

**KNMG-discussienotitie  
De dokter en de zelfgekozen dood**

Utrecht, 9 mei 2016

**Inleiding**

**Een woord en gesprek vooraf**Levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt wordt door de KNMG nog steeds gezien als een uiterst middel in die gevallen waarin de patiënt en de arts met hun rug tegen de muur staan, omdat het lijden op geen enkele andere manier kan worden verholpen of verlicht dan door het leven van de patiënt op diens verzoek te beëindigen. Artsen zijn verplicht zich tot het uiterste in te spannen om in samenspraak met de patiënt na te gaan welke redelijke oplossingen er nog zijn.

Artsenfederatie KNMG hecht zeer aan het tijdige gesprek over het naderende levenseinde tussen arts en patiënt. Een open en eerlijke verkenning van vragen, verwachtingen, angsten, zorgen, mogelijkheden en onmogelijkheden behoren tot de professionele verantwoordelijkheid van iedere arts. De KNMG heeft voor de patiënt (spreek op tijd over uw levenseinde) en de arts (tijdig spreken over het levenseinde) een eigen handreiking gemaakt, waarin levenseinde zorg in de meest brede zin aan de orde komt en besproken kan worden. Euthanasie en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasie) zijn *een* mogelijkheid die ter sprake *kan* worden gebracht. Daar gaat aan vooraf of hoort onlosmakelijk bij dat patiënten goed geïnformeerd behoren te worden over de mogelijkheden van palliatieve zorg, de betekenis van palliatieve sedatie en de mogelijkheid om behandelingen niet te starten of te staken. Het gaat om passende zorg in de laatste levensfase. Daar kan euthanasie een plek in hebben. Euthanasie is en blijft echter een ultimum remedium. Artsen doen er verstandig patiënten te attenderen op de handreiking en het gesprek over passende zorg in de laatste levensfase tijdig te voeren. Zo kunnen arts en patiënt anticiperen op besluitvorming (advance care planning) en samen beslissen (shared decision making).

**Aanleiding**Het is bijna een halve eeuw geleden dat in Nederland een brede discussie over euthanasie en hulp bij zelfdoding op gang kwam. Met de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: de Euthanasiewet) in 2002 werd een mijlpaal bereikt. Daarmee werd de discussie over euthanasie niet afgesloten. In de periode 2002-2016 heeft zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voorgedaan met betrekking tot euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde, die deels binnen en deels buiten het kader van de Euthanasiewet vallen, waaronder beslissingen rond levensbeëindigend handelen in situaties die niet tot het medisch domein behoren.

Artsen hebben vaker dan vroeger te maken met patiënten die euthanasie als een recht beschouwen, zo wees het belevingsonderzoek uit dat de KNMG publiceerde in 2015. Dat bemoeilijkt soms de communicatie. Patiënten zijn soms onvoldoende op de hoogte van de grenzen aan euthanasie. Artsen ervaren druk van patiënten of diens naasten om euthanasie uit te voeren en deze druk is de laatste jaren toegenomen. Veel artsen vinden dat het correct afwegen en uitvoeren van een euthanasieverzoek tot hun professionele verantwoordelijkheid behoort. Zij vinden echter wel dat er meer oog mag zijn dat euthanasie emotioneel belastend is en dat de patiënt en samenleving meer moeten waarderen dat het de taak is van de arts om de zorgvuldigheidseisen te bewaken.

Veel mensen -inclusief artsen- willen zelf bepalen hoe hun levenseinde eruit ziet en wanneer dit plaatsvindt, zo blijkt uit het NRC-onderzoek naar euthanasie. Het verlangen om zelf te kunnen beschikken over middelen om het leven te kunnen beëindigen is niet nieuw en daar is op verschillende manieren informatie en hulp voor beschikbaar.

In de maatschappij klinkt de roep om hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht te halen voor mensen die hun leven voltooid achten. De Adviescommissie voltooid leven (‘commissie Schnabel’) stelt echter dat het verruimen van juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding niet wenselijk is. De regering heeft aangegeven voor de zomer van 2016 met een reactie te komen.

De documentaire *De Levenseindekliniek* bracht voluit in beeld wat de Euthanasiewet in de praktijk kan betekenen. Hiermee werd zichtbaar dat de dilemma’s voor patiënten, artsen en samenleving blijven bestaan. In kern is euthanasie een confrontatie tussen enerzijds de wens van de patiënt om het leven te laten beëindigen en anderzijds de plicht van de arts om volgens de professionele standaard hulp te bieden aan de patiënt, waarbij de bescherming van het leven een belangrijke doelstelling is. Die worsteling is voor de arts des te heviger als het gaat om patiënten met dementie met wie de communicatie verstoord is, bij patiënten met psychiatrische aandoeningen en bij mensen die hun leven voltooid achten.

De verwachtingen van de maatschappij om tegemoet te komen aan de wens van de patiënt zijn hoog. Artsen ervaren deze maatschappelijke druk als hoog en risicovol. Zo is door de KNMG in 2011 in het standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* gewezen op het stigmatiseren van ouderen in de samenleving of patiënten met dementie. In het debat zal de KNMG dan ook aandacht schenken aan het vraagstuk van (het accepteren van ouderdom) die vaak gepaard gaat met verlieservaringen. De rol van eenzaamheid en zingeving dienen hierbij nadrukkelijk te worden meegenomen.

**Doel van de notitie en de reikwijdte**Om bovenstaande ontwikkelingen te kunnen exploreren en te duiden initieert de KNMG een debat. Het doel van deze notitie is om actuele vragen en dilemma’s helder te formuleren om te komen tot een debat tussen (SCEN-)artsen onderling en artsen en samenleving. Voor een goed en afgewogen debat vindt de KNMG het belangrijk het bestaande wettelijke- en professionele kader aan artsen en publiek te verduidelijken. Met het organiseren van debatten beoogt de KNMG ook input te verkrijgen ten behoeve van beleidsontwikkeling rond levensbeëindiging. Hiermee kan de KNMG, zo nodig (op onderdelen) haar standpunt inzake levensbeëindiging actualiseren. De KNMG hecht er daarbij wel aan dat dit beleid blijft aansluiten bij en voldoet aan de behoefte van onze federatiepartners en hun leden.

De KNMG heeft de afgelopen decennia in de discussie over de kwaliteit en transparantie van het medisch handelen rond het levenseinde een belangrijke rol gespeeld. Het betreft een handeling die alleen door artsen mag worden verricht, waarbij die moeten handelen in overeenstemming met specifieke zorgvuldigheidseisen en waarover aan de samenleving verantwoording moet worden afgelegd. De huidige discussie gaat over de juridische, medisch-ethische en maatschappelijke issues. De KNMG blijft die verantwoordelijkheid nemen, juist omdat het artsen zijn die met euthanasieverzoeken worden geconfronteerd.

De thematiek en discussie over levensbeëindigend handelen bij kinderen jonger dan 12 jaar en over levensbeëindiging bij terzake wilsonbekwame patiënten van 12 jaar en ouder is op veel punten van een andere orde. Om die reden stelt de KNMG daarvoor in de loop van 2016 een aparte discussienotitie op.

**Doelstelling KNMG-districtsbijeenkomsten**De volgende doelstellingen moeten worden bereikt:

1. het bieden van een platform voor debat tussen artsen onderling en artsen en samenleving;
2. het verduidelijken van het bestaande wettelijke- en professionele kader;
3. het verkrijgen van input ten behoeve van de beleidsontwikkeling rond levensbeëindiging;
4. het zo nodig (op onderdelen) actualiseren van het KNMG-standpunt inzake levensbeëindiging, zodanig dat dit beleid blijft aansluiten bij en voldoet aan de behoefte van onze achterban.

**Programma KNMG-districtsbijeenkomsten**In overleg met het KNMG-district wordt een selectie gemaakt van 2-4 discussiepunten. Mede afhankelijk daarvan worden één of meer regionale sprekers uitgenodigd om het dilemma vanuit de praktijk te schetsen.

Het voorlopige programma ziet er als volgt uit:

1. Openingswoord door de districtsvoorzitter en het voorstellen van de gespreksleider van de avond;
2. Het uiteenzetten van het wettelijke en professionele kader;
3. Schets van dilemma’s door artsen;
4. Verdieping en discussie.

De sessie is interactief en er is ruimte om plenair vragen te stellen en te discussiëren over medische, juridische, ethische en maatschappelijke aspecten. Dit onder leiding van Gert Dijk en Eric van Wijlick, beide senior beleidsadviseur bij de KNMG. Tevens wordt ook in kleine groepen gediscussieerd. De gespreksleider haalt de uitkomsten op om deze plenair te bespreken.

**Discussiepunten**

De hieronder beschreven discussiepunten worden telkens kort ingeleid. In de bijlagen worden de beleidsontwikkelingen en de huidige praktijk beschreven met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding (bijlage I), mensen die hun leven voltooid achten (bijlage II) en hulp bij zelfdoding door niet-artsen (bijlage III). Deze dienen als achtergrondinformatie. De gestelde vragen bij de discussiepunten zijn niet limitatief, maar wel om focus aan te brengen.

***1. Toename van verzoeken en toenemende complexiteit van euthanasieverzoeken***Artsen worden in toenemende mate geconfronteerd met verzoeken van patiënten om euthanasie. Artsen ervaren steeds meer druk van patiënten om euthanasie uit te voeren. Daarnaast lijkt er een toename plaats te vinden van euthanasieverzoeken van patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen en kwetsbare patiënten met een stapeling van ouderdomsklachten. Euthanasieverzoeken van deze categorieën patiënten zijn bijzonder complex en vergen in de regel grote terughoudendheid en extra behoedzaamheid van de arts, mede gelet op de zorgvuldigheidseisen. Binnen de beroepsgroep lijkt bovendien minder consensus over de aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen in zulke gevallen en de uitleg van de daarbij behorende zorgvuldigheidscriteria dan bij patiënten die lijden aan een oncologische of andere somatische aandoening. Dat geldt zowel voor behandelend artsen als voor SCEN-artsen. Patiënten en samenleving hebben daar vaak andere opvattingen over. De hooggespannen verwachtingen zorgen voor extra druk op behandelend artsen en SCEN-artsen. Dit roept vragen op: Waar hebben we het over als het gaat om aantallen en intensiteit? Hoe gaan behandelend artsen, SCEN-artsen en patiënten met deze spanningen en uiteenlopende verwachtingen om? Wat is nodig om te zorgen dat de druk op behandelend artsen en SCEN-artsen afneemt? Wat kan artsen en SCEN-artsen ondersteunen bij het beoordelen van complexe casuïstiek? Kunnen consultatie teams palliatieve zorg hier een rol spelen?

***2. De rol van de arts bij de zelfgekozen dood***In de maatschappij klinkt steeds luider de roep om hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht te halen om daarmee hulp aan mensen die hun leven voltooid achten niet langer strafbaar te stellen. De Adviescommissie voltooid leven (‘commissie Schnabel’) stelt dat het verruimen van juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding niet wenselijk is. De commissie refereert met voltooid leven ook aan ‘een stapeling van (medische) ouderdomsklachten’ die ondraaglijk en uitzichtloos lijden kunnen veroorzaken in de zin van Euthanasiewet. De Euthanasiewet biedt volgens de commissie voldoende ruimte en de commissie wijst daarbij expliciet op het KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (2011). In lijn met dit standpunt van de KNMG stelt de commissie zich op het standpunt dat het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden breder is dan sommige behandelend artsen en SCEN-artsen denken en toepassen. Dit roept diverse vragen op: Wat zijn de ervaringen van behandelend artsen, SCEN-artsen en patiënten tot nu toe? Hoe waarderen behandelend artsen, SCEN-artsen en patiënten het advies? Wat betekent het advies van de commissie voor behandelend artsen en SCEN-artsen? Wat betekent het advies voor patiënten en samenleving? Wat hebben artsen, SCEN-artsen en patiënten nodig aan ondersteuning in het geval van een voltooid leven?

***3. Als een euthanasieverzoek niet wordt gehoord of niet wordt ingewilligd***De patiënt heeft het recht om een euthanasieverzoek te doen, maar de arts is niet verplicht aan zo’n verzoek gehoor te geven. Daarmee is er geen recht op euthanasie. De patiënt heeft evenmin het recht om zich te laten verwijzen naar een andere arts om te laten onderzoeken of mogelijk toch aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Patiënt kunnen wel zelf opzoek gaan naar een andere arts of contact opnemen met de Levenseindekliniek. Patiënten ervaren dat als in de steek gelaten worden. Ook artsen die om verschillende reden niet aan het verzoek tegemoet willen of kunnen komen en geen afspraken hebben (kunnen maken) met collega’s in de regio staan dan vaak alleen. Dit roept de volgende vragen op: Is het nodig om te voorkomen dat patiënten zich (al dan niet op verzoek van de eigen arts) tot de Levenseindekliniek hoeven te wenden? Hoe voorkomen we dat patiënten zich in de steek gelaten voelen? Welke ondersteuning is wenselijk voor artsen die niet aan een verzoek van hun patiënt tegemoet kunnen of willen komen? In hoeverre zijn artsen verplicht om zich in te spannen dat hun patiënt bij een andere arts terecht kan?

***4. Patiënten waar geen communicatie mee mogelijk is***De Euthanasiewet bepaalt dat een schriftelijk euthanasieverzoek het mondelinge verzoek vervangt en dat de arts daar gevolg aan kan geven. Het is echter van oudsher een professionele norm dat de onafhankelijk consulent de patiënt moet zien én met hem moet hebben kunnen communiceren. Maar bovenal: artsen zijn meestal niet bereid om levensbeëindigend te handelen bij patiënten die niet of nauwelijks meer weten wat er staat te gebeuren. Vragen die zich opdringen zijn: Is het voorstelbaar en wenselijk dat de professionele norm op dit punt wordt bijgesteld? Wat zou de rol van de SCEN-arts in zulke situaties moeten zijn? Wat zou de rol van extra onafhankelijke deskundigen (bijv. klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde of neuroloog) kunnen of moeten zijn? Of ligt het meer voor de hand dat palliatieve zorg dan de professionele norm is? En is palliatieve sedatie dan ook inbegrepen voor die situaties waarbij de geschatte levensverwachting meer dan twee weken bedraagt?

***5. Palliatieve sedatie in combinatie met euthanasie***De regionale toetsingscommissies euthanasie achten een conditioneel euthanasieverzoek van een patiënt verenigbaar met de eisen van de Euthanasiewet. Hierbij zet de arts in eerste instantie lege artis palliatieve sedatie in, maar wordt tussen patiënt en arts afgesproken euthanasie alsnog wordt uitgevoerd als zich bepaalde omstandigheden (niet) voordoen. Hierbij valt te denken aan de situatie dat de patiënt niet abrupt wil komen te overlijden of omdat de palliatieve sedatie te lang duurt. Dit roept vragen op als: Is dat verenigbaar met de richtlijn Palliatieve sedatie en de richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn? Is de Euthanasiewet op deze situatie wel van toepassing? Wat is het juiste moment om een SCEN-arts te raadplegen? Kan een patiënt ondraaglijk lijden, in de zin van de Euthanasiewet, als hij de gevolgen van zijn omstandigheden niet meer kan ervaren? En als dit is toegestaan, dan is de vraag: Waarom euthanasie bij een patiënt in coma niet geoorloofd is?

***6. De zelfgekozen dood en de dokter***Veel mensen - inclusief artsen -willen zelf kunnen bepalen hoe hun levenseinde eruit ziet en wanneer dit plaatsvindt, zo blijkt uit het NRC-onderzoek naar euthanasie. Het verlangen om zelf te kunnen beschikken over middelen om het leven te kunnen beëindigen is niet nieuw en daar is op verschillende manieren informatie en hulp voor beschikbaar. Zo is het mogelijk om via levenseindecounselors informatie te krijgen van betrouwbare (buitenlandse) leverancier van letale medicatie. Er is informatie beschikbaar over de medicijnmethode, maar ook over de heliummethode. Dit roept de volgende vragen op: Wat vinden artsen en SCEN-artsen van deze methoden? Wat zijn hun ervaringen hiermee? Zien behandelend artsen en SCEN-artsen een rol voor zich weggelegd? En vinden artsen ook niet dat het voor patiënten / burgers gemakkelijker zou moeten zijn om aan letale medicatie te kunnen komen? Wat zijn de ervaringen die artsen hebben met patiënten die bewust afzien van eten en drinken?

***7. Regionale toetsingscommissies euthanasie***De commissies toetsen achteraf het handelen van de arts die gemeld heeft euthanasie te hebben verricht aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het is echter lang niet altijd duidelijk hoe de commissies tot een oordeel komen, in hoeverre commissies een richtlijn van de beroepsgroep bij de oordeelsvorming betrekken en op grond van welke argumenten zij van mening is waarom de arts van de richtlijn mocht afwijken. Dat draagt niet bij aan transparantie en uniformiteit. De regionale toetsingscommissies euthanasie hebben recent, om inzicht te geven aan artsen, SCEN-artsen en de leden van de commissies zelf een Code-of-Practice opgesteld. Hierin staan op hoofdlijnen aspecten en overwegingen die de commissies relevant achten met betrekking tot de uitleg en toepassing van de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie. Dit roept de volgende vragen op: Wat zijn ervaringen van artsen met de commissies? Gebruiken behandelend artsen en SCEN-artsen de Code-of-Practice? Wordt de Code-of-Practice als behulpzaam/verhelderend gevonden? Biedt de Code-of-Practice de juiste handvatten voor behandelend artsen en SCEN-artsen?

***8. Visie op ouderdom***  
De verwachtingen van de maatschappij ten aanzien van het handelen van artsen zijn hoog. Patiënten en naasten menen in toenemende mate dat artsen gehoor moeten geven aan hun wens tot levensbeëindiging vanwege de bereikte ouderdom al dan niet in combinatie met een ziekte, maar ook vanwege factoren als verlieservaringen, eenzaamheid en gebrek aan zingeving. In de samenleving lijken velen te bepleiten dat zulke omstandigheden nauwelijks verenigbaar zijn met kwaliteit van leven en per definitie waardig sterven onmogelijk maken. Artsen behoren daarom haast vanzelfsprekend aan deze ‘nood’ tegemoet te komen door het leven van de patiënt op diens verzoek te beëindigen. Artsen ervaren deze maatschappelijke druk als hoog en risicovol. Zo is door de KNMG in 2011 gewezen op het stigmatiseren van ouderen in de samenleving of patiënten met dementie. Sommigen spreken zelfs van ‘euthanasie-marketing’. Dit roept prangende vragen op: Is het nodig dat er een herwaardering komt van ouderdom, ziekten (dementie in het bijzonder) en ouderenzorg? Als dat zo is, wat kunnen artsen en samenleving daar aan doen? Wat moet er gebeuren?

**Bijlage 1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding**

Hieronder worden beleidsontwikkelingen en de praktijk met betrekking tot de Euthanasiewet puntsgewijs beschreven.

1. Met het KNMG-programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN), dat in 1997 in Amsterdam van start ging, wordt sindsdien gewerkt aan het professionaliseren van SCEN-artsen. Daarmee levert de KNMG een bijdrage aan het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de besluitvormig voorafgaande aan de uitvoering van euthanasie.
2. In 2003 verscheen het geactualiseerde KNMG standpunt Euthanasie, nadat in 2002 de Euthanasiewet van kracht werd. De verschillen met het standpunt inzake euthanasie, dat door het Hoofdbestuur in 1984 werd ingenomen, zijn minimaal.
3. In 2004 betrok de voorzitter van het College van procureurs-generaal de stelling dat terminale sedatie onder de Euthanasiewet zou moeten vallen. De regering verzocht de KNMG om een richtlijn op te stellen. Met de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie (2005 en herziening in 2009) wordt juridisch en medisch-ethisch een onderscheid gemaakt tussen palliatieve sedatie en euthanasie.
4. In 2010 stelde de KNMG op verzoek van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg de KNMG-richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn vast voor het handelen van artsen in gevallen waarin twijfel bestaat aan de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt op het moment van uitvoering van de euthanasie omdat de patiënt in een comateuze toestand geraakt.
5. Onder aanvoering van burgerinitiatief Uit Vrije Wil is de maatschappelijke discussie opgelaaid over de vraag of mensen die hun leven voltooid achten hulp zouden moeten krijgen het eigen leven op waardige wijze te beëindigen. Dit heeft geleid tot het KNMG-standpunt De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde (2011). Hierin wordt de voortgeschreden norm- en praktijkontwikkelingen na bijna 10 jaar ervaring met de Euthanasiewet inzichtelijk gemaakt met betrekking tot de rol, verantwoordelijkheden, mogelijkheden en begrenzing van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. In dit standpunt, in zekere zin baanbrekend, geeft de KNMG aan dat kwetsbaarheid van ouderen in combinatie met een medische grondslag een rechtvaardigingsgrond kan zijn voor euthanasie. Zie ook paragraaf 3.1.
6. In 2012 publiceerde de KNMG een nadere toelichting op het KNMG standpunt Euthanasie uit 2003. De aanleiding hiervoor is dat er met de regionale toetsingscommissies euthanasie discussie was ontstaan over de opvatting van de commissies dat de arts (op verzoek van de patiënt) een palliatieve sedatie mag starten om aansluitend euthanasie uit te voeren. Het is daarbij, aldus de toetsingscommissies niet noodzakelijk dat de onafhankelijk consulent met de patiënt over het euthanasieverzoek en de overige zorgvuldigheidseisen heeft gecommuniceerd. Dat is echter niet in lijn met de professionele norm.
7. De Levenseindekliniek start in 2012 en werkt met mobiele teams. Die bestaan uit een arts en een verpleegkundige en zoeken de patiënt op in de eigen omgeving. Patiënten die niet bij hun eigen arts terecht kunnen met hun euthanasieverzoek kunnen zich bij de Levenseindekliniek aanmelden. In sommige gevallen leidt de tussenkomst van de Levenseindekliniek ertoe dat de oorspronkelijke behandelaar het euthanasieverzoek terugneemt of overneemt. De Levenseindekliniek voorziet in een behoefte, gelet op het aantal aanmeldingen en het aantal gehonoreerde verzoeken om euthanasie.
8. Dan is er in 2013 een uitzending van Zembla over euthanasie en dementie. Het is een reportage die alle kanten van het dilemma belicht en de gemoederen bezig houdt: ‘Artsen begrijpen de wet niet goed’ en ‘Artsen doden geen demente spijtoptanten’. De discussie die volgt gaat over de betekenis van het schriftelijke euthanasieverzoek. Op basis van een analyse van de wetsgeschiedenis, jurisprudentie, oordelen van de toetsingscommissies, literatuur en knelpunten in de praktijk werd door de ministeries van VWS, van Veiligheid & Justitie en de KNMG een handreiking voor patiënten en een handreiking voor artsen opgesteld (2015).
9. Artsen hebben vaker dan vroeger te maken met patiënten die euthanasie als een recht beschouwen, zo wees het belevingsonderzoek uit dat de KNMG publiceerde in 2015. Dat bemoeilijkt soms de communicatie. Patiënten zijn soms onvoldoende op de hoogte van de grenzen aan euthanasie. Artsen ervaren druk van patiënten of diens naasten om euthanasie uit te voeren en deze druk is de laatste jaren toegenomen. Veel artsen vinden dat het correct afwegen en uitvoeren van een euthanasieverzoek tot hun professionele verantwoordelijkheid behoort. Zij vinden echter ook dat er meer oog mag zijn dat euthanasie emotioneel belastend is en dat de patiënt en samenleving meer moet waarderen dat het de taak is van de arts om de zorgvuldigheidseisen te bewaken.
10. Sinds de inwerkingtreding van de Euthanasiewet is het aantal meldingen bij de regionale toetsingscommissies gestegen van 1.800 tot zo’n 5.300 per jaar. Het aantal meldingen dat door de commissies als onzorgvuldig werd beoordeeld is jaarlijks hooguit tien. De twee evaluaties van de Euthanasiewet tonen aan dat in grote lijnen de wet bijdraagt aan het vergroten van de zorgvuldigheid en transparantie van levensbeëindigend handelen door artsen, en aan de rechtszekerheid van artsen.

**Bijlage II Mensen die hun leven voltooid achten**

Hieronder worden beleidsontwikkelingen en de praktijk met betrekking tot de mensen die hun leven voltooid achten puntsgewijs beschreven.

1. In 2010 is - onder aanvoering van burgerinitiatief Uit Vrije Wil - de maatschappelijke discussie opgelaaid over de vraag of mensen die hun leven voltooid achten hulp zouden moeten krijgen het eigen leven op waardige wijze te beëindigen. Deze discussie kan worden gezien als een vervolg op eerdere discussies over de Pil van Drion (1991), de zaak Brongersma (2001), het rapport van de KNMG-commissie Dijkhuis (2004) en de publicaties van Chabot (2007) over verborgen stervenswegen. Dit heeft geleid tot het KNMG-standpunt De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde (2011). In dit standpunt wordt betoogd dat artsen geen rol of taak hebben bij het beoordelen of een leven voltooid is. Niemand anders dan de persoon zelf kan beoordelen of zijn of haar leven voltooid is, ervan uitgaand dat een leven voltooid kan zijn. Bij het beoordelen van lijden in het kader van levensbeëindiging door artsen moet er sprake zijn van een medische grondslag, ofwel een conditie die als ziekte of combinatie van zoeken/klachten kan worden aangemerkt. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het domein van de geneeskunde en daarmee buiten het deskundigheidsgebied van de arts.
2. Uit het sterfgevallenonderzoek in 2010 blijkt dat in 1,7% van alle sterfgevallen de arts een aanwijzing had dat de patiënt een einde aan zijn leven had gemaakt. Van hen was 0,4% (600 personen) gestopt met eten en drinken en had 0,2% (275 personen) zelf-gespaarde middelen ingenomen. In de overige gevallen waren gewelddadige methoden gebruikt.
3. In 2015 publiceerde de KNMG samen met V&VN de handreiking Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. Het bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen is een keuze die iedereen kan en mag maken.
4. In de maatschappij klinkt steeds luider de roep om hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht te halen als voor hulp aan mensen die hun leven voltooid achten. De ministers van VWS en van Veiligheid & Justitie hebben een commissie ingesteld die een rapport opstelt over de juridische mogelijkheden en maatschappelijke dilemma’s met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Het rapport van de commissie voltooid leven (‘commissie Schnabel’), verscheen eind januari 2016. De regering heeft aangegeven voor de zomer van 2016 met een reactie te komen.
5. De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) heeft in november 2015 een strategische verkenning gepubliceerd van het recht op zelfbeschikking bij het zelfgekozen levenseinde en een voorzet voor een agenda voor de toekomst. De NVVE wil een experiment met een geclausuleerde verstrekking van de laatstewilpil, gericht op het vaststellen van zorgvuldigheidscriteria waaronder zelfmedicatie ter beschikking kan worden gesteld door artsen en/of apothekers. De NVVE vindt het belangrijk uit te sluiten dat dergelijke middelen ter beschikking komen in situaties waarin van suïcide, misbruik of moord sprake kan zijn. De NVVE pleit voor een ander wettelijk kader.  
   In deze notitie ijvert de NVVE er ook voor om de criteria van de Euthanasiewet te verruimen om zo ook de groep mensen met een voltooid leven in staat te stellen waardig te sterven.
6. De Coöperatie Laatste Wil streeft eveneens naar een proeftuin met de laatstewilpil, maar zonder directe bemoeienis van artsen en apothekers.
7. Veel mensen willen zelf bepalen hoe hun levenseinde eruit ziet en wanneer dit plaatsvindt, zo blijkt uit het NRC-onderzoek naar euthanasie. Het verlangen om zelf te kunnen beschikken over middelen om het leven te kunnen beëindigen is niet nieuw en daar is op verschillende manieren informatie en hulp voor beschikbaar. Zo is het mogelijk om via levenseindecounselors informatie te krijgen over betrouwbare (buitenlandse) leverancier van letale geneesmiddelen. Boudewijn Chabot en Stella Braam schrijven in hun boek Uitweg naast de medicijnmethode, ook over stoppen met eten en drinken en over de heliummethode.

**Bijlage III Mensen die straffeloos hulp bij zelfdoding willen (verlenen)**

Hieronder worden beleidsontwikkelingen en de praktijk met betrekking tot hulp bij zelfdoding buiten het kader van de Euthanasiewet puntsgewijs beschreven.

1. Er is geen wettelijke definitie van zelfdoding. In het spraakgebruik wordt onder zelfdoding verstaan dat ‘het slachtoffer zelf een handeling heeft verricht met als uitdrukkelijk doel zichzelf het leven te benemen’(CBS). Dit is niet strafbaar. Het bieden van hulp bij zelfdoding is daarentegen wel een strafbaar feit:

*‘Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, hij die een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem daartoe de middelen verschaft, wordt indien de zelfdoding volgt, gestraft’ (art. 294 Wetboek van Strafrecht, lid 1 en 2).*

1. Alleen voor artsen bevat de wet een uitzondering op dit verbod. Artsen worden bij hulp bij zelfdoding (net als bij euthanasie) niet aan vervolging blootgesteld, wanneer de arts bij het uitvoeren hiervan handelt conform de eisen zoals neergelegd in de Euthanasiewet en dit melden.
2. Uit jurisprudentie blijkt echter dat niet iedere vorm van hulp die voorafgaat aan zelfdoding -buiten het kader van de Euthanasiewet- strafbaar is of, anders gezegd, dat niet alle handelingen worden gekwalificeerd als hulp in de zin van de wet. Zo oordeelde de Hoge Raad in het arrest Mulder-Meiss (1995) dat het geven van informatie over zelfdoding, het voeren van gesprekken erover en het bieden van morele steun daarbij niet strafbaar zijn. Het geven van instructies, het geven van een opdracht of de regie overnemen tijdens de uitvoering van een zelfdoding, worden daarentegen wél beschouwd als strafbare hulp bij zelfdoding (arrest Muns; HR 2005).
3. Albert Heringa overtrad in 2008 het wettelijk verbod op hulp bij zelfdoding , toen hij voor zijn 99-jarige moeder antimalariapillen verzamelde, fijnmaalde en deze gaf waarmee zij een einde kon maken aan haar leven. Het Gerechtshof Arnhem heeft Heringa in mei 2015 ontslagen van alle rechtsvervolging. Heringa heeft zich wel schuldig gemaakt aan hulp bij zelfdoding, maar dat feit werd door het gerechtshof onder deze omstandigheden niet strafbaar geacht: er was sprake van een noodtoestand. Het hof heeft, door de medisch-professionele norm in de uitspraak te betrekken, duidelijk gemaakt dat bij het beoordelen van een euthanasieverzoek door een kwetsbare oudere dimensies als functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie mogen worden meegewogen. Het hof verwijst daarbij nadrukkelijk naar het KNMG standpunt De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde (2011). Daarin wordt duidelijk gemaakt dat bij lijden in het kader van levensbeëindigend handelen door artsen er sprake moet zijn van een medische grondslag. In het geval van een kwetsbare oudere is het allereerst de taak van de arts om te onderzoeken of er nog passende interventies of redelijke andere oplossingen zijn. Dat kan tot de conclusie leiden dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dan kan door de arts de euthanasie of hulp bij zelfdoding straffeloos worden uitgevoerd. Het Openbaar Ministerie heeft het besluit genomen deze zaak aan de Hoge Raad voor te leggen.
4. Naar aanleiding van de zaak Heringa voerde de NVVE de campagne ‘Hulp is geen misdaad’ om de huidige strafbaarheid van hulp bij zelfdoding door niet-artsen af te schaffen. Het ‘Manifest 294’ werd zo’n 29.000 maal ondertekend. De campagne is inmiddels afgesloten.