

BURGERINITIATIEF
WETSVOORSTEL
LEVENSEINDEREGIE

9 juni 2026

Indiener: Wim van Dijk

Waardig sterven in eigen regie
met de hulp van naasten die daarvoor niet strafbaar zijn

Gesteund door 75.000 Nederlanders,
bekende Nederlanders en
nationale en internationale organisaties
met betrekking tot Right to Die

Ondertekening van het Aanbiedingsmanifest (alfabetisch op voornaam)

1. Adriaan van Dis (Schrijver).
2. Alexander Pechtold (D66, voormalig minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties).
3. Albert de Jong (Psychotherapeut).
4. Albert C. Heringa (Ontwikkelingsecoloog).
5. Catherine Keyl (Columniste Telegraaf).
6. Dick Swaab (Em. Prof. dr.: Arts, Neurobioloog).
7. Edith Schippers (VVD, voormalig lid Tweede Kamer en Eerste Kamer; voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).
8. Frits Spangenberg (Macro-socioloog; oprichter Motivaction).
9. Hanneke Groenteman (Journalist/televisiepresentator).
10. Hedy d'Ancona (sociologe/sociaal geografe, feministe (Opzij), voormalig lid Eerste Kamer PvdA, staatssecretaris en minister).
11. Heleen Dupuis (Em. Prof. Dr. medische ethiek, voormalig VVD-lid Eerste Kamer).
12. Henk Blanken (schrijver-journalist, over euthanasie bij diepe dementie in de Volkskrant, The Guardian, De Correspondent en De Groene Amsterdammer).
13. Henk van Tilborg (Em. Prof. dr. ir.; voorheen voorzitter Alzheimer Stichting Noord-Brabant).
14. Jan Uijen (Mr. Strafrecht).
15. Jurjen Pen (Mr. Strafrecht, schrijver).
16. Klaas Rozemond (Dr. Strafrecht, schrijver *Het zelfgekozen levenseinde*).
17. Loes Luca (Actrice, comédienne).
18. Martje van der Brug (schrijver *De autonome route*).
19. M. Hessing (Dr. Geneeskunde).
20. Onno Bosma (Schrijver *De jas met alle kleuren*).
21. Peter van Rooijen (oud-directeur Aidsfonds).
22. Randy Knol (Voorzitter Stichting Ximena's Vlinder).
23. René Diekstra (Em. Prof. dr.: psychologie/ontvanger Erwin Stengel Award, de hoogste internationale onderscheiding op het gebied van de suïcide problematiek).

- 24. Rudi Holzhauser (Dr. mr. Rechten/Wijsbegeerte).
- 25. Sylvia Walther (Mr. Strafrecht; voormalig rechter-plaatsvervanger meervoudige strafkamer).
- 26. Wim Anker (Mr. Advocaat o.a. van Heringa).
- 27. Wim van Dijk (Psycholoog).
- 28. Ype Poortinga (Em. Prof. dr.: Gedragswetenschappen).

In het Steuncomité Burgerinitiatief Levenseinderegie participeren o.a. :

- 1. ALS Patiëntenvereniging.
- 2. Association Québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (Montréal Canada).
- 3. Choice and Dignity And-of-Life Advocacy (USA).
- 4. Coöperatie Laatste Wil.
- 5. DescLAB/Eutanasia y Muerte Digna (Columbia).
- 6. DignitySA (South Africa).
- 7. Dret a morir dignament (Catalunya).
- 8. Exit Internationaal.
- 9. Israel Society to Live and Die with Dignity.
- 10. Life Circle Association (New Zealand).
- 11. Right to Die Society of Canada.
- 12. Steungroep Dappere Burgers.
- 13. Stichting Onzichtbaar Ziek.

De conceptwet Levenseinderegie (verder WLR), een voorstel voor alternatieve euthanasiewetgeving 9 juni 2026

Kernpunten WLR

In de huidige euthanasiewet is het euthanasietraject volledig gemedicaliseerd en zelfbeschikking is daaraan ondergeschikt gemaakt.

De WLR doorbreekt deze medicalisatie. Met de wet wordt het euthanasietraject verdeeld in twee fases en streng gereguleerd.

Fase 1: Tot de toediening van het euthanaticum beslist de verzoeker **zèlf**. De arts heeft bij het starten van het euthanasietraject uitsluitend een informerende rol. De arts verstrekt (na toestemming van de verzoeker) het medische dossier en geeft de verzoeker en de levenseindebegeleider info over de (medische) situatie. Indien van toepassing heeft de psychotherapeut of een andere hulpverlener dezelfde rol.

Fase 2: Een levenseindebegeleider zorgt voor de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek in aanwezigheid van een arts (op basis van vrijwilligheid) t.b.v. medische zorgvuldigheid. De wilsbekwame verzoeker mag zelfstandig het levenseindemiddel aan zichzelf toedienen (zelfdoding) of dat mag degene doen die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek of op wens van verzoeker mag de arts dat doen.

Dat houdt in:

1. De verzoeker is autonoom en **beslist ZELF** over de euthanasie.
2. De arts stelt aan de levenseindebegeleider het medische dossier beschikbaar (na toestemming van de verzoeker) en geeft informatie over de actuele (medische) situatie. De psychotherapeut of zingevingsexpert heeft dezelfde rol met betrekking tot hun dossiers.
3. Gecertificeerde Levenseindebegeleiders **checken** slechts of de verzoeker **ZELF** vindt ondraaglijk en/of uitzichtloos lijden te ervaren (en zij beoordelen dat ondraaglijk en/of uitzichtloos lijden niet), of de verzoeker goed is geïnformeerd over

behandelmogelijkheden, geen redelijke andere oplossing dan euthanasie ziet, en wat de verzoeker vrijwillig en weloverwogen wenst.

4. De Levenseindebegeleider zorgt voor de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek. T.b.v. de medisch zorgvuldigheid is een arts aanwezig op basis van vrijwilligheid en barmhartigheid (een eis van de rechter i.v.m. medische zorgvuldigheid). De arts beoordeelt de euthanasiewens niet. De Levenseindebegeleider haalt het euthanaticum op bij de apotheek. De wilsbekwame verzoeker mag zelfstandig het euthanaticum aan zichzelf toedienen of degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek mag dat doen.
5. In plaats van terminale palliatieve sedatie mag de verzoeker (of bij wilsonbekwaamheid de wettelijke vertegenwoordiger) kiezen voor onmiddellijke euthanasie, ongeacht of de verzoeker voordien wel of geen wilsverklaring heeft afgelegd.
6. Er komt een Instituut Levenseindebegeleiding om alles in goede banen te leiden.

Waarom deze WLR?

De lijdensverlenging bij geweigerde levensbeëindiging op verzoek of bij terminale palliatieve sedatie (de verzoeker¹ met een levensverwachting van minder dan twee weken versterft in een toestand van verlaagd bewustzijn zonder eten en drinken, maar voelt wel honger, dorst, pijn en andere prikkels²) is traumatisch voor de verzoeker, naasten, verzorgenden en andere hulpverlenenden. De nieuwe WLR voorkomt grotendeels deze problemen. Voordelen van de nieuwe WLR zijn o.a. dat autonomie en zelfbeschikking van de verzoeker centraal staan en onwenselijk paternalisme wordt voorkomen. De verzoeker is niet meer afhankelijk van de medewerking van de arts voor wat betreft de beoordeling van het verzoek om levensbeëindiging. De angst van artsen

¹ Met verzoeker wordt bedoeld een patiënt, cliënt of degene die verzoekt om Levenseindehulp.

² [Coma - Neurochirurgisch Centrum Zwolle \(neurochirurgie-zwolle.nl\)](http://neurochirurgie-zwolle.nl); [Coma | Jeroen Bosch Ziekenhuis](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl); [Coma / Lichamelijke gevolgen / Gevolgen | Hersenletsel-uitleg.nl](http://www.lichamelijkegevolgen.nl); [Sederen en coma | IC Connect](http://www.sederen.nl); [Coma: medisch mysterie | UZ Leuven](http://www.comamedischmysterie.nl); [Het meten van pijn met de REPOS bij de non-communicatieve patiënt. | CATdatabank.nl](http://www.hetmetenvanpijn.nl)

voor vervolging door het OM en de bemoeienissen m.b.t. de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie behoren tot het verleden.

Prognoses voor 2040 voor ziektes met uiteindelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijden wijzen erop dat veel mensen hun Levenseinderegie willen behouden en Levenseindehulp³ zullen wensen. Een adequate euthanasiewet is noodzakelijk.

1. De Levenseindebegeleider⁴ of degene die in een basale intermenselijke relatie⁵ staat tot de degene met het Levenseindeverzoek stelt vast of volgens de verzoeker is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen in de WLR. Nadat de verzoeker is voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten, stelt de Levenseindebegeleider bijvoorbeeld vast dat de verzoeker ZÈLF vindt ondraaglijk of uitzichtloos (fysiek of psychisch) te lijden. Dat is op zich voldoende om Levenseindehulp te krijgen. In het kader van het vier ogen principe stelt een tweede Levenseindebegeleider dat na korte tijd eveneens vast (zie de procedure in Toelichting 1.3).
2. Uitsluitend de verzoeker beslist (vrijwillig en weloverwogen) over diens Levenseinde, niet de Levenseindebegeleider en niet de arts. Dat is de eigen Levenseinderegie die minstens 63% van de bevolking wenst (Memorie van Toelichting Wetsvoorstel Voltooid Leven). Anno 2025 ca 83%.
3. Ondragelijk lijden is een subjectief criterium dat per persoon verschilt en daarom niet geobjectiveerd mag worden. Dat geldt ook voor niet-medisch uitzichtloos lijden en of de persoon een andere (medische) oplossing dan euthanasie redelijk vindt, alsook voor de beoordeling van een voltooid leven. Door het oordeel hierover exclusief bij de arts neer te leggen, reduceren we de diep menselijke, existentiële vraag om levensbeëindiging tot een medische diagnose. De KNMG heeft

³ Levenseindehulp: Euthanasie (infuus met thiopental) of Hulp bij het Levenseinde (aanreiken van een oplossing met pentobarbital), zoals in de Euthanasierichtlijn van de KNMG is aangegeven.

⁴ 'Kabinetsreactie en visie voltooid leven' 12 okt 2016 Ministers meenden dat bestaande Euthanasiewet en de praktijk op basis daarvan onvoldoende ruimte bieden voor mensen die niet zozeer lijden aan een ziekte maar aan het leven zelf en aan het vooruitzicht dat dat nog lang zal voortduren. En stelden voor levenseindebegeleiders een kopstudie voor (medische opleiding, maar voor verpleegkundigen, psychologen en artsen).

⁵ Dit is een langdurige vertrouwelijke relatie met degene met het Levenseindeverzoek, zoals de partner, een kind, familielid, hartsvriend(in), et cetera. Criteria moeten nader worden gedefinieerd.

aangegeven dat de arts niet kan vaststellen of de verzoeker ondraaglijk of niet-medisch uitzichtloos lijdt⁶. Er zijn geen objectieve criteria en daarom zijn die vaststellingen een onmogelijke opdracht van de wetgever aan de arts. Dat kan alleen de verzoeker zelf. Uit zorgvuldigheidsoverwegingen (eventuele complicaties) schakelt de levenseindebegeleider een arts (vrijwilliger) met zijn medische expertise in voor de barmhartige praktische begeleiding van de Levensbeëindiging.

4. Indien de behandelende arts aan het eind van de advanced care planning (zorgplanning met inbegrip van het sterven) terminale palliatieve sedatie adviseert, mag de verzoeker kiezen voor onmiddellijke euthanasie, ongeacht of er voordien wel of geen wilsverklaring is afgelegd.
5. Om e.e.a. te regelen wordt een Instituut Levensbeëindiging opgericht, wordt een opleiding voor Levensbeëindigers ontworpen, bevordert de overheid het opstellen van een Wilsverklaring zonder deze te verplichten, worden criteria en nadere regelingen vastgesteld, et cetera.

EINDVOORSTEL VAN DE WLR, EEN BARMHARTIGE EUTHANASIEWET (231219)

De noodzaak om de wetgeving aan te passen (zie de toelichtingen)

- a. *Regie bij het levenseinde*: circa 63% van de bevolking wenst de eigen Levensbeëindiging (volgens een vijftiental enquêtes vanaf 2012).
- b. *De niet-ethische Euthanasiewetgeving*: niemand kan bij de ander ondraaglijk of niet-medische uitzichtloos lijden of de redelijkheid van een andere (medische) oplossing dan euthanasie vaststellen. Dat is een onmogelijke, niet-ethische opdracht van de wetgever aan de arts in de huidige euthanasiewet.
- c. *Het artsendilemma*: de arts wil enerzijds genezen en palliatief helpen, anderzijds barmhartig helpen bij het waardig sterven. Het overgrote deel van de patiënten heeft grote waardering voor hun artsen en terecht. Zij spannen zich in voor het behoud van onze gezondheid en staan klaar bij ziekte. Veel patiënten kunnen met

⁶ 251020 Omroep MAX Meldpunt https://www.instagram.com/reel/DQB4jdEDIg_/?igsh=MzlmZ3NjZWNoMWtm

hun fysieke en psychische problemen bij hen terecht en vinden een luisterend oor. Bij ernstige ziekten worden zij in het algemeen ervaren als grote steun. Veel artsen doen het goede en willen het goede doen. Indien de arts uitsluitend een uitvoerende rol heeft zonder een beslissing te hoeven nemen over leven of sterven, dan staat de arts niet of nauwelijks voor een dilemma.

- d. *Trauma door de Euthanasiewet*: een geweigerd Levenseindeverzoek verlengt het ongewenste lijden met mogelijk trauma's voor de verzoeker, naasten, artsen, verzorgenden en andere hulpverlenenden.
- e. *Trauma door terminale palliatieve sedatie*: terminale palliatieve sedatie kan het ongewenste lijden van de verzoeker verlengen met mogelijk trauma's voor de naasten, artsen, verzorgenden en andere hulpverlenenden.
- f. *Verdringing van euthanasie*: de arts kan (de lijdensweg van) terminale palliatieve sedatie toepassen als niet strafbaar medisch handelen om de uitvoering van euthanasie en haar complexe afwikkeling uit de weg te gaan⁷. Ethicus Rob Houtepen vermoedt dat er zo weinig vertrouwen is t.a.v. de RTE, dat de arts voor de zekerheid toch maar geen gehoor geeft aan een euthanasieverzoek, waar deze zelf persoonlijk en professioneel achter staat⁸.
- g. *Verstrekking van Laatste Wil Middelen*: dit gebeurt toenemend door criminelen. Op www.nembutalscams.com/nl staan 368 oplichters (2023).
- h. *Toenemend aantal Levenseindeverzoeken*: ziekteprognoses voor 2040 op de relevante websites: Alzheimer 500.000; Parkinson ca 91.000; Beroerte: 670.000; Kanker 45.000 sterfgevallen per jaar; tezamen met terminale of levensbedreigende aandoeningen circa 1.500.000 mensen (1 op de 12 burgers). Veel van hen willen de Levenseinderegie behouden en zullen Levenseindehulp wensen.

Levenseindehulp en ethisch te volgen principes

1. *Weldoen*: rekening houden met de ander door het beëindigen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden door gevolg te geven aan een vrijwillig, weloverwogen gewenst

⁷ Medisch Contact 14-14 april 2023 Hans van der Linde.

⁸ Medisch Contact 41, 12 oktober 2023.

Levenseindeverzoek. Hieronder valt ook het voorkomen van het berokkenen van schade aan de verzoeker, de familie, de verzorgenden en andere hulpverlenenden na de weigering van een vrijwillige weloverwogen Levenseindewens door het lijden te faciliteren als resultaat van een ongewenste levensverlenging.

2. *Autonomie*: het respecteren van het zelfbeschikkingsrecht bij een vrijwillig, weloverwogen gewenst levenseinde.
3. *Rechtvaardigheid*: het geven van Levenseindehulp op een gerechtvaardigd Levenseindeverzoek.
4. *Barmhartigheid*: het uitvoeren van de barmhartigheidsplicht bij het geven van Levenseindehulp bij ondraaglijk of uitzichtloos lijden.

De aanpassing van de wetten betreffende euthanasie

Hierna vindt u een voorstel tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht met betrekking tot levensbeëindiging of hulp bij het levenseinde.

Vervolgens een voorstel tot wijziging van de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding (WTL) met betrekking tot de voorwaarden waaronder hulp bij het levenseinde is toegestaan.

AANPASSING WETBOEK VAN STRAFRECHT ARTIKEL 293

Lid 1 Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of een geldboete van de vijfde categorie.

Lid2 De gecertificeerde levenseindebegeleider die hulp bij het levenseinde heeft verleend, nadat de Levenseindebegeleider heeft vastgesteld dat is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de WTL (Wet Toetsing Levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding) - of de persoon die een basale persoonlijke relatie onderhoudt met degene met een verzoek om hulp bij het levenseinde en die onder toezicht van een gecertificeerde levenseindebegeleider hulp bij het levenseinde heeft verleend, nadat de Levenseindebegeleider heeft vastgesteld dat is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen

van de WTL - is niet strafbaar. De gecertificeerde Levenseindebegeleider doet hiervan mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

Lid 3 Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door de behandelende arts of gecertificeerde Levenseindebegeleider van de verzoeker voor wie de behandelende arts palliatieve zorg of terminale palliatieve sedatie heeft geadviseerd en indien aan de navolgende voorwaarden is voldaan:

1. Verzoeker heeft voorafgaand aan dat advies wilsbekwaam aangegeven geen palliatieve zorg of terminale palliatieve sedatie te willen ondergaan;
2. Verzoeker heeft gekozen voor euthanasie, waarbij niet van belang is of de verzoeker voordien wel of geen Wilsverklaring heeft afgelegd,
3. De arts of gecertificeerde Levenseindebegeleider doet hiervan mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

(Memorie van) Toelichting 1

1. *De arts.* De arts toetst geen enkele van de zorgvuldigheidseisen in de aangepaste Wtl. De levenseindebegeleider is bevoegd het euthanaticum op te halen bij de apotheek en zorgt voor het (doen) verlenen van de euthanasie. De wilsbekwame verzoeker mag aan zichzelf het euthanaticum toedienen onder begeleiding van de arts in verband met de medische zorgvuldigheid. Een arts is op basis van vrijwilligheid aanwezig voor het geval zich medische complicaties voordoen.
2. *Noodzaak Levenseindebegeleider.* Het volkomen vrij verschaffen van een Laatste Wil Middel (LWM) doet wel recht aan het zelfbeschikkings*recht*, maar niet aan wat genoemd kan worden de 'sociale beschikkings*plicht*' van én het individu én de overheid. Het individu mag moreel gezien aan een ander geen opzettelijke schade berokkenen en dient wetgeving te accepteren die dat voorkomt. De overheid heeft de plicht met wetgeving te voorkomen dat schade wordt berokkend aan de ander, zoals bij het crimineel gebruik van een vrijgegeven LWM, en de overheid moet met

wetgeving haar plicht t.a.v. de algemene beschermwaardigheid van het leven nakomen. Het is ieders plicht mee te helpen om het leven van de ander te beschermen tegen kwade bedoelingen en wat we doen en laten mag geen inbreuk maken op de rechten van anderen. Dat houdt bij Levenseindehulp in dat een gecertificeerde Levenseindebegeleider de zorgvuldigheid van het Levenseindeproces bewaakt en de zorgvuldigheidseisen van de aangepaste Wtl checkt (zie hierna). De Levenseindebegeleider kan gespecialiseerd zijn op het gebied van medische, psychiatrische, psychologische, zingevingsproblematiek.

3. *De Levenseindebegeleider*. Het aangepaste Artikel 293 lid 2 Ws houdt in: de zorgvuldigheidseisen uit de aangepaste Wtl worden toegepast door de Levenseindebegeleider of degene met een basale intermenselijke relatie tot degene met het Levenseindeverzoek onder supervisie van de Levenseindebegeleider. Uitsluitend de verzoeker beslist over het eigen Levenseindeverzoek. Het vier ogen principe leidt tot de volgende procedure:
 - a. Aanvraag euthanasie en LB bij Instituut Levenseindebegeleiding.
 - b. In 1^e week: Instituut Levenseindebegeleiding wijst LB-1 en LB-2 aan.
 - c. In 2^e week: gesprek LB-1 met (wettelijke vertegenwoordiger) verzoeker.
 - d. In 3^e week: gesprek LB-2 met (wettelijke vertegenwoordiger) verzoeker.
 - e. In 4^e week: overleg LB-1 en LB-2, wel/niet verlenen euthanasie.
 - f. In 5^e week: gesprek wel/niet verlenen euthanasie met (wettelijke vertegenwoordiger) verzoeker.
 - g. Zo ja: LB-1 zorgt voor de uitvoering en schakelt een arts in het kader van de medische zorgvuldigheid.
4. *Deskundigheid Levenseindebegeleiders* (LB, zie voetnoot 4): mogelijkheden zijn arts-LB, psychiater-LB, psycholoog-LB, levensbeschouwelijke professional-LB, verpleegkundig specialist-LB, etc. afhankelijk van de eerder door hen verworven competenties en het hebben gevolgd van de noodzakelijke verdere opleiding.
5. *Positie Levenseindebegeleider*. De Levenseindebegeleider is principieel bereid bij Levenseindehulp te assisteren. Desondanks kan het voorkomen dat de Levenseindebegeleider het voor zichzelf niet moreel verantwoord vindt om bij een bepaald Levenseindeverzoek te assisteren. In dat geval geeft deze

Levenseindebegeleider de opdracht terug aan het Levenseindebegeleiding die met spoed een andere Levenseindebegeleider aanwijst.

6. *Instituut Levenseindebegeleiding.* Er is een centraal instituut voor de Levenseindebegeleiding noodzakelijk. Dit instituut ontwerpt het curriculum van de opleiding tot gecertificeerde Levenseindebegeleider, innoveert en verzorgt deze opleiding, houdt rekening met eerder verworven competenties, verzorgt de bijscholing en de registratie van de Levenseindebegeleider, stelt een adviescommissie in die de Levenseindebegeleider kan raadplegen, is het meldpunt waar de verzoeker om Levenseindehulp kan verzoeken, geeft voorlichting aan de verzoeker over de procedure bij Levenseindehulp, stelt een format op voor een eenduidige Levenseindeverklaring met een menu van de potentiële redenen en omstandigheden waaronder een verzoeker het leven zou willen verlaten en op aanvraag verstrekt het instituut dit format van de Levenseindeverklaring, wijst de Levenseindebegeleider aan, verzorgt de evaluatie van de rapportages van de Levenseindebegeleiders, heeft een rapportageplicht naar het Openbaar Ministerie, registreert de gecertificeerden die Levenseindehulp willen verlenen, stelt een klachtencommissie in, et cetera.
7. *Basale interpersoonlijke relatie.* Bij degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek valt te denken aan degenen met een langdurige vertrouwelijke relatie met degene met het Levenseindeverzoek, zoals de partner, een kind, familielid, hartsvriend(in), et cetera. Criteria moeten nader worden gedefinieerd.
8. *Terminale palliatieve sedatie.* Tijdens een sedatie is de patiënt 'in slaap' gebracht (vaak 'coma' genoemd) en de patiënt verkeert met pijnbestrijding en onrustbestrijding in een toestand van verlaagd bewustzijn. De patiënt voelt wel honger, dorst, pijn en andere prikkels⁹.
Bij intermitterende palliatieve sedatie wordt de patiënt gesedeerd, na enige tijd opnieuw bij bewustzijn gebracht om te zien of sedatie nog nodig is en is dat zo dan

⁹ [Coma - Neurochirurgisch Centrum Zwolle \(neurochirurgie-zwolle.nl\)](http://neurochirurgie-zwolle.nl); [Coma | Jeroen Bosch Ziekenhuis](#); [Coma / Lichamelijke gevolgen / Gevolgen | Hersenletsel-uitleg.nl](#); [Sederen en coma | IC Connect](#); [Coma: medisch mysterie | UZ Leuven](#); [Het meten van pijn met de REPOS bij de non-communicatieve patiënt. | CATdatabank.nl](#)

wordt de patiënt opnieuw gesedeerd. Deze vorm van sedatie om problematiek bij de genezing op te lossen en genezing te bevorderen is ondanks de prikkelontvangst uiteraard een zegen. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor sedatie rondom operaties.

Bij terminale palliatieve sedatie wordt de patiënt met een levensverwachting van minder dan twee weken permanent gesedeerd. De patiënt versterft in een toestand van verlaagd bewustzijn zonder eten en drinken (CSTED, comateuze STED) en voelt externe en interne prikkels (zie ook 12.). Voor de naasten die een tijdlang het steeds ernstiger lijden van hun geliefde hebben ervaren is het afgenomen pijngedrag door terminale palliatieve sedatie een opluchting. Helaas lijdt hun geliefde nog steeds en hoewel onderdrukt door onrustmedicatie toont deze dat lijden in meer of mindere en soms ernstige mate. Terminale palliatieve sedatie is daarom een levensverlengende lijdensweg en is traumatisch voor de patiënt, naasten, verzorgenden en andere hulpverlenenden. Het idee van 'rustig' slapen zonder interne of externe zintuigelijke ervaringen en dus zonder pijn is onjuist. Dat blijkt uit het volgende.

De KNMG-Handreiking *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen* geldt evengoed voor terminale palliatieve sedatie. De handreiking vermeldt dat het niet eten en niet drinken ernstige gevolgen heeft, zoals: pijn, misselijkheid en braken, obstipatie, plasklachten, onrust en verwardheid, slaap- en angstproblemen. De patiënt voelt die prikkels.

Het Motivaction onderzoek van mei 2023¹⁰ laat zien dat een groot deel van de Nederlanders ooit het overlijden van een naaste van dichtbij heeft meegemaakt (82%). Werd terminale palliatieve sedatie toegepast, dan is er gevraagd om aan te geven hoe de naaste dit heeft ervaren. Ze konden dat doen door een punt aan te wijzen op een schaal van onrustig tot rustig en op een schaal van oncomfortabel tot comfortabel. Terminale palliatieve sedatie werd door 18% van de naasten als oncomfortabel en 17% als onrustig ervaren. Bij circa 40.000 terminale palliatieve sedaties per jaar zijn dat circa 7000 patiënten.

¹⁰ [Nederlanders willen andere euthanasiewet \(motivaction.nl\)](https://www.motivaction.nl/nederlanders-willen-andere-euthanasiewet)

Het proefschrift Continuous Palliative Sedation van de arts Rogier van Deijck (Radboud UMC 2017) vermeldt over terminale palliatieve sedatie: 'Binnen een acceptabel tijdsbestek minder lijden' (dus wel lijden) en 'alhoewel in de laatste uren bij sommige patiënten ook hogere scores van lijden aanwezig waren'.

Het rapport van de Patiëntenfederatie van 2019 vermeldt citaten over intens lijden bij terminale palliatieve sedatie.

De Derde Evaluatie Wtl (mei 2017 p 130) en de Vierde Evaluatie Wtl (juni 2023 p 126) laten zien dat bij terminale palliatieve sedatie te veel patiënten lang lijden.

Uitgaande van circa 40.000 sedaties per jaar geldt voor de duur van de terminale palliatieve sedatie: 0-24 uur 47%, 17.800; 1-7 dagen 47%, 17.800; 1-2 weken 4%, 1.600; langer dan 2 weken 2%, 800. Ook degenen die binnen 24 uur overlijden hebben te lang geleden. Zij hebben voorafgaand aan de terminale palliatieve sedatie kennelijk zolang geleden en zijn zo uitgeput dat de toediening van de medicatie het laatste zetje was om ze te doen sterven.

De uitkomst van dit proces van terminale palliatieve sedatie is een onherroepelijke dood in een of meer dagen tot weken. In feite is deze terminale palliatieve sedatie zinloos; zelfs al is bij het besluit hiertoe feitelijk voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen uit de huidige Wtl lid 1 om euthanasie te kunnen verlenen. In het Wetsvoorstel Levenseinderegie kan terminale palliatieve sedatie daarom op wens van de wilsbekwame patiënt of bij wilsonbekwaamheid op wens van de wettelijke vertegenwoordiger (indien een Wilsverklaring terzake is afgelegd) worden vervangen door Levenseindehulp. Op een adequaat moment tijdens de palliatieve begeleiding (in de Advanced Care Planning; bv. door een Palliatief Team) die onherroepelijk zal uitmonden in Euthanasie of terminale palliatieve sedatie, informeert de behandelende arts de wilsbekwame patiënt of bij wilsonbekwaamheid de wettelijke vertegenwoordiger over de mogelijkheden van Euthanasie en terminale palliatieve sedatie (het is wenselijk dat de patiënt eerder wilsbekwaam in een Levenseindeverklaring hierover een standpunt heeft ingenomen). Indien de patiënt wel terminale palliatieve sedatie wenst, wordt deze wens gerespecteerd. Indien de patiënt op enig moment in het behandeltraject geen palliatieve begeleiding of terminale palliatieve sedatie wenst mag de patiënt of

diens wettelijke vertegenwoordiger tijdig een Levenseindebegeleider aanvragen bij het Instituut Levenseindebegeleiding om Levenseindehulp toe te laten doen passen.

Indien de behandelende arts zelf daartoe bereid is kan deze arts de Levenseindehulp uitvoeren. Indien de behandelende arts zelf niet bereid is Levenseindehulp uit te voeren wordt via het Instituut Levenseindebegeleiding tijdig een andere arts ingeschakeld.

9. *Terminale palliatieve sedatie en Levenseindehulp.* Terminale palliatieve sedatie is niet strafbaar medisch handelen en wordt intussen meer en meer gebruikt om Levenseindehulp te vermijden¹¹. Dat is wellicht ook ingegeven door de angst dat het Openbaar Ministerie tot vervolging kan overgaan. Met deze WLR is die angst onnodig.
10. *Palliatieve zorg en Levenseindehulp.* Indien de betrokkene bij de start of tijdens de palliatieve zorg (in feite elke pijn- en klachtenbestrijding) die leidt naar terminale palliatieve sedatie Levenseindehulp wenst, wordt het reguliere traject van het Levenseindeverzoek gevolgd.
11. *Palliatieve zorg en terminale palliatieve sedatie.* Bij de overgang van palliatieve zorg naar terminale palliatieve sedatie moet de arts de inschatting maken dat de betrokkene binnen maximaal twee weken zal sterven. Dat is vaak vrijwel onmogelijk. Het gevolg kan zijn dat de arts te lang doorbehandelt uit angst dat het terminale palliatieve sedatietraject te lang zal duren. Een onnodige verlenging van de palliatieve zorg is traumatisch voor alle betrokkenen.
12. *Bewust stoppen met eten en drinken (BSTED).* Om de levenseinderegie te behouden krijgt BSTED recent meer aandacht, maar BSTED is problematisch. Een kwart van de ondervraagden in een peiling van Trouw¹² (13 april 2023) kan zich voorstellen ooit met BSTED te sterven. Het ondergaan van BSTED *zonder* medische hulp blijkt een onmenselijke opgave. Met medische-verpleegkundige zorg is BSTED evengoed een lijdensweg. Dat blijkt uit de KNMG-Handreiking *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*. De handreiking onderstreept het grote belang te zorgen voor alternatieve toedieningswegen en zo nodig

¹¹ Medisch Contact 14-15, d.d. 6 april 2023

¹² <https://www.trouw.nl/binnenland/meerderheid-wil-stervenshulp-ook-bij-voltooid-leven~be9c6f6a/>

adequate niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van pijn, misselijkheid en braken, obstipatie, mictieklachten, onrust en verwardheid, slaap- en angstproblemen, en delier. De lijdensweg van BSTED kan lang zijn: 36% 1-7 dagen; 44% tussen 7-15 dagen; 20% langer dan 12 dagen. Bij 29% wordt overgegaan op terminale palliatieve sedatie. Waarom geen onmiddellijke barmhartige euthanasie in plaats van BSTED (tenzij de patiënt BSTED uitdrukkelijk wenst)?

13. *Kabinetsreactie en visie voltooid leven* 12 okt 2016. De ministers meenden: ‘...dat bij mensen met een voltooid leven het uitgangspunt van hun vraag om hulp bij zelfdoding hun recht op autonomie is. Wij hechten er waarde aan dat mensen dat recht kunnen uitoefenen, ook als dat gebeurt in de context van zelfdoding...’ en ‘...dat die autonomie een leeg begrip (dreigt) te worden als een individu met een voltooid leven dit leven niet kan beëindigen zonder de hulp van anderen en tegelijk verhinderd wordt dat anderen in staat worden gesteld om hulp te bieden’.

ONVERANDERD WETBOEK VAN STRAFRECHT ARTIKEL 294

Lid 1 Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of een geldboete van de vierde categorie.

Lid 2 Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of een geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede en derde lid, is van overeenkomstige toepassing.

AANPASSING WET TOETSING LEVENSBEEÏNDIGING EN HULP BIJ ZELFDODING (WTL)

De WTL reguleert Levenseindehulp met zorgvuldigheidseisen en onderscheidt verschillende leeftijdsgroepen¹³.

Een Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) vermeldt de omstandigheden waarin de verzoeker om hulp bij het levenseinde vraagt. Ten behoeve van de naleving van de WTL dient deze Levenseindeverklaring bij de behandelend arts te worden gedeponereerd en met de arts te worden besproken. In de Levenseindeverklaring van verzoeker staat dat de Levenseindebegeleider toestemming heeft om de Levenseindeverklaring in te zien en bij de arts kan informeren naar de verstrekte voorlichting en het medisch dossier van de verzoeker mag inzien. Hetzelfde geldt voor de dossiers van andere hulpverleners.

Lid 1: de zorgvuldigheidseisen

Lid 2: 18 jaar of ouder, wilsbekwame verzoeker.

Lid 3: 18 jaar of ouder, wilsonbekwame verzoeker.

Lid 4: 16 of 17 jaar, wilsbekwame verzoeker; ouders advies.

Lid 5: 16 of 17 jaar, wilsonbekwame verzoeker; ouders advies.

Lid 6: 12 tot en met 15 jaar, wilsbekwame verzoeker; ouders toestemming.

Lid 7: 12 tot en met 15 jaar, wilsonbekwame verzoeker; ouders toestemming.

Lid 8: verzoeker onder de twaalf jaar.

Lid 9: keuze voor euthanasie in plaats van palliatieve zorg of terminale palliatieve sedatie.

Lid 1 De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293 tweede lid van het Wetboek van Strafrecht, houden in dat de gecertificeerde Levenseindebegeleider of degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek onder supervisie van een gecertificeerde Levenseindebegeleider:

¹³ Vanaf 16 jaar: zelf beslissen over alle medische behandelingen. Vanaf 12 jaar: Zowel jijzelf als je ouders moeten toestemming geven voor een onderzoek of behandeling.

- a. Verplicht: Heeft gecheckt dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen Levenseindeverzoek van de verzoeker, blijkend uit een wilsbekwaam afgelegde Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) of uit een verbale verklaring;
- b. Indien van toepassing: Heeft gecheckt dat er **volgens de verzoeker zèlf** sprake is van *ondraaglijk* lijden van de verzoeker, blijkend uit een wilsbekwaam afgelegde Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) of uit een verbale verklaring;
- c. Indien van toepassing: Heeft gecheckt dat er **volgens de verzoeker zèlf** sprake is van uitzichtloos medisch of niet medisch uitzichtloos lijden van de verzoeker, blijkend uit een wilsbekwaam afgelegde Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) of uit een verbale verklaring;
- d. Indien van toepassing: Heeft gecheckt dat er **volgens de verzoeker zèlf** voor de situatie waarin deze zich bevindt naar het oordeel van de verzoeker geen redelijke andere oplossing is dan euthanasie, blijkend uit een wilsbekwaam afgelegde Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) of uit een verbale verklaring;
- e. Verplicht: Heeft gecheckt dat de verzoeker is voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten; waarbij in het geval van ziekte de arts informatie heeft gegeven over behandelingen, pijnverlichting en mogelijke toekomstige ontwikkelingen;
- f. Verplicht: De gecertificeerde Levenseindebegeleider raadpleegt over a. tot en met e. één andere, onafhankelijke gecertificeerde Levenseindebegeleider die de verzoeker heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a. tot en met e. (*vier-ogen-principe: na bv. 2 of 3 weken bezoek 2^e Levenseindebegeleider, etc.*);
- g. Verplicht: De Levenseindehulp zorgvuldig heeft uitgevoerd;
- h. Verplicht: Een rapportage over de gegeven Levenseindehulp schrijft ten behoeve van een evaluatie van de uitgevoerde Levenseindehulp.

Lid 2 Voor de vaststellingen in de zorgvuldigheidseisen a t/m d is vereist dat de verzoeker van zestien jaar of ouder wilsbekwaam een Levenseindeverklaring (schriftelijk en/of video) of in een verbale verklaring heeft afgelegd.

Lid 3 Indien de verzoeker van achttien jaar of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat is geraakt tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke Levenseindeverklaring heeft afgelegd, dan geeft de gecertificeerde Levenseindebegeleider of onder supervisie van een gecertificeerde Levenseindebegeleider degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek aan dit verzoek gevolg. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Lid 4 Indien de verzoeker een leeftijd heeft van zestien of zeventien jaar en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, geeft de gecertificeerde Levenseindebegeleider of onder supervisie van een gecertificeerde Levenseindebegeleider degene die een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek aan het Levenseindeverzoek van de verzoeker gevolg, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd daartoe bij de besluitvorming is of zijn betrokken. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Lid 5 Indien de verzoeker een leeftijd heeft van zestien of zeventien jaar en niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat is geraakt tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke Levenseindeverklaring heeft afgelegd, dan geeft de gecertificeerde Levenseindebegeleider of onder supervisie van een gecertificeerde Levenseindebegeleider degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek aan dit verzoek gevolg, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd daartoe bij de besluitvorming is of zijn betrokken. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Lid 6 Indien de verzoeker een leeftijd heeft van twaalf tot en met vijftien jaar en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, geeft de gecertificeerde Levenseindebegeleider of onder supervisie van een gecertificeerde

Levenseindebegeleider degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de verzoeker gevolg. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Lid 7 Indien de verzoeker een leeftijd heeft van twaalf tot en met vijftien jaar en niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat is geraakt tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke Levenseindeverklaring heeft afgelegd, dan geeft de gecertificeerde Levenseindebegeleider of onder supervisie van een gecertificeerde Levenseindebegeleider degene die een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan dit verzoek gevolg. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Lid 8 Indien de verzoeker een leeftijd heeft onder de twaalf jaar voor wie volgens de artsen het enige redelijke alternatief is om uitzichtloos en ondraaglijk lijden weg te nemen ten gevolge van een ongeneeslijke ziekte of stoornis of vanwege het hebben van een ernstige afwijking waardoor het kind waarschijnlijk binnen afzienbare tijd zal sterven mag de arts in overleg met de ouder(s) of de wettelijke vertegenwoordiger overgaan tot actieve levensbeëindiging.

Lid 9 Indien de arts de uitvoering van palliatieve sedatie of van palliatieve zorg die zal leiden tot terminale palliatieve sedatie adviseert, dan heeft de wilsbekwame verzoeker of de wettelijke vertegenwoordiger van de wilsbekwame verzoeker het recht om euthanasie te kiezen in plaats van de palliatieve zorg of van terminale palliatieve sedatie. Aan die wens wordt door de arts op zo kort mogelijke termijn voldaan.

(Memorie van) Toelichting 2

1. *Toestemming Euthanasie.* Het voldoen aan de zorgvuldigheidseisen a, e en f is op zich voldoende om Levenseindehulp te mogen geven. Over de ondraaglijkheid en/of uitzichtloosheid van het lijden en de redelijkheid van een andere oplossing dan euthanasie in de zorgvuldigheidseisen b, c en d. beslist de wilsbekwame verzoeker of diens wettelijke vertegenwoordiger.
2. *Vrijwillig en weloverwogen.* Iemand kan duurzaam en consistent, vrijwillig en weloverwogen de dood wensen. Dit kan ook gelden voor iemand die levensmoe is (het leven “voltooid”¹⁴ vindt). Deze doodswens betekent dat de betrokkene ondraaglijk lijdt aan het leven zelf. Op zich is daarmee voldaan aan de zorgvuldigheidseisen a. en e. en is Levenseindehulp toegestaan.
3. *De opdracht van de Wetgever*¹⁵. Met de opdracht door de wetgever aan de arts om ondraaglijk en uitzichtloos lijden¹⁶ en dat er geen redelijke andere oplossing bestaat buiten Levenseindehulp vast te stellen, spreekt de wetgever zich uit over de verzoeker. Dat wil zeggen dat de wetgever de voorwaarde stelt dat de verzoeker ondraaglijk en uitzichtloos moet lijden en dat er naar de overtuiging van de arts geen redelijke andere oplossing buiten Levenseindehulp is om de verzoeker toe te staan Levenseindehulp te mogen wensen. De verzoeker is echter volgens de wet vrij zijn leven beëindigen. De Wtl behoort zich te richten op de uitvoering van de Levenseindehulp op zich en niet op het stellen van voorwaarden aan de verzoeker met een Levenseindewens. De verzoeker mag immers zelf vrij beschikken over zijn Levenseinde.
4. *Het oordeel van de arts.* De zorgvuldigheidseisen van de huidige Wtl vormen een groot probleem. De arts kan geen oordeel hebben over ondraaglijk, uitzichtloos (met uitzondering van medisch uitzichtloos) en redelijk, dat kan alleen de verzoeker beoordelen. De KNMG zei in Meldpunt op 20 oktober 2025¹⁷ dat de arts geen ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan vaststellen.

¹⁴ Naar de suggestie van Paul van Tongeren in *Willen sterven 2019* Uitgeverij Kok gebruik ik levensmoe. Voltooid wijst op behaalde doel(en) die de betrokkene heeft behaald.

¹⁵ In 1886 heeft het wettelijk toewijzen van de Levenseinderegie aan de medici het persoonlijke grondwettelijke zelfbeschikkingsrecht omgezet in het beschikkingsrecht van de medische stand en is de betrokkene de eigen Levenseinderegie ontnomen.

¹⁶ Het lijden kan medisch (met name pijn), psychisch, psychiatrisch en existentieel zijn.

¹⁷ https://www.instagram.com/reel/DQB4jdEDIg_/?igsh=MzlmZ3NjZWNoMWtm

De wetgever draagt bij wet aan artsen deze beoordelingen op waartoe zij niet in staat zijn. Er valt slechts te checken dat de verzoeker zèlf vindt ondraaglijk en/of uitzichtloos te lijden en/of dat de verzoeker zèlf geen redelijke andere oplossing buiten Levenseindehulp ziet. Dat heeft geleid tot de formulering 'De Levenseindebegeleider heeft *gecheckt...*' waarmee is bepaald dat het eigen oordeel van de Levenseindebegeleider of de arts over de Levenseindewens van de verzoeker geen invloed mag hebben op de uitvoering daarvan.

5. *Psychiatrische patiënt.* Lijdt de patiënt aan een psychiatrische stoornis dan zou verplicht kunnen worden dat bij nader vast te stellen stoornissen (zoals die met psychotische kenmerken) de Levenseindebegeleider per definitie een psychiater of klinisch psycholoog behoort te zijn.
6. *Duurzaamheid van de Levenseindewens.* In de huidige Wtl is geen duurzaamheid van de Levenseindewens opgenomen. Een eenmaal opgestelde Levenseindeverklaring behoudt zijn geldigheid en hoeft niet regelmatig met de (huis)arts te worden besproken. Met de invoering van 'duurzaam' door de KNMG spreekt de KNMG zich uit over de verzoeker. De verzoeker moet van de KNMG langdurig en herhaald aangeven Levenseindehulp te wensen. De KNMG behoort zich in haar richtlijn Euthanasie te richten op de uitvoering van de Levenseindehulp op zich en niet op het stellen van voorwaarden aan de verzoeker met een Levenseindewens. De verzoeker mag immers zèlf vrij beschikken over zijn Levenseinde.
7. *Voorlichting aan de verzoeker.* De verzoeker moet van de behandelende arts of huisarts voorlichting hebben gekregen over mogelijke behandelingen en toekomstige ontwikkelingen, van het Instituut Levenseindebegeleiding (zie Toelichtingen 1. 5) over de Levenseindehulpprocedure en indien gewenst over zingeving van een deskundige professional. De verzoeker begrijpt deze informatie voldoende om zelfstandig te kunnen beslissen over de inhoud van diens Levenseindeverklaring en over diens Levenseindewens.
8. *Zorgvuldige Levensbeëindiging.* Het Levenseinde wordt zorgvuldig verzorgd door de Levenseindebegeleider of degene die in een basale intermenselijke relatie staat tot degene met het Levenseindeverzoek gesuperviseerd door de

Levenseindebegeleider, samen met de arts die volgens een (alsdan opgestelde) richtlijn medisch zorgvuldig de euthanasie verzorgd.

9. *Jonger dan 12 jaar.* Bijvoorbeeld valt te denken aan een betrokkene met een zodanig ernstige somatische aandoening dat de wettelijke vertegenwoordiger(s) in overleg met de behandelende arts besluiten dat verder leven niet in het belang van de betrokkene is. Anno april 2023 werkt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een dergelijke regeling uit die waarschijnlijk eind 2023 in zal gaan.
10. *SCEN-arts.* Het huidige beraad van de (huis)arts en de SCEN-arts is in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van de verzoeker. Zij mogen niet samen besluiten dat de Levenseindewens al dan niet aanvaardbaar is, dat is het prerogatief van de verzoeker. In de WLR is de SCEN-arts onnodig.
11. *Tot de overtuiging komen.* De huidige Wtl bepaalt dat de arts 'de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt resp. van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt' resp. 'met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was'. Verzoekt de verzoeker om Levenseindehulp, dan is het ongerijmd dat de verzoeker op basis van deze punten niet tot de overtuiging zou zijn gekomen Levenseindehulp noodzakelijk te vinden. In feite moet de verzoeker de arts ervan overtuigen ondraaglijk te lijden, et cetera. Een op de drie verzoekers ervaart dat het overtuigen van de arts en/of de SCEN-arts niet lukt, waardoor deze Levenseindehulp weigeren (Motivaction onderzoek 2023). De facto beslist de arts over het al dan niet verlenen van Levenseindehulp en dat gaat in tegen het zelfbeschikkingsrecht van de verzoeker.
12. *Autonomie.* Moreel gezien is het noodzakelijk de autonomie ofwel de zelfbeschikking van de betrokkene te respecteren. Uitsluitend diens oordeel dient bepalend te zijn. Er is geen onvoorwaardelijke plicht tot leven, dus vragen aan de verzoeker naar 'goede' redenen om Levenseindehulp te verkrijgen, is moreel gezien onaanvaardbaar. De arts mag niet wettelijk worden verplicht 'tot de overtuiging te komen dat...'. De eigen redenen die de verzoeker zelf opgeeft, moeten zonder meer worden geaccepteerd.

13. *Zelfdoding*. Volgens de Nederlandse wet is zelfdoding niet strafbaar. Het zelfdodingsrecht is geen recht als je daarbij niet om hulp mag vragen en als die hulp niet mag worden gegeven. De consequentie is dat Levenseindehulp niet strafbaar mag zijn gesteld. Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens geeft echter ieder land de ruimte om eigen regels te stellen ('Margin of appreciation') en in Nederland zijn die restrictief.
14. *Goed sterven*. Een lang leven lijkt almaar belangrijker te zijn. Mensen willen het liefst eeuwig vasthouden aan wat ze aan de eeuwigheid zullen verliezen. De medische zorg en gezondheidszorg is overwegend gericht op doodsbestrijding, op levensverlenging, op de *levenskwantiteit*, niet afdoend op de *levenskwaliteit*. De meeste artsen gaan de dood tegen: 'We kunnen er niet naast staan en niets doen'. Ook uit angst voor het verwijt van nalatigheid neigen artsen naar te lang doorbehandelen. Veel artsen beschouwen (onterecht) het sterven van 'hun' patiënt als hun falen. Bij de betrokkenen overheerst in de extra overlevingstijd het lijden met de angst voor het komende. Ofwel: de (bv. terminaal zieke) betrokkene leeft niet langer, die sterft langer. In dat proces krijgt de patiënt te weinig hulp het sterven tijdig te kunnen accepteren. Deze hulp moet verbeteren.
15. *Doodsfobie*. Stervende mensen, degenen die hen liefhebben en hun hulpverleners zijn geïndoctrineerd het sterven als een fysieke uitdaging te zien. Veel betrokkenen bevechten het sterven met alle middelen in een poging om onder de dood uit te komen. Alsof dat mogelijk is. Een terminaal zieke houdt zich vast aan de ene patiënt met een soortgelijke ziekte die niet volgens de voorspelling in bv. zes maanden is gestorven, maar nog twee jaar moeizaam heeft geleefd en hij wil niet het lot horen van de 999 anderen die wel binnen de hun aangezegde tijd zijn gestorven. In die gevallen geldt dat second opinions, operaties, toenemend (exotischer) geneesmiddelengebruik en de toepassing van alternatieve geneeswijzen (soms gefinancierd via crowdfunding) zowel het fysieke-psychische lijden vergroten als de medisch – farmacologische consumptie (zoals ook terminale palliatieve sedatie op veel middelen beslag legt). Focus is vooral de verzameling fysieke symptomen van de ziekte, zoals pijn, met haar therapie(on)mogelijkheden en niet minimaal parallel daaraan het geestelijk welzijn. De bijverschijnselen van angst, boosheid en

wanhoop worden farmacologisch bestreden. Neem bv. de hulpverleners in de zorg voor dementerenden: bij het vertellen over hun werk gaat het om het voorkomen of beperken van lijden; de wensen van de patiënt vervullen; luisteren, positief zijn, hoop geven, bemoedigen. Bijna geen van hen heeft het over het sterven. Het gevolg van deze benadering is dat een groeiende doodsfobie onze huidige tijd doordringt. Die angst zorgt voor levensverlenging met juist een grotere kans op 'slecht en smartelijk' sterven en dat versterkt de doodsfobie. Het is een circulair, zichzelf versterkend mechanisme, waardoor het stervensproces steeds meer een traumatische ervaring wordt. Op een gegeven moment dringt het door, dat het einde nadert en dat in veel gevallen een mogelijk ellendig stervensproces begint. Pas dan kiezen mensen eieren voor hun geld en willen ze een waardig levenseinde. Deze lijdensverlenging is jammer (zie 18).

16. *Regie over het eigen leven en de dood.* In Nederland vindt in 2021 87% van de volwassen bevolking dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden mogelijk moet zijn en 80% procent ook bij mensen met vergevorderde dementie als zij daarom hebben gevraagd toen zij nog bij vol bewustzijn waren. Acht procent geeft aan in alle omstandigheden tegen euthanasie te zijn. Ongeveer driekwart onderschrijft de mogelijkheid tot euthanasie voor ongeneeslijke zieke kinderen en voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek¹⁸). Vanaf 2011 tot 2019 wil gemiddeld 63% van de burgers in 10 enquêtes de regie over het eigen waardig Levenseinde, in september 2021 67%. In oktober 2025 was dat bij een Telegraaf-onderzoek was dat 89% en bij de Nationale Zorggids 92%. Ruim 85 procent van het *Opinie Panel* is vóór zogeheten 'zelfbeschikking bij het levenseinde' (20 oktober 2026). Een Motivaction onderzoek in mei 2023¹⁹ leverde op: 63% wenst de regie over het eigen Levenseinde; wordt Nederlanders gevraagd om tussen de alternatieve en huidige wet te kiezen, dan is 60% voor de alternatieve wet en 21% voor de huidige wet en onder voorstanders van euthanasie kiest zelfs 71% voor de alternatieve wet en 12% voor de huidige wet; de arts mag volgens de meeste mensen wel een *rol* hebben bij euthanasie, maar *geen*

¹⁸ [Opvattingen over euthanasie \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl)

¹⁹ [Nederlanders willen andere euthanasiewet \(motivaction.nl\)](https://www.motivaction.nl)

beslissingsbevoegdheid over het toepassen van euthanasie; voor de 'vrije' verstrekking van een Levenseindemiddel is 74%, waarvan 2/3 onder voorwaarden en slechts 14% is tegen. Het zèlf gekozen sterven in eigen regie, in aanwezigheid van je geliefden, met hun steun en met hun hulp, is èn treurig èn mooi. Laten we streven naar een omslag in het denken: van levensduur naar kwaliteit van sterven; van de smartelijke levensverlenging naar een humane waardige dood, van dagen- of wekenlange terminale palliatieve sedatie naar directe verlossing. Na het accepteren van je sterfelijkheid kun je de komende dood en het geleefde leven met haar zingeving onder ogen zien. Ben jij oprecht geweest, rechtvaardig? Is er leed, een fout of schade die je hebt goed te maken? Terugkijkend leidt dat er hopelijk toe tevreden te mogen zijn en om het bestaan te mogen afsluiten met een waardige dood. Ik kan geen morele redenen bedenken die wie dan ook zou kunnen tegenhouden om daarbij te mogen helpen.

17. *Artseneed*. De terughoudendheid bij levenseindehulp bestond niet in de antieke wereld. Het was een moedige daad zelfdoding te plegen, wanneer er geen zicht op een zinvolle toekomst was. Voor de arts was het geen moreel probleem daarbij te assisteren. De eed van Hippocrates verplichtte geen moord in opdracht van een derde te plegen. Het was een eer te helpen. Lijnrecht daartegenover staat de huidige Euthanasiewet en de opvatting van veel Westerse artsen die alle medische therapieën en geneesmiddelen willen gebruiken om een patiënt te 'helpen', eventueel tegen diens wil. Dat komt neer op het tijdelijk wegslepen voor de poorten van de dood. Die mindset volgt uit het onvoorwaardelijk uitgangspunt van de Euthanasiewet uit 1886, de *sanctity of life*: 'Menselijk leven in het algemeen heeft een intrinsieke waarde dat de arts te allen tijde moet beschermen'. Vanaf 1950 is er een maatschappelijke verschuiving naar de *quality of life*²⁰: het individuele leven is te evalueren. Een betrokkene kan uitsluitend zelf beoordelen of die betrokkene levensmoe is vanwege lijden, uitzichtloosheid, zinloosheid of welke hem motiverende reden dan ook. Niemand mag daarover oordelen. Een arts behoort ongewenste levensverlengende therapieën te staken.

²⁰ WHOQOL Group (WHO Quality of Life), Soc. Sci. Med., 41(10), 1403-1409, 1995.

18. *Het artsendilemma bij Levenseindehulp.* De geneeskunde heeft zich razendsnel ontwikkeld zonder dat in alle gevallen voor haar gebruik de bijbehorende wijsheid of adequate wetgeving is ontwikkeld. De medische-farmacologische attitude onderschrijft ogenschijnlijk de patiëntgerichte zorg van een holistisch mens (één samenhangend geheel), maar tegelijk ondermijnt zij dat door zich te sterk te focussen op fysieke therapieën en het zelfbeschikkingsrecht te negeren. Artsen hebben een genezingsreflex geleerd. I.p.v. onherroepelijk sterven te accepteren is de attitude: 'Hoe kunnen we sterven verhinderen?'. Hun opleiding is te strikt gericht op mensen beter maken vergeleken met het helpen van mensen zinvol te leven en zinvol te sterven; op het functioneren van de menselijke machine vergeleken met de menselijke geest; en op levensverlenging als doel op zich. Dat roept de vraag op of dat moreel juist is. Naast 'genezen' behoort de arts te voldoen aan de barmhartigheidsplicht met helpen sterven. De arts ervaart daardoor een dilemma en bevindt zich in de ondankbare en onmogelijke positie tussen de hamer van het barmhartig helpen bij een individueel levenseinde en het aambeeld van ongewenste levensverlenging t.g.v. de algemene beschermwaardigheid van het leven. De WLR verlost de arts uit dit dilemma.
19. *De richtlijn Euthanasie van de KNMG.* De Euthanasierichtlijn van de KNMG is: 'Een arts helpt niet bij het sterven van een patiënt die daar zelf niet om kan vragen'. Is dat zo? In het algemeen helpen artsen niet bij de laatste fase van dementie, maar bij een langdurig coma doen artsen dat wel. Is er überhaupt een essentieel verschil tussen die twee? Zou dat verschil kunnen zijn dat een dementerende in bepaalde situaties nog reageert en niet geheel tot zwijgen is gebracht (hoewel er vaak non-communicatie is), terwijl een comateuze patiënt niet reageert en zwijgt? Grofweg: dat de eerste half leeft en de tweede half is gestorven?
20. *Levenseindeverklaring (inclusief een Niet-behandelverklaring).* De overheid moet bevorderen (niet verplichten) dat elke meerderjarige een Levenseindeverklaring opstelt. Ieder mens kan op elk moment in het leven door ziekte of een ongeluk in een positie komen dat deze Levenseindehulp wenselijk kan vinden. Het is verstandig alsdan gewenste Levenseindehulp tijdig schriftelijk of met een videoboodschap te hebben geregeld. Het opstellen van een Levenseindeverklaring

is uiteraard geen verplichting. Het is echter belangrijk dat de betrokkene een eenduidige levenseindeverklaring opstelt om later mogelijke misverstanden bij de levenseindebegeleider, de arts en andere betrokkenen te voorkomen en om deze levenseindeverklaring tijdig met een levenseindebegeleider of de huisarts te bespreken.

21. *Vrije beschikbaarheid LWM aan bepaalde doelgroepen.* Een volstrekt vrije verstrekking van een Levenseindemiddel kan leiden tot misbruik of onjuist gebruik. De burger heeft wel een zelfbeschikkingsrecht, maar ook een sociale beschikkingsplicht om de ander voor schade te behoeden, zoals ook de plicht van de overheid is, waardoor een volledig vrije verstrekking is uitgesloten. Moderne euthanasiewetgeving moet die hulp bij het levenseinde zodanig reguleren dat enerzijds de zelfbeschikking wordt gemaximaliseerd en anderzijds de sociale beschikkingsplicht en de medische zorgvuldigheid bij de uitvoering wordt gegarandeerd. Te overwegen is of het mogelijk kan zijn een Levenseindemiddel te verstrekken aan wilsbekwame mensen (voorwaarden nader te bepalen met wat sociaal-politiek-juridisch haalbaar is). Daarmee wordt geen kwetsbare groep in gevaar gebracht. Dat zou wellicht ook kunnen bij uitbehandelde patiënten (in Oregon VS al mogelijk) of bij bepaalde patiëntengroepen met een ongeneeslijke stoornis die hun Levenseinderegie in eigen hand willen houden, met name in de laatste levensfase (bv. kanker, Parkinson, dementie, de ellendige gevolgen van een beroerte, ALS, etc.) of mensen met een Levenseindewens door een duurzame ongeneeslijke psychische of psychiatrische stoornis.

22. *Belangrijke redenen voor de arts om vrijwillig de taak van de zorg voor de medisch verantwoorde zorgvuldige uitvoering van de euthanasie in de WLR op zich te nemen.*

Met betrekking tot de patiënt:

1. Respect voor de autonomie van de patiënt.
2. Ruimte om de barmhartigheidsplicht na te komen.
3. Geen lijdensweg van (mogelijk te lange) terminale palliatieve sedatie.
4. Geen overbehandeling.
5. De eigen regie van de patiënt en de naaste familie over de laatste stervensfase.
6. Medisch zorgvuldige uitvoering van de euthanasie.

Met betrekking tot de eigen positionering van de arts:

7. Vervallen van de onethische eisen aan de arts om ondraaglijk, uitzichtloos en de redelijkheid van een andere oplossing dan euthanasie te moeten beoordelen.
8. Vervallen van alle Regionale Toetsingscommissie Euthanasie bemoeienissen (de LB moet zich voor het traject verantwoorden middels een rapportage aan het Instituut Levenseindebegeleiding, dat malpractice meldt aan het OM).
9. Vervallen van de angst voor vervolging van de arts door het OM (de eindverantwoordelijkheid ligt bij de LB).