

EUTHANASIE BIJ LIJDEN AAN HET LEVEN

'Trots sterven als het niet meer mogelijk is trots te leven'

Naam: Sari Eckhardt

Studentnummer: 341825

Begeleider: Prof. mr. dr. M.J.A.M. Buijsen

Meelezer: Dr. H.M. van de Bovenkamp

Datum: 10 juni 2014

VOORWOORD

Voor u ligt mijn bachelorscriptie ter afronding van de bachelor Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Als kers op de taart van mijn bachelor hoop ik een mooi stuk aan te leveren over een actueel onderwerp. Een onderwerp dat mijn interesse al eerder gewekt had en dat voor menigeen een eeuwig ethische discussie zal opleveren. Gedurende het schrijven van mijn scriptie heb ik veel geleerd, zowel qua kennis als qua persoonlijk leerproces. Hoewel ik altijd graag zo efficiënt mogelijk naar een einddoel toewerk, heb ik ook geleerd dat het laten bezinken van kennis het schrijfproces ook ten goede kan komen. Ik heb gemerkt dat ik aan het begin van deze scriptie anders tegen euthanasie aankeek dan ik nu doe. Het is een onderwerp waar je een mening en gevoel over kan blijven vormen, omdat elke situatie waarbinnen dit onderwerp besproken wordt, zo uniek is.

Voor de totstandkoming van mijn scriptie bedankt ik de heer Buijsen voor zijn begeleiding en feedback. Dankzij zijn concrete aanmerkingen en suggesties heb ik dit resultaat kunnen leveren. Ook mevrouw Van de Bovenkamp bedank ik voor de moeite en tijd die zij heeft vrijgemaakt voor het beoordelen van mijn bachelorscriptie.

Sari Eckhardt

Rotterdam, juni 2014

SAMENVATTING

Dit onderzoek is gericht op de beantwoording van de vraag: *'In hoeverre is een lijden aan het leven-criterium binnen de huidige euthanasiewetgeving mogelijk?'.* Met het 'lijden aan het leven-criterium' wordt in dit onderzoek bedoeld dat lijden aan het leven een toegestaan criterium voor euthanasie en hulp bij zelfdoding vormt.

Inleiding: Door toenemende medische mogelijkheden wordt de levensverwachting steeds hoger. Doordat men makkelijker lang blijft leven, wordt euthanasie een belangrijker onderwerp. Ook kwamen er verschillende initiatieven vanuit de samenleving wat het debat in beweging bracht. Nu euthanasie in de wet is opgenomen, is de discussie over euthanasie bij lijden aan het leven actueel in de politiek, de maatschappij en de rechtsorde.

Achtergrondschets en context: Euthanasie is niet altijd zo vanzelfsprekend geweest als in de huidige tijdsgeest. Er werd niet over gesproken en ook de dood was een beladen onderwerp. Na een enorme drang om euthanasie te regelen, verschillende uitspraken van de Hoge Raad en diverse rapporten, kwam in 2001 de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Barmhartigheid was het thema dat de basis vormde van de wet en niet het zelfbeschikkingsrecht. Maar de discussie ging verder en in 2001 was de helft van de Nederlandse bevolking voor de 'pil van Drion'. Bij 40 procent van de mensen die stopt met eten en drinken is de reden 'een voltooid leven/lijden aan het leven'.

Onderzoeksopzet: Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van literatuurstudie. Omdat het onderwerp veel in de belangstelling heeft gestaan, is er veel over geschreven waardoor de studie geschikt was. Er is systematisch te werk gegaan door te zoeken met behulp van trefwoorden. Ook is voor iedere publicatie een voorblad gemaakt met de belangrijkste overwegingen en de deelvraag waaraan het stuk kon bijdragen.

Conclusie: Bij de parlementaire bespreking van de WTL is lijden aan het leven uitgesloten als grond voor euthanasie. Toch is in de praktijk een verbreding van de kaders van de wet waar te nemen, waarin ook lijden aan het leven steeds meer een plek lijkt te krijgen. Het criterium van de aanwezigheid van een medische grondslag wordt steeds meer opgerekt. Toch zijn er nog veel actoren in de maatschappij die niet achter deze ontwikkeling staan en ook internationaal gezien is er kritiek. Het is goed dat er aandacht is voor de zingevingproblematiek, maar een criterium opnemen voor lijden aan het leven in de WTL is te vroeg en niet wenselijk.

SUMMARY

The subject of research is answering the question to what degree suffering from life can be a criterion to justify euthanasia in the current legislation.

Introduction: By increasing medical capabilities the life expectancy has risen ever year over the past decades. Because of higher life expectancy, people start using medical aid at an older age and euthanasia has become an important issue. During the past fifty years there were several initiatives from the community which brought heat to the debate. Nowadays euthanasia is legalized, but the debate has transformed in to a debate about euthanasia when suffering from life. Reflection of this debate is noticeable in politics, society and law.

Background and context: Euthanasia has not always been as accepted as it is today. It used to be a non-negotiable issue, like death which also was an emotionally charged subject. In 2001 the regulation of euthanasia was craved for. The High Counsel causes the law to be a fact after several judgments. Mercy was the theme which formed the basis for the law and not self-determination. But the discussion continued and in 2001 half of the Dutch population vouched for the 'pill of Drion'. For 40 percent of the people who stop eating and drinking the reason is 'a complete life/suffering from life'.

Research design: This research was done by a study of literature. Because the subject has been in the spotlight for quite a long time, there has been written a lot about euthanasia which makes the research design suitable. Finding literature was systematically proceeded by using keywords. For each publication there was made a cover sheet which contains the key considerations and a highlight of which sub-question the piece could contribute to.

Conclusion: During the parliamentary discussion of the WTL suffering from life was excluded as a ground for euthanasia. Yet there is a broadening of the borders of the law, whereby suffering from life seems to get a place more and more. In practice the criterion regarding the presence of a medical basis gets extended year by year. However there are many actors in society who do not agree with this development and also internationally there is criticism. It is good that attention is paid to the problem of the meaning of life, but to include a criterion for suffering life in the WTL is too early and not desirable.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Summary.....	4
Inhoudsopgave.....	5
Inleiding.....	7
<i>Aanleiding</i>	9
<i>Probleemstelling & doelstelling</i>	11
Achtergrondschemen en context.....	13
<i>Achterkamertjessfeer & geslotenheid</i>	14
<i>Tijden van verandering</i>	14
<i>Zelfbeschikking & barmhartigheid</i>	17
<i>Cijfers</i>	18
<i>Onderzoeksopzet</i>	19
1. Wat zijn de uitgangspunten van het 'lijden aan het leven'-criterium?.....	21
1.1 <i>Invulling criterium lijden aan het leven</i>	21
1.2 <i>Lijden aan het leven in de wet</i>	22
1.3 <i>Grondslagen euthanasie lijden aan het leven</i>	24
1.4 <i>Leeftijdscriterium</i>	24
<i>Conclusie en samenvatting</i>	25
2. Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot bestaande regelgeving en jurisprudentie?.....	26
2.1 <i>De letter van de wet</i>	27
2.2 <i>De Hoge Raad en lijden aan het leven</i>	28
2.3 <i>De praktijk van de RTe</i>	28
2.4 <i>Langzaam geaccepteerd?!</i>	29
<i>Conclusie en samenvatting</i>	30

3. Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot internationaal recht?	31
3.1 Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)	31
3.2 Zwitserland	33
3.3 Positie van Nederland	34
Conclusie en samenvatting	35
4. Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot standpunten van de beroepsgroep, maatschappij en politiek?	36
4.1 De medische beroepsgroep	36
4.2 De KNMG & WMA	37
4.3 De belangenorganisaties & maatschappij	38
4.4 De politiek	40
Conclusie en samenvatting	41
5. Wat zijn de gevaren en bezwaren bij het 'lijden aan het leven'-criterium?.....	43
5.1 Hellend vlak	43
5.2 Bezwaren	44
5.3 Geen tweede weg	45
Conclusie en samenvatting	46
6. Hoe moet de arts omgaan met het 'lijden aan het leven'-criterium?	47
6.1 Normaal medisch handelen	47
6.2 Waarom de arts?	48
6.3 Buiten takenpakket arts?	49
Conclusie en samenvatting	50
Conclusie	51
Discussie	54
Literatuurlijst	56

INLEIDING

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.”¹

Dit is het begin van de artseneed die tot op de dag van vandaag wordt afgelegd. De eed die elke geneeskunde student aflegt, is gebaseerd op de teksten van Hippocrates. Volgens Hippocrates zou euthanasie onder het beroep van de arts kunnen vallen, aangezien het tot hun taken behoort om het lijden van de zieken te verlichten en het geweld van een ziekte te verminderen.² Euthanasie valt in Nederland binnen het medische domein. En dit domein is zodanig sterk afgebakend, dat alleen de arts wordt uitgezonderd van artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht (Sr) waarin levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar worden gesteld. Wil de handeling van de arts niet als strafbaar worden beschouwd, dan moet met het euthanasieverzoek met grote zorgvuldigheid worden omgegaan. Hiervoor zijn eisen opgesteld die vastgelegd zijn in artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL).

Na lange tijd van politiek en maatschappelijk debat en van rechterlijke uitspraken werd euthanasie in Nederland als eerste land ter wereld toegestaan.³ Daarmee was het debat echter nog niet gesloten, want de vraag rees of euthanasie toegestaan was bij iemand die geen aanwijsbare ziekte had, maar wel leed aan het leven. Uitspraken in de zaken Chabot en Brongersma deden de discussie hierover oplaaien. Zo sprak de Hoge Raad zich in 1994 uit over euthanasie bij psychisch lijden.⁴ In dit arrest stelde de psychiater Chabot dat het psychisch lijden van zijn patiënte duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos was. Er was echter geen sprake van een lichamelijke aandoening, maar haar wens om te sterven vloeide voort uit de psychische pijn van het overlijden van haar twee zoons. Chabot meent dat er bij de patiënte geen sprake was van een psychische ziekte of aandoening, maar wel van een stoornis en dat het ging om een ‘depressie in engere zin’. Er was geen sprake van psychotische kenmerken, maar van een intens psychisch lijden in het kader van een rouwproces. De patiënte had een zelfmoordpoging gedaan. Het werd duidelijk dat wanneer de arts haar niet uit haar lijden zou verlossen, zij zelf een alternatief zou zoeken, die de maatschappij als onwaardig zou kunnen beschouwen. Uit dit arrest bleek dat het geen

¹ NFU, 2003, p. 7

² Jecker, 1991, p. 5

³ Buiting et al, 2012, p. 267

⁴ HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656 (Chabot).

vereiste was een somatische aandoening te hebben of in een stervensfase te zijn, wil het verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding worden gehonoreerd. De oorzaak van het lijden doet niet af aan de mate waarin het lijden kan worden ervaren. Oorzaak en lijden moeten los van elkaar worden gezien, zo concludeerde de Hoge Raad.⁵ Ook psychisch lijden kon zo een grond voor euthanasie of hulp bij zelfdoding vormen.

Jaren later, in het arrest Brongersma⁶ uit 2002 benadrukte de Hoge Raad de noodzaak van een medische grondslag. De Hoge Raad stelde dat er geen sprake kan zijn van een straffeloze euthanasie of hulp bij zelfdoding bij levensmoeheid ('lijden aan het leven'). Dit concludeerde de Hoge Raad omdat uit de geschiedenis van de WTL was gebleken dat de minister euthanasie voor levensmoeheid niet onder de reikwijdte van de wet bedoeld had.⁷ Volgens de huisarts was er wel degelijk aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan en leed Brongersma ondraaglijk en uitzichtloos door ouderdomskwalen, eenzaamheid en zinloosheid, ook al had hij geen ernstige ziekte.⁸ Uit dit arrest blijkt dat de Hoge Raad in de zaak Chabot wel heeft bedoeld het lijden te los te zien van de lichamelijke oorzaak, maar niet in het algemeen van de medische oorzaak.⁹ Er wordt teruggekomen op het feit dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden veroorzaakt moet worden door een erkende medische of somatische conditie.¹⁰

Veel recenter is het arrest Heringa uit 2013.¹¹ Albert Heringa hielp uit liefde zijn 99-jarige moeder met sterven. Hij spaarde 161 pillen voor haar op, die zij innam met yoghurt terwijl hij toekeek. 'Moek' was niet ziek, maar klaar met leven en zij had zelf de regie in handen. De huisarts wilde niet helpen, maar had volgens de rechtbank niet definitief nee gezegd. De rechtbank verwijt Heringa de alternatieven binnen de euthanasiewetgeving niet voldoende te hebben onderzocht. Daarom werd Heringa schuldig bevonden, maar werd er geen straf opgelegd. Heringa en zijn advocaat Willem Anker zullen in beroep gaan, omdat zij de motivatie van de rechtbank teleurstellend vinden. Zij spreken van een principe-zaak en willen dat de wet wordt aangepast. Het OM had een celstraf van drie maanden geëist en gaat ook in beroep, omdat alleen een arts straffeloos hulp kan verlenen en Heringa is geen arts. Het OM verschilt van mening met de rechtbank op het punt van de strafoplegging. Heringa had

⁵ Commissie Dijkhuis, 2004, p.7

⁶ HR 24 december 2002, NJ 2003, 167 (Brongersma).

⁷ Hermans & Buijsen, 2010, p. 425-426

⁸ Rurup e.a., 2005, p. 216

⁹ Commissie Dijkhuis, 2004, p.7

¹⁰ Sheldon, 2003, p.71

¹¹ Rb Gelderland 22 oktober 2013, GJ 2013, 148 (Heringa).

meer deskundigen en artsen moeten raadplegen, want er was geen sprake van een noodsituatie.¹²

AANLEIDING

De oorzaak voor het debat rondom euthanasie voor mensen die lijden aan het leven is te vinden op het gebied van de stijgende levensverwachting en de toenemende medische mogelijkheden. Ouderdom gaat vaak gepaard met multimorbiditeit (meerdere ziektebeelden)^{13,14} en de angst om jaren te moeten lijden.¹⁵ Mogelijkheden zoals reanimatie en beademing zorgen ervoor dat de dood kan worden uitgesteld. Naast deze acute levensbedreigende situaties, zorgen bijvoorbeeld het onder controle krijgen van diabetes, bloeddruk en hartfalen ervoor dat men beter en langer met een ziekte kan leven. Door de toegenomen medische technologie in de afgelopen vijftig jaar werd er ongemerkt steeds dieper ingegrepen in het leven en sterven. Artsen maken hierdoor eigenlijk steeds beslissingen over leven en dood.¹⁶ Binnen deze gedachtegang zou je kunnen zeggen dat er, enkele uitzonderingen daar gelaten, geen natuurlijke ouderdom meer bestaat en dus geen sprake is van een natuurlijke dood bij oude mensen.¹⁷ Zoals een arts zei die terecht stond: 'tegenover de medische techniek moet ook een uitweg staan. Soms kunnen mensen bijna niet sterven.'¹⁸ Men werd zich hier in de jaren '70 steeds meer bewust van. Doordat mensen makkelijker lang in leven konden blijven, werd euthanasie een belangrijker thema.¹⁹ Voorstanders van euthanasie voor mensen die lijden aan het leven, pleiten dan ook voor een mogelijkheid om te zeggen dat het genoeg is geweest, omdat men al boven de grens van het natuurlijke leven voortleeft.

Uit onderzoek van Buiting et al²⁰ is gebleken dat gedurende een onderzoek tussen 2001 en 2009, het aantal ouderen dat positief tegenover euthanasie en de 'pil van Drion' staat, groter wordt naarmate de tijd vordert. De kanttekening die de onderzoeker hierbij plaats is dat dit ook kan komen doordat de discussie rondom euthanasie de laatste jaren weer is opgelaaid. In 2000 was een vijfde van de Nederlandse bevolking het eens met de stelling 'naar mijn mening moet euthanasie mogelijk worden voor mensen die levensmoe zijn zonder dat ze

¹² Buijsen, 2013

¹³ Buiting et al, 2012, p. 267-268

¹⁴ KNMG, 2011, p. 22

¹⁵ Buiting et al, 2012, p. 267-268

¹⁶ The, 2009, p.103

¹⁷ Enschedé, 1991

¹⁸ Rb. Groningen 1 maart 1984, *NJ* 1984, 450 (Kesteren).

¹⁹ The, 2009, p. 36

²⁰ Buiting et al 2012, p. 271-272

een medische aandoening hebben'. Zelfs 36 procent vond dat het mogelijk moest zijn om de oudste mensen in de maatschappij een 'suicide-pil' te verschaffen wanneer zij een einde aan hun leven wilde maken.²¹

Uiteraard bestaat er de mogelijkheid om zelf een einde aan het leven te maken op het moment dat je uit het leven wil stappen. Naar aanleiding daarvan reist de vraag waarom dit dan juridisch zou moeten worden geregeld. Er zijn genoeg middelen binnen de huidige maatschappij om suicide te faciliteren, maar voor velen zijn die niet erg aantrekkelijk. Noch voor de gebruiker, noch voor hun omgeving en noch voor de samenleving. Alternatieve manieren via de gereguleerde weg, met behulp van artsen en apothekers, worden over het algemeen als humaner beschouwd.²² Sociologen hebben aangetoond dat in verschillende samenlevingen een 'goede dood' wordt gezien als een dood die plaatsvindt aan het einde van een geleefd leven, omringd door familie en zonder ernstige pijn.²³ Kan een doodswens die gerealiseerd wordt door te stoppen met eten of medicijnen te verzamelen een humane dood worden genoemd?²⁴

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook de angst toe om lichamelijk gezien geen zelfmoord meer te kunnen plegen op het moment dat hier behoefte aan is en de arts hier niet bij helpt.²⁵ Uit buitenlands onderzoek blijkt dat 9,5 procent van de vijftenzestigplussers doodsen/of suicidewensen hebben, terwijl slechts 0,14 procent ook echt een suicidepoging doet.²⁶ De fundamentele reden dat niet iedereen die lijdt aan het leven zo maar toegang heeft tot een 'suicide-pil' of andere middelen om hun leven op een humane wijze te beëindigen, is de grote rol van barmhartigheid in ons euthanasie model. Naast zelfbeschikking, speelt barmhartigheid een dusdanig grote rol, dat iemand anders moet beoordelen of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat niet op een andere manier kan worden verlicht dan met de dood.²⁷ Artsen hebben de volledige bevoegdheid en beslissingsmacht over het vervroegen van de dood; een patiënt kan nergens tegen zijn afwijzing van zijn euthanasieverzoek in hoger beroep gaan.²⁸

²¹ Wise, 2013, p.125

²² Drion, 1992, p.11

²³ Seale & Van der Geest, 2004, p. 884

²⁴ Den Hartogh, 2007, p. 147

²⁵ Buiting et al, 2012, p. 267

²⁶ Rurup et al, 2005, p. 219

²⁷ Den Hartogh, 2007, p.145

²⁸ Chabot, 2010, p. 1004

De voorspelling bestaat dat euthanasie bij dementie en 'lijden aan het leven' zal toenemen.²⁹ Dit komt doordat men een steeds hogere leeftijd bereikt en bewuster wordt van de keuzes die er te maken zijn. Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is in 2012 ten opzichte van 2008 met honderd tachtig procent gestegen van 2.331 in 2008 naar 4.188 in 2012.³⁰ De onrust en het maatschappelijke debat zijn terug te zien in de discussie omtrent de 'pil van Drion', het burgerinitiatief Voltooid Leven (van Uit Vrije Wil), het rapport van de commissie-Dijkhuis en andere standpunten van onder andere de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (hierna: KNMG). De WTL is een dynamische wet en mogelijk nog niet uitgeëvolueerd.

PROBLEEMSTELLING & DOELSTELLING

In deze scriptie zal nader ingegaan worden op het aspect van 'lijden aan het leven' als motivering voor euthanasie. De probleemstelling die hieraan ten grondslag ligt, luidt als volgt: *'In hoeverre is een lijden aan het leven-criterium binnen de huidige euthanasiewetgeving mogelijk?'* Met het 'lijden aan het leven-criterium' wordt in dit onderzoek bedoeld dat lijden aan het leven een toegestaan criterium voor euthanasie en hulp bij zelfdoding vormt.

Voor het beantwoorden van de probleemstelling wordt ingegaan op de problematiek, de barrières en de huidige wetgeving en jurisprudentie over lijden aan het leven. Met behulp van de volgende deelvragen wordt de probleemstelling beantwoord:

- 1) Wat zijn de uitgangspunten van het 'lijden aan het leven'-criterium?
- 2) Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot bestaande regelgeving en jurisprudentie?
- 3) Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot internationaal recht?
- 4) Hoe verhoudt het 'lijden aan het leven'-criterium zich tot standpunten van de beroeps-groep, politiek en andere belanghebbenden?
- 5) Wat zijn de gevaren en bezwaren bij het 'lijden aan het leven'-criterium?
- 6) Hoe moet de arts omgaan met het 'lijden aan het leven'-criterium?

Het doel van dit onderzoek is om de problematiek rondom euthanasie voor het lijden aan het leven in kaart te brengen en de consequenties van verschillende vormen van wetgeving te bespreken. Het onderzoek is wetenschappelijk relevant, omdat het tracht zo volledig mogelijk de belangenafwegingen duidelijk te maken ondanks haar ethische gevoeligheid. De bestaande literatuur schetst voornamelijk een bepaalde situatie of omschrijft een bepaald

²⁹ Chabot, 2010, p. 1006

³⁰ RTe, 2013, p. 65

aspect, zoals de achterliggende redenen voor euthanasie, het ontstaan van euthanasie en de geschiedenis van de WTL, cijfers over euthanasie of discussies over barmhartigheid en zelfbeschikking. De insteek van dit onderzoek is juridisch en gericht op de haalbaarheid van het criterium. Om dit te beoordelen worden achterliggende ethische vragen heroverwogen, die het juridische doel dienen.

ACHTERGRONDSCHETS EN CONTEXT

“Ik zal het nooit vergeten. Het was avond, al helemaal donker en het mistte ontzettend. De markt kon ik niet meer zien. Ik wandelde naar het pand met mijn dokterstas in de hand. De spullen van Piet Admiraal zaten erin. Ik was helemaal in het wit gekleed, een witte jas, een witte broek. Aan de overkant zag ik een witte figuur aankomen. Het was de wijkverpleegster. Klokslag acht uur belden we aan. We gingen samen naar boven. Daar zat de hele familie, in het zwart. Overal hingen zwarte gordijnen. De man met zeer ernstige longemfyseem lag midden in de kamer. Een oud-Hollandse kamer met eikenhouten meubelen. De man zag me en zei: “Nou dokter, doe het nu maar, voordat ik mij bedenkt”. En hij stak zijn arm uit. Ik zei tegen de familie dat ze naar de keuken moesten gaan. De wijkverpleegster hield zijn arm vast. Het was de eerste keer dat ik de spullen van Piet gebruikte. Ik denk dat het valium was. We brachten in en pom, hij was dood. Dat ging heel goed. Ik heb het netjes gemeld bij de GGD. Dat moest in die tijd. Vervolging zou er niet zijn. Wordt er even later fors aangebeeld. We zitten nog met de hele familie bij elkaar. Iedereen schrikt. Staan er drie geüniformeerde agenten met pet voor de deur. Ze kwamen mij arresteren. Wat een toestand.” – Huisarts in Zuid-Holland.³¹

Een situatie zoals hierboven omschreven is in de huidige tijdsgeest en met de huidige wetgeving moeilijk denkbaar. Bovenstaande casus getuigt ervan dat de euthanasiepraktijk in Nederland zich het afgelopen decennium heeft ontwikkeld. Begin 20^e eeuw werd euthanasie al uitgevoerd, maar hier werd niet over gesproken. Dit levensbeëindigend handelen was iets binnen de medische ruimte waarover de arts besloot. De huisarts werd toentertijd als een zodanige autoriteit beschouwd dat mensen niet aan zijn handelen twijfelden.³²

Barmhartigheid was doorslaggevend voor de arts om het leven actief te beëindigen; de patiënt moest een ‘handje geholpen worden want zo ging het toch niet meer’. Echter ging het er in de praktijk slordig en chaotisch aan toe. Veel artsen wisten niet hoe ze euthanasie precies uit moesten voeren en konden dit ook niet met elkaar bespreken. De dosis morfine werd opgehoogd, want dan zou de overdosis de patiënt van zelf een keer fataal worden. Maar dit kon wel uren duren. Artsen handelden ook minder op het initiatief van de patiënt, maar meer op het goeddunken van de arts.³³ Hieruit blijkt dat de barmhartigheid een grotere rol speelde dan het zelfbeschikkingsrecht.

³¹ The, 2009, p. 29

³² The, 2009, p.35

³³ The, 2009, p.36

“Als een longpatiënt vroeg of hij K had, ontkende de arts dat en zei dat er sprake was van een ernstige longontsteking” – Els Borst- Eilers (1932).³⁴

Zo was er tot de jaren '60 ook de opvatting dat je een patiënt nooit mocht vertellen dat hij kanker had. Sterker nog, het was beter de patiënt niet te vertellen dat hij morfine kreeg, want dan had je kanker.³⁵ De dood was een taboe waar niet over gesproken werd. Euthanasie gebeurde in de achterkamertjessfeer. Openheid hierover was ondenkbaar. Dit werd studenten ook aangeleerd tijdens hun coschappen. Als arts mocht je niet zeggen dat het foute boel was, want je moest altijd optimistisch blijven, ook als de patiënt binnen 24 uur zou komen te overlijden. Hier kwam eind jaren '60 een kanteling in toen de opstand tegen de medische macht voeten aan de grond kreeg in Nederland. De maatschappij probeerde veel onderwerpen, zoals seks en de dood, uit de taboesfeer te halen. De snelle ontzuiling, welvaartsgroei en internationale ontwikkelingen zorgden ervoor dat er sprake was van een modernere samenleving die zich los probeerde te maken van ouderwetse en zeer traditionele opvattingen. Vijf punten hebben voor de daadwerkelijke omwenteling in het denken over euthanasie gezorgd: bespreekbaarheid, onttaboeisering, onvermijdelijkheid, medemenselijkheid en toetsbaarheid.³⁶ Zo was in 1978 maar liefst 56 procent van de bevolking al voor euthanasie en kon 87 procent het zich voorstellen. Echter was dit bij artsen niet het geval; zij waren conservatiever dan de rest van de samenleving. Dit is vaak zo bij medisch-ethische onderwerpen. De liberale houding van artsen is te verklaren doordat zij degenen zijn die het uit moeten voeren.³⁷

TIJDEN VAN VERANDERING

“...of, en zo ja in hoeverre, naar vakkundig medisch inzicht een steeds verdergaande ontluistering van de persoon en/of een nog verdere verergering van haar toch reeds als ondraaglijk ervaren lijden moest worden gevreesd, of, mede in verband met de mogelijkheid van nieuwe ernstige inzinkingen, viel te voorzien dat zij ... weldra niet meer in staat zou zijn op een waardige wijze te sterven, en zo ja in hoeverre nog mogelijkheden bestonden tot verzachting van haar lijden.”³⁸

³⁴ The, 2009, p. 53

³⁵ The, 2009, p. 55

³⁶ Kennedy, 2002, p.28-29

³⁷ The, 2009, p. 140

³⁸ HR 27 november 1984, NJ 1985, 108 (Schoonheim).

Zo luidde de grond voor levenbeëindiging op verzoek volgens de Hoge Raad in 1984.³⁹ De arts Schoonheim werd ontslagen van alle rechtsvervolging, omdat de Hoge Raad het beroep op 'overmacht noodtoestand' (art. 40 Sr) gerechtvaardigd achtte. Centraal in het arrest stond 'het conflict van plichten': enerzijds het leven van patiënten niet te mogen beëindigen en anderzijds het ondraaglijk lijden van zijn patiënt op te heffen. Ook hieruit volgt dat barmhartigheid de dragende grond is en niet zo zeer het zelfbeschikkingsrecht. Dit in tegenstelling tot eerdere uitspraken die voornamelijk op het zelfbeschikkingrecht waren gebaseerd.⁴⁰ Dit lijkt logischer, want uit het zelfbeschikkingsrecht kun je niet de plicht halen om iemand anders te helpen of uit zijn lijden te verlossen. Dit betekent niet dat het zelfbeschikkingsrecht niet essentieel is voor de euthanasiewetgeving, want het verzoek van de patiënt blijft een noodzakelijke voorwaarde. Maar het is niet de reden waardoor het handelen van de arts gelegitimeerd wordt.

De uitspraak in de zaak Schoonheim⁴¹ heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van het euthanasiedebat. In het arrest is duidelijk voorrang gegeven aan het verzoek van een patiënt en euthanasie werd daarmee een geaccepteerd medisch antwoord op zijn zelfbeschikkingsrecht. In 2001 werd deze jurisprudentie in de WTL vastgelegd.⁴² Opvallend is dat Eugène Sutorius zowel advocaat was van Piet Schoonheim, als van Boudewijn Chabot en oud-senator Brongersma. Hij was sinds 1977 als vrijwilliger werkzaam bij de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (hierna: NVVE), maar had aanvankelijk weinig met het onderwerp. Echter wilde hij maatschappelijk relevant actief zijn, bijvoorbeeld met het ontwikkelen van conceptrichtlijnen voor euthanasie.⁴³ Later schreef hij zelf nog veel over het onderwerp en meer dan honderd artsen meldden zich na de uitspraak in de Schoonheim zaak bij hem om hen bij te staan in een rechtszaak.

Naast het arrest Schoonheim, verschenen in 1984 ook de rapporten van de KNMG-Commissie Euthanasie en de Staatscommissie, waarin een progressieve houding werd aangenomen ten opzichte van euthanasie. Vanaf dat sleuteljaar leek er niets meer aan een wettelijke regeling in de weg te staan. Gezondheidsjurist Henk Leenen en ethica-theologe Heleen Dupuis werkten samen met D'66 al tijden aan een wet. Toen er in 1986 een parlementaire meerderheid was voor het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra leek de wet er te komen. Deze werd echter tegen gehouden door de VVD, die wel voor het wegnemen van de

³⁹ HR 27 november 1984, NJ 1985, 108 (Schoonheim).

⁴⁰ Den Hartogh, 2007, p.139

⁴¹ HR 27 november 1984, NJ 1985, 108 (Schoonheim).

⁴² The, 2009, p. 145

⁴³ The, 2009, p. 144

strafbaarheid was, maar een andere afspraak had gemaakt met het CDA.⁴⁴ Dit kreeg vervolg in 1989 wanneer een compromis werd gesloten door het principiële verschil van mening binnen het kabinet. Het compromis hield in dat eerst onderzoek verricht moest worden naar de euthanasiepraktijk. Dit onderzoek werd uitgevoerd door commissie Remmelink, waarin drie juristen en drie medici deelnamen. Het onderzoek werd uitgevoerd onder leiding van oud-huisarts en hoogleraar Paul van der Maas. Er werd in 1991 rapport uitgebracht. Dit was echter nog niet het laatste rapport, want vijf jaar later verscheen een nieuw onderzoeksrapport van Van der Maas-Van der Wal waaruit bleek dat actieve levensbeëindiging zonder verzoek voorkomt.⁴⁵ Beide onderzoeken hebben tot meer transparantie binnen de euthanasiepraktijk geleid en definitief een einde gemaakt aan de achterkamertjessfeer. Na veel discussie en politiek debat kreeg Elst Borst, toenmalig minister van VWS, het in 2001 toch voor elkaar om een meerderheid te verkrijgen voor de euthanasiewet. Borst heeft veel mensen persoonlijk moeten overtuigen en ze noemt het absoluut geen gelopen koers.⁴⁶ Desondanks was het in de jaren tachtig en negentig wel duidelijk dat euthanasie moest worden gelegaliseerd. Er bestond een enorme drang om euthanasie te regelen.

Binnen deze acceptatie van euthanasie stond vooral de juridische procedure centraal. Iets wat artsen stoorden, want velen waren van mening dat de juridisering van de euthanasiediscussie onnodig en storend is.⁴⁷ Toch kwamen de artsen niet in opstand, mede omdat zij inzagen dat opstand zinloos was en de acceptatie beschouwden als een maatschappelijke ontwikkeling die onvermijdelijk was.⁴⁸ Ook nu heerst nog de opvatting dat het onderwerp zich slecht laat regelen gezien de complexiteit. Iedere patiënt en iedere situatie is weer anders en euthanasie laat zich niet vangen in regelingen en papierwerk. De euthanasiewetgeving creëert rompslomp zonder dat de praktijk verandert, aldus menig arts. Een deel van de beroepsgroep beschouwt het als een politiek instrument. Je vertrouwt een arts je vrouw, je kinderen en alles wat je lief is toe. Als je hem je leven toevertrouwt, waarom is er dan twijfel om hem je dood toe te vertrouwen?⁴⁹

⁴⁴ Leenen, 1992, p.2

⁴⁵ Leenen, 1992, p.3

⁴⁶ The, 2009, p. 150

⁴⁷ The, 2009, p. 185

⁴⁸ The, 2009, p. 186

⁴⁹ The 2009, p. 193

Twee belangrijke begrippen binnen het euthanasiedebat door de jaren heen zijn zelfbeschikking en barmhartigheid. Er bestonden lange tijd twee stromingen binnen de voorstanders van euthanasie.⁵⁰ Zo waren er aan de ene kant de aanhangers in de lijn van het zelfbeschikkingsrecht. Dit waren vaak liberalen die de overtuiging hadden dat iedereen zelf mag zeggen en besluiten wat hij wil. Zo zou je ook je eigen moment om dood te gaan mogen bepalen. Tot deze groep behoorden veel juristen en aanhangers van D'66. Aan de andere kant stonden de aanhangers van de stroming barmhartigheid, waar de meeste artsen toe behoorden. Zij baseerden zich meer op het mededogen en het lijden van de medemens, die hieruit verlost zou moeten worden. Sutorius beargumenteert dat de basis bij het zelfbeschikkingsrecht leggen, neerkomt op kiezen voor de veilige weg. Wanneer de nadruk ligt op de patiënt die zelf om zijn dood vraagt, ligt de verantwoordelijkheid ook bij de patiënt. Niemand kiest zomaar zijn eigen dood.⁵¹ Dit in tegenstelling tot de barmhartigheid, waar de arts als het ware zijn goedkeuring en instemming geeft om de patiënt te laten gaan en 'de plicht tot medemenselijkheid'.⁵²

De huidige WTL is gecodificeerd met barmhartigheid als uitgangspunt en niet het zelfbeschikkingsrecht, wat vaak wordt gedacht. Het zelfbeschikkingsrecht is wel van belang, maar als randvoorwaarde. Barmhartigheid is de fundamentele rechtvaardigheidsgrond⁵³ en dragend beginsel achter de wet, hoewel de wetgever formeel geen rangorde heeft aangegeven in de toepasselijke beginselen.⁵⁴ De barmhartigheid is terug te zien in het feit dat ondraaglijk en uitzichtloos lijden de kern van de wet vormt.⁵⁵ Beide begrippen komen terug in de zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 WTL, namelijk zelfbeschikking in de eis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en barmhartigheid in de eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De eis van ondraaglijk en uitzichtloos lijden had nooit gesteld kunnen worden als zelfbeschikking en autonomie het uitgangspunt waren. In dat geval had iemands beslissing gehonoreerd moeten worden ongeacht de grond waarop deze is gebaseerd of de omstandigheden van het geval.⁵⁶ Daarnaast wordt vaak vergeten dat het zelfbeschikkingsrecht op zich de actieve hulp van anderen niet direct rechtvaardigt.⁵⁷

⁵⁰ The, 2009, p. 153

⁵¹ The, 2009, p. 154

⁵² Pans, 2006, p. 215

⁵³ Den Hartogh, 2007, p. 138

⁵⁴ Pans, 2006, p. 215

⁵⁵ Kamerstukken II 1999/2000, p. 16-17, 19, 24

⁵⁶ Den Hartogh, 2007, p. 138

⁵⁷ Den Hartogh, 2007, p. 139

De zorgvuldigheidseis ondraaglijk en uitzichtloos lijden (voortvloeiend uit het beginsel van barmhartigheid) wordt door Pans betiteld als ‘open norm’; er is in de wet en rechtspraak geen algemene norm geformuleerd wat onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan worden verstaan. Toch kunnen artsen en toetsingscommissies met deze open norm werken, terwijl lijden een begrip is dat uit vele dimensies bestaat. Dit valt waarschijnlijk te verklaren doordat er wel consensus kan worden bereikt over de term lijden, terwijl dit niet het geval zou zijn bij een nog algemener niveau van beginselen.⁵⁸ De vraag wordt echter wel gesteld of lijden hierdoor een voldoende afbakenend juridisch begrip kan zijn. Bij de beantwoording speelt aan de ene kant dat de term in de praktijk werkbaar is en geen problemen oplevert en aan de andere kant het feit dat door de medische ethiek lijden niet eenduidig is in de zin van meetbaarheid, aard of invoelbaarheid.⁵⁹

CIJFERS

Over het aantal ouderen dat weloverwogen het leven beëindigt zonder te lijden aan een ernstige ziekte, circuleren verschillende cijfers. In 2010 maakten volgens ZonMw 600 mensen een einde aan hun leven door te stoppen met eten en drinken.⁶⁰ Uit de tweede wetevaluatie van de WTL blijkt dat 84 procent hiervan ouder dan 75 jaar was.⁶¹ Nog eens 275 mensen maakten een einde aan hun leven door medicijnen in te nemen. Er zijn ook onderzoeken waarin hogere cijfers naar voren komen, zoals het proefschrift van Chabot. Zo sprak hij in 2007 van 2.800 mensen die stopten met eten en drinken en 1.600 mensen die stierven door het innemen van medicatie.⁶² Bij 40 procent is de reden om te stoppen met eten of drinken ‘een voltooid leven/lijden aan het leven’.⁶³

Van der Wal e.a.⁶⁴ deden in 2001 een grootschalig onderzoek naar medische besluitvorming rondom het levenseinde. Dit onderzoek werd gepubliceerd in 2003. In de tussentijd deed de Hoge Raad een uitspraak in de zaak Brongersma, die de resultaten heeft kunnen beïnvloeden. Zo vonden leden van de Regionale Toetsingscommissies euthanasie (hierna: RTe) hulp bij zelfdoding in ‘lijden aan het leven’-zaken toen eerder aanvaardbaar dan de artsen. Ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking stemde voor een ‘Pil van Drion’, waarbij je zelf kan beschikken over het moment van dood. In tegenstelling tot weinig artsen

⁵⁸ Pans, 2006, p. 219

⁵⁹ Pans, 2006, p. 220

⁶⁰ ZonMw, 2012b, p. 54

⁶¹ ZonMw, 2012a, p. 114

⁶² ZonMw, 2012b, p. 21

⁶³ ZonMw, 2012a, p. 116

⁶⁴ Van der Wal e.a., 2003

en RTe's die van mening waren dat de Pil van Drion niet gewenst was. Uit het onderzoek bleek ook dat 30 procent van alle huis- en verpleeghuisartsen wel eens het dringende verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding hadden gekregen zonder dat de patiënt een uitdrukkelijk psychische of somatische aandoening had. Slecht 3 procent van deze artsen heeft dat verzoek ingewilligd.

ONDERZOEKSOPZET

Als methode voor het uitvoeren van dit onderzoek is de literatuurstudie gekozen. Doordat het onderwerp vaak in de maatschappelijke belangstelling heeft gestaan, is er veel over geschreven en gepubliceerd, wat het type onderzoek geschikt maakt. Er is overwogen om dit te combineren met een aantal diepte interviews, maar hier is toch vanaf gezien vanwege de geschatte weinig relevante toevoeging. Op het moment dat de interviews daadwerkelijk wat toevoegen aan de bestaande literatuur, dient dit op grote schaal te gebeuren vanuit verschillende invalshoeken. Een klein aantal interviews draagt niet bij aan het onderzoek, omdat veel meningen en inzichten ook al vastgelegd zijn in artikelen en boeken.

Deze literatuurstudie is gekenmerkt geweest door vier fasen. De eerste fase betrof het afbakenen van de onderzoeksvraag. Daarna stond het zoeken van informatiebronnen waarvan verwacht werd relevante informatie te bevatten centraal, zoals het Medisch Contact of het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. Ook werd gekeken naar standpunten van belangenorganisaties en rechtspraak. Dit kenmerkte fase twee. De derde fase besloeg het daadwerkelijk zoeken van literatuur. Hiervoor dienden zoekcriteria opgesteld te worden waardoor een zoekprofiel ontstond die gebruikt kon worden bij verschillende bronnen. De zoekcriteria zijn tussentijds aangepast, omdat bleek dat de eerdere criteria niet voldeden. Zoekcriteria waarmee gewerkt is: (zelf)euthanasie, levensmoe, klaar met leven, lijden aan het leven, KNMG richtlijn, Dijkhuis, vrije wil, Drion, zelfgewilde einde, barmhartigheid, zelfbeschikking, Den Hartogh, Pans, Zwitserland enz. en ook de Engelse vertaling van dergelijke begrippen. Bovendien werd in de gevonden literatuur verwezen naar bronnen, die vervolgens ook geraadpleegd zijn. Deze methode leidde tot een onderbouwing van een bepaald standpunt, of juist een contradictie van het standpunt. De laatste en vierde fase betrof het doorgronden en analyseren van de gevonden literatuur. Gezien de aanzienlijke hoeveelheid literatuur, is de analyse grondig en systematisch gebeurd. De geprinte artikelen werden ieder afzonderlijk samengevat tot een kort overzicht. Op dit overzicht werd aangegeven wat de belangrijkste overwegingen van het artikel waren. Dit werd verkort weergegeven, omdat belangrijke passages gemarkeerd waren in het artikel. Daarnaast werd

op het overzicht aangegeven wat de juiste verwijzing was en tot welke deelvraag het artikel behoorde.

Kern en doel van het onderzoek was het kritisch analyseren van literatuur. De probleemstelling is dusdanig geformuleerd dat werd nagegaan welke aspecten ontbraken en waar nog meer onderzoek naar gedaan kon worden.⁶⁵ Echter is het lezen en samenvatten van de literatuur niet het uitgangspunt geweest. Creatieve omgang met de literatuur is in dit onderzoek cruciaal geweest en vormt ook de sterke kant van het onderzoek.⁶⁶ Juist het leggen van verbanden tussen de literatuur en het blootleggen van pijnpunten vormde de kern van het onderzoek. Om het gehele onderzoek overzichtelijker en leesbaarder te maken, is elke deelvraag aan het eind van het hoofdstuk samengevat in een tussenconclusie. Hierdoor wordt alvast toegewerkt naar een eindconclusie en blijft de lezer makkelijker bij de les.

Wat betreft het zoeken naar literatuur is getracht informatie te werven van verschillende actoren. Zo werd niet alleen gezocht door Google Scholar of een andere zoekmachine, maar ook actief naar andere informatie. Hierbij moet gedacht worden aan het opvragen van documenten of het bezoeken van websites van organisaties en instellingen. Voorbeelden hiervan zijn het burgerinitiatief Uit Vrije Wil en de KNMG. Er is niet alleen naar literatuur van voorstanders van een verbreding van de euthanasiewetgeving gezocht, maar ook van de tegenstanders. Er is geprobeerd literatuur te vinden die vanuit verschillende perspectieven geschreven is, zodat een zo compleet mogelijk beeld geschetst is. Hierbij golden als perspectieven onder andere artsen, patiënten, de overheid, ethici en juristen. Maatschappelijke ontwikkelingen zijn juist ook in het onderzoek betrokken, omdat deze het euthanasiedebat beïnvloeden. Aangezien dit een juridisch literatuuronderzoek is, is ook gebruik gemaakt van jurisprudentie en bijbehorende annotaties. Deze uitspraken vormen immers een belangrijke bron van het recht.

⁶⁵ Mortelmans, 2009, p. 113

⁶⁶ Mortelmans, 2009, p. 114

1. WAT ZIJN DE UITGANGSPUNTEN VAN HET 'LIJDEN AAN HET LEVEN'- CRITERIUM?

Alleen oud zijn, het leven voltooid vinden en een stervenswens uiten, vallen niet binnen het kader van de WTL. Het ondraaglijk en uitzichtloos lijden moet een medische grondslag hebben: 'een conditie die aangemerkt kan worden als ziekte of als combinatie van ziekten en klachten'.⁶⁷ Ook een opeenstapeling van ouderdomsklachten, waar functieverlies een voorbeeld van is, kan een grond zijn voor hulp bij zelfdoding of euthanasie. Maar lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het domein van de geneeskunde en daarmee buiten de WTL.⁶⁸ Dit geeft aan dat de invulling van het begrip 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' centraal staat binnen de discussie over euthanasie bij lijden aan het leven.

1.1 INVULLING CRITERIUM LIJDEN AAN HET LEVEN

*'Het lastige is dat de arts niet meer verstand heeft van existentiële problemen dan de willekeurige buurman. Hoe moet een arts beoordelen of iemand van 80 aan het leven lijdt? Kan een arts wel een betere beoordeling daarvan maken dan iemand anders?'*⁶⁹

Door de discussie rondom het onderwerp heeft de term lijden aan het leven verschillende 'synoniemen' gekregen. Binnen de literatuur krijgen deze begrippen door verschillende instanties allemaal een net iets andere lading. Tijdens de parlementaire behandeling van de WTL in 2001 werd de term 'klaar met leven' gebruikt. De term werd als volgt omschreven: 'de situatie van 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.'⁷⁰ De KNMG-commissie Dijkhuis, die in 2001 werd aangesteld om te adviseren over de problematiek van hulp door artsen bij patiënten die 'klaar met leven' zijn, koos voor de term 'lijden aan het leven'. Dit zou het misverstand op moeten ruimen dat het gaat om iemand die in een min of meer rationeel proces concludeert dat het tijd is om te gaan, omdat de vooruitzichten niet positief genoeg meer zijn.⁷¹ Lijden aan het leven is een begrip dat meer invoelbaar zou kunnen zijn en moet aanduiden dat het om daadwerkelijk lijden gaat. Dat lijden is een perspectief waarbij je geen

⁶⁷ Van Wijlick & Nieuwenhuizen Kruseman, 2011, p. 2132

⁶⁸ KNMG, 2011, p. 25

⁶⁹ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 31

⁷⁰ Van der Werf & Zaat, 2005, p. 222

⁷¹ Sutorius 2005, p. 94

kwaliteit meer hebt en wat dus leidt tot een persistente doodswens. Klaar met leven dekt deze inhoud niet en gaat volgens de commissie meer om een optelsom of het opmaken van een balans.⁷² De commissie geeft voor 'lijden aan het leven' de volgende definitie: 'lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persistierend doodsverlangen, terwijl de verklaring voor de afwezigheid of gebrekkigheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen.'⁷³ Deze definitie lijkt meer ruimte te laten voor de complexiteit van de situaties.

De commissie Dijkhuis maakte korte metten met het idee dat het om een rationeel proces zou gaan waarin men tot de conclusie komt dat het 'tijd is te vertrekken' vanwege de onvoldoende positieve vooruitzichten. Het gaat juist meer om de gemeenschappelijke kenmerken met andere vormen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Pijn of andere directe factoren zijn niet altijd de doorslaggevende factor voor een verzoek om uit het leven te mogen worden verlost.⁷⁴ Ook de gedachte dat het begrip 'classificeerbare aandoening' als bruikbaar criterium voor ondraaglijk en uitzichtloos kon worden gehandhaafd, wordt door de commissie gerelativeerd.⁷⁵ Juist om deze redenen is gekozen voor de definitie van de commissie Dijkhuis, omdat ook in dit onderzoek de nadruk ligt op personen die niet per definitie aan een ernstige geclassificeerde ziekte lijden, maar het niet meer zien zitten om hun leven voort te zetten en waarin het accent ligt op de lijdensdruk. Het lijden moet voor de arts invoelbaar zijn, wil voldaan kunnen zijn aan de zorgvuldigheidseisen. De arts dient zich niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de patiënt te verplaatsen. Hij moet het lijden dus niet ondraaglijk achten voor zichzelf of in het algemeen, maar specifiek voor deze patiënt.⁷⁶

1.2 LIJDEN AAN HET LEVEN IN DE WET

'Is de aanwezigheid van een ziekte voldoende om de mate van lijden af te kunnen lezen? Bij dat lijden speelt namelijk altijd een existentiële vraag, waardoor het voor de ene patiënt anders ligt dan voor de ander. Elke persoon ervaart zijn/haar handicaps en beperkingen

⁷² Van der Werf & Zaat, 2005, p. 221

⁷³ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 17

⁷⁴ Sutorius, 2005, p. 94

⁷⁵ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 15

⁷⁶ RTe, 2013, p. 29

anders. Kun je dergelijke verschillen als medicus goed beoordelen? Blijft dat niet altijd intersubjectief?’⁷⁷

Een buitenlandse onderzoeker kan zich vaak maar één hard criterium voorstellen bij euthanasie. Dat is het eigen verzoek van de patiënt, want mensen moeten alleen geholpen worden als zij hier zelf om vragen. Maar in Nederland is dat juist het criterium wat op zichzelf niet voldoende is. Sterker nog: er wordt zelfs euthanasie verleend bij pasgeboren baby's en terminaal zieken. Zij zijn niet altijd in staat om er om te vragen. Het criterium dat wel strikt wordt gehandhaafd is het ondraaglijk en uitzichtloos lijden.⁷⁸ Zowel de Commissie Dijkhuis als de KNMG geven aan dat er binnen dit criterium ruimte is voor een bredere interpretatie dan door de meeste artsen wordt gedacht.^{79,80,81} De commissie Dijkhuis benoemt een aantal problemen bij de taxeerbaarheid van het lijden. Zo zal de ene arts zich gemakkelijker aansluiten bij een opvatting van een patiënt dan een andere arts.⁸² Ook is de taxatie van het 'lijden aan het leven' vergelijkbaar met de taxatie van 'ondraaglijkheid' bij het lijden van patiënten met een lichamelijke oorzaak voor het lijden. Dat leidt gezien de rapportages van de regionale toetsingscommissies ook niet tot een probleem in de praktijk, want er zijn geen overwegende bezwaren ontstaan. Bij de taxatie van het lijden van de patiënt is dus een mate van subjectiviteit onvermijdelijk.⁸³ De taxatie van het lijden van de patiënt berust enerzijds op de medische inschatting van diens prognose en anderzijds op de beleving van het lijden van de patiënt zelf.⁸⁴ De RTe formuleert dit als de niet-lineaire optelsom en de complexiteit van vaak niet fatale klachten die zorgen voor een steeds erger wordende aftakeling die leidt tot een onacceptabel leven en daarmee een ondraaglijk lijden voor de patiënt.⁸⁵ De ondraaglijkheid van het lijden wordt naast de actuele situatie ook bepaald door het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid en levensgeschiedenis van de patiënt.⁸⁶ De RTe kwam meerdere malen tot het oordeel dat euthanasie zorgvuldig was toegepast bij gevallen waarin vooral sprake was van ondraaglijk lijden dat veroorzaakt werd door een opeenhoping van meerdere ouderdomskwalen of een

⁷⁷ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 32

⁷⁸ Trappenburg, 2010, p.6

⁷⁹ KNMG, 2011, p. 23

⁸⁰ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 39.

⁸¹ Den Hartogh 2010, p. 2657.

⁸² Dillmann 2003, p. 13

⁸³ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 20

⁸⁴ KNMG, 2003, p. 13

⁸⁵ Den Hartogh, 2010, p. 2656

⁸⁶ RTe, 2013, p. 29

combinatie van factoren.⁸⁷ Dat de wet hulp bij zelfdoding bij 'lijden aan het leven' categorisch uitsluit, is een mythe.⁸⁸

1.3 GRONDSLAGEN EUTHANASIE LIJDEN AAN HET LEVEN

Als één van de grondslagen voor euthanasie bij lijden aan het leven ligt de vergevorderde medicalisering. Medische handelingen die vroeger niet mogelijk waren, worden nu als vanzelfsprekend ervaren. Dit leidde uiteindelijk tot het langer in stand kunnen houden van het leven. Uiteindelijk kwam in het arrest-Brongersma aan het licht dat er ook sprake kon zijn van lijden aan het leven en de wens tot beëindiging van het leven zonder somatische of psychische aandoening. De interpretatie van de zorgvuldigheidseis 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' moest daardoor opnieuw getoetst worden.⁸⁹ De regering heeft tijdens de parlementaire behandeling van de WTL aangegeven dat situaties als 'lijden aan het leven' niet onder de reikwijdte van de wet vallen.⁹⁰ Toch wakkerde naar aanleiding van uitspraken van de Hoge Raad het debat hierover aan. Verschillende rapporten en onderzoeken hebben nog steeds niet geleid tot een duidelijk kader wat wel en niet toegestaan is. De eis van de medisch classificeerbare grond staat ook ter discussie. Bovendien is het opvallend dat de uitspraak van de Hoge Raad strenger is dan de grens gesteld door de ministers. Het vereiste dat het lijden voorkomt uit een medisch geclassificeerde aandoening gaat verder dan het vereiste van een 'medische dimensie', zoals door de ministers geformuleerd. De medische dimensie wordt omschreven als iets wat wellicht als ziekte kan worden aangemerkt.⁹¹ Later werd ook bepaald in de Memorie van Antwoord dat het criterium 'ziekte' niet doorslaggevend mag zijn, omdat ziek zijn een breed begrip is en samenhangt met je beleving.⁹²

1.4 LEEFTIJDSCRITERIUM

Het burgerinitiatief Uit Vrije Wil omschreef hun initiatief in 2010 op hun website als volgt: 'Het vrijwillige en weloverwogen besluit van de oudere die wil sterven is uiteraard de centrale voorwaarde. Daarnaast dient het besluit over de zelfgekozen dood authentiek, consistent en invoelbaar te zijn. De oudere die stervenshulp vraagt, dient wilsbekwaam, Nederlands staatsburger en 70 jaar of ouder te zijn.'⁹³ De kritiek op het initiatief in het algemeen wordt

⁸⁷ KNMG, 2011, p. 23

⁸⁸ Den Hartogh, 2010, p. 2657.

⁸⁹ Commissie Dijkhuis, 2004, p.1

⁹⁰ Commissie Dijkhuis 2004, p.1

⁹¹ Kamerstukken I 2000/2001, p.32

⁹² Kamerstukken I 2000/2001, p. 21

⁹³ Vink, 2011, p. 24

buiten beschouwing gelaten, maar van belang is het criterium van 70 jaar. Op dit criterium is de kritiek dat er geen enkele reden is om euthanasie bij lijden aan het leven tot 70-plussers te beperken.⁹⁴ Deze leeftijdsgrens zou volkomen willekeurig zijn.⁹⁵ Als argumenten voor deze leeftijdsgrens worden gegeven dat de leeftijd geen juridische maatstaf is, maar wel degelijk meespeelt in de beoordeling van de arts.⁹⁶ Een foutieve beslissing zou minder gewichtig zijn, want er staat bij een kortere levensverwachting minder op het spel.⁹⁷ Kritische beschouwd zou kunnen worden gesteld dat binnen deze redenering een euthanasieverzoek wanneer iemand de gemiddelde levensverwachting heeft gepasseerd met minder redenen omkleed hoeft te zijn. Chabot stelt dat de leeftijdsgrens zelfs in strijd is met het grondwettelijke verbod op discriminatie naar leeftijd (art. 1 GW) en de Wet op de geneesmiddelen.^{98,99} Daarnaast ligt in dit onderzoek de nadruk op de lijdensdruk en de uitzichtloosheid van het leven, ongeacht de leeftijd. Ook een vrouw van 35 jaar die haar zes jaar oude dochter verliest, moet kunnen zeggen dat zij het lijden aan het leven niet meer vindt opwegen tegen het leven zelf. Daarom is er binnen dit onderzoek bewust voor gekozen om de discussie los te zien van leeftijd, ondanks het feit dat lijden aan het leven vaker bij hoogbejaarden voorkomt. Zinverlies en existentieel lijden komt op elke leeftijd voor.¹⁰⁰

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Binnen dit onderzoek is bewust voor de definitie lijden aan het leven van de commissie Dijkhuis gekozen. Binnen deze definitie lijkt meer ruimte voor de complexiteit van de situaties te zijn en ligt de nadruk op het lijden. Ondanks het feit dat bij de parlementaire bespreking van de WTL levensmoeheid en lijden aan het leven bewust buiten beschouwing zijn gelaten, sluit de wet euthanasie bij lijden aan het leven niet categorisch uit. Dit is ook te zien in de praktijk van de RTe waarin een bredere interpretatie van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden terug komt.

⁹⁴ Trappenburg, 2010, p.6

⁹⁵ Vink, 2011, p. 24

⁹⁶ Commissie Dijkhuis 2004, p. 14

⁹⁷ Van Swaal, 2008, p. 88

⁹⁸ Kortman, 2010

⁹⁹ Chabot, 2010, p. 1005

¹⁰⁰ Den Hartogh, 2007, p. 145

2. HOE VERHOUDT HET 'LIJDEN AAN HET LEVEN'-CRITERIUM ZICH TOT BESTAANDE REGELGEVING EN JURISPRUDENTIE?

*'Zingeving is veel breder dan het zuiver medische en een arts kan daar verstand van hebben, maar dat hoeft niet noodzakelijkerwijs het geval te zijn.'*¹⁰¹

Dat er discussie bestaat over de invulling van de zorgvuldigheidseisen staat buiten kijf. Dit is terug te zien aan de vele rapportages waaruit de onduidelijkheid en nuanceverschillen van de WTL blijken, zeker binnen het vraagstuk van het lijden aan het leven. Volgens de wetgeschiedenis dient er een medisch classificeerbare aandoening te zijn wil een euthanasieverzoek binnen de reikwijdte van de WTL vallen.^{102,103} De KNMG geeft in haar richtlijn van 2011 aan dat er wel sprake moet zijn van een ziekte of combinatie van ziekten/klachten, maar dat de ernst van het lijden niet aan een medische classificatie kan worden afgemeten. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het domein van de geneeskunst en buiten de WTL. Een te grote nadruk op de medische classificatie zou ook ongewenst neveneffecten kunnen hebben. Zo zou een arts het criterium strategisch kunnen gebruiken doordat er altijd wel een diagnose valt te stellen, of terughoudend worden aangezien diagnostische zekerheid een harde voorwaarde is.¹⁰⁴ De KNMG acht een wetswijziging niet nodig.

Ten tijde van het Brongersma arrest werd de situatie omschreven als 'voltooid leven'. In het arrest besloot de Hoge Raad dat er geen ruimte was voor een euthanasie bij een voltooid leven, omdat er altijd sprake moet zijn van een medisch classificeerbare aandoening.¹⁰⁵ Dit werd minder streng door sommigen geïnterpreteerd. Zo kon het voltooid leven binnen de WTL vallen, als je het aanduidt als lijden aan het leven. Dit dient uiteraard binnen het medische domein te vallen, in de zin van een medische grondslag maar sluit het op zich niet uit. Deze ruime interpretatie van het Brongersma-arrest volstaat volgens de KNMG.¹⁰⁶ Ook Gevers geeft aan dat bij de interpretatie van het Brongersma arrest ruimte overblijft voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat overwegend van existentiële aard is en gekoppeld aan

¹⁰¹ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 31

¹⁰² KNMG, 2011, p. 25

¹⁰³ Van Wijlick & Kruseman Nieuwenhuizen, 2011, p. 2132

¹⁰⁴ KNMG, 2011, p.25

¹⁰⁵ HR 24 december 2002, NJ 2003, 167 (Brongersma).

¹⁰⁶ Vink, 2011, p. 21

vragen van zingeving.¹⁰⁷ Klachten die leiden tot een toenemende aftakeling vallen zo binnen het medische domein.¹⁰⁸

2.1 LETTER VAN DE WET

Ook wanneer lijden veroorzaakt door (een combinatie van) ziekten binnen de huidige WTL lijkt te vallen, bestaat nog altijd de groep die niet of nog niet lijdt aan het leven, maar wel gebukt gaat onder een leven dat zij niet langer willen en als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren. Bijvoorbeeld het 99 jaar oud zijn en geen 100 willen worden; bejaarden die, mede vanwege medische klachten of gebreken, uit het leven willen stappen. Om dergelijke verzoeken te honoreren, zou de wet nog ruimer moeten worden uitgelegd. Op zich verzet de letter van de wet zich niet tegen een ruimere uitleg en zouden maatschappelijke omstandigheden, zoals de verdere ontwikkeling van de opvattingen over euthanasie, dit ook kunnen rechtvaardigen.¹⁰⁹ Euthanasie en hulp bij zelfdoding in deze situaties wordt dus niet systematisch door de wet uitgesloten.¹¹⁰ Den Hartogh onderschrijft dat er, ook na de uitspraak in de zaak Brongersma, ruimte blijft voor euthanasie wanneer de medische grondslag ligt in het normale fysiologische verouderingsproces. De patiënte van dokter Schoonheim die als allereerste patiënt overleed tengevolge van euthanasie, was een schoolvoorbeeld van 'lijden aan het leven'.¹¹¹ De oplossing ligt volgens Den Hartogh niet in het wijzigen van de zorgvuldigheidseisen, maar in een zorgvuldigere interpretatie van de eisen.¹¹²

Naar aanleiding van de zaak Heringa is een actie van de NVVE gestart genaamd 'hulp is geen misdaad'. In dit manifest wordt gepleit voor het afschaffen van artikel 294 lid 2 Sr. Lid één blijft dan gehandhaafd waarin het aanzetten tot zelfdoding strafbaar blijft. Lid twee daarentegen, waarin hulp bij zelfdoding strafbaar is gesteld, zou moeten worden afgeschaft. Zelfdoding is immers niet strafbaar, waarom zou je daar geen hulp bij mogen gebruiken? Zo zou iedereen met een weloverwogen stervenswens zelf mogen beslissen, aldus de NVVE.¹¹³ In Frankrijk, Duitsland en België is hulp bij zelfdoding ook niet strafbaar, waardoor zij stellen dat er misbruik te voorkomen valt.

¹⁰⁷ Gevers, 2003, p. 83

¹⁰⁸ KNMG, 2011, p.23

¹⁰⁹ Gevers, 2003, p. 83

¹¹⁰ Den Hartogh, 2010, p. 2657

¹¹¹ Den Hartogh, 2010, p. 2656

¹¹² Den Hartogh, 2010, p. 2657

¹¹³ Schalken, 2013

2.2 DE HOGE RAAD EN LIJDEN AAN HET LEVEN

Nadat de Hoge Raad in 2002 een uitspraak deed waarin het belang van de medische grondslag werd benadrukt, kwam er veel kritiek op de zaak. De WTL moest een codificatie van de rechtspraak worden, waarbij in het Chabot-arrest ruimte leek voor 'lijden aan het leven' problematiek, omdat ook psychische problematiek binnen de euthanasiewet viel. Dit bleek niet zo te zijn toen de Hoge Raad, nog voor de codificatie van de WTL, hier een streep doorheen zette door middel van het Brongersma-arrest. Een kritiekpunt op de Raad in dit arrest vormt haar motivering.¹¹⁴ De Raad motiveert zijn uitspraak onder andere met de parlementaire stukken over de WTL, waarin lijden aan het leven absoluut wordt uitgesloten. De uitspraak in de zaak Brongersma was echter eerder dan de invoering van de WTL. De overwegingen van het parlement hadden dus geen rol mogen spelen bij de uitspraak. Deze samenloop heeft een meer afgewogen meningsvorming, zowel binnen als buiten de beroepsgroep, in de weg gestaan.¹¹⁵ De interpretatie van de wetgever heeft in de praktijk belangrijke consequenties gehad, terwijl het ontbreekt aan een principiële onderbouwing van deze specifieke interpretatie van de zorgvuldigheidseisen.¹¹⁶

2.3 DE PRAKTIJK VAN DE RTe

De RTe handhaaft het vereiste van de medische grondslag. Dit dient echter niet zo strikt te worden opgevat in de zin dat er sprake moet zijn van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden kan ook veroorzaakt worden door een stapeling van ouderdomsklachten.¹¹⁷ Dit is een nuanceverschil, dat duidelijk blijkt uit de volgende twee casussen.

In casus zeven van het jaarverslag 2012 wordt weergegeven dat de ondraaglijkheid van het lijden zijn oorsprong vindt in een combinatie van ouderdomskwalen en daarmee een medische grondslag heeft.¹¹⁸ De mevrouw in de casus was tussen de 80 en 90 jaar en altijd actief geweest. Zij was niet depressief, maar er was sprake van ernstige vermoeidheid door een slechter functionerend hart, achteruitgang van gehoor en zicht en een reële angst voor fracturen bij een eventuele val. Door dit functieverlies en de toenemende afhankelijkheid kon zij geen betekenis meer geven aan haar bestaan, gelet op haar levensgeschiedenis en

¹¹⁴ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 6

¹¹⁵ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 6

¹¹⁶ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 6

¹¹⁷ RTe, 2013, p. 31

¹¹⁸ RTe, 2013, p. 33

waarden. De commissie achtte dit verzoek zorgvuldig, mede omdat er geen redelijke alternatieven voorhanden waren.¹¹⁹ De scheidslijn van een medische grondslag is heel dun. Zo wordt er in hetzelfde jaarverslag ook een casus weergegeven waarbij wordt geconcludeerd dat de arts onzorgvuldig heeft gehandeld. In casus 6 meent de commissie dat er sprake was van existentieel lijden wat niet voldoende is om aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL te voldoen.¹²⁰ Factoren als een hoge leeftijd van de patiënte, haar biografie en persoonlijkheid waren sterk bepalend voor de mate waarin de patiënte haar lijden als ondraaglijk had ervaren. De commissie concludeerde dat het lijden van de patiënt niet overwegend kon worden toegeschreven aan een medisch classificeerbare aandoening. Dit verzoek werd mede als onzorgvuldig beoordeeld, omdat de commissie er niet van overtuigd was geraakt dat in de situatie van de arts geen alternatieven meer open stonden.¹²¹

2.4 LANGZAAMAAN GEACCEPTEERD?!

'Ik zal mij niet onttrekken aan de ouderdom indien ze het beste van mij intact laat. Maar als ze mijn geest in de war maakt of mijn capaciteiten een voor een vernietigt, mij geen leven laat maar slechts adem, zal ik het rottende of wankelende gebouw verlaten. Ik zal niet door de dood aan enige ziekte ontsnappen zo lang als die kan worden genezen en mijn geestelijke vermogen erbij onaangetast blijven... Maar als ik weet dat ik zal moeten lijden zonder hoop op verlichting, dan zal ik vertrekken, niet wegens angst voor de pijn zelf maar omdat deze alles waar ik voor zou willen leven in de weg staat.' – Seneca (4 v. Chr.- 60 n. Chr.)¹²²

In de praktijk is deze uitspraak van de Romeinse filosoof Seneca steeds meer terug te zien. Hij benoemt de kernelementen die nu ook door de KNMG en RTe als belangrijke voorwaarden worden gezien. Er moet geen enkele hoop, verlichting of genezing meer kunnen zijn en alle alternatieven moeten zijn onderzocht. Daarnaast geldt natuurlijk de medische grondslag uit het Brongersma arrest, maar deze wordt steeds ruimer geïnterpreteerd. Hoewel de KNMG en de RTe geen rechters of wetgevers zijn, doen zij wel degelijk aan rechtsvorming. De minister benadrukte bij de parlementaire bespreking van de WTL dat levensmoeheid niet onder de reikwijdte viel.¹²³ Doordat de RTe nu heeft erkend dat

¹¹⁹ RTe, 2013, p. 35

¹²⁰ RTe, 2013, p. 31-33

¹²¹ RTe, 2013, p. 33

¹²² Kind, 2012, p. 33

¹²³ Hermans & Buijsen, 2010, p. 425-426

uitzichtloos en ondraaglijk lijden ook kan worden veroorzaakt door een opeenstapeling van ouderdomsklachten¹²⁴, lijkt de wet ruimer toegepast te worden dan bij de codificatie bedoeld. Ook de KNMG bevestigt dat artsen ondraaglijk lijden minder strikt zijn gaan uitleggen dan kort na het Brongersma-arrest. De KNMG benadrukt dat een verzoek altijd mede op basis van een medische grondslag dient plaats te vinden, maar dat het begrip lijden breder is dan veel artsen tot op heden denken en toepassen.¹²⁵

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

In de praktijk is een brede en niet al te strikte interpretatie van het Brongersma arrest terug te zien. De letter van de wet verzet zich op zich niet tegen euthanasie bij lijden aan het leven, alleen heeft het parlement nooit bedoeld dat deze vorm van euthanasie onder de reikwijdte van de WTL zou komen te vallen. Deze beslissing is echter gebaseerd op een samenloop, waarbij de parlementaire bespreking met de zaak Brongersma verweven raakte, terwijl dit nog niet zo had mogen zijn. Uit de jaarverslagen van de RTe blijkt dat de scheidslijn tussen wat wel en niet als zorgvuldig bestempeld wordt bij zingevingproblematiek erg dun is. Wel valt te concluderen dat een ruimere toepassing van de WTL plaatsvindt. Het criterium van de medische grondslag wordt nog steeds gehandhaafd, maar dit wordt opgerekt waardoor een opeenstapeling van ouderdomsklachten hier ook onder lijkt te vallen.

¹²⁴ RTe, 2013, p. 31

¹²⁵ KNMG, 2011, p.26

3. HOE VERHOUDT HET 'LIJDEN AAN HET LEVEN'-CRITERIUM ZICH TOT INTERNATIONAAL RECHT?

In zowel Nederland als België is het voor niet-artsen verboden levensbeëindigend te handelen of actieve hulp bij zelfdoding te geven. De Belgische euthanasiewet dateert van 2002. Opvallend is dat dit niet, zoals in Nederland, een codificatie van jurisprudentie is. Het is een innoverende wet zonder dat daar rechtspraak aan ten grondslag ligt. Er was geen sprake van een langzame ontwikkeling of jarenlange tolerantie zoals in Nederland, maar een snel politiek gestuurd proces.¹²⁶ Het is echter moeilijk te achterhalen welke morele uitgangspunten aan de wet ten grondslag liggen. De Ministerraad voor het Belgische Arbitragehof verklaarde in 2004 dat 'het beginsel van persoonlijke zelfbeschikking' aan de wet ten grondslag ligt. In Nederland is men het er over eens dat euthanasie niet tot het normaal medische handelen behoort, maar in België is dit niet zo uitgesproken.¹²⁷ Luxemburg is sinds 2009 het derde land van de Europese Unie dat euthanasie onder wettelijke voorwaarden toestaat. Ook in Schotland is nu sprake van een ontwikkeling op het gebied van hulp bij zelfdoding. Margo MacDonald diende op 13 november 2013 een voorstel voor een wet in waardoor hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar zou zijn.¹²⁸ In dit voorstel zijn voorwaarden opgenomen voor zowel de persoon die helpt, als voor de persoon die geholpen wordt. Onder andere een minimum leeftijd van 16 jaar.¹²⁹

3.1 HET EUROPEES HOF VOOR DE RECHTEN VAN DE MENS (EHRM)

Lange tijd was er geen duidelijkheid over de interpretatie van artikel 2 Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) met betrekking tot euthanasie.¹³⁰ Het artikel waarin het recht op leven wordt gewaarborgd werd door middel van de zaak *Pretty/Verenigd Koninkrijk*¹³¹ nader uitgelegd. De ongeneeslijk zieke Dianne Pretty wilde haar laatste paar maanden van haar leven niet meer meemaken gezien de onwaardigheid en het lijden wat dat met zich mee zou brengen. Door haar verlammingen was zij niet in staat zichzelf van het leven te beroven, maar zij zou willen dat haar echtgenoot haar hierbij hielp.¹³² 'Assisted suicide' is in het Verenigd Koninkrijk een misdrijf en het werd niet uitgesloten dat de echtgenoot niet vervolgd zou worden als hij haar hielp. Volgens *Pretty*

¹²⁶ Rurup et al, 2011, p. 2

¹²⁷ Knuiman, 2007, p. 158

¹²⁸ Scottish Parliament, 2013, p.1

¹²⁹ Scottish Parliament, 2013, p. 2-3

¹³⁰ Buijsen, 2002, p. 69

¹³¹ EHRM 29 juli 2002, nr. 2346/02 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

¹³² Buijsen, 2002, p. 69

is dit in strijd met artikelen van het EVRM, waaronder artikel 2, 3 en 8 EVRM.¹³³ Het EHRM besluit dat artikel 2 EVRM (waarborging recht op leven) geen negatief aspect kent en geen recht op zelfbeschikking creëert in die zin dat er een recht op sterven is.¹³⁴ Artikel 3 EVRM legt staten de negatieve verplichting op zich te onthouden van het toebrengen van ernstig letsel aan individuen op hun rechtsgebied. Dit betekent volgens het Hof niet dat het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor de ziekte, wanneer er geen versterking van het lijden is door autoriteiten van het Verenigd Koninkrijk.¹³⁵ Een schending van artikel 8 EVRM (eerbiediging privé-, familie- en gezinsleven) sluit het Hof in casu niet uit. Maar het Hof maakt duidelijk dat het verbod op ‘assisted suicide’ met voldoende redenen is omkleed en niet buiten proportie wordt geacht.¹³⁶ Voor Nederland is deze zaak van belang doordat het Hof duidelijk maakt dat aan artikel 2 EVRM niet het recht om te sterven kan worden ontleend. In combinatie met artikel 3 EVRM betekent dit dat er geen verplichting is voor de staat om levenbeëindigend handelen goed te keuren. Daarnaast benadrukt het Hof dat er flexibiliteit nodig is bij de handhaving van het verbod gezien de individuele gevallen. De Nederlandse euthanasiewet is waarschijnlijk ruimer dan het EVRM, hoewel het volgens het Hof aan de staten is om het risico van misbruik in te schatten.¹³⁷

Een recentere uitspraak van het Hof dateert uit 2011 in de zaak Haas/Zwitserland¹³⁸. Meneer Haas van 57 jaar, die al twintig jaar lijdt aan een ernstige bipolaire stoornis (extreme stemmingswisselingen), vraagt na twee zelfmoordpogingen aan meerdere psychiaters om een dodelijk middel. Zij weigeren dit en Haas acht dit strijdig met artikel 8 EVRM.¹³⁹ Het Federale Hof stelt dat het weliswaar is toegestaan om als arts dodelijke middelen voor te schrijven, maar dat de Staat hier niet toe gedwongen kan worden. Na nog 170 afwijzingen van psychiaters, stapt hij naar het EHRM in Straatsburg. Het Hof onderschrijft dat het ‘private life’ van artikel 8 EVRM geen afgebakende definitie kent en iemands psychische gesteldheid onder private life valt. In tegenstelling tot de zaak Pretty, waar het leven ook als pijnlijk en ondraaglijk werd ervaren, zou Haas zelfmoord plegen als hij niet geholpen werd. Het Hof wilde in Pretty/VK niet uitsluiten dat euthanasie binnen artikel 8 EVRM kon vallen en nu stelt het Hof dat het recht op zelfbeschikking onderdeel is van het recht op eerbieding van het privéleven. Het Hof geeft hypothetisch antwoord of Haas geholpen had moeten worden door de Zwitserse staat. Zelfs als je die verplichting zou veronderstellen, heeft Zwitserland deze

¹³³ EHRM 29 juli 2002, nr. 2346/02 (Pretty/Verenigd Koninkrijk).

¹³⁴ Buijsen, 2002, p. 70

¹³⁵ EHRM 29 juli 2002, nr. 2346/02 (Pretty/Verenigd Koninkrijk).

¹³⁶ Buijsen, 2002, p. 70

¹³⁷ Buijsen, 2002, p. 71-72

¹³⁸ EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas/Zwitserland).

¹³⁹ EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas/Zwitserland).

plicht niet geschonden. Haas had zelf ook open moeten staan voor alternatieve behandelingen en zich niet alleen moeten richten op het toetsen van zijn wilsbekwaamheid.¹⁴⁰

In 2012 deed het Hof uitspraak in de zaak Koch/Duitsland.¹⁴¹ Belangrijk in deze zaak is dat het nu mogelijk lijkt voor een derde om euthanasie aan te vragen voor een lijdend persoon. In de casus gaat het om mevrouw Koch die bijna volledig verlamd is, kunstmatig wordt beademd en bijna constante zorg van verpleging nodig heeft. Ze wil haar onwaardige leven stoppen met hulp van haar man. Hun aanvraag voor levensbeëindigende medicatie bij het Federaal Instituut voor Medicijnen en Medische Hulpmiddelen wordt afgewezen. Zij procederen verder en in het laatste besluit wordt bevestigd dat de aanvraag niet-ontvankelijk is. Eerder werd geoordeeld dat de heer Koch, als verzoeker, geen procesbevoegdheid heeft. Mevrouw Koch overlijdt en de laatste rechterlijke instantie wijst er op dat de heer Koch zich niet kan beroepen op een postuum recht van zijn vrouw. Het EHRM oordeelt daarna dat zowel het afwijzen van de medicatie, als het niet behandelen van de aanvraag door de nationale rechterlijke instanties schending van artikel 8 EVRM van de verzoeker oplevert.¹⁴² Het lijkt dus dat een derde euthanasie kan aanvragen voor een lijdend persoon. Maar deze derde persoon moet wel aan een aantal eisen voldoen: er moet sprake zijn van een hechte familieband, de verzoeker moet voldoende persoonlijk of juridisch belang hebben en moet in het verleden aangetoond hebben dat er een belang is in de zaak. Een uitspraak die vragen oproept en de groep die zich kan beroepen op artikel 8 EVRM bij euthanasie groter maakt.

3.2 ZWITSERLAND

De situatie in Zwitserland wat betreft euthanasie is uniek. Het is voor artsen verboden om euthanasie te verrichten, maar zij mogen wel euthanatica voorschrijven. Actieve euthanasie is verboden, maar passieve euthanasie (stop zetten van levensverlengende maatregelen) en indirecte actieve euthanasie (toedienen van middelen die het lijden verlichten en het leven verkorten) worden als legaal bestempeld.¹⁴³ Hulp bij zelfdoding valt zelfs (deels) buiten het bereik van het strafrecht, want het is alleen strafbaar als daarbij 'onbaatzuchtige' motieven een rol spelen.¹⁴⁴ Het fundamentele verschil is volgens Den Hartogh dat de nadruk in het Nederlandse model op barmhartigheid ligt, in tegenstelling tot het uitgangspunt van

¹⁴⁰ EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas/Zwitserland).

¹⁴¹ EHRM 19 juli 2012, nr. 497/09 (Koch/Duitsland).

¹⁴² EHRM 19 juli 2012, nr. 497/09 (Koch/Duitsland).

¹⁴³ De Blois, 2003, p. 87

¹⁴⁴ Van der Werf & Zaat, 2005, p. 222

zelfbeschikking in het Zwitserse model.¹⁴⁵ Chabot merkt op dat Den Hartogh hiermee af doet aan de Zwitserse situatie. De kern is dat de barmhartigheid ook in Zwitserland centraal staat, maar dat zelfbeschikking overheerst. Den Hartogh sluit zich daarna bij Chabot aan.¹⁴⁶

De Zwitserse organisatie Exit maakt gebruik van de juridische ruimte door hulp bij zelfdoding te verlenen aan mensen met een ongeneeslijke aandoening die ondraaglijk lijden.¹⁴⁷ De (huis)arts dient een verklaring af te geven over de toestand van de patiënt en de middelen voor te schrijven. De medewerker van Exit toetst of de patiënt wilsbekwaam is en levert de middelen af bij de patiënt. De patiënt neemt deze, eventueel in het bijzijn van de Exit-medewerker, in en na het overlijden verstrekt de Exit-medewerker informatie aan de politie. De arts heeft dus geen juridische eindverantwoordelijkheid, maar is slechts onderdeel van de procedure. Exit is niet de enige organisatie die hulp bij zelfdoding verleent, maar zo zijn er in Zwitserland nog meer 'stervenshulp'-organisaties.¹⁴⁸

3.3 POSITIE VAN NEDERLAND

Medio 2001 bracht het mensenrechtencomité van de Verenigde Naties een verslag over de Nederlandse euthanasiesituatie uit.¹⁴⁹ Kernpunten uit dit verslag waren de ernstige zorgen omtrent het hellende vlak waarop artsen zich door beroepsblindheid zouden kunnen gaan begeven en ongezonde invloeden die derden uit eigen belang op de beslissing van de betrokkenen zouden kunnen gaan uitoefenen. Hier tegenover staat dat de euthanasieprocedure in Nederland al lange tijd bestaat en zich in volledige openbaarheid afspeelt.¹⁵⁰ Ook in 2009 werd Nederland op de vingers getikt en dit keer door de commissie Ethiek van de Verenigde Naties. Naast een gebrek aan palliatieve zorg, werd hier ook gewezen op een *slippery slope*, een hellend vlak. Er zou meer toetsing vooraf noodzakelijk zijn gezien de onomkeerbaarheid van euthanasie, ondanks de toetsing door een tweede arts.¹⁵¹ Oud-KNMG'er Van Berkestijn zegt hierover dat in de jaren '90 inderdaad sprake was van een hellend vlak en Nederland doorschoot met euthanasie. Maar er is volgens hem ook sprake van een ander hellend vlak waar niet over gesproken wordt. Dat is de kritiek die we op het buitenland kunnen hebben. Gezien de toegenomen medisch-technische mogelijkheden werden patiënten langer, en soms te lang, doorbehandeld. Wat gebeurt er als

¹⁴⁵ Knuiman, 2007, p. 158

¹⁴⁶ Knuiman, 2007, p. 159

¹⁴⁷ Van der Werf & Zaat, 2005, p. 223

¹⁴⁸ De Blois, 2003, p. 88

¹⁴⁹ Weyers, 2004, p. 14

¹⁵⁰ Weyers, 2004, p. 15

¹⁵¹ The, 2009, p. 207

je doorgaat met zinloos medische handelen of het blijven voeden van dementerenden die dat niet willen? Van Berkestijn zou willen dat artsen ook daar verantwoording voor af zouden moeten leggen.¹⁵²

De Europese rechter gaat uit van de menselijke waardigheid als fundament voor zijn oordeel over levensbeëindiging. Het blijkt dat menselijke waardigheid verschillend kan worden opgevat en dat er een ontwikkeling gaande is. Het Europese recht ontkent het bestaan van een recht op zelfdoding. Volgens het Nederlandse recht is een poging tot zelfdoding niet strafbaar, maar heeft alleen de arts bij een conflict van plichten in medische zin het morele recht om hulp bij zelfdoding te verlenen.¹⁵³ Er zijn aanwijzingen dat de WTL in beginsel door het Europees Hof toelaatbaar wordt geacht.¹⁵⁴ Het EHRM wijst er namelijk op dat euthanasie een thema is dat per lidstaat verschillend kan worden geïnterpreteerd omdat het sociaal-cultureel bepaald wordt. Het recht op leven uit art. 2 EVRM moet strafrechtelijk worden gehandhaafd, maar initiatieven op het gebied van euthanasie kunnen rechtmatig zijn indien de praktijk zorgvuldig gereguleerd is en adequaat wordt getoetst en gehandhaafd.¹⁵⁵

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Niet alleen in Nederland zijn ontwikkelingen gaande op het gebied van euthanasie, maar ook de internationale wereld staat niet stil. Het feit dat België en Luxemburg actieve euthanasie hebben gelegaliseerd, het Zwitserse stelsel en het wetsvoorstel in Schotland getuigen hiervan. Ook heeft het EHRM een aantal belangrijke uitspraken gedaan voor de interpretatie van de artikelen 2, 3 en 8 EVRM. Er bestaat geen recht op sterven en de staat kan dus niet verplicht worden de burgers hierbij te helpen of maatregelen te treffen. De Nederlandse positie in het euthanasierecht blijft enigszins omstreden en niet zonder kritiek. Gezien het sociaal-culturele aspect laat het Europees Hof ruimte voor initiatieven wat betreft euthanasie. Dit haalt niet weg dat Nederland meerdere malen op de vingers is getikt vanwege het gevaar van een hellend vlak.

¹⁵² The, 2009, p. 208

¹⁵³ De Wit, 2002, p. 1664

¹⁵⁴ Pans, 2006, p. 214

¹⁵⁵ Pans, 2006, p. 214

4. HOE VERHOUDT HET ‘LIJDEN AAN HET LEVEN’-CRITERIUM ZICH TOT STANDPUNTEN VAN DE BEROEPSGROEP, MAATSCHAPPIJ EN POLITIEK?

‘Trots sterven als het niet meer mogelijk is trots te leven. De dood uit vrije overtuiging gekozen, de dood te rechter tijd, helder en vreugdevol, te midden van kinderen en getuigen verricht, zodat een werkelijk afscheid nog mogelijk is omdat degenen die afscheid neemt er nog werkelijk is, tegelijkertijd een werkelijke waardering van wat werd gewild en bereikt, een evaluering van het leven – dit alles in tegenstelling tot de erbarmelijke en gruwelijke komedie die het christendom van het sterfuur heeft gemaakt.’ - Friederich Nietzsche (1844-1900)¹⁵⁶

Het ouderenbeleid is de afgelopen vijftig jaar veranderd en sinds de veranderingen in de verzorgingsstaat is ook de visie op ouderdom veranderd. Tegenwoordig staat het participierend burgerschap centraal, wat ook terug te zien is in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo).¹⁵⁷ De culturele verschuiving naar het zelfstandig burgerschap is ook terug te zien in het beleid van de overheid, waar eerst een meer sociaal-medische visie heerste. Na de Tweede Wereldoorlog werd de oudere gezien als ‘de zieke’ en iemand die niet meer in de samenleving hoeft te participeren. Hij mocht zich langzaam terugtrekken en werd verzorgd in een van de samenleving gescheiden setting. Tegenwoordig wordt succesvol ouder worden gezien als het zo lang mogelijk voortzetten van het leven op een actieve manier. Hulp bestaat in eerste instantie uit preventie en ondersteuning bij zelfzorg, zodat er zo lang mogelijk zelfstandig kan worden gewoond. De oudere van vandaag wil zelf de regie houden, zelfredzaam en autonoom zijn, tot het einde toe.¹⁵⁸

4.1 DE MEDISCHE BEROEPSGROEP

‘Dokters zijn meer onder de indruk van lichamelijke problemen als pijn, misselijkheid en onbehandelbare wonden dan van verlies van zingeving. (...) Een zorgvuldige woordkeuze is dan van groot belang.’ – aanwijzingen hoe een euthanasieverzoek het beste in te kleden is¹⁵⁹

Een opvallend resultaat uit het onderzoek van Van der Wal et al¹⁶⁰ is dat 25 procent van de artsen die nog nooit euthanasie of hulp bij zelfdoding hadden toegestaan, dit wel denkbaar

¹⁵⁶ Kind, 2012, p. 19

¹⁵⁷ De Lange, 2012, p. 21

¹⁵⁸ De Lange, 2012, p. 18-19

¹⁵⁹ Kind, 2012, p. 56

¹⁶⁰ Van der Wal e.a., 2003

hadden gevonden. Vooral situaties waarin sprake was van afhankelijkheid van lichamelijke problemen, ouderdom, een sterk isolement en geen uitzicht op verbetering werden gezien als situaties waarin je zo'n verzoek indient. Het grootste struikelblok voor de 75 procent van de artsen die euthanasie bij 'lijden aan het leven' niet denkbaar vonden, was de rol van de arts hierin. Zij vonden het niet aan de arts om uitvoering te geven aan een dussdanig verlangen van een patiënt. Andere redenen waren de afwezigheid van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, afwezigheid van ernstige aandoeningen, geloof, emotionele belasting en eventuele strafrechtelijke vervolging. De groep waaronder een verzoek tot beëindiging van het leven doordat zij klaar met leven zijn het meest voorkomt, zijn vrouwen, personen zonder partner en personen boven de 80 jaar. Zo'n verzoek wordt ingegeven door lichamelijke achteruitgang, maar ook levensmoeheid, eenzaamheid en een gebrek aan zingeving. Van de geraadpleegde artsen in het KNMG-ledenpanel vond 65 procent euthanasie aanvaardbaar wanneer er een opeenstapeling is van ouderdomsklachten met functieverlies.¹⁶¹ Achttien procent vindt dit onaanvaardbaar en zeventien procent is neutraal. Opvallend is dat huisartsen het vaker onaanvaardbaar achten dan medisch specialisten (26 versus 14 procent). In uitzonderlijke situaties vinden artsen hulp bij zelfdoding aan hoogbejaarden die 'klaar met leven zijn' of 'lijden aan het leven' en daarnaast niet ernstig lichamelijk lijden aanvaardbaar. Hier is 34 procent van de medische specialisten, 25 procent van de huisartsen en 25 procent van de specialisten ouderengeneeskunde het helemaal mee eens. En 52 procent van de specialisten oudergeneeskunde is het volledig oneens met deze opvatting, tegenover 41 procent van de medische specialisten en 50 procent van de huisartsen.¹⁶² De medische beroepsgroep is dus in eerste instantie redelijk terughoudend, wat verklaard kan worden doordat zij de uitvoerende taak hebben.

4.2 DE KNMG & WMA

De KNMG laat, net als onder andere Den Hartogh, ruimte voor een bredere interpretatie van het Brongersma-arrest. Dat wil zeggen dat aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot lijden aan het leven tot het medische domein behoren.¹⁶³ De KNMG noemt dit de medische grondslag, die er dient te zijn om het lijden binnen de WTL te laten vallen. Diverse dimensies van het lijden die patiënten ervaren, zijn in de praktijk niet altijd even goed uit elkaar te halen en lopen door elkaar heen. Deze verschillende aspecten kunnen elkaar versterken, maar niet al het lijden behoort tot het medische domein, aldus de KNMG.¹⁶⁴ Wel benadrukt de KNMG

¹⁶¹ Van Wijlick & Nieuwenhuizen Kruseman, 2011, p. 2132

¹⁶² KNMG, 2011, p. 16

¹⁶³ Den Hartogh, 2010, p. 2656

¹⁶⁴ KNMG, 2011, p. 25

dat er meer ruimte binnen de huidige euthanasiewetgeving is dan veel artsen denken. Deze ruime uitleg is terug te zien bij de RTE's, die het criterium lijden aan het leven steeds minder restrictief zijn gaan uitleggen.¹⁶⁵ Het is de vraag of het feit dat de controle van de euthanasieverzoeken bij de RTE's ligt de rechtszekerheid in gevaar brengt.

De World Medical Association (hierna: WMA) is de internationale beroepsorganisatie voor artsen, waar 82 lidstaten (waaronder Nederland) en acht miljoen individuele artsen deel vanuit maken.¹⁶⁶ De WMA is tegen elke vorm van legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De beschermwaardigheid van het leven moet voor de arts altijd voorop staan. Over een conflict van belangen en beginselen is niets bepaald. In 2002 verklaarde de WMA dat euthanasie in strijd is met de ethische basisprincipes van de medische praktijk. De arts mag er alleen voor kiezen de medische behandeling stop te zetten op verzoek van de patiënt, maar opzettelijke beëindiging van het leven wordt als onethisch beschouwd.¹⁶⁷ Voor Nederland is dit een vergaand standpunt en een punt dat zich moeilijk verhoudt met de WTL, gezien het feit dat er geen ruimte wordt gelaten voor een uitzondering op het algehele euthanasieverbod.

4.3 DE BELANGENORGANISATIES & MAATSCHAPPIJ

*'De Ojibwa-indianen rond het Winnipegmeer lieten de oudste ouderen achter, of offerden hen, net als de Siriono in het Boliviaanse oerwoud. Onder de Dinka's van de Boven-Nijl werden priesters op hun eigen initiatief door de bevolking levend begraven, omdat ze geloofden dat alleen zo hun geest met die van de voorvaderen verenigd zou worden en niet zou gaan rondspoken. De inwoners van het Griekse Keon hadden volgens de overlevering in de oudheid de gewoonte zichzelf te doden als ze tegen de zestig liepen. Wij daarentegen willen dat ouderen zo lang mogelijk waardig blijven leven, en pas doodgaan als er voor hen geen menswaardig bestaan meer mogelijk is.'*¹⁶⁸

De Stichting Vrijwillig Leven (hierna: SVL) streeft naar een wettelijk erkend recht op het zelfgekozen levenseinde en pleit voor een wetwijziging naar Zwitsers model, waarbij hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht wordt gehaald. Zij menen dat middelen voor een

¹⁶⁵ KNMG, 2011, p. 26

¹⁶⁶ Pans, 2006, p. 180

¹⁶⁷ Pans, 2006, p. 181

¹⁶⁸ De Lange, 2012, p. 16

humane wijze van zelfdoding moeten verkrijgbaar worden gemaakt.¹⁶⁹ De SVL vormt hiernaast ook een steunpunt voor advies bij zelfdoding.

Begin jaren '90 opende Drion de discussie over het ter beschikking stellen van middelen die geschikt zijn voor humane wijze van zelfdoding. Tegenwoordig beter bekend als de 'laatstewilpil'. Drion voerde als hoofdargument dat de staat geen rechtvaardigingsgrond heeft om mensen de mogelijkheid om op aanvaardbare wijze uit het leven te stappen te onthouden. De NVVE deelt deze visie deels en heeft de discussie rondom de pil van Drion heropent.¹⁷⁰ Ook nam de NVVE in november 2013 het burgerinitiatief van de groep Uit Vrije Wil symbolisch over, waardoor zij beloofde zich hard te blijven maken voor mensen die hun leven voltooid achten. De NVVE heeft de visie dat een weloverwogen mens zelf tot levensbeëindiging mag beslissen en hier zelf de regie over mag houden. Het burgerinitiatief Voltooid Leven pleitte voor een wetswijziging waarin een vrijwillig en weloverwogen besluit van een oudere die wil sterven de centrale voorwaarde is. Daarnaast dient het besluit over de zelfgekozen dood authentiek, consistent en invoelbaar te zijn. De oudere die stervenshulp vraagt, dient wilsbekwaam, Nederlands staatsburger en 70 jaar of ouder te zijn.¹⁷¹

Echter niet iedereen staat positief tegenover euthanasie bij lijden aan het leven. De grootste patiëntenvereniging van Nederland, de Nederlandse Patiënten Vereniging (hierna: NPV), vindt de ontwikkelingen rondom de euthanasiewetgeving namelijk zorgwerkkend. Zij vinden de beschermwaardigheid van het menselijk leven niet langer vanzelfsprekend in Nederland.¹⁷² De NPV is van mening dat de waarde van het leven steeds vaker wordt gerelativeerd in de maatschappij, met als gevolg dat de grenzen van de euthanasiewet op worden gezocht. Volgens het standpunt van de NPV verdient elk leven bescherming en kunnen er bij euthanasie bij lijden aan het leven vanuit christelijk oogpunt vraagtekens worden gezet. De NPV ziet leven als een gave van God en daarmee aan ons de opdracht om daar zorg voor te dragen.¹⁷³

Zoals bij elk ethisch onderwerp zijn er voor- en tegenstanders binnen de maatschappij. Bij euthanasie heerst aan de ene kant de opvatting rondom eerbied voor het leven. Binnen de literatuur worden hierbij twee benaderingen onderscheiden: de (religieuze) heiligheid van het leven en de (seculiere) onaantastbaarheid van het leven. Beide gaan er vanuit dat het

¹⁶⁹ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 13

¹⁷⁰ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 12

¹⁷¹ Vink, 2011, p. 24

¹⁷² NPV, 2013, p. 6

¹⁷³ NPV, 2013, p. 5

menselijk leven een intrinsieke waarde heeft, hoe beschadigd dat leven ook is.¹⁷⁴ De heiligheid van het leven wordt in eerste instantie onderbouwd door het gebod 'gij zult niet doden' en dat het leven een geschenk is van God. Elk menselijk leven is heilig en is het waard geleefd te worden omdat het een creatie van God is. De mens mag niet voor God spelen door te bepalen wanneer hij sterft. Deze religieuze invulling van de heiligheid van het leven is zowel terug te zien in het christendom, als het jodendom, als de islam. In Nederland is de religieuze argumentatie nooit door de wetgever en rechter gebruikt als onderbouwing.¹⁷⁵ De onaantastbaarheid van het leven komt meer vanuit de sociaal-economische, maatschappelijke of psychologische invalshoek. Mensen hebben er over het algemeen belang bij dat anderen niet dood gaan (partners, kinderen, werkgevers, klanten etc.) gezien de afhankelijkheidsrelaties in de moderne samenleving. In algemene zin wordt zelfdoding gezien als een negatief en ongewenst fenomeen. Het leven dient beschouwd te worden als waardevol en verdient volledige bescherming. De filosoof Callahan hangt de theorie aan dat hoe erg het lijden ook is, het beëindigen van het leven nooit een acceptabele oplossing is voor de samenleving, omdat ieder mens in zijn leven met lijden te maken krijgt. Lijden hoort binnen deze visie bij het leven en de dood is geen juiste manier om met ernstige lijdensdruk om te gaan.¹⁷⁶

Aan de andere kant is er de 'quality of life'-visie, waarbij het menselijk leven niet ten koste van alles in stand moet worden gehouden. Het menselijk leven op zich heeft geen waarde, maar wat wij met ons leven doen is wat de waarde van ons bestaan bepaalt. Het uitgangspunt is dat mensen hun eigen leven continu evalueren en waarderen. Deze visie sluit aan bij de theorie over zelfbeschikking, omdat het over het waarderen van het eigen leven gaat en het maken van fundamentele levenskeuzen.¹⁷⁷

4.4 DE POLITIEK

De zaak Brongersma in 2003 en het rapport van de commissie Dijkhuis in 2004, gaven voor de KNMG aanleiding tot het doen naar onderzoek om de aard en de omvang van de problematiek rondom lijden aan het leven in kaart te brengen.¹⁷⁸ Op deze manier kon de beleidslijn vanuit de beroepsgroep goed worden onderbouwd. Het onderzoek op aandringen van de KNMG heeft echter nooit plaatsgevonden, omdat dit politiek gevoelig lag. Het kabinet

¹⁷⁴ Pans, 2006, p. 169

¹⁷⁵ Pans, 2006, p. 170

¹⁷⁶ Callahan, 2002, p. 66-67

¹⁷⁷ Pans, 2006, p. 174

¹⁷⁸ KNMG, 2011, p. 11

wilde geen veranderingen in het euthanasiebeleid en wilde voorkomen dat het onderzoek de discussie zou doen oplaaien.¹⁷⁹ Het kabinet Balkenende/Bos/Rouvoet liet in 2007 weten dat zij niets zouden oppakken uit de discussie rondom euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ook het volgende kabinet, VVD/CDA met gedoogsteun van PVV en SGP, liet snel weten geen actie te ondernemen op het gebied van euthanasie en zelfdoding gezien de gedoogsteun van de SGP.¹⁸⁰

Toch staat het politieke debat rondom euthanasie voor mensen die lijden aan het leven niet stil. Uit de websites van politieke partijen blijken wisselende standpunten. Zo verwelkomt de PvdA het debat dat is aangewakkerd door het burgerinitiatief om in de toekomst tot legalisatie van stervenshulp voor ouderen die hun leven voltooid achten te komen. Dit op uitdrukkelijk verzoek en onder voorwaarden van zorgvuldigheid en toetsbaarheid. De VVD geeft aan dat zelfbeschikking een belangrijk principe is binnen de partij en dat ouderen, mits goed bij geest, zelf moeten kunnen kiezen voor een waardig levenseinde. De VVD steunt daarom bijvoorbeeld de levenseindekliniek. De partij wil de komende periode onderzoeken hoe de ontwikkelingen kunnen worden afgebakend en goed kunnen worden geregeld. D'66 vindt dat ouderen die tot de conclusie komen dat hun leven is voltooid, zelf moeten kunnen bepalen hoe en wanneer ze willen sterven. De partij vindt dat artikel 294 lid 2 Sr moet worden aangepast, zodat wie na zorgvuldige afweging, vrijwillig en onbaatzuchtig, middelen en/of begeleiding verschaft aan iemand die uit eigen overweging het leven wil beëindigen, niet langer strafbaar is. Het CDA vindt dat de huidige euthanasiewet goed werkt in de praktijk en benadrukt het belang van palliatieve zorg. De SGP is uitdrukkelijk tegen euthanasie bij klaar met leven problematiek of een vrees voor toekomstig lijden. Ook meent de SGP dat het verstrekken van informatie over methoden van levensbeëindiging strafbaar moet worden. De PVV benadrukt dat er meer mogelijk is binnen de huidige euthanasiewet dan wordt gedacht. Fysiek of psychisch lijden vormt voor de PVV voldoende aanleiding voor een euthanasieverzoek.

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

De opvattingen over euthanasie bij lijden aan het leven lopen in Nederland uiteen. De medische beroepsgroep is in eerste instantie terughoudend, maar er bestaat enige opening voor ontwikkelingen. De KNMG wijst op de ruimte voor lijden aan het leven, die er meer is dan gedacht en bepleit dat deze wordt benut. De internationale beroepsorganisatie WMA is daarentegen minder positief en tegen elke vorm van legalisering van euthanasie. De SVL

¹⁷⁹ KNMG, 2011, p. 11

¹⁸⁰ Vink, 2011, p. 19

pleit ervoor hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht te halen en ook de NVVE maakt zich hard voor mensen die lijden aan het leven. In tegenstelling tot de NPV die de huidige ontwikkelingen op het gebied van lijden aan het leven kwalijk vindt en euthanasie niet vindt passen binnen het christelijke uitgangspunt. Politiek gezien is er geen prioriteit voor euthanasie, maar speelt het wel. Verschillende politieke partijen geven aan een passende oplossing te willen vinden voor de verruiming van de wet, maar andere geven echter aan dit niet te zien zitten. Kortom, de Nederlandse maatschappij is er nog niet uit.

5. WAT ZIJN DE GEVAREN EN BEZWAREN BIJ HET 'LIJDEN AAN HET LEVEN'-CRITERIUM?

'Een 94-jarige man zou te horen kunnen krijgen: u heeft nu de gemiddelde leeftijd van uw generatie met acht jaar overschreden. Dat wil zeggen dat uw beker wat ons betreft leeg is en uw leven voltooid; u kunt uw overdosis innemen in een door u zelf te kiezen ambiance. Wij bieden: landelijk (boomgaard in de herfst, grazende koe, springerig geitje); kerkelijk A (orgel, psalmen, Bijbellesing in de 'oude Wester'); kerkelijk B (mis van Mozart, priester, misdienaars, wierook, in de Sint Jan); atheïstisch (er wordt voorgelezen uit de 'Ideeën' van Multatuli); kosmisch (in Omniversum, tijdens vertoning filmopnamen gemaakt met Hubble Space Telescope); klassiek (Plato's 'Phaidon' met citer op de achtergrond); Amsterdams (rondvaartboot, Johnny Jordaan).'¹⁸¹

Bovenstaand voorbeeld geeft spottend weer of het op een gegeven moment zo ver komt dat de maatschappij uit gaat maken wanneer je leven voltooid is. Dat het zo ver gaat dat alle argumenten rondom autonomie en zelfbeschikking als dwingend worden gepresenteerd aan mensen die oud worden.¹⁸² Binnen de discussie over euthanasie bij lijden aan het leven zijn er theorieën die een dergelijk criterium als gevaar en bedreiging zien.

5.1 HELLEND VLAK

Esther Pans benadrukt dat de zorgvuldigheidseisen uit de WTL een open norm zijn. In de wet en rechtspraak worden geen algemene normen geformuleerd wat moet worden verstaan onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden.¹⁸³ Deze interpretatieve ruimte betekent ook dat er sprake is van interpretatieve onzekerheid: de arts weet niet exact wanneer hij wel of niet voldoet aan de wettelijke eisen en eventueel geconfronteerd wordt met justitie.¹⁸⁴ Door deze ruimte kan er ook 'gebruikt gemaakt worden' van het feit dat niet alles haarscherp vastligt. Hierdoor kan er verschuiving van de kaders optreden, wat te zien is in het debat omtrent lijden aan het leven. Pans wijst erop dat de verschuiving van grenzen gezien de ernst van het onderwerp een langzaam proces kan zijn. Anderen benoemen dit als hellend vlak bij het denken over levensbeëindiging. Zij zien dit hellend vlak dat gekenmerkt wordt door het eenzijdig benadrukken van autonomie, de eenzijdige benadering van de term recht, het

¹⁸¹ Keizer, 2010

¹⁸² Keizer, 2010

¹⁸³ Pans, 2006, p. 217

¹⁸⁴ Vink, 2011, p. 22

overwaarden van procedures en de oneigenlijke beschrijving van de functie van de arts.¹⁸⁵ Vanuit christelijk oogpunt is dit hellend vlak kwalijk, omdat het goede in het leven uit het oog wordt verloren en sneller voor een makkelijke uitweg wordt gekozen. Door het lijden te accepteren, wordt juist onderscheid gemaakt tussen de goede dingen en mindere dingen. Wanneer je bewust bent van het lijden waar je niet omheen kunt, heb je ook meer oog voor de prettige dingen, aldus De Wit.¹⁸⁶

5.2 BEZWAREN

Ons besef van goed en kwaad wordt niet alleen bepaald door onszelf, maar ook door de groep waarin we leven. De normen en waarden van deze groep worden ons vanaf het begin af aan ongemerkt bijgebracht.¹⁸⁷ Zo bestaan er binnen onze cultuur bezwaren tegen het zelfbepaalde einde, hoewel er toch elk jaar mensen zijn die een einde maken aan hun leven. Het standpunt van de maatschappij over euthanasie wordt dus cultureel bepaald. Hierbij zijn de belangrijkste bezwaren tegen het zelf beëindigen van je leven:¹⁸⁸

- het is onnatuurlijk;
- het is zelfmoord en men mag zichzelf niet doden;
- het is een overtreding van de algemeen geldige wet 'gij zult niet doden';
- het is tegen Gods wil, het is een zonde!;
- het is een uiting van een psychische ziekte;
- het is vreselijk voor de nabestaanden;
- het is laf, een gebrek aan moed om pijn te verdragen;
- het is irrationeel.

Deze oordelen zijn diep in de samenleving geworteld, maar wanneer hier beter over na gedacht wordt, zijn de opvattingen soms achterhaald. Dan blijken het ethische waarden die als normaal worden beschouwd, maar waar in de praktijk niet meer naar wordt geleefd.¹⁸⁹ Kritische gesteld zijn deze waarden in onze cultuur opgenomen, maar zijn ze rationeel gezien niet altijd logisch en sta je er niet altijd achter als je er een tweede keer over na denkt.

Het religieuze bezwaar 'gij zult niet doden' is hier een voorbeeld van. Sommige mensen mochten namelijk wel doden en sommige mensen mochten wel worden gedood.¹⁹⁰

¹⁸⁵ De Wit, 2002, p. 45

¹⁸⁶ De Wit, 2002, p. 45

¹⁸⁷ Kind, 2012, p. 63

¹⁸⁸ Kind, 2012, p. 64

¹⁸⁹ Kind, 2012, p. 65

¹⁹⁰ Kind, 2012, p. 85

Bijvoorbeeld omdat zij de regels niet naleefden en hiervoor gestraft diende te worden in de ogen van God. In de huidige maatschappij mogen agenten en soldaten ook in bepaalde omstandigheden doden. De staat bepaalt dus wie er doodt en wie er gedood mag worden. Het gebod betekent in de kern dat men van elkaars leven af moet blijven en elkaar niet mag doden. Het gebod is bedoeld om het leven te waarborgen als algemene levensregel. Maar waarom zou iemand weerhouden moeten worden om zijn leven te ontnemen, wanneer hij hier zelf achter staat? Dan gaat het om wat diegene voor zichzelf wil, terwijl het gebod toeziet op het leven van een ander.¹⁹¹

Daarnaast wordt de moeilijkheid van het taxeren van het lijden opnieuw als valkuil voor het criterium 'lijden aan het leven' aangedragen. Aangezien we als maatschappij en als artsen niet willen dat men in een opwelling een besluit neemt over zijn of haar levenseinde, wordt er niet altijd genoeg genomen met de uiting van een patiënt dat zijn lijden ondraaglijk is.¹⁹² Het is praktisch onmogelijk om een volledig objectieve maatstaf te ontwikkelen, omdat het lijden niet alleen afhankelijk is van een classificatie van een aandoening. Het feit dat lijden moeilijk te taxeren is vormt zo een barrière voor een dergelijk 'lijden aan het leven'-criterium, omdat de handeling van de derde (de arts) wel (voor zichzelf) te verantwoorden moet zijn. Dit is terug te zien in de huidige wetgeving in het feit dat er altijd sprake moet zijn van lijden. Men kan niet besluiten dat het genoeg is zonder enige medische grond aan te voeren. Dit komt voor uit de afhankelijkheid van de arts en het feit dat iemand anders de handelingen moet verrichten, waardoor er morele goedkeuring moet zijn voor de dood.¹⁹³

5.3 GEEN TWEEDE WEG

Margot Trappenburg is van mening dat het voorstel van Uit Vrije Wil geen oplossing kan bieden. Zij is geen voorstander van het initiatief, hoewel zij zich euthanasie voor mensen die lijden aan het leven in kan denken. Zij is alleen niet voor het openen van een tweede weg naar de dood in de zin van alternatieve wetgeving.¹⁹⁴ 'Je zou de grens tussen leven en dood kunnen voorstellen als een dichte haag. In die haag hebben wij een keurig hekwerk aangebracht met breed gedragen, plausibele regels. Het zou raar zijn om daarnaast een groot gat te knippen voor mensen die het hekwerk niet mogen passeren.'¹⁹⁵ Het hekwerk staat in deze metafoor symbool voor de huidige euthanasiewetgeving, waarin we na dertig

¹⁹¹ Kind, 2012, p. 85

¹⁹² Commissie Dijkhuis, 2004, p. 20

¹⁹³ Den Hartogh, 2007, p. 145

¹⁹⁴ Sutorius, 2005, p. 94

¹⁹⁵ Trappenburg, 2010

jaar discussie een breed gedragen kader hebben gevormd. Het knippen van het gat in het hek zou betekenen dat er een alternatieve methode, zoals Uit Vrije Wil, komt naast de bestaande wetgeving.

Bovendien lijkt het opnemen van het criterium in de wet niet perse noodzakelijk.¹⁹⁶ De praktijk verschuift zichtbaar en het daadwerkelijke oordeel lijkt bij de RTe te liggen. Uit deze jaarverslagen¹⁹⁷ blijkt ook dat er onder strikte omstandigheden en op basis van een medische grondslag, euthanasie bij lijden aan het leven kan worden toegestaan. Door ouderdom te medicaliseren, wordt 'lijden aan het leven' steeds meer binnen het euthanasierecht getrokken.

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Het hellende vlak is een terugkerend thema binnen de euthanasie discussie en vormt één van de gevaren voor euthanasie bij lijden aan het leven. Internationaal gezien is Nederland al geweest op dit hellende vlak en ook tegenstanders van euthanasie bij lijden aan het leven wijzen er in dit verband op. Daarnaast zijn verschillende bezwaren cultureel bepaald en in onze normen en waarden versmolten. Hoewel deze bezwaren soms rationeel gezien te relativeren zijn, zijn deze wel bepalend voor de discussie. Ook keert de moeilijkheid van het taxeren van het lijden terug als onderwerp en in dit geval als barrière voor het lijden aan het leven criterium. Het lijden zal altijd verantwoord moeten worden, aangezien je als maatschappij en uitvoerend arts hier controle op wil houden. Bovendien wordt er gewezen op de onwenselijkheid van een tweede wet, waarbij mensen de WTL zullen omzeilen. Doordat zij via een gemakkelijkere weg bij euthanasie of hulp bij zelfdoding kunnen komen, zal de WTL op dat moment stuurloos worden.

¹⁹⁶ Vink, 2011, p. 21

¹⁹⁷ RTe, 2013

6. HOE MOET DE ARTS OMGAAN MET HET 'LIJDEN AAN HET LEVEN'- CRITERIUM?

*'Bang om de confrontatie met stervenden aan te gaan, is Jan van Es nooit geweest. Hij weet dat dit voor veel artsen een blokkade vormt in hun contact met patiënten. 'Artsen zijn bang voor de emoties die de confrontatie met stervenden bij henzelf teweegbrengt en dat maakt dat ze de patiënt bewust en onbewust uit de weg gaan.'*¹⁹⁸

Artsen noemden de juridisering van de euthanasiediscussie storend en onnodig. Zij meenden dat euthanasie geen misdaad is en dat artsen dan ook niet als misdadigers moeten worden afgeschilderd. Over euthanasie werd weinig gesproken, zowel binnen de beroepsgroep niet als met de buitenwereld niet. Veel artsen deden gewoon hun werk en lieten de juristen, ethici en politici hun gang maar gaan.¹⁹⁹ Nu nog is er kritiek vanuit de artsen dat euthanasie zich niet door wetgeving laat regelen: iedere patiënt, iedere situatie en iedere dokter is steeds weer anders.²⁰⁰

6.1 NORMAAL MEDISCH HANDELEN

Euthanasie en hulp bij zelfdoding kunnen niet beschouwd worden als 'normaal medisch handelen'. Normaal medisch handelen valt onder de medische exceptie: er geldt altijd de uitzondering voor de arts die handelt conform de professionele standaard bij een strafbepaling over de aantasting van de lichamelijke integriteit.²⁰¹ Zo valt het amputeren van een arm niet onder zware mishandeling. Maar als er een conflict van plichten is zoals omschreven in de zaak Schoonheim²⁰² (de verplichting om het leven te ontzien en de verplichting lijden te voorkomen), zijn beide normen van kracht. Ook de norm die uiteindelijk wijkt omdat niet aan beide verplichtingen kan worden voldaan, is van kracht. Het kan dus nooit een professionele plicht zijn om te kiezen voor euthanasie, want binnen het conflict is de alternatieve keuze ook legitiem. De verplichting die niet wordt nagekomen is terug te zien in onder andere de meldingsplicht.²⁰³ Het toetsingsregiem waar niet alleen artsen, maar ook ethici en juristen bij betrokken zijn, bevestigt dat euthanasie geen normaal medisch handelen is. De ene plicht, het beschermen van het leven, gaat niet alleen om de persoonlijke waarde die het leven voor de desbetreffende persoon heeft.

¹⁹⁸ The, 2009, p. 25

¹⁹⁹ The, 2009, p. 185

²⁰⁰ The, 2009, p. 193

²⁰¹ Den Hartogh, 2007, p. 140

²⁰² HR 27 november 1984, NJ 1985, 108 (Schoonheim).

²⁰³ Den Hartogh, 2007, p. 140

Het 'taboe op doden' speelt hierbij ook een rol en heeft te maken met het feit dat het schenden van deze plicht uitgevoerd moet worden door iemand anders. Met dit taboe wordt bedoeld dat als de arts handelt met de overtuiging dat hij er goed aan doet om op het verzoek tot levensbeëindiging van de patiënt in te gaan, dan nog moet hij innerlijke weerstanden overwinnen om die overtuiging ook daadwerkelijk uit te voeren.²⁰⁴ Deze innerlijke weerstanden worden door verschillende aspecten veroorzaakt. Misschien zijn het de overblijfselen van een verzuilde en religieuze levensbeschouwing²⁰⁵ of van de Tweede Wereldoorlog, waarin de nazi-artsen het doden van in hun ogen niet-ariërs of minderwaardigen 'euthanasie' noemden.²⁰⁶ Anderen menen dat het volgt uit de erkenning van de morele status van de mens, zoals het vrijwillig aan slavernij deelnemen ook moeilijk strookt met de menselijke waardigheid.²⁰⁷ Of moet een verklaring voor het taboe meer gezocht worden in de sfeer van de besluitvorming. De plicht tot het beschermen van het leven zorgt er voor dat ons niet de bevoegdheid wordt gegeven om het leven van een ander in een belangenafweging te betrekken, omdat wij elkaar dit kennelijk niet toevertrouwen. Deze verschillende redenen zou kunnen verklaren waarom euthanasie en hulp bij zelfdoding onder voorwaarden strikt aan artsen is voorbehouden.²⁰⁸

6.2 WAAROM DE ARTS?

We vertrouwen elkaar (en onszelf) niet om een afweging te maken over het ontnemen van het leven van andere mensen. Het is een gevaar als we de optie hebben een ander te doden en het is een gevaar als we die optie niet hebben. Om deze gevaren te beperken is de beslissing aan een categorie mensen toegewezen.²⁰⁹ De keuze voor de bevoegdheid van de arts is volgens de commissie Dijkhuis opgebouwd uit drie argumenten:²¹⁰

1. De behandelingrelatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op vertrouwen. De arts heeft een hulpverleningsplicht en dient te handelen als 'goed hulpverlener'. Hij kan in zekere zin niet om het verzoek heen: ook als hij het niet wil uitvoeren, dient hij het serieus te nemen.
2. De arts kan het lijden van de patiënt verzachten en onderzoek doen naar dragelijke oplossingen. Dit wordt beschouwd als de kern van de taak van artsen. Euthanasie en

²⁰⁴ Den Hartogh, 2007, p. 141

²⁰⁵ Van Dantzig, 1995, p.19-41

²⁰⁶ The, 2009, p. 48

²⁰⁷ Den Hartogh, 2007, p. 141

²⁰⁸ Den Hartogh, 2007, p. 141

²⁰⁹ Den Hartogh, 2007, p. 141

²¹⁰ Commissie Dijkhuis, 2004, p.16

hulp bij zelfdoding kunnen als uiterste consequentie van die taakopvatting besproken worden.

3. De arts kan als deskundige informatie verzamelen om tot een gefundeerd en controleerbaar oordeel te komen over het lijden van de patiënt.

Hoewel het misschien snel als logisch wordt aangenomen dat de arts de sleutel tot het euthanaticakastje bezit, zijn hier ook argumenten tegen die het minder logisch doen lijken. Zo worden artsen opgeleid tot levensbehoud en niet voor levensbeëindiging. Deze keuze is in het wetgevingsproces misschien niet bewust gemaakt, maar is eerder zo gegroeid. Vervolgens werden de ontstane regels gehandhaafd en wordt het in de maatschappij als normaal beschouwd.²¹¹ Vaak wordt de uitspraak in de zaak Postma²¹², waarin een huisarts haar moeder hielp te overlijden, gezien als de basis van de medische monopolie. De rechtbank vond het noodzakelijk dat euthanasie uitgevoerd werd door, of in overleg met, een arts. In verdere jurisprudentie en wetgeving kwam toen de eis van de betrokkenheid van (een) arts(en) vast te liggen.²¹³

6.3 BUITEN TAKENPAKKET ARTS?

Uit Vrije Wil bepleit in haar voorstel dat de arts moet worden vervangen door een stervenshulpverlener. Binnen dit beroep vallen alle medisch professionals. Dit is vaak ook het kritiekpunt op het voorstel: de begeleiding lijkt nu alleen slechts een andere naam te krijgen, maar zou inhoudelijk niet veranderen. Het afschaffen van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding zou er ook voor zorgen dat de patiënt niet langer langs de arts hoeft. Iets wat nu als lastig obstakel om te passeren wordt gezien, maar terug te voeren is op het model gebaseerd op barmhartigheid (zie 'achtergrondschems en context').²¹⁴ In het rapport van de commissie Dijkhuis worden vier opvattingen onderscheiden over de rol van professionals bij hulp bij zelfdoding bij lijden aan het leven.²¹⁵ Uiteindelijk is de commissie voorstander van opvatting nummer twee, waarin de verschillen in opvattingen van artsen over de invulling van hun taak bij lijden aan het leven de ruimte krijgen. Er is binnen deze visie wel aandacht voor de deskundigheid op het gebied van lijden aan het leven, maar deze zal nog verder moeten worden ontwikkeld. Deze ontwikkeling is vooral belangrijk gezien de voorspelling dat deze

²¹¹ Trappenburg, 2003, p. 243-244

²¹² Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973, 183 (Postma).

²¹³ Pans, 2006, p. 12

²¹⁴ Den Hartogh, 2007, p. 145

²¹⁵ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 40

hulpvraag eerder meer, dan minder voor zal komen in de nabije toekomst.²¹⁶ Hoewel hulp bij zelfdoding buiten het takenpakket denkbaar lijkt te zijn, lijkt dit voor euthanasie niet aan de orde.^{217,218} De Nederlandse rechter heeft bewust gekozen voor een medische monopolie bij euthanasie.²¹⁹ De medische monopolie is het gevolg van het idee dat het denken over euthanasie is gestart binnen de medische context en ingegeven door de verbeterde medische mogelijkheden.²²⁰

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Allereerst is het van belang dat de arts een conflict van plichten heeft, waardoor er nooit de plicht tot euthanasie kan ontstaan, omdat ook de uitvoering van de andere plicht gelegitimeerd is. Aangezien het bezwaarlijk is een ander te doden en wij dit elkaar niet toevertrouwen, is dit naar het takenpakket van de arts verwezen. De commissie Dijkhuis benoemt drie hoofdredenen voor de keuze van de arts, die allemaal gebaseerd zijn op de medische kennis en kunde en het vertrouwen in de arts. Er zijn echter ook argumenten die de keuze van de arts minder vanzelfsprekend doen lijken. Dat deze taak tot op de dag van vandaag aan de arts toebehoort, is ontstaan in de jurisprudentie. De medische verbeterde mogelijkheden en de euthanasie die gestart is binnen het medische domein houden de medische monopolie op euthanasie in stand.

²¹⁶ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 40-42

²¹⁷ Commissie Dijkhuis, 2004, p. 42

²¹⁸ Den Hartogh, 2007, p. 146

²¹⁹ Pans, 2006, p. 30

²²⁰ Pans, 2006, p. 31

CONCLUSIE

In dit onderzoek stond de vraag *'In hoeverre is een lijden aan het leven-criterium binnen de huidige euthanasiewetgeving mogelijk?'* centraal. Door middel van de zes deelvragen is er een context geschetst die tot beantwoording van de hoofdvraag heeft geleid.

Door de steeds verder gaande medicalisering rees rond de jaren '70 de vraag of er ondanks eventuele medische behandeling of zonder ziekte ook sprake kon zijn van een stervenswens. Dit bleek in de praktijk wel degelijk zo te zijn, maar bij de bespreking van de WTL werd dit lijden aan het leven niet meegenomen binnen de wet. Dit deed het bestaan van een stervenswens bij lijden aan het leven niet af en deze vraag was ook terug te zien in rapportages en jurisprudentie. De Hoge Raad stelde in het arrest Brongersma uiteindelijk dat er sprake moest zijn van een medisch classificeerbare aandoening, waardoor euthanasie bij lijden zonder somatische of psychische aandoening uitgesloten leek te zijn.

Met deze uitspraak lijkt er snel een antwoord gegeven te zijn op de hoofdvraag, maar de praktijk leert dat er toch meer ruimte is binnen de wet dan wordt gedacht, omdat het Brongersma criterium niet streng wordt gehandhaafd. Zo gaf de KNMG in 2011 nog aan dat de ernst van het lijden niet aan de medische classificatie moet worden afgemeten. Lijden zonder enige medische grondslag valt nog steeds buiten de WTL, maar dit begrip wordt gedurende de jaren een steeds breder begrip. Klachten die leiden tot een toenemende aftakeling kunnen ook binnen het medische domein vallen, waardoor de zorgvuldigheidseis ondraaglijk en uitzichtloos lijden mede ingevuld kan worden door zingevingproblematiek. Dit is ook terug te zien in de jaarverslagen van de RTe. Dit is de instantie die uiteindelijk oordeelt of de euthanasie onzorgvuldig is uitgevoerd. Ook zij handhaven het vereiste van een medische grondslag, maar geven ook aan dat een opeenstapeling van ouderdomsklachten hier onder valt. Door deze interpretatie in de dagelijkse euthanasiepraktijken, is er meer ruimte om lijden aan het leven binnen de WTL te laten vallen, hoewel dit in eerste instantie zowel door de wetgever als door de Hoge Raad werd uitgesloten. Hierbij dient wel de kanttekening geplaatst te worden dat deze onderbouwing twijfelachtig is geweest. De uitspraak in de zaak Brongersma speelde tijdens de parlementaire behandeling van de WTL. De Hoge Raad motiveert zijn uitspraak met parlementaire stukken waarin lijden aan het leven absoluut wordt uitgesloten. Deze overwegingen van het parlement hadden geen rol mogen spelen bij de uitspraak, omdat de WTL nog niet was ingevoerd. Concluderend kan gesteld worden dat de wet vandaag de dag ruimer wordt toegepast dan bij de codificatie bedoeld, doordat de eis van ondraaglijk lijden minder strikt wordt uitgelegd.

Niet alleen in Nederland, maar ook internationaal gezien zijn veranderingen opgetreden in de afgelopen vijftig jaar. In België en Luxemburg is euthanasie respectievelijk sinds 2002 en 2009 toegestaan. Daarnaast is in Schotland sprake van een wetsvoorstel waarin hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar is. Ook in Nederland zijn voorstanders van het Zwitserse model, waarbij de arts euthanatica voor mag schrijven. Deze juridische ruimte wordt door verschillende organisaties opgepakt die mensen begeleiden bij het sterven, maar waarbij de arts de middelen voorschrijft. Binnen Europa lijkt dus een verschuiving plaats te vinden waarbij euthanasie meer overwogen lijkt te worden dan vijf decennia geleden. Toch spreekt het EHRM zich met enige terughoudendheid uit over euthanasie en ontkent het recht op zelfdoding. Het Hof acht euthanasie een thema dat per lidstaat verschillend ingevuld kan worden vanwege sociaal-culturele verschillen. Wel wijst zij erop dat het recht op leven uit art. 2 EVRM strafrechtelijk moet worden gehandhaafd, maar initiatieven rondom euthanasie kunnen rechtmatig zijn onder bepaalde voorwaarden. De VN is minder positief over de Nederlandse gang van zaken bij euthanasie en de commissie Ethiek sprak zich hier in 2009 nog over uit. Zij wezen op een gebrek aan palliatieve zorg, een gebrek aan toetsing vooraf en een hellend vlak, waardoor de criteria voor euthanasie steeds minder streng geïnterpreteerd en gehandhaafd zouden worden. Ook de World Medical Association is tegen elke vorm van legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het opzettelijk stopzetten van het leven achten zij onethisch en kan zich niet verhouden met de Nederlandse wetgeving.

Ook de grootste Nederlandse patiëntenvereniging plaatst vraagtekens bij de oprekking van de WTL. Volgens hen wordt de beschermwaardigheid van het leven steeds minder vanzelfsprekend en wordt vergeten dat het leven een gave van God is waar zorgvuldig mee om dient te worden gegaan. Daarnaast zijn er ook voorstanders van euthanasie bij lijden aan het leven die menen dat het leven niet in stand moet worden gehouden ten koste van alles. Deze opvatting is gebaseerd op het feit dat het leven op zich geen waarde heeft, maar dat iedereen waarde aan zijn bestaan geeft door de dingen die hij doet. De beroepsgroep is over het algemeen wat terughoudender over euthanasie bij lijden aan het leven. Toch vindt 65 procent van de artsen euthanasie aanvaardbaar wanneer er een opeenstapeling is van ouderdomsklachten met functieverlies. Het grootste struikelblok voor de 75 procent van de artsen die euthanasie bij 'lijden aan het leven' niet denkbaar vonden, was de rol van de arts hierin. Dit heeft te maken met het taboe op doden en dat euthanasie door iemand anders (de arts) moet worden uitgevoerd dan degene die de stervenswens heeft (de patiënt).

Ondanks de gematigde houding van de beroepsgroep, waarbij huisartsen vaker positief zijn dan specialisten, speelt euthanasie bij lijden aan het leven politiek gezien. Zo pleit D'66 voor

de afschaffing van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding. Maar er zijn ook partijen die minder vooruitstrevend zijn, zoals het CDA of SGP. Het CDA meent dat de huidige wetgeving voldoet en de SGP wil dat het geven van informatie over levensbeëindiging strafbaar wordt gesteld.

Er kan geconcludeerd worden dat nooit bedoeld is dat lijden aan het leven onder de reikwijdte van de WTL valt, maar dat in de praktijk een verschuiving plaatsvindt. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het daadwerkelijke oordeel over de zorgvuldigheid van euthanasie bij de RTe ligt, waardoor zij van grote invloed zijn op de euthanasiepraktijk. In hun jaarverslagen is te zien dat onder strikte omstandigheden en op basis van een medische grondslag, euthanasie bij lijden aan het leven kan worden toegestaan. Door ouderdom te medicaliseren wordt 'lijden aan het leven' steeds meer in het euthanasierecht opgenomen. Het opstellen van een criterium voor de wet lijkt dan ook niet wenselijk. Artsen ervaren de juridisering van de euthanasiediscussie onnodig en storend. Ook is het op dit moment niet mogelijk dergelijk criterium op te nemen in de wet. Hiervoor is te veel weerstand binnen verschillende groepen in de maatschappij, zoals enkele politieke partijen, een gedeelte van de bevolking, een gedeelte van de beroepsgroep en de NPV. Ook dienen de internationale standpunten niet vergeten te worden. Nederland blijft een uitzondering met deze vergaande euthanasiewetgeving en het opnemen van een dergelijk criterium kan de wet in gevaar brengen, doordat de wet nog verder af komt te staan van internationale opvattingen.

Het euthanasiedebat wordt altijd al gekenmerkt door een lang ontwikkelingsproces gezien de complexiteit en gevoeligheid van het onderwerp. Het overhaast op willen nemen van een criterium in de wet is niet gewenst, omdat dit te geforceerd zou zijn. De huidige praktijk wordt over het algemeen als werkbaar ervaren en de uniekheid van elke situatie moet niet vergeten worden. Het is goed dat er aandacht is voor deze zingevingsproblematiek en de wensen en opvattingen die daaruit ontstaan, maar het is op dit moment te vroeg voor het vastleggen van een criterium. Hiervoor is de discussie ook niet volledig uitgekristalliseerd en kan een eventuele verschuiving in de interpretatie van de eis ondraaglijk lijden altijd achteraf vastgelegd worden. De praktijk heeft meer tijd en ervaring nodig om de lijden aan het leven problematiek af te bakenen en invulling te geven. Maar het is voor de toekomst niet volledig uitgesloten. *Trots sterven als het niet meer mogelijk is trots te leven...*²²¹

²²¹ Kind, 2012, p. 19

DISCUSSIE

Binnen deze discussie zullen de beperkingen van dit onderzoek besproken worden en teruggeblikt worden op de gevonden bevindingen. Daarnaast zullen ook suggesties voor vervolgonderzoek worden aangedragen.

Bij de opzet van dit onderzoek is bewust gekozen om geen interviews af te nemen. Daardoor is dit onderzoek een pure weergave van de bestaande literatuur. Hoewel er bijvoorbeeld door de KNMG wel enquêtes onder de beroepsgroep zijn meegenomen, mist de koppeling met de empirie. Hierdoor zijn er conclusies getrokken die (bijna) niet getoetst zijn in de praktijk. Door zo veel mogelijk informatie te verzamelen uit verschillende hoeken, is geprobeerd om een zo volledig en waarheidsgetrouw beeld neer te zetten. Het is alleen de vraag in hoeverre er nog andere aspecten spelen. Daarnaast is het debat zeer snel in ontwikkeling, maar is ook literatuur van tien jaar geleden gebruikt. Uiteraard is hierbij ingeschat in welke mate de bevindingen gedateerd zijn, maar het is toch een belangrijke kanttekening. Bovendien is er een aantal personen die veel over de discussie publiceren (Pans, Den Hartogh, KNMG) en zijn de rapporten van de RTe en Commissie Dijkhuis van groot belang voor dit onderzoek geweest. Hoewel de literatuurlijst vier en een halve pagina beslaat, komen de voorgenoemde namen vaak ook in andere publicaties terug. Hierdoor spelen hun publicaties een grote rol binnen dit onderzoek en zijn zij grotendeels bepalend voor de uitkomsten.

Dit onderzoek heeft er aan bijgedragen om de stand van zaken binnen de lijden aan het leven discussie weer te geven. Op die manier is het onderzoek maatschappelijk relevant en brengt het alle bestaande literatuur samen. Toch zijn er weinig kritische opmerkingen in dit stuk te vinden, waardoor het een puur beschouwende functie heeft. Voor mensen die vanaf begin af aan de discussie en de ontwikkeling van de WTL mee hebben gekregen, biedt dit onderzoek weinig nieuwe inzichten. Dit was ook de insteek van het onderzoek, omdat het niet om mensen ging die volledig op de hoogte waren. De lezers van dit onderzoek zullen dan ook vooral mensen zijn die zich in willen lezen in de discussie of zich willen verdiepen in het onderwerp. Het is relevant als alomvattende weergave van de literatuur op dit moment.

Het antwoord op de hoofdvraag kan na dit onderzoek gematigd afwijzend worden beantwoord, in die zin dat het nu geen tijd is om een dergelijk criterium op te nemen maar wel een verschuiving van de kaders van de wet plaatsvindt. Toch zullen er ook mensen zijn die deze hoofdvraag geheel anders zullen beantwoorden. Dit onderzoek gaat namelijk uit

van de ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar. Hierin was te zien dat binnen de politiek meer agendaruimte was voor het onderwerp en de voorspelling dat de doelgroep van mensen die hun leven vanwege lijden aan het leven willen beëindigen steeds groter wordt. Deze aannames kunnen anders uitpakken in de toekomst, wanneer een omslag in de maatschappij plaatsvindt. Euthanasie is sociaal-cultureel bepaald en dit betekent dat er in de komende tijd een verschuiving naar een striktere opvatting kan ontstaan. Hoewel de voorspelling nu alles behalve die richting uitgaat, is het goed om dit in het achterhoofd te houden. Deze ontwikkeling naar een ruimere uitleg is namelijk wel een uitgangspunt van het onderzoek geweest.

Zoals eerder aangegeven in deze discussie, is er zelf geen data verzameld. Dit is wel een suggestie voor vervolgonderzoek. De meest recente cijfers die gebruikt zijn in dit onderzoek stammen uit 2012. Door enquêtes af te nemen onder betrokkenen bij het onderwerp, kan de literatuur vergeleken worden met de gevonden data. Hierdoor kan een vergelijking worden gemaakt in hoeverre de huidige literatuur overeenkomt met de praktijk. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat dit een grootschalig onderzoek vereist, omdat de meningen zeer verdeeld zijn en het onderwerp erg complex is. Veel factoren beïnvloeden de mening over het criterium (leeftijd, mate van gezondheid, mate van sociaal contact, etc.) waardoor getoetst moet worden binnen verschillende groepen. Ook zou dieper in kunnen worden gegaan op wat de effecten zouden kunnen zijn van het handhaven van het criterium. Wat zou dit internationaal gezien kunnen betekenen en wat voor effecten heeft het op het handelen van artsen? Zijn de gevaren waarop wordt gewezen omtrent het hellend vlak inderdaad zo gevaarlijk en ligt een maximale leeftijd dan echt op de loer? Daarnaast speelt op dit moment het hoger beroep in de zaak Heringa. De uitspraak in deze zaak kan bepalend zijn voor de discussie en kan voor nieuwe invalshoeken zorgen.

Samenvattend kan gesteld worden dat dit onderzoek een weergave biedt van de bestaande literatuur en de verschillende kanten van de discussie in kaart brengt. Door het verzamelen van nieuwe informatie, kan dit onderzoek beter onderbouwd worden of tot andere inzichten leiden. Daarbij vormt een koppeling tussen literatuur en empirie een meerwaarde voor het onderzoek en een verbetering van de betrouwbaarheid en validiteit. Ook blijven na dit onderzoek genoeg aspecten onderbelicht die in een vervolgonderzoek uitgediept kunnen worden.

LITERATUURLIJST

Buijsen 2002

M.J.A.M. Buijsen, 'De betekenis van *Pretty v. Verenigd Koninkrijk* voor de Nederlandse euthanasiepraktijk', *Pro Vita Humana* 2002, 3, 69-72.

Buijsen 2013

M.J.A.M. Buijsen, 'Heringa is geen arts en het vonnis is fout', *NRC Handelsblad*, 26-10-2013.

Buiting et al 2012

H.M. Buiting et al, 'Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in the Netherlands: 2001-2009', *Journal of Medical Ethics* 2012, 28, 267-273.

Callahan 2002

D. Callahan, 'Reason, self-determination and physician-assisted suicide', in: K. Foley en H. Hendin, *The case against assisted suicide. For the right to end-of-life care*, Baltimore: The John Hopkins University Press 2002.

Chabot 2010

B.E. Chabot, 'Zelfeuthanasie als stil protest', *Medisch Contact* 2010, 22, 1004-1006.

Commissie Dijkhuis 2004

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

De Blois 2003

M. de Blois, 'Hulp bij zelfdoding in Zwitserland', *Pro Vita Humana*, 2003, 3/4, 86-88.

De Lange 2012

F. de Lange, *Waardigheid. Voor wie oud wil worden*. Amsterdam: Uitgeverij SWP 2012.

Den Hartogh 2007

G. den Hartogh, 'Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2007, 31, 137-148.

Den Hartogh 2010

G. den Hartogh, 'Doof, blind en moederziel alleen', *Medisch Contact* 2010, 49, 2655-2657.

De Wit 2002

J.A. de Wit, 'Zelfdoding op een hellend vlak', *Medisch Contact* 2002, 45, 1664.

Dillmann 2003

R.J.M. Dillmann, 'Euthanasie: de morele legitimatie van de arts', in: J. Legemaate, R.J.M. Dillmann, *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van een patiënt*, Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu, van Loghum 2003, p. 11-27.

Drion 1992

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

Enschedé 1991

Ch. J. Enschedé, 'Waarom niet: nu is het genoeg geweest?', *NRC Handelsblad*, 26-10-1991.

Gevers 2003

J.K.M. Gevers, 'Zelfbeschikking rond het levenseinde', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2003, 27, 80-84.

Hermans & Buijsen 2010

H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010.

Jecker 1991

N.S. Jecker, 'Knowing when to stop: the limits of medicine'. *Hastings Center Report* 1991, 21, 5-8.

Keizer 2010

B. Keizer, 'Gaaf maatschappij uitmaken wanneer een leven 'af' is?', *Trouw*, 18-09-2010.

Kennedy 2002

J.C. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Bert Bakker 2002.

Kind 2012

G. Kind, *De mooiste dood. Filosofie van een welgekozen levenseinde*. Rotterdam: Ad Donker 2012.

KNMG 2003

Federatiebestuur KNMG, *Standpunt inzake euthanasie*, Utrecht: 2003.

KNMG 2011

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: juni 2011.

Knuiman 2007

R.B.J. Knuiman, 'Verslag najaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2006', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2007, 31, 157-161.

Kortman 2010

P. Kortman, 'Uit Vrije Wil is ontzettend onpraktisch', *NRC Handelsblad* 24-02-2010.

Leenen 1992

H.J.J. Leenen, 'Het standpunt van het kabinet inzake regeling euthanasie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1992, 16, 2-6.

Mortelmans 2009

D. Mortelmans, *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco 2007.

NFU 2003

Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra, *Nederlandse artseneed*. Utrecht: augustus 2003.

Pans 2006

E. Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

Rurup et al 2005

M.L. Rurup et al, 'Ervaringen van huisartsen met ouderen die 'klaar-met-leven' zijn', *Huisarts en Wetenschap* 2005, 48, 215-219.

Rurup et al 2011

M.L. Rurup et al, 'The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases', *Palliative Medicine* 2011, 1-7

Schalcken 2013

T.M. Schalcken, annotatie bij: Rb Gelderland, 22 oktober 2013, *GJ* 2013, 148 (*Heringa*).

Scottish Parliament 2013

M. MacDonald, *Assisted Suicide (Scotland) Bill*. Edinburgh: november 2013.

Seale & Van der Geest 2004

C. Seale & S. van der Geest, 'Good and bad death: introduction', *Social Science and Medicine* 2004, 58, 883-885.

Shelden 2003

T. Sheldon, 'Being "tired of life" is not grounds for euthanasia', *British Medical Journal*, 2003, 326, 71.

Sutorius 2005

E.P.R. Sutorius, 'De zoektocht naar normen voor hulp bij levenbeëindiging door artsen op verzoek van mensen, die ondraaglijk en uitzichtloos 'lijden aan het leven'', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2005, 29, 92-96.

The 2009

A.M. The, *Verlossers naast God*, Amsterdam: Uitgeverij Thoeris 2009.

Trappenburg 2003

M. Trappenburg, 'Darwin in de medische ethiek', in: M. Adams, J. Griffiths en G. den Hartogh (eds.), *Euthanasie: Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*, Kampen: Kok 2003, 237-254.

Trappenburg 2010

M. Trappenburg, 'Een tweede weg naar de dood openen? Nee; voorstel initiatiegroep Uit Vrije Wil is buitengewoon onverstandig; perspectief over sterven verschuift met de jaren', *NRC Handelsblad* 15-02-2010.

Van Dantzig 1995

A. van Dantzig, *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?: over geestelijke gezondheidszorg en maatschappij*, Amsterdam: Boom 1995.

Van der Wal et al 2003

G. van der Wal et al., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij 2003.

Van der Werf & Zaat 2005

G. Th. van der Werf & J.O.M. Zaat, 'Klaar-met-leven of lijden aan het leven', *Huisarts en Wetenschap* 2005, 48, 220-223.

Van Swaal 2008

C. van Swaal, *Het recht op de dood*. Amersfoort: Celsus juridische uitgeverij 2008.

Van Wijlick & Nieuwenhuizen Kruseman 2011

E. van Wijlick & A. Nieuwenhuizen Kruseman, 'Arts moet stervenswens serieus nemen', *Medische Contact* 2011, 36, 2131-2133.

Vink 2011

T. Vink, 'Euthanasie en zelfeuthanasie: open normen en zelfbeschikking', *Filosofie & Praktijk* 2011, 32, 19-35.

Weyers 2004

H. Weyers, *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press 2004.

Wise 2013

J. Wise, 'A fifth of Dutch support assisted suicide for people "tired of living"', *British Medical Journal*, 2013, 347, 125.

ZonMw 2012a

Zorg-onderzoek Nederland en Medische wetenschappen, *Tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: december 2012.

ZonMw 2012b

Zorg-onderzoek Nederland en Medische wetenschappen, *Sterfgevallenonderzoek 2010: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: juni 2012.

PARLEMENTAIRE STUKKEN

Kamerstukken II 1999/2000

Kamerstukken II, 1999/2000, 26 691, nr. 6 (Nota n.a.v. het verslag).

Kamerstukken I 2000/2001

Kamerstukken I, 2000/2001, 26 691, nr. 137b (Memorie van Antwoord).

JAARVERSLAGEN

NPV 2013

Nederlandse Patiënten Vereniging, *Jaarverslag 2012*. Veenendaal: april 2013.

RTe 2013

Regionale Toetsingscommissies euthanasie, *Jaarverslag 2012*. Den Haag: juli 2013.

JURISPRUDENTIE

Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, *NJ* 1973, 183 (Postma).

Rb. Groningen 1 maart 1984, *NJ* 1984, 450 (Kesteren).

Rb. Almelo 26 september 1989, *TvGR* 1990/5 (Echtgenote met dystrofie).

Rb Gelderland 22 oktober 2013, *GJ* 2013, 148 (Heringa).

HR 27 november 1984, *NJ* 1985, 108 (Schoonheim).

HR 21 juni 1994, *NJ* 1994, 656 (Chabot).

HR 24 december 2002, *NJ* 2003, 167 (Brongersma).

EHRM 29 juli 2002, nr. 2346/02 (Pretty/Verenigd Koninkrijk).

EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (Haas/Zwitserland).

EHRM 19 juli 2012, nr. 497/09 (Koch/Duitsland).

WETGEVING

Art. 2 Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en fundamentele vrijheden

Art. 3 Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en fundamentele vrijheden

Art. 8 Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en fundamentele vrijheden

Art. 1 Grondwet

Art. 40 Wetboek van Strafrecht

Art. 293 Wetboek van Strafrecht

Art. 294 Wetboek van Strafrecht

Art. 2 Wet toetsing levenbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding