicijnen het beste zullen werken. De arts is daarnaast op de hoogte van eventuele medische risico's en bijwerkingen en kan monitoren of het medicijn aanslaat. Doordat de arts voorschrijft, en de apotheker een controlerende taak heeft en de medicijnen verstrekt aan de juiste persoon, wordt de veiligheid gewaarborgd.

Ook voor de middelen die nodig zijn voor hulp bij zelfdoding is een veilige verstrekking van het grootste belang. Volgens de initiatiefneemster is een sleutelrol voor de arts hier echter niet noodzakelijk. Er hoeft geen medische diagnose gesteld te worden, en kennis van een breed scala aan medicijnen is geen vereiste. Tijdens de opleiding tot levenseindebegeleider zullen de werking en toepassing van de middelen die tot een zachte dood leiden aan de orde komen. De initiatiefneemster meent daarom dat ook anderen dan artsen deze middelen kunnen voorschrijven, indien zij de opleiding tot levenseindebegeleider hebben afgerond. Als de levenseindebegeleider vervolgens deze middelen persoonlijk aan de betrokken oudere overhandigt, en erbij blijft wanneer deze worden ingenomen, is het maximale gedaan om te voorkomen dat de middelen in verkeerde handen terechtkomen. Op deze wijze blijft de zorgvuldigheid gewaarborgd.

De overeenkomst tussen de voorgestelde wet en de euthanasiewet is dat bij beide het vrijwillige en weloverwogen verzoek om stervenshulp centraal staat. Elk van de twee wetten schrijft voor dat de stervenshulpverlening moet voldoen aan zorgvuldigheidseisen. In beide wetten wordt voorgeschreven dat de verleende stervenshulp moet worden gemeld en dat deze hulp wordt getoetst door een onafhankelijke commissie. In beide wetten wordt ook raadpleging van een andere hulpverlener voorgeschreven. In de euthanasiewet is dat een

andere arts. In het voorliggende voorstel is dat een levenseindebegeleider. Waar in de euthanasiewet het inhoudelijk criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden is opgenomen, geldt dat voor deze wet niet.

Hoewel de euthanasiewet en het voorstel voor de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek hun eigen doelgroep hebben, bestaat er een overlap tussen beide wetten. Een oudere die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt én zijn leven voltooid acht, kan op elk van de twee wetten een beroep doen. Dit betekent dus dat wanneer een verzoek om stervenshulp op basis van de ene wet wordt afgewezen, alsnog een beroep op de andere wet kan worden gedaan. Beide wetten voorzien erin, dat degene die de hulp verleent, indien hij voldoet aan de gestelde zorgvuldigheidseisen, niet strafrechtelijk kan worden vervolgd.

4.3 Leeftijdsgrens

Het wetsvoorstel hanteert een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder. Voor deze grens is gekozen omdat mensen die deze leeftijd nog niet bereikt hebben een nog relatief lang levensperspectief hebben, met onverwachte mogelijkheden en wendingen, ook al zal de betrokkene, wanneer zijn situatie uitzichtloos lijkt, zich dat niet realiseren.

Onmiskenbaar is, dat ouderen door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter dan jongeren in staat zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is. De initiatiefneemster gaat ervan uit dat de factoren die beïnvloeden dat mensen hun leven als voltooid gaan zien vanaf 75 jaar een grotere rol gaan spelen. Met het vorderen van de leeftijd neemt de kans toe dat mensen te maken krijgen met bijvoorbeeld eenzaamheid door het wegvallen van dierbaren, lichamelijke gebreken, afhankelijkheid, en het gevoel de persoonlijke identiteit te verliezen. Gelet op het ingrijpende karakter van het wetsvoorstel wordt daarom voor deze hogere leeftijdsgrens gekozen, waar in het initiatief 'Uit vrije wil' de grens bij 70 jaar gelegd werd. Overigens zal de wetenschap dat het vanaf een bepaalde leeftijd mogelijk is om het leven waardig te beëindigen, ook voor mensen die deze leeftijd nog niet bereikt hebben, geruststellend kunnen zijn. De gedachte dat wie zijn leven voltooid acht, niet verplicht is door te leven tot het moment van de natuurlijke dood, zal waarschijnlijk met zich meebrengen dat mensen langer - zonder angst - willen leven, en dat ook kunnen.

De initiatiefneemster is zich ervan bewust dat het vaststellen van de leeftijdsgrens op 75 in zekere zin willekeurig is, maar een leeftijdsgrens is in wetgeving niet ongebruikelijk als middel om een groep mensen aan te duiden aan wie een bepaald recht is voorbehouden. Zo is er een leerplicht tot 16 jaar, mogen jongeren onder de 18 jaar geen alcohol en tabak kopen, krijgen jongeren vanaf 18 jaar stemrecht, worden IVF-behandelingen vanaf 42 jaar en ouder niet meer vanuit de basisverzekering vergoed, en gaat de AOW-leeftijd naar 67 jaar.

4.4 Procedure

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

De toetsing en de hulp verlopen als volgt.

De levenseindebegeleider gaat na of de oudere die het verzoek doet de leeftijd van 75 heeft bereikt en of hij Nederlander of tenminste twee jaar ingezetene van Nederland is. De levenseindebegeleider voert ten minste twee uitvoerige en indringende gesprekken met de oudere, verspreid over een periode van tenminste twee maanden. De gesprekken dienen ertoe na te gaan of de stervenswens vrijwillig en weloverwogen is. De gesprekken tussen de levenseindebegeleider en de oudere zijn er op gericht dit vast te stellen, zodat de levenseindebegeleider volledig overtuigd is van het feit dat het om een authentieke stervenswens gaat. Ook moet de levenseindebegeleider tot de overtuiging komen dat er sprake is van een duurzaam verzoek en er dus geen sprake is van een opwelling. Daarbij heeft de levenseindebegeleider uitdrukkelijk ook de taak om met de oudere in overleg te treden over de vraag of er nog behoefte is aan andere hulp, die mogelijk een ander perspectief kan bieden. De levenseindebegeleider kan hiertoe voorstellen doen, maar het blijft aan de oudere zelf om te bepalen of hier nog behoefte aan is. Indien de oudere daartegen geen bezwaar heeft, kunnen familieleden en personen uit de naaste omgeving bij de gesprekken worden betrokken. Ook is het de taak van de levenseindebegeleider de oudere in te lichten over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de verzochte stervenshulp. Wanneer de oudere tot een definitief besluit over zijn stervenswens is gekomen, en de wilsbekwaamheid is vastgesteld, stelt hij een schriftelijke verklaring op of maakt hij met behulp van audiovisuele middelen zijn stervenswens kenbaar, en overhandigt deze aan de levenseindebegeleider. De levenseindebegeleider dient daarna tot een conclusie te komen betreffende de vraag of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Als dat het geval is, consulteert hij een andere, onafhankelijke levenseindebegeleider. Deze voert minstens één gesprek met de hulp vragende oudere. Deze consulent vormt een zelfstandig oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en informeert de levenseindebegeleider daarover. De levenseindebegeleider beziet of het oordeel van de geraadpleegde consulent van invloed is op zijn eigen conclusie. Wanneer dat niet het geval is, is het besluit over de te verlenen hulp bij zelfdoding definitief.

De levenseindebegeleider spreekt een datum en tijd af met de oudere die om de hulp heeft verzocht. De levenseindebegeleider schrijft een recept voor de benodigde dodelijke middelen uit en verkrijgt deze bij een apotheek. Op het afgesproken tijdstip overhandigt de levenseindebegeleider deze middelen aan de oudere. Hij ziet erop toe - en blijft er dus zelf bij - dat de oudere de middelen zelf en op de juiste wijze inneemt. Dit kan in de aanwezigheid

van familie, vrienden of anderen. Mocht de oudere toch van het gebruik van de middelen afzien, waartoe hij uiteraard te allen tijde het volste recht behoudt, zal de levenseindebegeleider de middelen terugbrengen naar de apotheek. Hiermee wordt voorkomen dat de middelen in verkeerde handen komen.

Nadat de oudere is overleden, doet de levenseindebegeleider middels een ingevuld formulier mededeling aan de gemeentelijk lijkschouwer van de oorzaak van het overlijden en overhandigt de lijkschouwer tevens het verslag van de door hem verleende stervenshulp. Dit verslag wordt ter toetsing voorgelegd aan de regionale toetsingscommissie, die ook gevallen van levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding als bedoeld in de euthanasiewet beoordeelt. Deze beoordeelt of de stervenshulp volgens de regels van de wet is uitgevoerd.

5. Uitvoeringsaspecten

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

De toetsing van het handelen van levenseindebegeleiders is opgedragen aan de regionale toetsingscommissies, die zijn ingesteld in de euthanasiewet. Daartoe worden een aantal bepalingen van die wet van overeenkomstige toepassing verklaard. De samenstelling van de commissies verandert enigszins ten opzichte van de euthanasiewet: in plaats van een arts moet steeds een levenseindebegeleider deel uitmaken van de commissie. Evenals in de euthanasiewet brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

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

Bij de Wet BIG wordt aangesloten doordat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar in de zin van die wet wordt. Daarmee gaan ook de titelbescherming en het tuchtrecht ingevolge die wet voor de levenseindebegeleiders gelden. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt zorg voor het instellen van een openbaar register voor levenseindebegeleiders.

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur eisen te stellen aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling waardoor de opleiding wordt aangeboden. Bij de eisen aan de opleiding kan onder meer worden gedacht aan de onderwerpen en vaardigheden die tijdens de opleiding aan de orde zullen moeten komen en het aantal opleidingsuren dat aan de verschillende onderwerpen en vaardigheden zal moeten worden besteed. Doordat in het wetsvoorstel wordt bepaald dat tot de opleiding alleen artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen mogen worden toegelaten, wordt ook aangesloten bij de ingevolge de Wet BIG voor deze beroepsgroepen gestelde opleidingseisen.

Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat voldoende bestaande opleidingsinstellingen de ‘kopstudie’ voor levenseindebegeleider zullen gaan aanbieden. Dat zouden bijvoorbeeld instellingen kunnen zijn die nu al de opleiding tot verpleegkundige, arts, psychotherapeut en gezondheidszorgpsychologen aanbieden, maar wellicht ook andere. Mocht dat niet het geval zijn, althans niet binnen twee jaar na de inwerkingtreding van de wet, dan volgt uit artikel 18 dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de verplichting heeft om ervoor zorg te dragen dat een opleiding tot stand komt en in stand blijft. Daardoor zal er altijd ten minste één opleiding tot levenseindebegeleider zijn.

II ARTIKELEN

Artikel 1

Artikel 1 bevat de definitiebepalingen. Het begrip ‘commissie’ wordt gedefinieerd met een verwijzing naar de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De reden daarvoor is dat de regionale toetsingscommissie in een aangepaste samenstelling tevens meldingen op grond van de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen zullen beoordelen.

De definitie van de term ‘levenseindebegeleider’ verwijst naar de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG). Daaruit blijkt dat de levenseindebegeleider beroepsbeoefenaar in de zin van de Wet BIG is; het is een vereiste om onder de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, van het Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr) te vallen.

De definitie van ‘middelen tot zelfdoding’ bevat een verwijzing naar het begrip ‘geneesmiddel’ uit de Geneesmiddelenwet (hierna: Gnw). Daaruit volgt dat hulp bij zelfdoding in het kader van deze wet uitsluitend kan worden uitgevoerd met geneesmiddelen. ‘Verzoeker’ wordt gedefinieerd met een verwijzing naar artikel 2, onderdeel e, van de wet, waarin onder meer het vereiste van wilsbekwaamheid is opgenomen.

Artikel 2

Artikel 2 bevat zeven zorgvuldigheideisen waaraan moet worden voldaan alvorens een succesvol beroep kan worden gedaan op de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. De zorgvuldigheideisen volgen de chronologie van de procedure, waaruit kan worden opgemaakt dat de daadwerkelijke verklaring met het verzoek om hulp bij zelfdoding ingevolge onderdeel e pas wordt gedaan nadat aan de zorgvuldigheideisen uit de onderdelen a tot en met d is voldaan.

De eis die is opgenomen in onderdeel a bevat naast de leeftijdsgrens ook het vereiste dat de verzoeker Nederlander is of ten minste twee jaar ingezetene is van Nederland. Wat onder

‘ingezetene’ moet worden verstaan, kan worden afgeleid uit artikel 1.1 onderdeel f, van de Wet basisregistratie personen. Het gaat kort gezegd om iemand die staat ingeschreven in een Nederlandse gemeente.

De zorgvuldigheidsdeis die is opgenomen in onderdeel b vereist dat de levenseindebegeleider de overtuiging heeft gekregen van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek. Het criterium ‘vrijwilligheid’ vereist dat het verzoek zonder druk van buitenaf tot stand is gekomen; het kan uitsluitend gaan om een wens die door de verzoeker zelf wordt gevoeld. De duurzaamheid van het verzoek houdt in dat de wens gedurende een zekere periode aanwezig moet zijn. Daarvoor bevat onderdeel b een minimumvereiste van een periode van twee maanden waarin de levenseindebegeleider gesprekken voert met de verzoeker; in de periode van twee maanden kunnen meer dan twee gesprekken plaatsvinden. Uit deze formulering blijkt ook dat er ten minste twee gesprekken moeten plaatsvinden.

Onderdeel c bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider met de verzoeker de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is. Het is de taak van de levenseindebegeleider om na te gaan welke factoren bijdragen aan de stervenswens en om in overleg met de verzoeker te bezien of het nog mogelijk en gewenst is deze factoren te beïnvloeden.

Onderdeel d bevat een inlichtingenplicht voor de levenseindebegeleider die betrekking heeft op zowel de inhoudelijke als de procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding.

Onderdeel e bevat allereerst het vereiste dat de persoon die om hulp bij zelfdoding verzoekt wilsbekwaam is; hulp bij zelfdoding kan op grond van dit wetsvoorstel uitsluitend aan wilsbekwame personen worden verleend. Daarnaast bevat dit onderdeel enkele voorschriften over het verzoek. Het verzoek kan zowel schriftelijk als met behulp van audiovisuele middelen worden gedaan. Bij dit laatste kan worden gedacht aan een filmpje waarin de betrokkene zijn wens uitspreekt. In beide gevallen zal de authenticiteit in voldoende mate moeten vaststaan. De schriftelijke verklaring zal daartoe ten minste een naam, handtekening en dagtekening moeten bevatten.

Onderdeel f bevat het vereiste dat de levenseindebegeleider een onafhankelijke collega heeft geraadpleegd. Die collega moet de verzoeker daadwerkelijk hebben gesproken en zijn oordeel vervolgens in een schriftelijk verklaring neerleggen. Het oordeel van de collega-levenseindebegeleider moet, naar analogie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl), worden beschouwd als een advies; het wetsvoorstel bevat geen vereiste dat het oordeel van de collega-levenseindebegeleider positief is.

Onderdeel g is een algemene verplichting voor de levenseindebegeleider die ertoe strekt dat hij zorg draagt voor een professionele uitvoering van de te verlenen hulp bij zelfdoding. Met de verwijzing naar een groot deel van hoofdstuk 3 wordt duidelijk gemaakt dat de in dit hoofdstuk opgenomen bepalingen, met uitzondering van artikel 4, tweede lid, in ieder geval

onder ‘professionele uitvoering’ door een levenseindebegeleider worden verstaan. De naleving van die artikelen is, via de verwijzing in artikel 2, onderdeel g, tevens een vereiste om een beroep te kunnen doen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr. Artikel 4, tweede lid, is uitgezonderd omdat die norm zich richt tot de apotheker en niet tot een levenseindebegeleider.

Artikel 3

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

Artikel 4

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

Het tweede lid bevat een regeling over de terhandstelling van de middelen. Anders dan is bepaald in artikel 61, eerste lid, Gnw, mogen de middelen tot zelfdoding uitsluitend worden verstrekt aan de levenseindebegeleider. De uitzondering, bedoeld in artikel 61, negende lid, Gnw, heeft betrekking op de terhandstelling in spoedgevallen zonder recept; die mogelijkheid wordt in het wetsvoorstel uitgesloten. Overtreding van dit voorschrift kan ingevolge het nieuwe artikel 102, Gnw, worden bestraft met een bestuurlijke boete, zoals moment al onderdeel uitmaakt van het handhavingsregime van die wet.

Artikel 5

Artikel 5, onderdeel a, bevat de verplichting voor de levenseindebegeleider om de middelen tot zelfdoding niet eerder te verschaffen dan op het ingevolge artikel 3 vastgestelde tijdstip dat met de verzoeker is overeengekomen. Onderdeel b bevat de verplichting om de middelen die uiteindelijk niet door de verzoeker worden gebruikt, om welke reden dan ook, terug te bezorgen bij de apotheker die de middelen ook ter hand heeft gesteld. Hiermee wordt gewaarborgd dat middelen tot zelfdoding altijd aan de zorg van een apotheker of van een levenseindebegeleider zijn toevertrouwd.

Artikel 6

Dit artikel bepaalt dat de levenseindebegeleider altijd aanwezig is bij de voorgenomen zelfdoding door de verzoeker. Dit moment zal samenvallen met het ingevolge artikel 3 vastgestelde tijdstip en het moment waarop de middelen tot zelfdoding worden verschaft. Het

voorgestelde artikel 6 laat de mogelijkheid onverlet dat andere personen, bijvoorbeeld familieleden of vrienden, aanwezig zijn op het moment van de uitvoering van de zelfdoding.

Artikel 7

Artikel 7 maakt deel uit van hoofdstuk 4 over de toetsing van de meldingen door de regionale toetsingscommissies. Artikel 7, eerste lid, bevat een uitbreiding van de taken van de regionale toetsingscommissies euthanasie, zoals is vastgesteld in de Wtl. Dat blijkt uit de formulering dat de commissies *tevens* een taak hebben op grond van de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen.

Artikel 7, tweede lid, bevat een verplichting tot aanpassing van de samenstelling van de commissie indien de commissie meldingen op grond van deze wet beoordeelt. Concreet gaat het om een vervanging van de arts in de commissie door een levenseindebegeleider.

Met artikel 7, derde lid, worden enkele artikelen van de Wtl van overeenkomstige toepassing verklaard op de taakuitoefening van de commissie voor zover het gaat om hulp bij zelfdoding als bedoeld in het nu voorliggende wetsvoorstel. Deze bepalingen hebben betrekking op de werkwijze, geheimhouding en verschoning en de rapportage door de commissie. Op grond van deze bepalingen is het in elk geval niet toegestaan dat een persoon als commissielid oordeelt over een geval van hulp bij zelfdoding waarbij hij zelf als levenseindebegeleider betrokken is geweest.

Artikelen 8, 9, 10 en 11

Deze artikelen bevatten voorschriften voor de commissie die meldingen op grond van de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen toetst. Deze voorschriften zijn ontleend aan de Wtl en sluiten daar inhoudelijk bij aan, met dien verstande dat de toetsing betrekking heeft op het handelen van de levenseindebegeleider en niet, zoals in de Wtl, van een arts. Artikel 8 benadrukt dat het hier gaat om een toetsing door de commissie *achteraf*; de (plaatsvervangende) leden en de secretaris van een commissie mogen daarom niet van tevoren een standpunt innemen over de naleving van de zorgvuldigheideisen in een individueel geval als de hulp bij zelfdoding nog niet is verleend. Bij de toetsing *vooraf* speelt de tweede, onafhankelijke levenseindebegeleider een rol. Hij is in die fase de aangewezen persoon om de levenseindebegeleider van advies te voorzien. De betrokkenheid van deze tweede, onafhankelijke levenseindebegeleider vloeit voort uit artikel 2, onderdeel f, van het wetsvoorstel.

Artikel 12

De wijziging van de Algemene wet bestuursrecht houdt in dat besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen uitgesloten zijn van de bepalingen over bezwaar en beroep uit de Algemene wet bestuursrecht. Daarmee wordt aangesloten bij de bestaande situatie die geldt voor de Wtl.

Artikel 13

Artikel 13 bevat een wijziging van de Gnw, waarmee een nieuw artikel wordt ingevoegd in die wet. Het in te voegen artikel bevat een grondslag voor de Inspectie voor de gezondheidszorg om toezicht te houden op een specifieke bepaling van de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek over de verstrekking van de middelen tot zelfdoding door de apotheker aan de levenseindebegeleider. De terhandstelling van geneesmiddelen en het toezicht van de IGZ daarop zijn onderdeel van de Gnw. In dit wetsvoorstel wordt ervoor gekozen om daarbij aan te sluiten en het toezicht op de verstrekking van de middelen tot zelfdoding aan de levenseindebegeleider daarom niet in de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek op te nemen, maar aan te sluiten bij het bestaande regime. Dat wordt bewerkstelligd met het nieuwe artikel 102 Gnw. Ingevolge het tweede lid wordt ook bij de Gnw aangesloten voor wat betreft de mogelijkheid tot oplegging van een bestuurlijke boete aan de overtreder.

Artikel 14

Artikel 15 bevat een wijziging van de Opiumwet (hierna: Ow). Deze wijziging is noodzakelijk omdat de middelen die worden gebruikt bij de uitoefening van een verzoek om hulp bij zelfdoding onder de Ow vallen. Daarom moet de Ow worden gewijzigd zodat de betrokkenen, in het bijzonder de levenseindebegeleider en de verzoeker, worden uitgezonderd van de verboden van die wet. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen kunnen op grond van artikel 5, eerste lid, onderdeel a, Ow, reeds de vereiste handelingen verrichten met de middelen. Daarnaast zullen levenseindebegeleiders moeten worden uitgezonderd van de verboden inzake het verstrekken, vervoeren of aanwezig hebben van opiumwetmiddelen. Daartoe zal een algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Opiumwetbesluit, in het bijzonder artikel 16 van dat besluit, in procedure moeten worden gebracht.

De wijziging van artikel 5, tweede lid, Ow, voorziet in een uitzondering op de verboden inzake het aanwezig hebben van middelen die op lijst I of lijst II van de Ow staan voor personen aan wie door de levenseindebegeleider middelen worden verschaft in het kader van de uitvoering van een verzoek om hulp bij zelfdoding. Met het bezittelijk voornaamwoord 'hun' in combinatie met 'verzoek', wordt benadrukt dat de uitzondering uitsluitend geldt voor personen die de middelen aanwezig hebben in het kader van de uitvoering van hun eigen verzoek om hulp bij zelfdoding; de middelen kunnen dus niet aanwezig zijn met het oog op toepassing van die middelen bij een ander.

Ten aanzien van het voorschrijven van middelen tot zelfdoding die onder de Ow vallen, wordt opgemerkt dat deze voorschriftiging moet worden begrepen onder het begrip 'belang van volksgezondheid', bedoeld in de delegatiegrondslag van artikel 4, eerste lid, Ow. Daarom is geen aanvullende wettelijke voorziening nodig voor het voorschrijven van opiumwetmiddelen voor de verlening van hulp bij zelfdoding als bedoeld in het nu voorliggende wetsvoorstel.

Om artikel 4, tweede lid, onderdeel b, in overeenstemming te brengen met het voorstel tot wijziging van artikel 5, tweede lid, wordt in dat onderdeel gespecificeerd dat het om de eerste volzin gaat.

Artikel 15

Artikel 15 bevat enkele wijzigingen van de Wet BIG die tezamen ertoe strekken de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar in de zin van de Wet BIG te maken. De wijziging van artikel 3, eerste lid, zorgt ervoor dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zorg draagt voor het instellen van een openbaar register voor levenseindebegeleiders. Dit is belangrijk, omdat voor iedereen inzichtelijk is dat een levenseindebegeleider ook daadwerkelijk gekwalificeerd is om als levenseindebegeleider op te treden. Inschrijving in het register maakt ook dat de levenseindebegeleider op grond van artikel 4, eerste lid, bevoegd is tot het voeren van de titel ‘levenseindebegeleider’. Daarmee wordt ‘levenseindebegeleider’ tevens een beschermde titel.

Met de invoeging van de nieuwe paragraaf 9 in hoofdstuk III, afdeling 1, worden de opleiding en de deskundigheid van de levenseindebegeleider geregeld.

Artikel 33a bevat twee voorwaarden waaraan moet zijn voldaan alvorens een persoon als levenseindebegeleider in een register kan worden ingeschreven. De eerste voorwaarde, opgenomen in onderdeel a, is dat de betrokkene een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond die is aangeboden door een opleidingsinstelling die door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen. Deze aanwijzing moet gedurende de gehele opleidingsperiode van de betrokkene aanwezig zijn geweest, zo blijkt uit de formulering. De tweede voorwaarde is opgenomen in onderdeel b en vereist dat ten aanzien van de levenseindebegeleider geen zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid is genomen. Dit onderdeel hangt samen met het feit dat voordat iemand levenseindebegeleider kan worden, hij of zij een opleiding als arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige moet hebben voltooid. Dat volgt uit artikel 33c. Het kan dus heel goed zo zijn dat hij of zij ook in één van die hoedanigheden als beroepsbeoefenaar werkzaam is. Met onderdeel b wordt voorgesteld om te eisen dat ten aanzien van de levenseindebegeleider die ook in een andere hoedanigheid (namelijk als arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige) werkzaam is of is geweest, geen zware tuchtmaatregel of maatregel wegens ongeschiktheid is genomen. Onder ‘zwaar’ wordt in dit verband verstaan een geldboete, een schorsing van de inschrijving in het register, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep, doorhaling van de inschrijving in het register en ontzegging van het recht om wederom in het register te worden ingeschreven. Maatregelen wegens ongeschiktheid zijn maatregelen waarbij de beroepsbeoefenaar niet (langer) geschikt wordt geacht voor de uitoefening van het beroep wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of vanwege drank- of drugsmisbruik (artikel 79, tweede lid, van de Wet BIG). Deze maatregelen kunnen naar hun aard uitsluitend worden of zijn opgelegd aan

personen die als beroepsbeoefenaar hebben gewerkt. De reden voor het opnemen van het vereiste is dat levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn, hetgeen blijkt uit het feit dat in het verleden aan de betrokkene geen zware tuchtmaatregelen of maatregelen wegens ongeschiktheid zijn opgelegd.

Het voorgestelde artikel 33b beschrijft het deskundigheidsgebied van de levenseindebegeleider, waarbij verwezen wordt naar de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek.

Artikel 33c, eerste lid, bevat een algemeen criterium waaraan de opleiding tot levenseindebegeleider zal moeten voldoen. Die norm komt erop neer dat in de opleiding alle aspecten aan de orde zullen moeten komen die waarborgen dat de levenseindebegeleider zijn taken en verplichtingen die voortvloeien uit de wet, op adequate wijze kan verrichten. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de taken en verplichtingen die voortvloeien uit de Wet toetsing levenseindebegeleider van ouderen op verzoek, zoals de naleving van de zorgvuldigheidseisen, het voorschrijven en verschaffen van de middelen tot zelfdoding en het zorgen voor een deugdelijke melding ten behoeve van de toetsing door de commissie. Artikel 33c, eerste lid, tweede volzin, bevat een delegatiegrondslag waarmee bij algemene maatregel van bestuur eisen worden gesteld aan de opleiding tot levenseindebegeleider en aan de instelling waardoor de opleiding wordt aangeboden. Bij de eisen aan de opleiding kan onder meer worden gedacht aan de onderwerpen en vaardigheden die tijdens de opleiding aan de orde zullen moeten komen en het aantal opleidingsuren dat aan de verschillende onderwerpen en vaardigheden zal moeten worden besteed. Bij de inhoud van de opleiding tot levenseindebegeleider kan ook rekening worden gehouden met de vooropleiding van de kandidaat.

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

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

Artikel 33d betreft de aanwijzing van instellingen die een opleiding tot levenseindebegeleider aanbieden. Het eerste lid bevat de wettelijke grondslag voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, om de betreffende opleidingsinstellingen aan te wijzen. Voorwaarde voor aanwijzing is dat de opleiding voldoet aan de eisen die bij algemene maatregel van bestuur (op grond van artikel 33c, eerste lid) zijn gesteld, met inbegrip van de vooropleidingseis (artikel 33c, tweede lid).

Het tweede lid van artikel 33d bevat een grondslag om een gegeven aanwijzing in te trekken of op te schorten als niet langer aan de opleidingseisen wordt voldaan.

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

De toevoeging aan artikel 36, veertiende lid, van een nieuw onderdeel e geeft aan levenseindebegeleiders de bevoegdheid tot het voorschrijven van middelen tot zelfdoding. Dat wordt op grond van dit nieuwe onderdeel een handeling die, naast aan de reeds in het veertiende lid opgesomde categorieën beroepsbeoefenaren, wordt voorbehouden aan levenseindebegeleiders. Die bevoegdheid wordt beperkt in de zin dat het voorschrijven van receptgeneesmiddelen uitsluitend is voorbehouden aan levenseindebegeleiders voor zover dat nodig is voor hun deskundigheidsgebied: het bieden van levenseindebegeleiding overeenkomstig de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek. Een nadere beperking is neergelegd in het bestaande artikel 36, vijftiende lid, dat bepaalt dat de bevoegdheid tot het voorschrijven van receptgeneesmiddelen wordt toegekend voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen.

Met de wijziging van artikel 47, tweede lid, wordt bewerkstelligd dat levenseindebegeleiders zijn onderworpen aan medisch tuchtrecht. De indiener is van mening dat het bieden van levenseindebegeleiding onder de huidige, in artikel 47, eerste lid, genoemde tuchtnormen valt. Om die reden is een uitbreiding van de reikwijdte van de tuchtnorm(en) niet nodig.

Het nieuwe artikel 69a voorziet in de situatie waarin een persoon zowel in de hoedanigheid van levenseindebegeleider als in een andere hoedanigheid staat ingeschreven in een register. Omdat de levenseindebegeleider van onbesproken gedrag moet zijn, wordt voorgesteld om tuchtmaatregelen die aan de levenseindebegeleider in diens andere hoedanigheid worden opgelegd (bijvoorbeeld als arts) ook gevolgen kunnen hebben voor diens beroepsuitoefening als levenseindebegeleider. Het hoeft hier niet altijd te gaan om een identieke tuchtmaatregel; het regionale tuchtcollege zal per individueel geval moeten bezien of een extra maatregel aan de betrokkene (als levenseindebegeleider) opgelegd zou moeten worden en zo ja, welke. Artikel 69a, tweede lid, bepaalt dat artikel 48, zevende lid, van overeenkomstige toepassing is op het van kracht worden van de maatregel die aan de betrokkene in de hoedanigheid van levenseindebegeleider wordt opgelegd. Een vergelijkbare regeling wordt voorgesteld ten aanzien van de maatregelen wegens ongeschiktheid, zoals is opgenomen in artikel 80a.

Tot slot wordt opgemerkt dat levenseindebegeleiders een beroepsgeheim hebben. Dat volgt uit artikel 88 van de Wet BIG.

Artikel 16

Artikel 16 bevat een wijziging van de Wet op de lijkbezorging (hierna: Wlb). Deze wijziging, die is vervat in het nieuwe artikel 7a Wlb, wordt voorgesteld naar analogie van de Wtl en bevat een regeling voor de levenseindebegeleider om aan de gemeentelijke lijkschouwer

mededeling te doen van de hulp bij zelfdoding, waarbij ook een beredeneerd verslag moet worden verstrekt. In dat verslag gaat de levenseindebegeleider in op de naleving van de zorgvuldigheidseisen in het specifieke geval. Omdat artikel 7a zich richt tot twee aparte normadressaten, namelijk de persoon die de lijkschouwing verricht en de levenseindebegeleider, is ervoor gekozen om in het artikel twee aparte onderdelen op te nemen. Om te verzekeren dat de gemeentelijke lijkschouwer zorg draagt voor het doen van melding aan de toetsingscommissie van de hulp bij zelfdoding als bedoeld in de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen, wordt artikel 10, tweede lid gewijzigd. Met deze wijziging wordt aangesloten bij de Wtl. Dat geldt ook voor de wijziging van artikel 12 Wlb over de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of crematie.

Artikel 17

Artikel 17 voorziet in de toevoeging van een nieuw lid aan artikel 294 Sr. Dit nieuwe artikellid doet niet af aan artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Sr. Dat betekent dat de nieuwe, in artikel 294, derde lid, opgenomen bijzondere strafuitsluitingsgrond een aanvulling is op de bestaande wettelijke strafuitsluitingsgrond voor hulp bij zelfdoding. Uit het voorgestelde artikel 294, derde lid, blijkt dat deze strafuitsluitingsgrond beperkt is tot twee handelingen: het voorschrijven en het verschaffen van middelen tot zelfdoding door een levenseindebegeleider die, zoals blijkt uit de definitie van levenseindebegeleider, met goed gevolg een opleiding tot levenseindebegeleider heeft afgerond. Daarvoor gelden als aanvullende voorwaarden dat voldaan is aan de bepalingen van hoofdstuk 2 van de Wet toetsing levenseindebegeleiding op verzoek van ouderen en dat melding is gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer. Ten slotte wordt opgemerkt dat ervoor is gekozen om de apotheker niet in de strafuitsluitingsgrond van artikel 294, derde lid, Sr, te noemen. Daarmee wordt aangesloten bij artikel 293, tweede lid, Sr. Hieruit moet worden opgemaakt dat de verstrekking van middelen tot zelfdoding door een apotheker in overeenstemming met de Wet toetsing levenseindebegeleiding niet onder de delictomschrijving van hulp bij zelfdoding valt. Het verdient aanbeveling om dit te verduidelijken in de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding).

Artikel 18

Artikel 18 bevat het overgangsrecht en heeft betrekking op de situatie waarin binnen twee jaar na de inwerkingtreding van artikel 15 over onder meer de aanwijzing van opleidingen tot levenseindebegeleider geen opleiding tot stand komt. In dat geval heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de verplichting om een opleiding tot stand te brengen en in stand te houden. De verplichting duurt voort tot het moment er een andere opleiding tot stand gebracht wordt, zodat er altijd ten minste één opleiding tot levenseindebegeleider is. De reden voor opnemning van dit artikel is het grote belang van de opleiding tot levenseindebegeleider voor de toepassing van deze wet in de praktijk.

Artikelen 19, 20 en 21

Deze artikelen bevatten de slotbepalingen van het wetsvoorstel en hebben betrekking op de evaluatie van de wet, de citeertitel en de inwerkingtreding. Er wordt gekozen voor gedifferentieerde inwerkingtreding, zodat de bepalingen over de opleiding tot levenseindebegeleider (die immers een dergelijke opleiding eerst zal moeten afronden voordat hij als levenseindebegeleider of als commissielid zal kunnen optreden) eerder in werking kunnen treden dan de overige bepalingen van de wet.