

# Stervenshulp bij voltooid leven

## 1. Inleiding

Begin vorig jaar verscheen het rapport van de Commissie van Wijzen over hulp bij zelfdoding aan mensen die niet ziek zijn, maar hun leven voltooid achten, naar hun voorzitter vaak de Commissie Schnabel genoemd.<sup>1</sup> Het advies luidde, kort gezegd, dat de huidige euthanasiewetgeving voor de meeste gevallen van 'voltooid leven' voldoende ruimte biedt en er geen aanleiding is voor wetwijziging. Het kabinet heeft deze conclusie evenwel naast zich neergelegd en nieuwe wetgeving aangekondigd om stervenshulp bij voltooid leven mogelijk te maken.<sup>2</sup> In de Tweede Kamer is dit voorstel met gemengde gevoelens ontvangen. Inmiddels heeft ook D66 een proeve van een 'Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek' ter publieke consultatie voorgelegd.<sup>3</sup> Daarmee staat het onderwerp stervenshulp bij voltooid leven, waarvoor oud-raadsheer van de Hoge Raad Huib Drion in 1991 nadrukkelijk aandacht vroeg (de 'pil' van Drion),<sup>4</sup> net als in 2009 de Initiatiefgroep Uit Vrije Wil,<sup>5</sup> weer hoog op de politieke agenda.

In deze bijdrage beschrijf en analyseer ik de ontwikkelingen rond stervenshulp bij voltooid leven. Eerst breng ik in paragraaf 2 de problematiek van stervenshulp bij voltooid leven in kaart. Vervolgens ga ik in paragraaf 3 in op het rapport van de Commissie Schnabel en de kabinetsreactie daarop. In paragraaf 4 komt het wetsvoorstel van D66 aan de orde. In paragraaf 5 maak

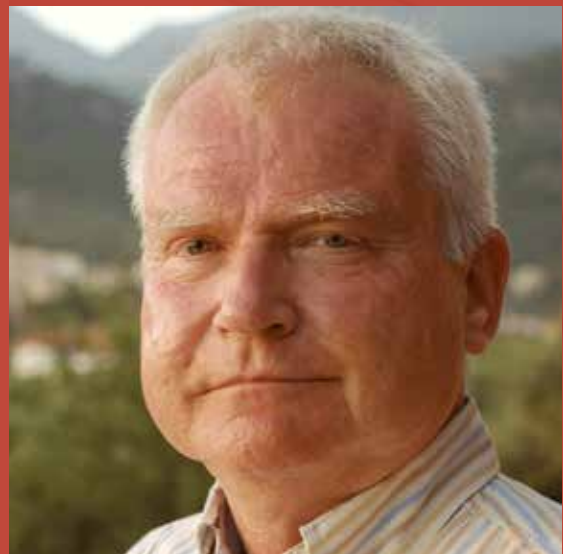
<sup>1</sup> Adviescommissie voltooid leven, *Voltooid leven, Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag 2016.

<sup>2</sup> Brief van 12 oktober 2016, *Kamerstukken II 32647*, nr. 55.

<sup>3</sup> Zie [www.d66.nl](http://www.d66.nl).

<sup>4</sup> H. Drion, Het zelfgewilde einde van oude mensen, *NRC Handelsblad* 19 oktober 1991.

<sup>5</sup> Deze groep bestond uit een aantal bekende Nederlanders en bracht een manifest, vergezeld van een proeve van wetgeving uit, dat door bijna 117.000 mensen werd ondersteund ([www.uitvrijewil.nu](http://www.uitvrijewil.nu)). Zie over deze proeve J.K.M. Gevers, *De Wet toetsing stervenshulp aan ouderen: kanttekeningen bij een proeve*, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011, p. 472-477.



## Prof. mr. J.C.J. Dute

*Prof. mr. J.C.J. Dute is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Radboud Universiteit Nijmegen, lid van het College voor de Rechten van de Mens en plaatsvervangend voorzitter van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie voor Noord-Brabant en Limburg. Hij schrijft op persoonlijke titel.*



ik een uitstapje naar de zaak Heringa, waar-over de Hoge Raad binnenkort arrest zal wijzen. Heringa, geen arts, hielp zijn (stief)moeder, die haar leven voltooid achtte, bij haar zelfdoding. In paragraaf 6 volgt een beschouwing, waarin ik inga op de mensenrechtelijke aspecten, de betekenis van decriminalisering van stervenshulp, de (on)wenselijkheid van een specifieke regeling voor stervenshulp bij voltooid leven en de mogelijkheden in dit verband voor de huidige Euthanasiewet. In paragraaf 7 rond ik met een korte slotbeschouwing deze bijdrage af.

## 2. De problematiek van voltooid leven

### 2.1 Wat is 'voltooid leven'?

De problematiek van 'voltooid leven' wordt met verschillende termen aangeduid: 'klaar met leven', 'levensmoe', 'lijden aan het leven', 'vrijwillig levenseinde' en 'zelfgekozen levenseinde'. Vaak worden deze termen, zonder betekenisverschil, door elkaar gebruikt, maar niet altijd. Zo prefereert de Commissie Dijkhuis,<sup>6</sup> een door de artsenorganisatie KNMG ingestelde commissie, de

<sup>6</sup> Commissie Dijkhuis, *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij zelfdoding in geval van lijden aan het leven*, Utrecht: KNMG 2004.

term 'lijden aan het leven', omdat daarmee duidelijker tot uitdrukking komt dat sprake kan zijn van ernstig lijden. De Initiatiefgroep Uit Vrije Wil omschrijft 'voltooid leven' als: de toestand waarin een oudere tot de conclusie is gekomen dat de waarde en de zin van zijn leven zodanig zijn afgenomen, dat hij of zij de dood gaat verkiezen boven het leven. Volgens de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) is 'voltooid leven' niet goed te definiëren. Het gaat om "lijden aan de zinloosheid en uitzichtloosheid van het leven, een gevoel van nutteloosheid, verlies van doel, zingeving en ontbreken van perspectief". Er is sprake van "existentieel lijden, zonder noodzakelijke medische grondslag."<sup>7</sup>

De Commissie Schnabel spreekt van "mensen die veelal op leeftijd zijn die naar hun eigen oordeel geen levensperspectief meer hebben en die als gevolg daarvan een persisterende, actieve doodswens hebben ontwikkeld". De kern van de omschrijving zit volgens mij in de laatste twee elementen: geen levensperspectief meer zien en een persisterende, actieve doodswens hebben. Het eerste element 'veelal op leeftijd' lijkt me voor de begripsbepaling niet relevant. Wel kan het een rol spelen bij de vraag naar de toelaatbaarheid van stervenshulp bij voltooid leven.

## 2.2 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Euthanasie is het beëindigen van iemands leven door een derde op diens verzoek en strafbaar gesteld in artikel 293, eerste lid, Wetboek van Strafrecht (Sr; de wet spreekt over "van het leven beroven" en "op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen"). Zelfdoding is niet strafbaar, hulp bij zelfdoding wel (art. 294, eerste lid, Sr; de wet gebruikt nog de verouderde term "zelfmoord"). Onder hulp bij zelfdoding verstaat de wetgever een ander opzettelijk aanzetten tot zelfdoding, hem daarbij behulpzaam zijn of de middelen daartoe verschaffen. Vereist is voorts dat de zelfdoding daadwerkelijk volgt.

### *"Zelfdoding is niet strafbaar, hulp bij zelfdoding wel"*

In 2002 is de euthanasiewetgeving tot stand gekomen.<sup>8</sup> Sindsdien bevat het tweede lid van beide Sr-artikelen een bijzondere strafuitsluitingsgrond, op grond waarvan

artsen die euthanasie en hulp bij zelfdoding hebben toegepast, niet strafbaar zijn als zij hiervan mededeling hebben gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer (artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging; Wlb) en zich hebben gehouden aan de zorgvuldigheidseisen, zoals die zijn opgenomen in artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). De strafuitsluitingsgrond strekt zich overigens niet uit tot het opzettelijk aanzetten tot zelfdoding.

De (zes) zorgvuldigheidseisen zijn: (1) een vrijwillig en weloverwogen verzoek en (2) uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Verder moet de arts (3) de patiënt hebben voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en diens vooruitzichten. Ook moet hij (4) met de patiënt tot de conclusie zijn gekomen dat voor die situatie geen redelijke andere oplossing is. Voorts moet hij (5) tenminste één andere, onafhankelijke arts hebben geraadpleegd, die de patiënt moet hebben gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over voornoemde zorgvuldigheidseisen (consultatie-eis). Veelal wordt de consultatie verricht door zogenoemde SCEN-artsen. Ten slotte dient de arts (6) de euthanasie of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig te hebben uitgevoerd. Deze laatste eis ziet op de correcte medisch-technische uitvoering. De zorgvuldigheidseisen zijn voor euthanasie en hulp bij zelfdoding identiek.

De WTL voorziet verder in een toetsingssysteem, waarbij het Openbaar Ministerie op afstand is geplaatst. Elke melding van euthanasie – en tot melding is de arts, zoals gezien, verplicht – wordt door een commissie, bestaande uit een jurist (tevens voorzitter), een arts en een ethicus, getoetst aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Als de commissie tot de conclusie komt dat hieraan is voldaan – en dat is in de overgrote meerderheid van de meldingen het geval – dan is de kwestie daarmee afgedaan. Als de commissie vindt dat niet voldaan is aan een (of meerdere) van de zorgvuldigheidsnormen, dan worden de bevindingen doorgezonden naar het College van Procureurs-generaal (College PG) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het College PG kan dan besluiten om tot vervolging over te gaan. Zolang de WTL bestaat, is dat overigens nooit gebeurd. De IGZ spreekt met de betrokkene en maakt zo nodig met hem of haar nadere afspraken of onderneemt andere acties.

<sup>7</sup> NVVE, *Rapport Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*, 17 juli 2015 ([www.nvve.nl](http://www.nvve.nl)).

<sup>8</sup> *Stb.* 2001, 194, laatstelijk gewijzigd *Stb.* 2013, 560.

In haar proefschrift heeft Esther Pans uiteengezet dat het verzoek – als uiting van zelfbeschikking – weliswaar een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is voor de morele rechtvaardiging van euthanasie. Het centrale, dragende beginsel van de WTL is niet de zelfbeschikking, maar de barmhartigheid (verlichten van het lijden van de patiënt).<sup>9</sup>

## *"Het centrale, dragende beginsel van de WTL is niet de zelfbeschikking, maar de barmhartigheid"*

### 2.3 Medische grondslag van het lijden

Dat op dit moment euthanasie en hulp bij zelfdoding bij 'voltooid leven' niet zijn toegestaan, vloeit niet onmiddellijk uit de wettekst voort. De wet spreekt over 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden', maar zegt niet waaruit dat lijden moet voortkomen. Lijden omvat niet alleen pijn, maar ook verlies van waardigheid, ontluistering, afhankelijkheid, enzovoorts. Ook het vooruitzicht van lijden kan uitzichtloos en ondraaglijk zijn. In 1994 oordeelde de Hoge Raad dat ook psychisch lijden onder dit criterium kan vallen (Chabot-arrest).<sup>10</sup> Volgens de Hoge Raad moet het lijden 'in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren'.

Dit standpunt riep de vraag op of stervenshulp ook bij voltooid leven geoorloofd zou zijn. De Hoge Raad, die daarover in 2002 in de zaak Brongersma kreeg te oordelen, bleek evenwel niet bereid deze stap te zetten: euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn, aldus de Hoge Raad, alleen toegestaan "indien het lijden in overwegende mate voortvloeit uit een medisch classificeerbare somatische of psychische ziekte of aandoening,"<sup>11</sup> anders gezegd: het lijden moet een medische grondslag hebben. Bij de beoordeling van het lijden zonder dat daaraan een somatische of psychische ziekte of aandoening ten grondslag ligt, zoals bij voltooid leven, zou de arts buiten zijn professionele domein treden. Met zijn arrest sloot de Hoge Raad aan bij het standpunt dat de regering tijdens de parlementaire behandeling van de

WTL ter zake had ingenomen: mensen die levensmoe zijn of klaar met leven komen onder deze wet niet voor euthanasie en hulp bij zelfdoding in aanmerking.

### 3. Commissie Schnabel en kabinetsreactie

Directe aanleiding voor het in het leven roepen van de 'Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten', de Commissie Schnabel, was een verzoek van de VVD-fractie om onderzoek te doen naar de juridische en maatschappelijke dilemma's van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.<sup>12</sup> Na ampel beraad kwam de commissie tot de conclusie dat het huidige juridische kader voor hulp bij zelfdoding (de WTL) beter in stand kan blijven. Naar het oordeel van de commissie biedt de huidige wet voldoende ruimte om het merendeel van de gevallen van voltooid leven te ondervangen.

De commissie is er niet voor om de strafbaarstelling van euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen op te heffen en de zorgvuldigheidscriteria te verankeren in het medisch tuchtrecht. De generaal-preventieve werking van de huidige strafbaarstelling en de transparantie die het huidige stelsel heeft opgeleverd, zouden dan verloren kunnen gaan. Ook zou de druk op artsen om gehoor te geven aan een verzoek (van de patiënt, maar mogelijk ook van anderen) kunnen toenemen. Voorts zou opheffing van de strafbaarstelling in de samenleving tot het gevoel kunnen leiden dat er een recht bestaat op euthanasie en hulp bij zelfdoding. In feite zou iedere arts verplicht worden om mee te werken aan de uitvoering zodra aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. Ook bestaat het risico dat mogelijke alternatieven niet meer voldoende in overweging worden genomen. Ten slotte is het medisch tuchtrecht een weinig aantrekkelijk alternatief, nu artsen deze route doorgaans als behoorlijk bedreigend ervaren.

Evenmin is de commissie er een voorstander van om hulp bij zelfdoding door niet-artsen onder bepaalde voorwaarden toe te staan. Daarmee zou een tweede route naast die van de WTL worden gecreëerd. Dat is volgens de commissie verwarrend en kan de bestaande, zorgvuldige

<sup>9</sup> E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse Euthanasierecht* (diss. VU Amsterdam), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

<sup>10</sup> HR 21 juni 1994, ECLI:NL:HR:1994:AD2122, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994/47 (Chabot).

<sup>11</sup> HR 24 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE8772, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2003/29 (Bron-gersma)

<sup>12</sup> *Kamerstukken II* 32647, nr. 26.



euthanasiepraktijk ondermijnen. Immers, als niet aan de eisen van de WTL wordt voldaan, kan men altijd nog zijn toevlucht nemen tot de tweede route. Het handhaven van de betrokkenheid van een arts vindt de commissie belangrijk. Het gaat immers om een zaak van leven en dood. Vanwege zijn medische deskundigheid kan de arts de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van de verzoeken alsook de beschikbaarheid van mogelijke alternatieven het beste beoordelen. Ook kan hij de uitvoering van de (hulp bij) zelfdoding zorgvuldig begeleiden.

Verder ligt bij een regeling die hulp bij zelfdoding door naasten mogelijk maakt, misbruik op de loer. Ook kan zo'n regeling bij ouderen tot gevoelens van onveiligheid leiden. Tot slot laat een meldingsplicht voor naasten zich moeilijk denken.

Zoals gezegd biedt naar het oordeel van de commissie de WTL bij voltooid leven in het merendeel van de gevallen uitkomst. Ouderen die hun leven voltooid achten hebben wellicht geen dodelijke of zwaar invaliderende ziekte, maar zullen veelal wel lijden aan een 'stapeling van ouderdomsklachten' (slecht zien c.q. blind, slechthorend c.q. doof, suikerziekte, reumatoïde artritis, enzovoorts). Een dergelijke stapeling van ouderdomsklachten kan naar het oordeel van de toetsingscommissies een voldoende medische grondslag voor het lijden vormen.

In weerwil van het advies van de commissie liet het kabinet in een brief van 12 oktober 2016 de Tweede Kamer weten tegemoet te willen komen aan de wens van mensen die weloverwogen menen dat hun leven voltooid is, die uitzichtloos lijden aan het leven en dit op een voor hen waardige wijze willen afsluiten. Erkend wordt dat de WTL meer ruimte biedt dan nu wordt benut. Tegelijk is het kabinet van oordeel dat de WTL in de kern uitgaat van de arts, die op grond van zijn medische deskundigheid beoordeelt of er sprake is van een uitzichtloos en ernstig lijden door een medische oorzaak en die geen plicht heeft aan euthanasie mee te werken. Dat betekent dat op grond van de WTL niet tegemoet kan worden gekomen aan mensen die lijden aan het leven zonder medische grondslag, waarvoor het leven ook ondraaglijk en uitzichtloos kan zijn of waarbij de medische aspecten van ondergeschikte betekenis zijn. In dergelijke geval-

len is een medisch oordeel van een arts en een daaruit volgend conflict van plichten niet aan de orde. Daarom zal het kabinet met een voorstel komen voor een wettelijke regeling waarbij een extra uitzondering wordt gemaakt op de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding en waarbij de hulp niet noodzakelijkerwijs door een arts hoeft te worden geboden. De grondslag voor deze regeling wordt gebaseerd op het recht op autonomie van degenen die, zonder dat sprake is van een medische grondslag, een consistente en weloverwogen doodswens hebben en uitzichtloos en ondraaglijk lijden aan het leven.<sup>13</sup>

#### 4. Wetsvoorstel D66

Enkele maanden na de aankondiging van de regering bracht D66 een concept-initiatief wetsvoorstel uit, de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek (WTLOV). Het regeringsvoornemen maakt volgens D66 haar voorstel niet overbodig. De partij wil voorkomen dat het onderwerp (te veel) in politiek vaarwater terecht komt, en daardoor mogelijk de eindstreep niet haalt.

De WTLOV vertoont in enkele opzichten gelijkenis met de WTL, maar er zijn enkele cruciale verschillen. In de eerste plaats heeft de WTLOV alleen betrekking op hulp bij zelfdoding, niet (ook) op euthanasie, zoals de WTL. In de tweede plaats wordt de (beoordeling en feitelijke uitvoering van de) levensbeëindiging niet gedaan door de arts, maar door een zogenoemde levenseindebegeleider. Dit is een arts, een verpleegkundige, een psychotherapeut of een gezondheidszorgpsycholoog die een specifieke opleiding daartoe heeft gevolgd. Het is de bedoeling dat de levenseindebegeleider wordt toegevoegd als (negende) registerberoep in de zin van de Wet BIG.

In de derde plaats kent de WTLOV niet de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De nadruk ligt op het verzoek: dat moet vrijwillig, weloverwogen en duurzaam zijn en na het eerste gesprek dienen ten minste twee maanden te zijn verstreken. Anders dan in de WTL moet de wilsbekwaamheid in alle gevallen uitdrukkelijk zijn vastgesteld en behoort een actuele, schriftelijke (of audiovisuele) wilsverklaring voorhanden te zijn. In de vierde plaats is de subsidiariteitseis anders geformuleerd: "andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, is niet gewenst" in plaats van "geen redelijke andere oplossing". In de vijfde plaats dient de betrokkene te zijn

<sup>13</sup> Kamerstukken II 32647, nr. 55. De brief gaf aanleiding tot een groot aantal moties.

ingelicht over de inhoudelijke en procedurele aspecten van de hulp bij zelfdoding, een eis die de WTL niet uitdrukkelijk stelt; wel vereist de WTL dat de arts de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en diens vooruitzichten. In de zesde plaats dient de betrokkene 75 jaar of ouder<sup>14</sup> en Nederlander of tenminste twee jaar ingezetene van Nederland te zijn, een eis die de WTL evenmin kent.

De eis van consultatie is wel (nagenoeg)<sup>15</sup> identiek aan die in de WTL. Hetzelfde geldt voor de eis dat de hulp technisch correct moet worden uitgevoerd. De aandacht trekt ten slotte dat de proeve van D66 niet hulp bij zelfdoding door leken (familie en andere naasten) mogelijk maakt. Die problematiek is aan de orde in de zaak Heringa, die in de volgende paragraaf aan de orde komt.

## 5. Intermezzo: de zaak Heringa

Bij de Hoge Raad ligt thans het cassatieberoep voor dat het Openbaar Ministerie heeft ingesteld in de zaak Heringa. De (stief)moeder van Heringa ('Moek'), die in 2008 99 jaar oud was, had hartfalen en rugklachten als gevolg waarvan zij beperkt was in haar bewegen. Zij was verder nagenoeg blind, had een slechte nierfunctie waardoor ze erg vermoeid was en een open been. Zij had herhaaldelijk te kennen gegeven klaar te zijn met haar leven en haar huisarts om euthanasie gevraagd. Deze weigerde en ook de Levensindekliniek bleek hiertoe niet bereid. Heringa beschikte over een flinke hoeveelheid anti-malaria pillen, die voor levensbeëindiging konden worden gebruikt. Op 7 juni 2008 heeft de (stief)moeder in zijn aanwezigheid 4 anti-braak pillen, 75 Nivaquine / Chloroquine pillen en 45 Oxazepam pillen ingenomen, waarna zij is overleden. Heringa heeft het gehele proces op video opgenomen. De beeldopnamen zijn op 8 februari 2010 in de documentaire "De laatste wens van Moek, Een zelf geregisseerde dood" uitgezonden in het programma 'Netwerk'. Bijna drie jaar later is Heringa vervolgd voor hulp bij zelfdoding.

Zowel in eerste aanleg als in hoger beroep heeft Heringa een beroep gedaan op overmacht in de zin van noodtoestand. De rechtbank verwierp dit beroep omdat niet aannemelijk was geworden dat er geen reële alternatieven voorhanden waren voor het op waardige wijze realiseren van het zelf gekozen levenseinde van Heringa's (stief)moeder. Volgens de rechtbank heeft hij zich te weinig ingespannen om binnen de kaders van de wettelijke euthanasieprocedure te blijven. Heringa zou de opstelling van de huisarts ten onrechte als weigerachtig hebben aangemerkt. Vervolgens heeft de rechtbank hem schuldig verklaard zonder oplegging van straf of maatregel.<sup>16</sup>

In hoger beroep heeft het hof het beroep op noodtoestand wel aanvaard. Als gevolg van het door hem gevoelde conflict van plichten bevond Heringa zich in actuele en concrete noodsituatie. Belangrijk hierbij was dat de huisarts in hoger beroep had verklaard dat zij tegen de (stief)moeder had gezegd dat zij geen indicatie zag voor euthanasie en dat zij dacht dat een andere collega uit de regio die ook niet wilde uitvoeren. Het hof heeft Heringa ontslagen van alle rechtsvervolging.<sup>17</sup> Inmiddels heeft Advocaat-generaal Spronken in de procedure bij de Hoge Raad haar conclusie uitgebracht. Zij concludeert tot verwerping van het cassatieberoep.<sup>18</sup>

## 6. Beschouwing

### 6.1 Mensenrechtelijke aspecten

Bij stervenshulp aan mensen met een voltooid leven zijn diverse mensenrechten in het geding. Voorop staan de menselijke waardigheid en de persoonlijke autonomie. Respect voor de menselijke waardigheid vormt de grondslag van alle mensenrechten en kan worden beschouwd als de essentie van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Persoonlijke autonomie is niet als zodanig vastgelegd in het EVRM, maar wel in de jurisprudentie van het

<sup>14</sup> Het burgerinitiatief Uit Vrije Wil hanteerde nog een leeftijdsgrens van 70 jaar.

<sup>15</sup> Zij het dat de consultatie niet door een arts, maar door een levenseindebegeleider dient te worden uitgevoerd.

<sup>16</sup> Rechtbank Gelderland 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

<sup>17</sup> Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

<sup>18</sup> Conclusie inzake A.C. Heringa, 8 november 2016, nr. 15/03999, ECLI:NL:PHR:2016:1086. Zie over deze zaak verder G. den Hartogh, Hulp bij zelfdoding door intimi, Een grondrechtsconforme uitleg van artikel 294 *Sr*, *Nederlands Juristenblad* 2014, p. 1598-1605; L. De Vito, Het recht op een zelfgekozen levenseinde, *Nederlands Juristenblad* 2015, p. 1926-1929; P.A.M. Mevis, Over de randen van de euthanasiewetgeving, *Delikt & Delinkwent* 2016, p. 373-385.

Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) als mensenrecht erkend (op verdragsniveau is autonomie alleen vastgelegd in art. 25 VN-verdrag handicap).<sup>19</sup> Van belang zijn voorts het recht op leven (art. 2 EVRM) en het recht op privacy (art. 8 EVRM).

## "Bij stervenshulp aan mensen met een voltooid leven zijn diverse mensenrechten in het geding"

Stervenshulp bij 'voltooid leven' kwam bij het EHRM aan de orde in de zaak Gross tegen Zwitserland (2013). Het hof nam in die zaak schending van art. 8 EVRM aan, omdat de autoriteiten hadden nagelaten duidelijke richtlijnen te geven inzake de omstandigheden waarin iemand die niet aan een terminale aandoening lijdt, toegang tot dodelijke middelen kan krijgen.<sup>20</sup> Eerder had het hof geoordeeld dat art. 2 EVRM geen recht op sterven omvat.<sup>21</sup> Uit art. 2 EVRM vloeit wel voort dat de overheid moet voorkomen dat mensen een overhaaste beslissing nemen. Het recht om zelf te beslissen hoe en wanneer iemand zijn leven wil beëindigen valt ook binnen de reikwijdte van art. 8 EVRM. De betrokkene moet in staat zijn daarover een afgewogen beslissing te nemen. Uit art. 8 EVRM vloeit evenwel geen plicht voor de staat voort om de toegang tot dodelijke middelen te faciliteren.<sup>22</sup> Of hulp bij zelfdoding is toegestaan valt binnen de margin of appreciation van de lidstaten.<sup>23</sup>

Uit genoemde uitspraken van het Hof zijn de volgende lijnen te destilleren. In de eerste plaats komt aan de nationale overheid een ruime beoordelingsvrijheid toe om te bepalen of zij euthanasie en hulp bij zelfdoding toestaan of niet. In de tweede plaats rust er op de overheid geen positieve verplichting tot het creëren van voorzieningen om (waardige) zelfdoding in het algemeen, of voor 'voltooid leven' in het bijzonder, te faciliteren. Wel heeft de overheid de vrijheid om dat te doen. In de derde plaats dient de overheid, als stervenshulp bij 'voltooid leven' mogelijk wordt gemaakt, wel te voldoen

aan de eisen die uit art. 2 en 8 EVRM voortvloeien. Dit betekent dat zij de plicht heeft om het systeem zodanig in te richten dat vormen van oneigenlijke beïnvloeding of onvrijwilligheid worden uitgesloten. Dit betekent dat moet worden voorzien in procedurele waarborgen en controlemechanismen. Er moeten duidelijke richtlijnen en procedures komen die garanderen dat een persoon die zijn leven wenst te beëindigen, dit doet uit eigen vrije wil en met volledig begrip van de implicaties.

### 6.2 Decriminalisering euthanasie en hulp zelfdoding

Van verschillende kanten wordt bepleit om stervenshulp uit het Wetboek van Strafrecht te halen. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zouden dan, net als palliatieve sedatie, aan te merken zijn als 'normaal medisch handelen'. Daarmee wordt overigens nog geen stervenshulp bij voltooid leven mogelijk gemaakt. Immers, dan zou daarvoor een medische indicatie kunnen bestaan en dat is moeilijk voorstelbaar. Bovendien zou iemand die aan de voorwaarden voldoet, rechtens aanspraak kunnen maken op euthanasie en hulp bij zelfdoding, ook bij voltooid leven. Het is zeer de vraag of het verstandig is deze weg op te gaan.

Verder zou bij decriminalisering het huidige toetsingssysteem zijn kapstok verliezen. Eventuele onregelmatigheden zouden dan langs de weg van het medisch tuchtrecht moeten worden gecorrigeerd. Zoals reeds aan de orde kwam, kan worden betwijfeld of de arts deze route minder bedreigend zal vinden. Meer principieel is de vraag of op deze manier niet het kind met het badwater wordt weggegooid. Door de meldingsplicht en de daarop volgende toetsing door de regionale toetsingscommissies is in Nederland een transparante en gecontroleerde euthanasiepraktijk ontstaan. Daarbij komt dat het huidige toetsingssysteem artsen ook beschermt tegen oneigenlijke druk van de patiënt en/of diens familie.

Bij volledige decriminalisering zou hulp bij zelfdoding door niet-artsen niet langer strafbaar zijn. Als de Hoge Raad in de zaak Heringa de door het Hof ingezette lijn volgt, zal dat trouwens *de facto* ook het geval zijn, zij het dat strafrechtelijke beoordeling binnen het kader van

<sup>19</sup> EHRM 10 juni 2010, nr. 303/02 (Jehovah's Getuigen van Moskou t. Rusland).

<sup>20</sup> EHRM 14 mei 2013, nr. 67810/10 (Gross t. Zwitserland). De uitspraak is later door de Grote Kamer van het EHRM ongeldig verklaard, omdat de betreffende vrouw al eerder door het innemen van dodelijke middelen was overladen (EHRM 30 september 2014, nr. 67810/10).

<sup>21</sup> EHRM 29 april 2002, nr. 2346/02 (Pretty t. Verenigd Koninkrijk).

<sup>22</sup> EHRM 2 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas t. Zwitserland).

<sup>23</sup> EHRM 19 juli 2012, nr. 497/09 (Koch t. Duitsland), GJ 2012/147 (met noot J.H.H.M. Dorscheidt).

<sup>24</sup> Heringa liet zijn moeder anti-malaria middelen, die bezwaarlijk als adequaat kunnen worden aangemerkt.

noodtoestand mogelijk blijft. Overigens brengt het feit dat hulp bij zelfdoding door niet-artsen niet langer strafbaar is, niet mee dat deze ook kunnen beschikken over adequate dodelijke middelen.<sup>24</sup> Dat vereist een afzonderlijke regeling.

### 6.3 Wenselijkheid van een specifieke wettelijke regeling?

Zoals gezien heeft het kabinet een nieuwe wettelijke regeling voor stervenshulp bij voltooid leven aangekondigd en heeft D66 reeds een proeve van een wetsontwerp voorgelegd (WTLOV). Ook als men positief tegenover stervenshulp bij voltooid leven staat, roept een dergelijke specifieke wet de nodige vragen op. Zo komt een voltooid leven wet naast de huidige Euthanasiewet te staan. Het gevaar dreigt dat het systeem van de Euthanasiewet, met haar strengere eisen in het bijzonder op het punt van het lijden, door een voltooid leven wet wordt ondergraven.

### *"Ook als men positief tegenover stervenshulp bij voltooid leven staat, roept een dergelijke specifieke wet de nodige vragen op"*

Er valt verder niet aan te ontkomen dat op een of andere manier invulling wordt gegeven aan 'voltooid leven'. De proeve van D66 doet dat overigens niet. Afgezien van het (vrijwillige, weloverwogen en duurzame) verzoek is het centrale criterium in de proeve dat de levenseindebegeleider 'met de verzoeker de overtuiging heeft gekregen dat andere hulp, gericht op de achtergrond van het verzoek, niet gewenst is'. Is sprake van voltooid leven als de verzoeker stelt dat zijn leven voltooid is en dit voor de stervensbegeleider invoelbaar is? De aandacht trekt verder dat niet de eis wordt gesteld dat de verzoeker uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. Niet het lijden, maar het verzoek staat centraal. Waar barmhartigheid de ultieme grondslag van de huidige Euthanasiewet is,<sup>25</sup> is autonomie/zelfbeschikking die van de WTLOV.

Niet geheel zonder problemen is het trekken van een leeftijdsgrens, zoals de D66 proeve doet: praktisch begrijpelijk, maar wel een vorm van leeftijdsdiscriminatie. Waarom zou iemand jonger dan 75 jaar, die zijn leven voltooid acht, niet ook voor hulp bij zelfdoding in

aanmerking mogen komen? Welke goede argumenten zijn er voor een leeftijdsgrens? Volgens de Memorie van Toelichting hebben jongere mensen "een nog relatief lang levensperspectief, met onverwachte mogelijkheden en wendingen", zijn oudere mensen "beter in staat om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is", neemt met het vorderen van de leeftijd de kans toe dat mensen te maken krijgen met "eenzaamheid door het wegvallen van dierbaren, lichamelijke gebreken, afhankelijkheid, en het gevoel de persoonlijke identiteit te verliezen."<sup>26</sup> Stereotype beelden over ouderdom zijn mijns inziens aan deze argumenten niet geheel vreemd. De vraag is ook of het verstandig is voor stervenshulp bij voltooid leven een aparte beroepsgroep in het leven te roepen. Waarom kan deze taak niet belegd worden bij de arts, waarbij via zelfregulering opleiding en intervisie kunnen worden geregeld, zoals dat ook gebeurt bij de SCEN artsen? De arts kan dan ook de dodelijke middelen voorschrijven, en als hulp bij zelfdoding om bepaalde redenen niet of minder aangewezen is, euthanasie toepassen. Niet geheel duidelijk is verder de rol van de stervensbegeleider bij de toetsing van de vraag of de nood van de verzoeker op andere wijze kan worden gelenigd.

### 6.4 Voltooid leven en de huidige Euthanasiewet

Zoals gezien meent de Commissie Schnabel dat de meeste verzoeken om stervenshulp bij voltooid leven binnen de huidige Euthanasiewet kunnen worden opgevangen. Daarbij heeft de commissie in het bijzonder het oog op de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen', die de toetsingscommissies hebben erkend als een vorm van ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat voldoende medisch ingekaderd kan zijn. Naarmate de leeftijd vordert, worden veel mensen geconfronteerd met diverse ziektes en aandoeningen. Deze hoeven op zichzelf niet levensbedreigend te zijn, maar kunnen door de betrokkene wel als ontluisterend worden ervaren en hem of haar waardigheid, zinbeleving en levensperspectief doen ontnemen. Het lijden als gevolg van een dergelijke optelsom van ouderdomsaandoeningen kan dusdanige vormen aannemen, dat het als uitzichtloos en ondraaglijk moet worden gekwalificeerd, waarmee de casus binnen het bereik van de huidige Euthanasiewet komt. Er zullen maar weinig ouderen zijn die niet gebukt gaan onder ouderdomsaandoeningen, maar niettemin hun leven voltooid achten. Voor deze (kleine groep) mensen biedt de Euthanasiewet evenwel thans geen soelaas.

<sup>25</sup> E. Pans, a.w., 2006.

<sup>26</sup> MvT, p. 24.



Maar wellicht kan toch een stap verder worden gezet. De eis dat het lijden een medische grondslag dient te hebben, staat niet in de wet. De wet spreekt slechts van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en laat zich niet uit over de vraag waar dat lijden uit voortkomt. De eis dat sprake moet zijn van een medisch geclassificeerde somatische of psychische ziekte of aandoening komt voort uit de rechtspraak (Brongersma arrest). Daarvoor heeft de Hoge Raad aansluiting gezocht bij de bedoeling van de wetgever, zoals die uit de parlementaire stukken naar voren kwam. Maar naarmate de tijd vordert verbleekt de zeggingskracht van de bij de totstandkoming van de wet uitgesproken intenties en komt het veel meer aan op een wetsuitleg die aansluit bij de huidige opvattingen.

De vraag is derhalve of de Hoge Raad nog steeds dezelfde opvatting huldigt als destijds in 2002. Het zou goed zijn als onze hoogste rechter weer eens in de gelegenheid zou worden gesteld zich over dit punt uit te spreken. De zaak Heringa – wiens (stief)moeder weliswaar aan enkele ouderdomsaandoeningen leed, maar bij wie de problematiek van voltooid leven toch de overhand had – leent zich hiervoor minder goed, omdat Heringa als niet-arts geen beroep op de Euthanasiewet toekomt. Een probleem is verder dat de huidige politisering van het vraagstuk de Hoge Raad tot terughoudendheid zou kunnen nopen.

Een belangrijk voordeel van de toepassing van de Euthanasiewet in situaties van voltooid leven is mijns inziens de betrokkenheid van de arts. Vanuit zijn medische ervaring is deze bij uitstek geschikt om het verzoek, het lijden en de vraag of er alternatieven zijn, te beoordelen. Daarbij komt dat om medische redenen hulp bij zelfdoding niet in alle gevallen mogelijk is. In dat geval kan de arts zo nodig tot euthanasie overgaan.

*"Een belangrijk voordeel van de toepassing van de Euthanasiewet in situaties van voltooid leven is mijns inziens de betrokkenheid van de arts"*

Daar staat tegenover dat de betrokkenheid van een arts ook wel als nadeel wordt gezien.<sup>27</sup> In die benadering is voor de arts geen plaats, omdat voor stervenshulp bij voltooid leven geen medische kennis of ervaring nodig zou zijn. Ook wordt een beoordeling van de ernst van het lijden bezwaarlijk geacht; het uitvoering geven aan het verzoek van de betrokkene zou centraal moeten staan. Wat het eerste punt betreft: het is nog maar de vraag of betrokkenheid van de arts niet aangewezen is. Bovendien zou dan ook niet een medicus met een vervolgopleiding als stervensbegeleider moeten worden geïntroduceerd, zoals in het concept-wetsvoorstel van D66 gebeurt. Een arts kan immers nooit zijn hoedanigheid van arts afleggen. En wat het tweede punt betreft: daarover kan men van mening verschillen. Naar mijn oordeel brengt echter het feit dat een derde bij levensbeëindiging wordt betrokken mee dat die derde zich ook een oordeel mag, en zelfs moet, vormen over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.

## 5. Slot

In essentie gaat het bij stervenshulp bij 'voltooid leven' om drie vragen. In de eerste plaats: is (c.q. moet) hiervoor überhaupt ruimte (zijn)? Zo ja, dan is de tweede vraag: kan deze hulp worden gegeven binnen de huidige Euthanasiewet of dient hiervoor specifieke regelgeving tot stand te komen? En als er nieuwe wetgeving moet komen, dan is de derde vraag: welke voorwaarden moeten aan stervenshulp bij voltooid leven worden gesteld?

Vanuit het perspectief van de mensenrechten is het aan de nationale overheden om te bepalen of zij euthanasie en hulp bij zelfdoding willen toestaan, ook bij voltooid leven. Wel moet een zorgvuldige procedure zijn gegarandeerd om overhaaste beslissingen te voorkomen en oneigenlijke druk, bijvoorbeeld van de familie, tegen te gaan. Vanuit het perspectief van de menselijke waardigheid en de persoonlijke autonomie is het toestaan van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij voltooid leven goed verdedigbaar. Aan het tot stand brengen van specifieke wetgeving daarvoor kleven echter de nodige bezwaren. Bij voorkeur blijft de stervenshulp bij voltooid leven in handen van de arts binnen het kader van de huidige Euthanasiewet. De wettelijke criteria zijn goed toepasbaar bij voltooid leven situaties, waarbij de hulp bovendien gebonden blijft aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

<sup>27</sup> NVVE, *Voltooid leven, de weg naar het levenseinde, Een analyse van de rapportages van het NVVE Advies-centrum*, 14 juli 2016; NVVE, *Vrijheid van sterven, Meerjarenbeleidsnota NVVE*, 10 januari 2017.