

9 De politieke afronding (1994-2002)

De jaren negentig zijn voor Nederland welvarende jaren. Zowel economisch als politiek lijkt er geen vuiltje aan de lucht. Men spreekt niet meer over de 'strokerigheid' van het Nederlandse model maar prijst het overleg in de polder. Er komt dan ook weer volop ruimte om andere dan economische zaken aan de orde te stellen. Uiteenlopende onderwerpen als gentechnologie, het homohuwelijk en het referendum bepalen mede de politieke agenda.

In 1993 is - zoals in hoofdstuk 8 is beschreven - de meldingsprocedure veranderd en wettelijk verankerd. Vanaf 1 juni 1994 treedt deze nieuwe procedure in werking. In datzelfde jaar ondergaat Nederland een kleine politieke aardverschuiving. Voor het eerst sedert de Eerste Wereldoorlog komt er een kabinet waarin christelijke partijen geen plaats hebben. Vol verwachting kijkt men uit naar de plannen van dit kabinet inzake euthanasie. Deze plannen - het gaat vooral om een herhaling van het landelijke onderzoek - en de consequenties die het kabinet trekt uit het Chabot-arrest staan centraal in de eerste paragraaf. In de tweede paragraaf wordt weer een aantal rechtszaken beschreven. Op de eerste plaats de zaken tegen wat genoemd wordt de 'rondreizende euthanasieartsen'. Op de tweede plaats opnieuw een zaak tegen een verpleegkundige. En op de derde plaats drie rechtszaken en een tuchtzaak tegen huisartsen die ervan verdacht worden dat ze onzorgvuldig hebben gehandeld. In de derde paragraaf worden het tweede landelijke onderzoek en de reactie van de regering erop weergegeven. De regering trekt uit het onderzoek de conclusie dat het strafrecht meer op afstand moet worden gezet en stelt voor euthanasie te laten toetsen door apart daarvoor aangestelde commissies.

In het debat over euthanasie gaat het in de jaren negentig eigenlijk alleen over grensverkenningen en de verdere ontwikkeling van het controleregime. Wat betreft die grensverkenningen komt het levensbeëindigend en levensbekortend handelen bij demente patiënten in deze periode aan de orde en ten aanzien van het controleregime ontwikkelingen op het terrein van consultatie en toetsing vooraf. Beide zijn - naast een overzicht van de ontwikkelingen van palliatieve zorg - onderwerp van de vierde paragraaf.

Al jaren lang wordt gevraagd om onderzoek naar het patiëntenperspectief inzake euthanasie. In de onderhavige periode begint dit wat schoorvoetend op gang te komen. Dit onderzoek en onderzoek naar de publieke opinie wordt beschreven in de vijfde paragraaf. In de zesde paragraaf gaat het opnieuw om rechtszaken. Enerzijds gaat het om een arts die een valse verklaring van overlijden heeft afgegeven en zich verdedigt met een beroep op het beginsel van nemo tenetur en anderzijds om artsen die een einde gemaakt hebben aan het leven van een van hun patiënten zonder dat die daarom gevraagd heeft.

In de laatste paragraaf wordt de draad van de politieke ontwikkelingen weer opgenomen. De gang van het politieke proces wordt af en toe doorbroken met passages betreffende een spraakmakende rechtszaak en de jaarverslagen van de toetsingscommissies. Het politieke proces mondt uit in de afronding van de

legaliseren van euthanasie: de acceptatie van een nieuwe wet die op 1 april 2002 inwerkingtreedt.

9.1 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN IN 1994

In mei 1994 worden verkiezingen voor de Tweede Kamer gehouden. PvdA en CDA lijden grote verliezen. Tezamen zijn zij niet meer in staat in de Tweede Kamer een meerderheid te vormen. De VVD gaat licht vooruit en D66 verdubbelt zich. Na lange onderhandelingen resulteert de verkiezingsuitslag in een kabinet dat uniek is in de naoorlogse periode: een kabinet zonder ook maar één christelijke partij.

Dit eerste zogenaamde 'paarse kabinet' – op Justitie en Volksgezondheid zit de D66-tandem Sorgdrager en Borst – noteert in de regeringsverklaring ten aanzien van euthanasie:

Het verantwoord omgaan met vragen van leven en dood vergt voortdurend de aandacht. Het kabinet is niet voornemens voorstellen in te dienen ten einde euthanasie uit het wetboek van strafrecht te schrappen. De praktijk van de wet op de lijkbezorging zal zorgvuldig worden geëvalueerd, waarbij vooral de ervaringen met de meldingsregeling, de verhouding tussen de procedure bij levensbeëindiging op verzoek en bij levensbeëindiging niet op verzoek, en het vervolgingsbeleid worden bezien. Deze evaluatie zal binnen twee jaar worden afgerond.¹

Ondertussen staat het vervolgingsbeleid ten aanzien van euthanasie nog steeds op de politieke agenda. Op 14 juli – nog voor de regeringswisseling - heeft de staatssecretaris van Justitie – Kosto - op vragen van D66-er Kohnstamm toegezegd de Tweede Kamer zo spoedig mogelijk in te lichten over de uitkomsten van het beraad van de procureurs-generaal en het standpunt van de minister van Justitie over het 'Chabot-arrest'.² Op 16 september stuurt de nieuwe minister van Justitie daarover een notitie aan de Tweede Kamer.

Minister Sorgdrager stelt in deze notitie dat het Chabot-arrest enkele substantiële nieuwe elementen toevoegt aan de jurisprudentie. Dit betreft vooral de oorzaak van het lijden en het al dan niet ingetreden zijn van de stervensfase:

De oorzaak van het lijden is in beginsel niet relevant; evenmin is in beginsel relevant of er sprake is van een stervensfase... Het bovenstaande betekent dat het uitgangspunt voor het vervolgingsbeleid niet langer – mede – kan zijn dat er sprake moet zijn geweest van een stervensfase. Het standpunt van het vorige kabinet dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet-terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn verbetering te verachten is, kan in het licht van het arrest van de Hoge Raad niet gehandhaafd blijven.³

De minister gaat vervolgens in op de zorgvuldigheidseisen. Ten aanzien van de 'uitzichtloosheid' stelt zij dat het medisch oordeel hiervoor bepalend is. Naar medisch

¹ *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen*, 23 715, nr. 11: 32.

² *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Aanhangsel*, nr. 651.

³ *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen*, 23 877, nr. 1: 4.

vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt verergerd en niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. Of de situatie als 'ondraaglijk' aangemerkt kan worden is afhankelijk van de ervaringen van de patiënt in kwestie. Ondraaglijkheid kan dus slechts marginaal getoetst worden. Ook wat betreft het positieve antwoord op de vraag of mensen die psychisch lijden in staat kunnen zijn tot een autonome bepaling dood te willen, sluit de minister aan bij de Hoge Raad. De minister concludeert dat de meldingsprocedure kan blijven fungeren als kader waarbinnen beslissingen omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding worden getoetst. Er is volgens haar geen aanleiding om tot aanpassing van die procedure over te gaan.⁴

Ten aanzien van de vervolgingen die haar voorganger Hirsch Ballin in gang had gezet, stelt de minister dat de 12 gevallen waarin in 1993 en de 3 gevallen waarin in 1994 een vervolging is ingesteld, door de procureurs-generaal zijn heroverwogen. De uitkomst is dat 11 gevallen, getoetst aan de in de notitie gestelde criteria niet voor verdere vervolging in aanmerking komen. In de overige vier gevallen zal, alvorens een definitieve beslissing over vervolging wordt genomen, de uitkomst van het reeds ingesteld gerechtelijke vooronderzoek worden afgewacht.⁵

9.2 RECHTSZAKEN

'RONDREIZENDE EUTHANASIEARTSEN'

Een nieuw vraagstuk in het vervolgingsbeleid betreft de kwestie of alleen de behandelend arts euthanasie of hulp bij zelfdoding mag toepassen. Deze kwestie is in 1994 bekend geworden onder de noemer van de 'rondreizende euthanasieartsen'.⁶ Het betreft hier de zogenaamde 'vertrouwensartsen' van de NVVE.⁷

⁴ *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen, 23 877, nr. 1: 4-8.*

⁵ *Handelingen Tweede Kamer 1993-94, Bijlagen, 23 877, nr. 1: 7.* Bij de 11 gevallen handelt het om patiënten die niet in een terminale fase verkeerden maar wel een ernstige lichamelijke ziekte of aandoening hadden (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen, 23 877, nr. 2: 5*). Een van de zaken is de zaak Smook. In april 1993 heeft de oncoloog Smook bij een van zijn patiëntes euthanasie toegepast. Op 7 juli 1994 vordert de officier van justitie een gerechtelijk vooronderzoek omdat de patiënte niet in de stervensfase verkeerde en omdat niet gebleken was dat er sprake was van een progressieve verslechterende toestand die - ook objectiveerbaar - ondraaglijk lijden met zich meebracht. De rechter-commissaris heeft bij beschikking van 26 juli 1994 deze vordering afgewezen op grond van het Chabot-arrest. Tegen deze conclusie ging de officier in beroep. Maar ook de rechtbank meent met een verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad dat een beroep op noodtoestand niet verworpen zal worden op grond van hetgeen het Openbaar Ministerie inbrengt. Verder overweegt de rechtbank dat bij de arts de verwachting is gewekt dat hij volledig aan de voor euthanasie noodzakelijke eisen heeft voldaan en dat deze zaak de toets der goede procesorde niet kan doorstaan. De rechtbank bekrachtigt de beschikking van de rechter-commissaris (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995, nr. 33: 223-226). De officier van justitie tekent geen beroep aan omdat hij meent dat de termijn waarin de zaak in hoger beroep zou kunnen worden behandeld, de belangen van Smook ernstig zou schaden (*de Volkskrant* 9 februari 1996).

⁶ De scheidend secretaris-generaal van het ministerie van Justitie G.J. van Dinter maakt het bestaan van die artsen in augustus publiekelijk bekend (*NRC-Handelsblad* 3 augustus 1994).

⁷ Onder 'vertrouwensartsen' van de NVVE verstaat men artsen die bij gevallen van euthanasie betrokken raken door tussenkomst van de NVVE. Het zijn artsen die over het algemeen bemiddelen tussen een patiënt met een euthanasiewens en diens arts die vooralsnog deze hulp heeft afgewezen. (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Aanhangsel, nr. 301*).

MULDER-MEISS

Mevrouw Mulder-Meiss is een van de 'vertrouwensartsen' van de NVVE die vervolgd worden omdat ze hulp bij levensbeëindiging hebben gegeven aan iemand die geen patiënt van hun was. Voor de strafrechter moet zij zich voor één geval verantwoorden en voor de tuchtrechter voor drie.⁸

Wat betreft de strafzaak gaat het om de hulp bij zelfdoding bij een 73-jarige man met een niet te genezen 'systeemziekte'. De man heeft al lang een wens tot sterven en besluit nadat gebleken is dat geen arts hem wil helpen, zichzelf het leven te benemen met behulp van pillen en een plastic zak. Hij vraagt aan mevrouw Mulder-Meiss of zij bij hem wil blijven en zij vindt dat ze dat moet doen. De man vermengt de door hem verzamelde pillen met vla en drinkt nadat hij die opgegeten heeft een paar glazen jenever. Als hij na 15 minuten suf wordt - voor de arts het teken dat de medicijnen gaan werken - zegt zij hem dat hij de zak over zijn hoofd moet plaatsen. Dat doet hij en enige tijd later stelt zij vast dat hij is overleden. Mevrouw Mulder-Meiss belt de dienstdoend arts en vervolgens wordt de politie gewaarschuwd.

Eind 1992 staat mevrouw Mulder-Meiss terecht voor de rechtbank Rotterdam. Zij voert aan dat voldaan is aan de algemeen aanvaarde criteria met betrekking tot het straffeloos geven van hulp bij zelfdoding. De rechtbank meent echter dat daarvoor vereist is dat de hulp verleend is door een arts in zijn hoedanigheid van arts, dan wel door een persoon, die daarbij nauw samenwerkt met een arts. In dat laatste geval moet de arts een zorgvuldige afweging maken van alle in geding zijnde plichten en belangen. Mevrouw Mulder heeft echter uitdrukkelijk verklaard dat zij de hulp niet verricht heeft in haar kwaliteit van arts. De plichten van een arts die een beroep op noodtoestand kunnen rechtvaardigen rustten dus niet op haar.

Daar komt nog bij dat de rechtbank twijfelt aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming. De rechtbank vindt dat er een grondiger onderzoek ingesteld had moeten worden naar de aard van de ziekte, de vooruitzichten en naar andere behandelingsmethoden. Verder acht de rechtbank van belang dat het besluit tot meewerken reeds na betrekkelijk korte tijd is genomen. Dit wringt te meer omdat de man niet terminaal ziek was en de huisarts en twee specialisten bij wie de man in behandeling was, afwijzend stonden tegenover het verzoek om euthanasie. Het beroep op noodtoestand wordt dan ook verworpen.⁹

De rechtbank merkt op dat mevrouw Mulder-Meiss niet inziet dan wel niet wil inzien dat zij onjuist heeft gehandeld. Dat vindt de rechtbank zeer verontrustend, te meer daar mevrouw Mulder-Meiss bij een groot aantal gevallen van euthanasie betrokken is geweest en zij aangegeven heeft in het gebeurede geen aanleiding te zien een andere gedragslijn te gaan volgen. Kennelijk, zo overweegt de rechtbank, is het haar onvoldoende duidelijk dat bij het nemen van beslissingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding de uiterste zorgvuldigheid moet worden betracht, en dat niet haar eigen oordeel doorslaggevend is. De rechtbank acht de door de officier van justitie gevorderde gevangenisstraf - tien maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar - dan ook volkomen op zijn plaats.¹⁰

⁸ Zij is een gepensioneerde arts die voorheen werkzaam was bij een kleuter- en zuigelingenbureau en in een abortuskliniek. Mevrouw Mulder-Meiss, die de zaak van de euthanasie een zeer warm hart toedraagt, heeft van haar handelen nooit een geheim gemaakt.

⁹ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 157-161.

¹⁰ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 160.

Mevrouw Mulder-Meiss gaat tegen dit vonnis in beroep bij het Gerechtshof 's Gravenhage.¹¹ Het hof meent dat de aanwezigheid bij het plegen van de zelfmoord is op te vatten als - niet strafbare - morele steun. Echter met de mededeling dat de patiënt "nu maar de plastic zak over zijn hoofd moest doen, of woorden van die strekking" gaf mevrouw Mulder-Meiss aan de patiënt een instructie, hetgeen wel strafbaar is te achten.¹²

Het hof verwerpt vervolgens, evenals de rechtbank, het beroep op noodtoestand. Opnieuw wordt erop gewezen dat de consultatie onvoldoende is geweest en dat dit des te meer wringt daar andere artsen afwijzend stonden tegenover het verzoek. Extra aanleiding tot consultatie ziet het hof in de omstandigheid dat bij de man naast zijn ziekte allerlei zaken als huwelijksproblemen en drankmisbruik leken mee te spelen en dat het hof zich niet aan de indruk kan onttrekken dat mevrouw Mulder-Meiss zich onder druk heeft laten zetten door het dreigement van de man dat hij zich op zou hangen. Het hof veroordeelt mevrouw Mulder-Meiss tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een maand met een proeftijd van twee jaar.¹³ Tegen dit vonnis tekent zij cassatie aan.

Een jaar later wordt namens mevrouw Mulder-Meiss voor de Hoge Raad onder andere¹⁴ aangevoerd dat het hof een onjuiste betekenis heeft toegekend aan het begrip 'behelpzaam' in artikel 294. De verdediging noemt het onbegrijpelijk dat het hof onder 'behelpzaamheid' ook de informatieve mededeling verstaat, waarin gezegd wordt dat degene die zelfmoord wil plegen de plastic zak over zijn hoofd moet doen. Ook acht de verdediging de gronden waarop het hof het verweer van noodtoestand heeft verworpen, ontoereikend, met name omdat het hof niet is ingegaan op de psychische overmacht.

De Hoge Raad noemt de motivering van dit middel onjuist omdat voorbij gegaan wordt aan het eigensoortige karakter van het in artikel 294 strafbaar gestelde feit.¹⁵ Ook het oordeel

¹¹ De raadsman van mevrouw Mulder-Meiss voert aan dat het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk moet worden verklaard omdat de redelijke termijn bedoeld in artikel 6 EVRM verstreken is nu tussen het vonnis in eerste aanleg en de behandeling in hoger beroep ruim 14 maanden zijn versterken. Dit verweer wordt door het hof verworpen. Het hof vindt de verstreken termijn weliswaar lang, maar denkt dat toch niet gezegd kan worden dat de behandeling in hoger beroep niet heeft plaatsgevonden binnen een redelijke termijn.

¹² Volgens het hof volgt dit onder meer uit de woorden van mevrouw Mulder-Meiss ter zitting van 1 juni 1994, waar zij zegt dat zij het moment van het om het hoofd doen van de plastic zak niet aan de man zelf wilde overlaten, omdat zij wilde voorkomen dat hij daartoe zelf niet meer in staat zou zijn. Het hof meent dat in dit licht de mededeling van mevrouw Mulder-Meiss, in welke exacte bewoordingen dan ook, duidelijk gericht is op het bewaken van het cruciale moment. Daardoor kwam het initiatief bij mevrouw Mulder-Meiss te liggen.

¹³ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994, nr. 65: 492-499.

¹⁴ Er zijn zeven cassatiemiddelen aangevoerd. Zo is de vraag van de overschrijding van de redelijke termijn ook aan de Hoge Raad voorgelegd. Ook de Hoge Raad verwerpt dit verweer.

In een andere zaak in deze periode wordt de overschrijding van de redelijke termijn wel geaccepteerd. Het betreft een Hengelose longarts die in 1994 een einde maakte aan het leven van een 80-jarige patiënt. Het parket in Almelo stelt voor de zaak te seponeren. Het college van procureurs generaal meent echter dat de vervolging moet worden doorgezet. Eind 1997 komt de zaak voor de rechtbank. De advocaat meent dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk moet worden verklaard omdat de redelijke termijn tussen het toepassen van de levensbeëindiging en de rechtszaak is verstreken. De rechtbank volgt dit verweer. Zij concludeert dat de afzonderlijke opsporingshandelingen op zich niet te lang hebben geduurd maar dat er in totaliteit te veel tijd overheen is gegaan voordat de kwestie op de zitting kwam (*Tubantia* 5 december 1997).

¹⁵ Namens mevrouw Mulder-Meiss was aangevoerd dat van 'behelpzaam zijn' zoals bedoeld in artikel 294 geen sprake kan zijn indien degene die zelfmoord pleegt niet tot andere handelingen wordt gebracht. Ook voorzover het middel bij de uitleg van het begrip 'behelpzaam zijn' anderszins aansluiting

van het hof inzake het beroep op psychische overmacht – dat van een dokter gevergd mag worden dat zij de door een patiënt uitgeoefende druk zal weerstaan - houdt de Hoge Raad in stand.¹⁶

Voor de tuchtrechter moet mevrouw Mulder-Meiss zich niet alleen verantwoorden voor de hierboven beschreven casus, maar ook voor twee andere zaken.¹⁷ Het Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage legt mevrouw Mulder-Meiss de maatregel van berisping op¹⁸ en hiertegen gaat zowel zij als de inspecteur van de volksgezondheid in beroep. Het centrale bezwaar van de inspecteur is dat mevrouw Mulder-Meiss niet optreedt als behandelend arts en desondanks tot levensbeëindiging overgaat.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege volgt niet het standpunt van de inspecteur, dat een niet-behandelend arts nooit tot levensbeëindiging mag overgaan. Het college is van mening dat mevrouw Mulder-Meiss een 'vertrouwensarts' is van de NVVE. 'Vertrouwensarts' staat, volgens het college, voor een arts die niet zelf behandelt. Mevrouw Mulder-Meiss heeft echter wel zelf actief bemoeienissen met de patiënten gehad. Het is de vraag, zo vervolgt het Centraal Medisch Tuchtcollege, of een dergelijke 'vertrouwensarts' de geschikte persoon is om actief mee te werken aan euthanasie. Ze heeft weliswaar ervaring met levensbeëindiging, maar een ontwikkeling, waarbij vragen omtrent het levenseinde worden beoordeeld door specialisten op het gebied van euthanasie, is niet aan te bevelen. Desondanks ziet het Centraal Medisch Tuchtcollege het als zijn taak te onderzoeken of de arts voldoende kennis heeft genomen van de patiënt om tot euthanasie te kunnen besluiten.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van mening dat ten aanzien van een van de gevallen - een demente man - niet gezegd kan worden dat mevrouw Mulder-Meiss zich ontoereikend heeft geïnformeerd over de ziektegeschiedenis van de patiënt, diens actuele situatie en het te verwachten verloop. Het verwijt ten aanzien van deze patiënt dient dan ook te worden afgewezen.

In de tweede casus - een vrouw met het herseninfarct – deelt het college niet de opvatting van de inspecteur dat de patiënt zich in de terminale fase moet bevinden. Het Centraal Medisch Tuchtcollege vindt wel dat mevrouw Mulder-Meiss te weinig overleg gepleegd heeft met de dokters van het tehuis waar de patiënte verbleef. Dit laatste leidt ertoe dat het college vindt dat mevrouw Mulder-Meiss onzorgvuldig heeft gehandeld en het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd.

Ten aanzien van het derde geval – de casus waarvoor zij strafrechtelijk is vervolgd – is het Centraal Medisch Tuchtcollege van oordeel dat mevrouw Mulder-Meiss als arts aanwezig is

zoekt bij de wettelijke bepalingen omtrent deelneming aan strafbare feiten, wijst de Hoge Raad het middel af.

¹⁶ *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 322.

¹⁷ De ene casus betreft een man met de ziekte van Alzheimer. Deze man heeft in 1980 een euthanasieverklaring ondertekend en zijn familie dringt erop aan zijn wens te vervullen. Er is overleg geweest met andere artsen en de apotheekhoudende huisarts is bereid de euthanatica te leveren. Mevrouw Mulder-Meiss heeft vervolgens de levensbeëindiging uitgevoerd. De tweede casus betreft een oude vrouw die een herseninfarct heeft gehad. De vrouw wil dood, maar haar neuroloog wil haar niet helpen. Mevrouw Mulder-Meiss heeft contact met de huisarts die toezegt te zullen zorgen voor het euthanaticum. Na een gesprek met de geneesheer-directeur van de instelling waar zij woont, twijfelt de vrouw aan de euthanasie, maar korte tijd later wil ze toch weer dood. De huisarts levert alsnog het euthanaticum en mevrouw Mulder-Meiss is – samen met een verpleegster – aanwezig als de vrouw het inneemt (*Medisch Contact* 1994: 1507-1511). Deze twee zaken zijn door het Openbaar Ministerie geseponeerd.

¹⁸ Niet gepubliceerd.

geweest. Voor het medisch tuchtcollege heeft mevrouw Mulder-Meiss erkend dat in de casus niet voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen die aan een arts gesteld worden. Ook ten aanzien van deze casus oordeelt het college dat haar handelen onzorgvuldig was.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van mening dat de verwijten die mevrouw Mulder-Meiss te maken zijn, op zichzelf beschouwd van dien aard zijn dat een schorsing in de uitoefening van de geneeskunde op zijn plaats zou zijn. Anderzijds heeft het college begrip voor de moeilijke positie waarin zij zich bevond, en heeft het college waardering voor de oprechtheid waarmee zij de problematiek, ook in het kader van de onderhavige klacht, benadert. Het Centraal Medisch Tuchtcollege volstaat met de in eerste aanleg opgelegde maatregel van berisping.¹⁹

COHEN

Op 8 augustus 1992 maakt de NVVE 'vertrouwensarts' Cohen een einde aan het leven van een 72-jarige vrouw die lijdt aan een ernstige longkwaal en aan suikerziekte. De vrouw heeft haar huisarts herhaalde malen laten weten dat zij wil sterven. De huisarts schakelt daarop Cohen in, die met de patiënte diverse gesprekken voert. Wanneer de huisarts besluit zijn patiënte niet te helpen sterven²⁰ worden de contacten tussen de vrouw en Cohen geïntensiveerd. Hem wordt duidelijk dat de vrouw uitzichtloos lijdt en dat ze haar besluit weloverwogen heeft genomen. De vrouw vreest ontluistering en een dood door verstikking. Cohen besluit haar te helpen onder voorwaarde dat er een gesprek plaatsvindt met haar dochters. In aanwezigheid van een van de dochters maakt Cohen een einde aan haar leven. Cohen belt daarna de gemeentelijk lijkschouwer.²¹

In het voorjaar 1994 staat Cohen voor de rechtbank Rotterdam²² waar hij een beroep doet op noodtoestand. De rechtbank overweegt dat vast is komen te staan dat mevrouw vrijwillig, weloverwogen en duurzaam te kennen heeft gegeven dat zij niet langer wilde leven en dat er bij haar sprake was van een duurzaam, uitzichtloos, door haar als ondraaglijk ervaren lijden. Ten aanzien van het feit dat Cohen niet de behandelend arts was, acht de rechtbank van belang dat er geen verschil van mening bestond tussen de

¹⁹ 'Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 16 juni 1994', *Medisch Contact* 1994: 1507-1511. Kastelein en Dillmann zijn van mening dat de casus van de man met Alzheimer aparte aandacht verdient. Hoewel in de uitspraak geen uitgebreide aandacht wordt geschonken aan de ernst van het lijden van de patiënt, kan het positieve oordeel van het college over dit levensbeëindigend handelen een rol gaan spelen in de discussie over de reikwijdte van de wilsbeschikking en de ernst van het lijden bij ernstig demente patiënten, zoals deze in de derde discussienota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG aan de orde is gesteld (Kastelein en Dillmann 1994: 1507).

²⁰ Ook de longarts wil geen euthanasie toepassen. De artsen menen dat de ziekte van mevrouw nog niet in een terminaal stadium is en de huisarts vindt bovendien dat haar klachten moeilijk medisch te objectiveren zijn (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 490-491).

²¹ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 489.

²² Namens Cohen wordt aangevoerd dat het Openbaar Ministerie in zijn vervolging niet ontvankelijk is aangezien daarmee het gelijkheids- en vertrouwensbeginsel worden geschonden. Het Openbaar Ministerie voert immers als beleid in euthanasiezaken dat wanneer voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen en wanneer gemeld is, geen vervolging plaatsvindt. Cohen is op de hoogte van dit beleid en is in eerdere gevallen, waarin hij conform de richtlijnen gehandeld heeft en gemeld heeft, niet vervolgd. Het ging daarbij om zeer vergelijkbare gevallen. De rechtbank verwerpt dit beroep omdat hetgeen aangevoerd is over andere gevallen niet zodanig vergelijkbaar is met de onderhavige zaak dat het Openbaar Ministerie in zijn vervolging niet ontvankelijk zou moeten worden verklaard. Verder oordeelt de rechtbank dat zelfs indien aangenomen wordt dat het Openbaar Ministerie een dergelijk beleid voert – de rechtbank laat dat in het midden – het niet evident is dat in strijd met dit beleid is gehandeld.

huisarts en Cohen over de aard en het verloop van de ziekte van mevrouw en dat Cohen door de huisarts zelf is ingeschakeld.

Wel vraagt de rechtbank zich af of er niet nog een arts geconsulteerd had moeten worden. In een casus als de onderhavige zou dat extra wenselijk kunnen zijn omdat als een arts wordt ingeschakeld in verband met een verzoek tot euthanasie, er een gevaar bestaat dat die arts meer belang zal hechten aan zijn plicht tot (stervens)hulpverlening en minder aandacht zal schenken aan zijn (andere) plicht tot bescherming van het leven. In dit geval echter, zo oordeelt de rechtbank, mocht dit consulteren achterwege worden gelaten. Daarvoor voert ze vier redenen aan: er was sprake van overeenstemming tussen de arts en de huisarts met betrekking tot de aard en het verloop van de ziekte; de huisarts kon er zich in vinden dat een ander zijn patiënte zou helpen te sterven; Cohen heeft zowel met de huisarts als met de patiënte zeer uitvoerige gesprekken en contacten gehad; en de huisarts heeft ook zelf het verzoek tot euthanasie geruime tijd in ernstige overweging genomen. Daar komt bij dat de medische en juridische deskundigen²³ in het onderhavige geval het oordeel van de arts ondersteunden en gerechtvaardigd vonden. De rechtbank is van oordeel dat Cohen het beroep op noodtoestand toekomt en ontslaat hem van rechtsvervolging.²⁴

POSTMA

In 1991 meldt een vrouw met kanker zich bij de NVVE. Haar huisarts, die niet onwelwillend staat tegenover euthanasie, wenst die alleen toe te passen als de patiënte in de terminale fase verkeert. De vrouw in kwestie is ernstig ziek maar nog niet stervende. De NVVE schakelt dokter Postma in die probeert te bemiddelen tussen huisarts en patiënt.

Postma is sedert de rechtszaak tegen zijn vrouw in 1973 actief geweest op het terrein van de euthanasie. In 1987 heeft hij toen de NVVE in een crisis verkeerde tijdelijk het voorzitterschap van de vereniging op zich genomen en sedert zijn pensionering treedt hij op als een 'vertrouwensarts'. In 1992 hield hij uit verontwaardiging over de politieke gang van zaken omtrent euthanasie, een protestmars van Noordwolde naar Den Haag.²⁵

Wanneer de huisarts blijft weigeren over te gaan tot euthanasie, gaat de vrouw in hongerstaking. Zij geeft in die situatie een interview voor radio Drenthe, waarna het nieuws zich over het hele land verspreidt. Uiteindelijk besluit Postma om dan zelf over te gaan tot de uitvoering van de euthanasie. Postma neemt contact op met de Groningse hoogleraar huisartsgeneeskunde Meyboom-de Jong. Zij bezoekt de vrouw als consulent en komt tot de conclusie dat aan de vereisten voor euthanasie is voldaan. Postma dient het middel toe in bijzijn van de vier kinderen van de vrouw en een vertegenwoordigster van de NVVE. Na het overlijden van de vrouw belt hij haar huisarts. Aan de huisarts en de gemeentelijk lijkschouwer toont Postma de lege ampullen waarop geconcludeerd wordt dat mevrouw niet aan een natuurlijke doodsoorzaak is overleden.

Postma wordt ontboden bij de inspecteur voor de volksgezondheid. Deze denkt na het gesprek en het bestuderen van de gegevens, dat de euthanasie formeel juist is uitgevoerd alhoewel het medisch niet zorgvuldig was van Postma om zich in de situatie van behandelend arts te laten dringen. Het Openbaar Ministerie begint eveneens een onderzoek maar de officier van justitie in Assen ziet geen reden voor een verdere vervolging. Hij denkt

²³ Onder andere de internist Van der Meer en de gezondheidsjuristen Leenen en Legemaate zijn gevraagd als getuige-deskundigen.

²⁴ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 487-493. De officier rekwireerde tot bewezenverklaring van het tenlastegelegde en tot schuldigverklaring zonder oplegging van een straf of maatregel.

²⁵ Looijenga 2001: 91.

dat de artsen Postma en Meyboom-de Jong voldaan hebben aan de zorgvuldigheidseisen. Minister van Justitie Hirsch Ballin geeft echter opdracht Postma in staat van beschuldiging te stellen. De rechter-commissaris vraagt een aantal deskundigen om hun mening. Deze denken dat Postma en Meyboom-De Jong niets te verwijten valt. Oktober 1996 krijgt Postma te horen dat de zaak geseponneerd wordt.²⁶

De rechtszaken tegen deze artsen hebben nogmaals duidelijk gemaakt dat het ingetreden zijn van de stervensfase geen vereiste is voor euthanasie. Bovendien is uit de vonnissen duidelijk geworden dat de arts die de euthanasie toepast niet per se de arts moet zijn die al lang een behandelingsrelatie met de patiënt heeft. De NVVE trekt desalniettemin uit de commotie die optreedt rondom de 'vertrouwensartsen' de conclusie dat gestopt moet worden met deze activiteiten.²⁷

Ten slotte is er iets meer duidelijkheid gekomen over de grenzen van het begrip 'hulp'. Het is duidelijk dat mevrouw Mulder-Meiss met een instructie te ver gegaan is.

DE ZAAK VAN DER WEERD: EUTHANASIE DOOR VERPLEEGKUNDIGE ONDER TOEZICHT VAN ARTS

Een bijzondere rechtszaak speelt zich af in Groningen en Leeuwarden. Deze zaak betreft de verpleegkundige Van der Weerd, die in aanwezigheid van de huisarts, een vriend die AIDS heeft op zijn nadrukkelijk verzoek, de dodelijke injectie toedient.²⁸ Van der Weerd voert voor de rechtbank Groningen aan dat zij zich in haar hoedanigheid als verpleegkundige kan beroepen op een 'verpleegkundige exceptie' op basis van de theorie van 'de verlengde arm' daar zij handelde ter uitvoering van een impliciete opdracht van een arts. De rechtbank verwerpt dit verweer omdat Van der Weerd - weliswaar in samenspraak met de patiënt - uitdrukkelijk aan de arts heeft kenbaar gemaakt de euthanaserende handeling zelf te willen verrichten. Zij heeft uit eigen verantwoordelijkheid gehandeld en heeft ter terechtzitting verklaard voor die verantwoordelijkheid, na inwinning van informatie, bewust te hebben gekozen. De uitvoering van euthanasie is volgens de rechtbank een medische handeling die een arts niet kan delegeren aan anderen.²⁹

De rechtbank acht Van der Weerd dus strafbaar. Bij het bepalen van de straf houdt de rechtbank rekening met de aard en de ernst van het bewezene en met de persoon van de verpleegkundige. Op grond daarvan is de rechtbank van oordeel dat zij met integere bedoelingen heeft gehandeld maar acht strafoplegging, mede vanwege het algemene preventieve effect dat daarvanuit gaat, noodzakelijk. De rechtbank veroordeelt haar tot een gevangenisstraf van twee maanden voorwaardelijk met een proeftijd van 1 jaar.³⁰

Een half jaar later staat Van der Weerd voor het Gerechtshof Leeuwarden. Ook nu doet zij een beroep op de constructie van de verlengde arm maar het hof oordeelt dat er geen sprake was van een opdracht van de arts. "Immers hier gaat het in wezen om een daad van vriendschap, waarin Van der Weerd en de arts geen bezwaar hebben gezien in verband met

²⁶ *Leeuwarder Courant* 11 oktober 1996.

²⁷ *De Volkskrant* 13 augustus 1994.

²⁸ De arts meldt de euthanasie.

²⁹ De advocaat – Sutorius - voert aan dat zij heeft gedwaald maar ook dit verweer wordt door de rechtbank verworpen. Zij had behoren te weten dat euthanasie strafbaar is en dat alleen voor artsen toetsingsprocedures in het leven zijn geroepen.

De arts wordt niet vervolgd, volgens *de Volkskrant* omdat hij aan alle eisen van straffeloze euthanasie had voldaan (*de Volkskrant* 8 september 1995). Ook de inspectie voor de volksgezondheid ziet geen aanleiding om een zaak tegen hem te beginnen (*Nieuwsblad van het Noorden* 5 december 1995).

³⁰ *Nederlandse Jurisprudentie* 1995, nr. 477.

de omstandigheid dat zij een ervaren verpleegkundige is".³¹ Maar zelfs als men het als een opdracht van de arts zou beschouwen is het hof van mening dat inzichten met betrekking tot de bevoegdheden van verpleegkundigen op grond van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst niet rechtstreeks van toepassing zijn op uitvoeringshandelingen van euthanasie. Daarbij verwijzen zij naar de richtlijnen inzake euthanasie van KNMG en Nieuwe Unie '91 waaruit duidelijk blijkt dat de verpleegkundigen en verzorgenden niet met euthanaserende handelingen belast dienen te worden.

Ook het beroep op dwaling wordt verworpen in die zin dat het hof de dwaling niet verschoonbaar acht. Het hof is van mening dat Van der Weerd de twijfel over de geoorlooftheid van haar handelen te gemakkelijk heeft laten overwinnen door haar wens te voldoen aan het verzoek van haar vriend en collega. Het hof oordeelt dat zij schuldig is maar acht geen aanleiding voor strafoplegging aanwezig. Daarbij merkt het hof op dat het zich had kunnen voorstellen dat de arts - die in de eerste plaats bij het sterven van de man in kwestie minder emotioneel betrokken was dan Van der Weerd en die in de tweede plaats beroepshalve geacht mag worden zich terdege te hebben georiënteerd op het moeilijke terrein van de euthanasie - het nodige zou hebben gedaan om haar te weerhouden datgene te doen, waarvoor zij nu veroordeeld wordt.³²

DE ZAKEN ZOON, MAKDOEMBAKS EN SCHAT

Midden jaren negentig worden de huisartsen Zoon, Makdoembaks en Schat strafrechtelijk vervolgd wegens onzorgvuldig handelen bij levensbeëindiging. Middels deze zaken worden de grenzen waarbinnen euthanasie kan worden toegepast nogmaals aangegeven.

Zoon wordt verweten dat hij na een toepassing van euthanasie niet voldaan heeft aan de eis van consultatie en aan het vereiste van het niet afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden. Verder wordt hem het uitschrijven van recepten op valse naam verweten.³³ De rechtbank is van oordeel dat Zoon zijn verantwoordelijkheden als huisarts miskend heeft en zeer laakbaar heeft gehandeld. Hij wordt veroordeeld tot zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar en aftrek van voorarrest alsmede tot een geldboete van 5.000 gulden.³⁴

³¹ *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 61: 300.

³² *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 61. Kort na deze zaak komt het levensbeëindigend handelen van Martha U. - een ziekenverzorgende - aan het licht. Haar wordt voor de rechtbank in Groningen verweten dat zij een aantal van de aan haar zorg toevertrouwde mensen van het leven heeft beroofd (volgens krantenberichten bekende de vrouw negen gevallen maar deze kunnen niet allemaal bewezen worden). De rechtbank acht vier keer moord bewezen en veroordeelt haar tot negen jaar gevangenisstraf en TBR (parketnr. 30031-95). Op 8 oktober 1996 acht ook het Gerechtshof Leeuwarden haar schuldig aan moord op vier personen. In het vonnis noemt het hof het optreden van de medische staf van het verpleeghuis toen er verdenking rees laks, maar vindt dat dit aan de eigen verantwoordelijkheid van Martha U. niet afdoet. Omdat het hof door de rapporten van de getuigendeskundigen ervan overtuigd is geraakt dat Martha U. een gestoorde persoonlijkheid heeft, verandert het de straf in vier jaar en terbeschikkingstelling met dwangverpleging (parketnr. 24-000470-96).

³³ De euthanasie betreft een vrouw die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte. De stervensfase was volgens Zoon bereikt en de vrouw gaf weloverwogen en duurzaam te kennen niet langer te willen leven. Zoon richtte zich tot een anesthesist voor de middelen om euthanasie toe te passen. Hij beschouwt de consultering van deze arts als het inwinnen van de vereiste "*second opinion*".

³⁴ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 98-103.

Zoon moet zich ook voor het medisch tuchtcollege verantwoorden. Hij wordt voor het leven uit zijn beroep gezet daar gebleken is dat hij op vele manieren de regels van het beroep overtreden heeft. Zoon begint daarna een praktijk in Spanje.³⁵

De huisarts Makdoembaks wordt vervolgd omdat hij in een casus van euthanasie in november 1994 in gebreke is gebleven wat betreft de verslaglegging en de consultatie. Makdoembaks heeft de euthanasie gemeld bij de lijkschouwer.³⁶ De raadsman brengt naar voren dat het vragenformulier dat ingevuld moet worden bij een geval van euthanasie, op grond van het beginsel van *nemo tenetur*, niet als bewijs in de strafzaak mag worden gebruikt.³⁷ De rechtbank oordeelt dat de verplichting van een arts om de gemeentelijk lijkschouwer te informeren in geval van euthanasie, niet in strijd is met het *nemo tenetur*-beginsel. "De arts kan immers bij een eventuele vervolging terzake van levensbeëindigend handelen zijn proces positie in alle vrijheid bepalen". Het feit dat Makdoembaks vanaf het begin van de vervolging aangegeven heeft dat hij verantwoording wil afleggen voor zijn handelen verdraagt zich niet met het gevoerde verweer.³⁸

Het niet consulteren van een onafhankelijk arts en de gebrekkige verslaglegging wordt door Makdoembaks gemotiveerd door erop te wijzen dat de patiënte niet wilde dat de euthanasie aan de openbaarheid kwam. De rechtbank is van oordeel dat de weigering van de 'second opinion' door de patiënte nooit een argument kan zijn om de arts te ontslaan van deze verplichting. Door het achterwege laten van de consultatie en de gebrekkige verslaglegging acht de rechtbank Makdoembaks verwijtbaar tekortgeschoten. Hij heeft zichzelf in een situatie gebracht dat achteraf niet te toetsen valt of hij in de door hem gestelde noodtoestand verkeerde. Alhoewel de rechtbank omtrent het verzoek en het lijden geen twijfel heeft, wordt het beroep op overmacht verworpen vanwege de niet controleerbaarheid van de situatie. De rechtbank veroordeelt Makdoembaks tot een gevangenisstraf van 3 maanden voorwaardelijk met een proeftijd van 2 jaar.³⁹

In hoger beroep doet Makdoembaks opnieuw een beroep op noodtoestand. Het hof overweegt dat de enkele omstandigheid dat de verslaglegging van de arts zelf ontbreekt of niet adequaat is, dan wel dat de arts consultatie heeft nagelaten, niet met zich meebrengt dat reeds daardoor een beroep op noodtoestand faalt. Voor een beroep op noodtoestand is het voldoende dat er genoegzaam duidelijkheid bestaat omtrent de wens van de patiënt en het ziekteproces. Alhoewel het ontbreken van consultatie en de gebrekkige verslaglegging het moeilijk maken om de casus te beoordelen blijkt deze duidelijkheid alsnog verkregen te

³⁵ *De Volkskrant* 30 december 1995. Zoon dient in 1995 een klacht in bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens tegen de meldingsprocedure. Daarover is verder niets bekend geworden.

³⁶ Het betreft een patiënte die al heel lang lijdt aan ongeneeslijke longproblemen. Zij geeft te kennen te willen sterven op het moment dat haar toestand dat naar haar mening noodzakelijk maakt. Zij heeft een schriftelijke wilsverklaring van die strekking.

³⁷ De advocaat van Makdoembaks is verder van mening dat de officier van justitie niet-ontvankelijk moet worden verklaard omdat hij het vertrouwen heeft gewekt dat niet vervolgd zal worden. De rechtbank verwerpt dit beroep.

³⁸ De officier van justitie in de zaak Kadijk – een van de zaken betreffende de levensbeëindiging bij een pasgeborene – heeft dit al eerder – november 1995 – naar voren gebracht. De rechtbank heeft deze eis tot niet-ontvankelijkheid verworpen op een technische grond: op het moment van de levensbeëindiging was de meldingsprocedure nog niet officieel in werking. In paragraaf 9.6 staat het oordeel van de Hoge Raad in een andere zaak over het verweer dat het beginsel van *nemo tenetur* wordt geschonden.

³⁹ Uitspraak rechtbank Amsterdam 1 april 1997. Niet gepubliceerd, parketnr. 13/080537-95.

kunnen worden op grond van getuigenverklaringen.⁴⁰ Het hof erkent dan ook het beroep op noodtoestand en ontslaat Makdoembaks van rechtsvervolging.⁴¹

Ook Makdoembaks moet zich verantwoorden bij het Medisch Tuchtcollege. Het tuchtcollege berispt Makdoembaks omdat hij niet of in niet voldoende mate heeft voldaan aan de regels betreffende consultatie en betreffende behoorlijke verslaglegging waaronder de informatie aan de gemeentelijk lijkschouwer.⁴²

Ten slotte de zaak Schat. In de nacht van 17 op 18 april 1996 maakt de huisarts Schat een einde aan het leven van een van zijn patiënten met behulp van insuline. Het betreft een 72-jarige vrouw die ongeneeslijk ziek is en veel pijn lijdt. Schat dient haar 's avonds in het verzorgingstehuis waar zij woont, insuline toe en gaat daarna naar huis. Later op de avond keert hij terug naar de patiënte en dient haar nogmaals insuline toe. Schat meldt haar dood als natuurlijk. Na de dood van de vrouw ontstaat onrust in de instelling waar zij verblijft en de directeur geeft hem aan bij de politie. Op 19 april wordt Schat aangehouden.⁴³

Omdat er twijfel bestaat of er wel een verzoek was om levensbeëindiging wordt Schat voor de rechtbank Leeuwarden primair moord en subsidiair levensbeëindiging op verzoek ten laste gelegd.⁴⁴ Verder staat hij terecht voor valsheid in geschrifte.

Ook Schat betoogt dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk verklaard dient te worden daar de meldingsprocedure levensbeëindigend handelen in strijd is met het beginsel van *nemo tenetur*. Dit verweer wordt verworpen. Het feit dat verdachte in algemene zin niet verplicht is aan zijn eigen veroordeling mee te werken, houdt niet in dat hij daardoor het 'recht' verwerft een in het Wetboek van Strafrecht opgenomen strafbaar feit te plegen teneinde de mogelijkheid te verkleinen dat een opsporingsinstantie een ander door hem gepleegd strafbaar feit, ontdekt.

Schat weet voldoende aannemelijk te maken dat er wel sprake was van een verzoek en hij wordt dan ook schuldig bevonden aan doden op verzoek en niet aan moord. Wat betreft de euthanasie doet Schat een beroep op noodtoestand. De rechtbank verwierpt dat verweer omdat Schat door eigen toedoen – door geen tweede arts te consulteren en door slechts summier verslag te leggen – zich in een situatie bevindt waarin niet getoetst kan worden of hij daadwerkelijk in noodtoestand verkeerde.

Schat doet verder een beroep op psychische overmacht. Alhoewel hij eerdere verzoeken van de vrouw tot levensbeëindiging niet heeft ingewilligd omdat hij het als arts daarvoor nog te vroeg achtte, was het laatste verzoek van de vrouw - op 17 april 1996 omstreeks 19.00 uur, zo indringend - dat hij daaraan geen weerstand kon bieden. Hij stond die middag ook anderszins onder druk, zo laat Schat weten. Zijn waarnemer had hem verteld dat hij de waarneming in zijn praktijk niet wilde voortzetten en zonder goede waarneming zou de

⁴⁰ De rechtbank had omtrent de vereiste van verzoek en lijden ook geen twijfel.

⁴¹ Deze uitspraak is conform de eis. Advocaat-generaal Korvinus vindt dat Makdoembaks voldaan heeft aan de belangrijkste eisen waaronder euthanasie straffeloos kan worden toegepast (*Het Parool* 28 april 1998). Ook de uitspraak van het Gerechtshof Amsterdam is niet gepubliceerd. Rolnummer 23-003102-97.

⁴² *Staatscourant* 1997, nr. 105.

⁴³ Schat is vervolgens in verzekering gesteld. De in verzekeringstelling wordt gemotiveerd met te wijzen op de ernst van de verdenking en op het onderzoeksbelang. Op 2 mei wordt de in verzekeringstelling op gelaste van het hof opgeheven.

⁴⁴ Uitspraak 8 april 1997. Het vonnis is niet gepubliceerd.

zorgverzekeraar het contract met Schat niet verlengen.⁴⁵ Schat werd daardoor ernstig in zijn middelen van bestaan bedreigd.

De rechtbank verwerpt ook dit verweer. De rechtbank is van oordeel dat Schat had moeten beseffen dat hij, als gevolg van voor hem ingrijpende ervaringen, niet in een toestand verkeerde om, met de vrouw, de zo vergaande beslissing te nemen dat hij nog diezelfde avond haar leven zou beëindigen. Het feit dat hij ook een tweede keer naar de vrouw is gegaan wordt hem daarbij aangerekend. In de tussentijd had Schat, volgens de rechtbank, weerstand kunnen en moeten bieden aan het verzoek.

De rechtbank wijst erop dat Schat zichzelf in een bijzonder moeilijke situatie gebracht heeft door de vrouw volledige geheimhouding te beloven. Deze zelfopgelegde zwijgplicht heeft hem er bovendien toegebracht het sterven van de vrouw in alle eenzaamheid te laten plaatsvinden teneinde de schijn van een natuurlijke dood hoog te houden. Enerzijds is naar het oordeel van de rechtbank het handelen van Schat bepaald verwerpelijk en niet zoals van een professionele huisarts verwacht mag worden. Anderzijds is de rechtbank wel tot de overtuiging gekomen, dat Schat meende het belang van zijn ongeneeslijk zieke patiënte het best te dienen door te handelen, zoals hij heeft gedaan. Schat wordt veroordeeld tot zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.⁴⁶

De rechtszaken tegen deze drie huisartsen maken nogmaals duidelijk dat euthanasie alleen maar toelaatbaar is wanneer er sprake is van een verzoek van de patiënt. Bovendien maken de zaken duidelijk dat justitie van mening is dat het voldoen aan de procedurele vereisten weliswaar niet altijd doorslaggevend is voor de toekenning van het beroep op overmacht maar dat ze wel serieus genomen moeten worden. Schendingen van de zorgvuldigheidseisen die niet tot veroordeling in een strafzaak leiden, kunnen wel aanleiding tot tuchtmaatregelen zijn. De hieronder beschreven zaak voor het medisch tuchtrecht maakt duidelijk dat artsen het euthanaticum zorgvuldig moeten beheren.

EEN TUCHTZAAK BETREFFENDE HET ACHTERLATEN VAN EEN EUTHANATICUM

Ten slotte speelt zich in 1994 nog een zaak af voor het Medisch Tuchtcollege in Amsterdam. Daar moet een arts zich verantwoorden voor onzorgvuldig en verwijtbaar handelen. De huisarts in kwestie heeft bij een patiënte met longkanker ingestemd met de door haar gewenste euthanasie.

In november bezoekt de huisarts in verband met de afgesproken euthanasie de vrouw, en het blijkt dat zij zich veel beter voelt dan de week daarvoor. Zij verklaart haar leven (nog) niet te willen beëindigen en dus wordt de euthanasie uitgesteld. Het euthanaticum blijft achter in de woning van de vrouw. Nu wil het geval dat de partner van de vrouw manisch depressief is en al jaren onder psychiatrische behandeling staat. Ondanks een mislukte zelfmoordpoging van de man heeft zowel de huisarts als de behandelend psychiater het gevoel dat hij in de verzorging van zijn vrouw een levensdoel heeft gevonden en geen zelfmoordpoging zal ondernemen zolang zij nog in leven is. Desalniettemin doodt de man zich anderhalve week later met behulp van het achtergelaten euthanaticum.

⁴⁵ Uit kranten wordt duidelijk dat Schat een zeer problematische verhouding had met zijn collegae (*Het Parool* 22 maart 1997).

⁴⁶ De officier had 1 jaar onvoorwaardelijk geëist. Schat en zijn advocaten tonen zich tevreden over het vonnis (*de Volkskrant* 9 april 1997). Het Openbaar Ministerie legt zich neer bij het vonnis omdat de rechtbank het handelen van Schat in scherpe bewoordingen heeft afgekeurd (*de Volkskrant* 23 april 1997).

Het tuchtcollege overweegt dat een arts die een verzoek om euthanasie inwilligt, er zorg voor dient te dragen dat de levensbeëindiging geschiedt met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en kunde. Uit deze zorgvuldigheid vloeit voort dat de arts zelf de levensbeëindigende handeling bij de patiënt verricht, althans de patiënt in zijn aanwezigheid het euthanaticum laat innemen. Ten tweede vloeit daaruit voort dat de arts bij de patiënt blijft totdat hij de dood heeft geconstateerd, dan wel dat hij bereikbaar en op zeer korte termijn beschikbaar blijft teneinde indien nodig te kunnen ingrijpen. Alleen dan immers heeft de arts de mogelijkheid om na te gaan of de wil van de patiënt tot levensbeëindiging nog steeds aanwezig is, corrigerend op te treden indien het euthanaticum op enigerlei niet mocht werken zoals verwacht, en zonodig voor opvang en begeleiding van aanwezige familieleden te zorgen. Hieruit volgt tevens dat de arts het euthanaticum in eigen beheer houdt tot het moment van toediening aan of inname door de patiënt en ervoor waakt het euthanaticum niet onder het beheer van de patiënt of derden te laten. Alleen op die wijze kan worden voorkomen dat het euthanaticum ontijdig of ongewild door iemand voor wie het niet bestemd is - zoals in dit geval - wordt gebruikt.

Het tuchtcollege oordeelt dat de huisarts onzorgvuldig heeft gehandeld. Zijn handelwijze klemt des te meer daar hij het euthanaticum heeft afgegeven voordat collegiaal overleg had plaatsgevonden. Alhoewel zich in beginsel altijd het gevaar van misbruik of een ongeluk kan voordoen indien een euthanaticum aan de patiënt ter beschikking wordt gesteld, beschouwt het college tevens als verzwarende omstandigheid dat de huisarts het middel heeft achtergelaten bij een man die, zoals de huisarts wist, manisch depressief was en reeds eerder een zelfmoordpoging had ondernomen. De klacht is gegrond: de huisarts heeft door zijn handelwijze het vertrouwen in de medische stand ondermijnd. De arts wordt de maatregel van een waarschuwing opgelegd.⁴⁷

9.3 HET TWEDE LANDELIJKE ONDERZOEK

Aan het eind van het 1994 spreken de vaste kamercommissies van Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de bepaling ten aanzien van euthanasie in het regeerakkoord en de notitie van minister Sorgdrager betreffende het vervolgingsbeleid. Uit de vragen en antwoorden wordt opnieuw duidelijk dat mensen die zeer ernstig psychisch lijden in principe in aanmerking kunnen komen voor hulp bij zelfdoding. Verder wordt nogmaals bevestigd dat de terminale fase geen vereiste is voor zorgvuldige euthanasie. Het is duidelijk dat alhoewel het gewenst is dat de behandelend arts de euthanasie toepast, afwijking hiervan op zich niet betekent dat de arts veroordeeld zal worden. Ten slotte kondigt minister Sorgdrager aan dat zij zal bevorderen dat er rechterlijke uitspraken komen ten aanzien van kwesties die nog omstreden zijn zoals levensbeëindiging bij pasgeborenen.⁴⁸

⁴⁷ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 433-435.

⁴⁸ De ministers wijzen erop dat jurisprudentie ontbreekt over de aanvaardbaarheid van een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand bij actieve levensbeëindiging door een arts bij patiënten die hun wil niet kenbaar kunnen maken. Zij achten het gewenst dat de rechter zich uitspreekt over een dergelijk ingrijpen. In voorkomende gevallen zal dan ook het instellen van strafvervolging geboden zijn (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen*, 23 877, nr. 2: 6). In maart kondigen de ministers in *Medisch Contact* aan dat strafvervolging is ingesteld in twee gevallen van actieve levensbeëindiging van zwaar gehandicapte pasgeborenen. De ministers vermelden daarbij dat zij niet zozeer denken dat de betreffende artsen laakbaar hebben gehandeld maar dat zij strafvervolging geboden vinden met het oog op de rechtsontwikkeling op dit punt (Sorgdrager en Borst-Eilers 1995: 383). De twee artsen zijn de gynaecoloog Prins en de huisarts Kadijk. Uiteindelijk zullen beide rechtsgangen eindigen in een ontslag van rechtsvervolging door een gerechtshof (Prins: *Nederlandse Jurisprudentie*

De ontwikkelingen van het afgelopen jaar en de antwoorden van de ministers hebben de leden van de kleine christelijke partijen dusdanig verontrust dat zij in februari 1995 twee moties indienen.⁴⁹ Van der Burg stelt dat de arts moet kiezen voor levensbehoud als er geen sprake is van een terminale fase en wijst de herziening van het vervolgingsbeleid zoals dat door de regering geformuleerd is af. In de andere motie wordt de regering uitgenodigd voorstellen te doen teneinde in het belang van de bescherming van het leven van ernstig somatisch dan wel psychische zieken en gehandicapten, de materiële betekenis van de wettelijke strafbedreiging beter in de wet tot uitdrukking te brengen. De Tweede Kamer verwerpt beide moties.

Halverwege 1995 formuleren de ministers de conceptopdracht voor het beoogde vervolgonderzoek naar de praktijk van euthanasie ter evaluatie van de meldingsprocedure.⁵⁰ In de discussie over de conceptopdracht dringen parlementariërs aan op het toevoegen van een onderzoeker met een juridische achtergrond en op onderzoek naar de ervaringen van patiënten, hulpvragers en nabestaanden. Deze vragen worden met een beroep op het belang van zo precies mogelijke herhaling van het vorige onderzoek en vanwege privacy-argumenten afgewezen.⁵¹

Terwijl Van der Wal en Van der Maas bezig zijn met het onderzoek zijn er incidenteel nog debatten over euthanasie in het parlement. In januari 1996 wordt minister Sorgdrager aan de tand gevoeld over uitlatingen in de media dat de achterliggende gedachte van de meldingsprocedure - het strafrechtelijk kader wat verder naar de achtergrond verschuiven - wellicht nog versterkt kan worden.⁵² Sorgdrager maakt bij die gelegenheid melding van een nieuw initiatief van de KNMG. De KNMG wil in de tweede helft van 1996 starten met een project dat inhoudt dat artsen die geconfronteerd worden met een verzoek om levensbeëindiging zich kunnen wenden tot een daartoe in te stellen steunpunt voor overleg en advies. Dit steunpunt kan verder ertoe dienen om de betrokken arts informatie te verschaffen aangaande een te consulteren arts. Hoofddoel van het project is het verbeteren van de kwaliteit van het medisch handelen. Het idee zal in eerste instantie in Amsterdam uitgeprobeerd worden. Het project zal bekend worden onder het acroniem SCEA – Steun en Consultatie bij Euthanasie in Amsterdam.⁵³ Een ander nieuw idee is het instellen van

1995, nr. 602; *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 113; Kadijk: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 36-43; *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 284-291). De verschillende rechters – zo blijkt uit de vonnissen – baseren zich in grote mate op de inzichten van de beroepsgroep zoals verwoord in *Doen of laten* en het CAL-rapport over zwaar-defecte pasgeborenen.

Bij beide zaken wordt duidelijk dat er spanningen zijn tussen het Openbaar Ministerie en het ministerie van Justitie. Eerst Hirsch Ballin en nu Sorgdrager proberen via rechtspraak juridische duidelijkheid te krijgen omtrent de grenzen van levensbeëindigend handelen door artsen. Functionarissen van het Openbaar Ministerie - zoals de Amsterdamse advocaat-generaal Korvinus in de zaak Prins - laten duidelijk blijken dat ze vinden dat de minister grenzen overtreedt bij het gebruik van het middel van strafvervolgning. Uit een interview gepubliceerd in het *NRC-Handelsblad* op 18 december 1995 blijkt ook dat de officier van justitie in de zaak Kadijk – Drenth - er grote moeite mee heeft dat het Openbaar Ministerie tot een verlengstuk van de politiek wordt gemaakt.

⁴⁹ *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen*, 22 877, nr. 3, respectievelijk *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen* 23 877, nr. 4.

⁵⁰ *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen*, 23 877, nr. 5h. De Amsterdamse hoogleraar sociale geneeskunde Van der Wal zal deze keer samen met Van der Maas, projectleider zijn. Zij verwachten omstreeks september 1996 met de resultaten te kunnen komen.

⁵¹ *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen*, 23 877, nr. 6.

⁵² *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen*, 23 877, nr. 10.

⁵³ *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen*, 23 877, nr. 10: 3. Naast het SCEA-project heeft de KNMG in 1993 ook een onderzoek gestart naar wegen om de strafrechtelijke toetsing van euthanasie

toetsingscommissies die levensbeëindigend handelen zouden moeten beoordelen alvorens die zaken ter toetsing aan de officier van justitie voor te leggen. Gedacht wordt daarbij aan toetsingscommissies bestaande uit artsen, juristen en ethici. Deze commissies zouden dan als vraagbaak voor het Openbaar Ministerie kunnen dienen.⁵⁴

De NVVE begint zich inmiddels zorgen te maken of nieuwe euthanasiewetgeving nog haalbaar is tijdens de 'paarse' regering. In 1996 publiceert zij enerzijds om druk op de ketel te krijgen en anderzijds als voorwerk een 'Voorontwerp euthanasiewet'. In dit voorstel worden niet alleen euthanasie en hulp bij zelfdoding gelegaliseerd maar ook de 'pil van Drion'.⁵⁵

DE ONDERZOEKSGEGEVENS

In het najaar van 1996 komt het rapport *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde* uit. In het onderzoek zijn een vijftal medische beslissingen rond het levenseinde onderzocht: euthanasie, hulp bij zelfdoding, levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, pijn- en symptoombestrijding met mogelijk levensbekortend effect en het niet instellen of staken van een mogelijk levensverlengende behandeling.⁵⁶

aan te vullen. Om een dergelijke aanvulling succesvol te laten zijn is het nodig om inzicht te hebben in de motieven die artsen hebben om niet te melden en te onderzoeken onder welke voorwaarden zij wel zouden melden en zouden er ideeën ontwikkeld moeten worden voor alternatieve toetsing. Verslag van dit onderzoek, dat nauw aansluit bij Van der Wals bevinding bij het huisartsenonderzoek dat justitiële toetsing niet voldoet – beschreven in paragraaf 8.4 - wordt gedaan in Bosma en Van der Wal 1997.

⁵⁴ *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen, 23 877, nr. 10: 2.* Bosma en Van der Wal werken dit al eerste geopperde idee nader uit. In 1997 presenteren zij drie mogelijke modellen voor de toetsing van euthanasie. In het eerste model blijven euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar en houdt men vast – met enige stroomlijning waardoor de arts sneller een bericht van afloop krijgt en het vervolgingsbeleid minder beïnvloed wordt door opvattingen van politiek en beleidsbepalend niveau - aan de bestaande meldings- en toetsingsprocedure. In het tweede model wordt de strafbaarheid van euthanasie opgeheven en wordt de toetsing overgelaten aan de beroepsgroep dan wel aan een multidisciplinaire commissie. De onderzoekers verwachten op deze wijze een bevordering en betere waarborging van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen maar twijfelen aan de haalbaarheid van dit idee op korte termijn. In het derde model vindt toetsing of gehandeld is volgens de zorgvuldigheidseisen plaats door een regionale toetsingscommissie, die bepaalt of een geval voldoet aan de zorgvuldigheidseisen en of eventuele strafrechtelijke of tuchtrechtelijke toetsing nodig is. Als voordelen van dit laatste model melden de auteurs dat het bruikbaar is zowel zonder als met wetswijziging; dat naast maatschappelijke toetsing ook kwaliteitstoetsing plaatsvindt; dat de procedure tevens een ondersteunend, educatief en kwaliteitsbevorderend karakter heeft; dat de meldingsbereidheid en het meldingspercentage zullen toenemen en dat het vervolgingsbeleid niet of nauwelijks meer beïnvloed kan worden door opvattingen op politiek en beleidsbepalend niveau. Als nadelen zien zij dat bij handhaving van de strafbaarstelling het 'wringt' om euthanasie zo ver bij de officier van justitie vandaan te halen maar het tegelijkertijd strafbaar te stellen; dat de wet niet snel te veranderen is en dat het gevaar van bureaucratisering van de procedure dreigt door een extra schakel en door de werkwijze en samenstelling van dergelijke commissies (Bosma en Van der Wal 1997: 25-34).

Een andere actor in het beleidsnetwerk van volksgezondheid – de hoogleraar sociologie Schuyt, lid van de begeleidingscommissies van de twee landelijke onderzoeken – voorziet op het KNMG-congres het idee van een achtergrond op het gebied van de juiste verhouding tussen beroepsethiek en maatschappij. In zijn optiek kan een gemengd samengesteld toetsende instantie voor euthanasie worden beredeneerd en afgeleid uit de ontwikkelingen in de verhouding tussen de maatschappij als geheel en professionele groeperingen, in casu de medici, in het bijzonder (Schuyt 1997: 252).

⁵⁵ NVVE 1996.

⁵⁶ De onderstaande gegevens komen voornamelijk uit de samenvatting van de auteurs (Van der Wal en Van der Maas 1996: 219-241).

In tabel ziet de vergelijking tussen de incidenties van 1990 en 1995 er als volgt uit (met waar relevant het percentage van alle sterfte)

	1990	1995
verzoek om euthanasie te zijner tijd	25.100	34.500
uitdrukkelijk verzoek om euthanasie	8.900	9.700
euthanasie	2.300 (1,8%)	3.200 (2,4%)
hulp bij zelfdoding	400 (0,3%)	400 (0,3%)
levensbeëindiging zonder verzoek	1.000 (0,8%)	900 (0,7%)
pijn- en symptoombestrijding	22.500 (17,5%)	25.100 (18,5%)
abstineren	22.500 (17,5)	27.100 (20%)
totaal aantal MBL's	48.700 (38%)	56.700 (42%)
totaal aantal sterfgevallen	129.000	135.500

Er is – naar aanleiding van de recente ontwikkelingen - ook onderzoek gedaan naar levensbeëindigend handelen bij psychiatrische patiënten.⁵⁷ Hulp bij zelfdoding wordt door psychiaters uiterst zelden verleend, in ongeveer 2 tot 5 gevallen per jaar. In zeker de helft hiervan gaat het om patiënten die zowel een psychische als een levensbedreigende lichamelijke ziekte hebben. Van de psychiaters vindt tweederde dat hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar kan zijn: 44% kan zich een situatie voorstellen waarin zij zelf bereid zouden zijn daadwerkelijk die hulp te verlenen, 19% acht dat ondenkbaar. Het aantal uitdrukkelijke en herhaalde verzoeken om hulp bij zelfdoding dat jaarlijks aan psychiaters wordt gericht, bedraagt ongeveer 320. De belangrijkste reden dat psychiaters de hulp niet geven is dat het om een behandelbare aandoening gaat of dat de psychiater het lijden toch niet ondraaglijk of uitzichtloos acht, dan wel aan de weloverwogenheid van het verzoek twijfelt.

Melding

De beloofde evaluatie van het meldingsgedrag was een belangrijke reden om dit onderzoek te laten doen. Wat dat betreft is er aanzienlijke groei.

⁵⁷ Aan het onderzoek naar levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen waarvan eveneens verslag wordt gedaan, wordt in dit boek geen aandacht besteed.

De grootste groei heeft – tenminste als de cijfers die in het jaarverslag van het Openbaar Ministerie tot dan toe gegeven zijn worden corrigeerd⁵⁸ - met name plaats tussen 1990 en

1993:	1984	16	1990	486
	1985	26	1991	866
	1986	81	1992	1201
	1987	122	1993	1304
	1988	181	1994	1487
	1989	336	1995	1466 ⁵⁹

Het percentage van het totale aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat is gemeld, is toegenomen van 18% in 1990 tot 41% in 1995.⁶⁰

Er zijn nu minder artsen dan in 1990 die niet melden, maar de redenen om een geval niet te melden blijken dezelfde als in 1990 en worden ook vrijwel even vaak genoemd.⁶¹ Artsen blijken niet te kunnen worden verdeeld in 'wel-melders' en 'niet-melders'. Meer dan de helft van de artsen die een of meer gevallen hebben gemeld, heeft ook een of meerdere keren een geval niet gemeld. Er zijn aanwijzingen dat oudere artsen, en artsen die vaker euthanasie uitvoeren of hulp bij zelfdoding verlenen, zo nu en dan niet melden. Volgens de onderzoekers zijn er nauwelijks verschillen tussen gemelde en niet-gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding wat betreft de patiëntenkenmerken en de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen. Bij gemelde gevallen is wel vaker voldaan aan de procedurele zorgvuldigheidseisen, zoals consultatie en schriftelijke verslaglegging.⁶²

Consultatie

Behalve naar melding is ook gevraagd naar consultatie. In vier van de vijf gevallen (79%) van euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft de arts ten minste één collega geconsulteerd. In 13% is er uitsluitend overleg met een andere arts geweest en in 8% was er noch consultatie, noch overleg.⁶³ Wanneer de euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt gemeld, is er ook vrijwel altijd geconsulteerd; bij niet-gemelde gevallen is dat veel minder vaak het

⁵⁸ In het jaarverslag van het Openbaar Ministerie worden de door de procureurs-generaal besproken aantallen vermeld als 'meldingen'. Soms – met name in 1991 waar de procureurs-generaal 590 gevallen bespraken – is het aantal daadwerkelijk dat jaar gedane meldingen (866) aanzienlijk hoger. In de tabel zijn de cijfers van 1984 tot en met 1989 gehaald uit het jaarverslag van het Openbaar Ministerie van 1994. De cijfers vanaf 1990 zijn de meldingscijfers zoals Van der Wal en Van der Maas die geven (Van der Wal en Van der Maas 1996: 111).

⁵⁹ Klijn verklaart de afvlakkende groei vanaf 1993 met de stelling dat veranderingen in de meldingsprocedure en vervolgingen – daarbij wijst hij op het vervolgingsbeleid van Hirsch Ballin en Sorgdrager - leiden tot onzekerheid bij artsen en daardoor tot minder meldingen (Klijn 2000: 667 en Klijn 2002:135).

⁶⁰ Het aantal gemelde gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek was in 1995, evenals in 1990, vrijwel nihil.

⁶¹ Ruim de helft van de artsen wenst zichzelf of het eigen gezin de rompslomp van een justitieel onderzoek te besparen; ongeveer een derde wenst dat de nabestaanden te besparen, is bang voor vervolging of veroordeling of voert aan niet aan de zorgvuldigheidseisen te hebben voldaan; 1 op de 8 artsen noemt als reden dat levensbeëindigend handelen een zaak is tussen arts en patiënt en zegt euthanasie of hulp bij zelfdoding nooit te zullen melden. In ruim 2 op de 5 gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek is de reden om niet te melden "het was een natuurlijke dood". Van de artsen die het laatste geval van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek niet hebben gemeld, zou bijna de helft een dergelijk geval nooit melden; 10 tot 25% van deze artsen zou wel bereid zijn een dergelijk geval te melden onder omstandigheden die meer zekerheid geven.

⁶² Van der Wal en Van der Maas 1996: 113-122.

⁶³ In gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek wordt vrijwel niet geconsulteerd.

geval (99% versus 18%). De consulent is in de meeste gevallen een bekende uit de huisartsen of eigen instelling of maatschap. In bijna 9 van de 10 gevallen heeft de consulent de patiënt gesproken en/of lichamelijk onderzocht. Een kwart van de consulenten heeft ooit wel eens levensbeëindigend handelen afgeraden. Huisartsen (alleen voor hen kon dat worden nagegaan) consulteren in 1995 nauwelijks vaker dan in 1990. De consultatie voldoet echter wel meer aan de vereisten zoals onafhankelijkheid (dat wil zeggen niet een praktijkgenoot, familielid, maatschapslid of arts-assistent) en het gezien hebben van de patiënt.

Overige zorgvuldigheidseisen

De onderzoekers concluderen dat vrijwel alle artsen bekend zijn met het bestaan van zorgvuldigheidseisen en er verschillende kunnen opnoemen. Voor degenen die in een concrete situaties precies geïnformeerd willen zijn is deze informatie goed toegankelijk. Desgevraagd geven de artsen ook bij vrijwel alle "officiële zorgvuldigheidseisen" aan deze (zeer) belangrijk te vinden. Opvallend noemen de onderzoekers dat in 1995 een groter deel van de artsen zegt ook consultatie en schriftelijke verslaglegging (zeer) belangrijk te vinden.

Het artsenonderzoek geeft verschillende aanwijzingen dat het levensbeëindigend medisch handelen in een aantal opzichten zorgvuldiger is geworden. Het percentage gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek lijkt wat te zijn gedaald, het percentage waarin met een of meer collegae is overlegd is toegenomen (in 8% geen overleg of consultatie; dat was in 1990 16%), de consultatie gebeurt professioneler en het percentage gevallen met een schriftelijk verslag is gestegen (van 43% naar 70%). In instellingen wordt nog steeds vaak overlegd met verpleegkundigen (75% van de specialisten doet dat versus 17% van de huisartsen) en overleg met naasten is weliswaar gedaald maar nog steeds heel gebruikelijk (in 86% in 1990 en in 1995 in 70% van de gevallen).

Activiteit van vervolgingsinstanties

De onderzoekers hebben ook gekeken naar de activiteiten van de vervolgingsinstanties. Van de 6324 in de periode 1991-1995 gemelde gevallen zijn er 120 uitvoerig in de vergadering van procureurs-generaal besproken.⁶⁴ In die periode is tegen 22 artsen (21 gevallen) een gerechtelijk vooronderzoek ingesteld dat alsnog resulteerde in sepot; 13 artsen (11 gevallen) zijn vervolgd. De belangrijkste aanleidingen voor bespreking waren: de patiënt verkeerde niet in de terminale fase (38%); twijfel over het verzoek (25%); twijfel over de consultatie (24%); twijfel over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden (23%); twijfel over de uitvoering (13%). De afwezigheid van een verzoek of de twijfel aan het karakter van het verzoek leidde bijna altijd tot een gerechtelijk vooronderzoek.⁶⁵

Iets nader uitgewerkt: de discussie over de terminale fase was tussen eind 1991 en juni 1994 een regelmatig onderwerp van discussie en hangt dus nauw samen met het beleid van minister van Justitie Hirsch Ballin. Toen het discussiepunt van de terminale fase kwam te vervallen, kwam vooral de reikwijdte van het criterium 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' aan de orde. De procureurs-generaal voelde een behoefte aan objectivering van de begrippen

⁶⁴ Als een melding binnenkomt vindt op het arrondissementsparket een volledige inhoudelijke beoordeling plaats. Vervolgens wordt op het ressortsparket het gemelde geval nog een keer beoordeeld, meestal door een speciaal met dit soort zaken belaste advocaat-generaal. De eindbeslissing moet conform de afspraak van 1981 en 1987 op landelijk niveau genomen worden. In de praktijk komt dit erop neer dat de secretaris-jurist bepaalde gevallen agendeert voor nadere bespreking in de vergadering van procureurs-generaal.

⁶⁵ Een aantal keren bleek de twijfel ongegrond; twee gevallen van levensbeëindiging van een (sub)comateuze patiënt werden geseponeerd omdat het handelen weinig leek te verschillen van het stopzetten van van een medisch zinloze behandeling.

'ondraaglijk' en 'uitzichtloos'. Op het punt of er een "knip" gemaakt moest worden tussen de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden is er blijkens het rapport van Van der Wal, grote onenigheid geweest tussen minister Sorgdrager en de procureurs-generaal, waarbij de laatsten bakzeil hebben gehaald.⁶⁶

Uit de notulen blijkt verder dat indien de zorgvuldigheidseis ten aanzien van de consultatie niet was nageleefd, niet tot strafrechtelijke vervolging is overgegaan. Men pleegde dan de zaak af te laten doen door de inspecteur. Opgemerkt moet nog worden dat de tijd tussen melding en afloopbericht lang is, bijna drie en een halve maand voor gevallen die niet door de procureurs-generaal worden besproken.⁶⁷

Toetsingswensen

Een kwart van de artsen en 1 op de 6 leden van de magistratuur zegt, zonder dat daar expliciet naar is gevraagd, dat strafrechtelijke toetsing van euthanasie niet op zijn plaats is. Met name artsen geven er de voorkeur aan eventuele toetsing vooraf door de beroepsgroep zelf te laten uitvoeren, ongeacht of daar toetsing achteraf op volgt. Voor de uitvoering van die toetsing wordt het meest frequent de onafhankelijke consultant genoemd. Met name de leden van het Openbaar Ministerie vinden uitsluitend toetsing vooraf onvoldoende. Bij alle respondenten is de groep die toetsing zowel vooraf als achteraf noodzakelijk vinden, het grootst.

De meningen over wie de toetsing achteraf moet uitvoeren lopen zeer uiteen. Slechts 20% van de artsen en de helft van de magistratuur vinden dat het Openbaar Ministerie dit moet doen.⁶⁸ Een derde van alle respondentengroepen ziet hier een taak weggelegd voor een niet-strafrechtelijke commissie (niet beperkt tot de beroepsgroep, maar buiten de sfeer van het strafrecht). Als instantie, die gevallen die de toetsing in eerste instantie niet kunnen doorstaan verder moet behandelen, wordt het Openbaar Ministerie het vaakst genoemd (zij het door de artsen toch nog maar in 20%), gevolgd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

⁶⁶ De auteurs maken gewag van het dreigen van de minister over te gaan tot een opdracht niet te vervolgen (Van der Wal en Van der Maas 1996: 144). De procureurs-generaal constateerden dat artsen een steeds ruimere interpretatie van het criterium 'ondraaglijk en uitzichtloos' hanteren. Met name de subjectieve ondraaglijkheid leek een steeds grotere rol te gaan spelen. De vergadering had van daaruit behoefte aan een zekere objectivering van de begrippen 'ondraaglijk' en 'uitzichtloos' en stelde voor ze te splitsen en beide zoveel mogelijk te objectiveren. De minister wenst geen splitsing (geen "knip") van de twee begrippen – ze herhaalt feitelijk het eerdere standpunt uit de regeringsverklaring dat beschreven staat in paragraaf 9.1 - omdat een poging het begrip 'ondraaglijk' te objectiveren per definitie niet zou kunnen slagen. Ondraaglijkheid moet daarom in nauwe samenhang worden beschouwd met de objectief vast te stellen 'uitzichtloosheid'. Voorts had zij bezwaar tegen de – volgens haar - uit deze opvatting voortvloeiende wijziging, zo niet verscherping van het geldende vervolgingsbeleid.

⁶⁷ Over de meldingsprocedure schrijven de onderzoekers: er is een aanzienlijke groep artsen die positieve ervaringen heeft met het melden, maar het merendeel van de artsen beschrijft zijn ervaringen met het melden in meer of mindere sterke negatieve bewoordingen, variërend van 'tijdrovend' tot 'incrimierend'. Toch zegt het merendeel van de artsen dat ze een vergelijkbaar geval weer zullen melden. De aanwezigheid van de lijkschouwer wordt in de meeste gevallen als positief en ondersteunend ervaren, in een minderheid van de gevallen als een inbreuk op de intimiteit van het overlijden. Ook de lijkschouwers zelf ervaren hun rol in ongeveer de helft van de gevallen als positief.

⁶⁸ Slechts 17% van de leden van het Openbaar Ministerie vindt dat – als het Openbaar Ministerie ook in de toekomst een toetsende rol houdt – de vergadering van procureurs-generaal zich moet blijven uitspreken over elk geval.

Ongeveer 50% van de artsen vindt dat de gemeentelijk lijkschouwer een oordeel moet geven over de vraag of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen; van de leden van het Openbaar Ministerie vindt 60% dat en van de lijkschouwers zelf 76%. De meeste respondenten vinden dat de rol van de gemeentelijk lijkschouwer dezelfde moet blijven; een kwart van de artsen meent dat deze rol minder belangrijk moet worden.

Wat eigenlijk niet uit het onderzoek naar voren komt – en dat was toch zeker een van de belangrijkste redenen ervoor – is de evaluatie van de meldingsprocedure. Klijn wijst erop dat de evaluatie van een wet inzicht moet geven in de effecten van juridische regels op het gedrag van artsen: in hoeverre en via welke mechanismen is hun feitelijk gedrag in overeenstemming met de (doelen van de) wet. Hij wijst op een verband tussen de toenemende aantallen meldingen en de duidelijkheid die verkregen is door middel van de jurisprudentie en het scheppen van inzichtelijke procedures. Wat betreft het laatste lijkt de invoering van de meldingsprocedure van 1990 van groot belang te zijn geweest.⁶⁹ Klijn meent dat in het onderzoek duidelijk had moeten zijn welke maatregel geëvalueerd werd en dat de onderzoekers hadden moeten laten zien in welke opzichten de artsen met de formalisering van 1994 opgeschoten waren in vergelijking met 1990. Immers, alleen van een door artsen *in concreto* ervaren verbetering zou men het beoogd effect – meer melding – kunnen verwachten.⁷⁰

DE REACTIE VAN DE REGERING

De regering is van mening dat het onderzoek laat zien dat de kwaliteit van het medisch handelen rond het levenseinde is verbeterd. Het kabinet denkt dan ook nog steeds dat de gekozen weg – wettelijke verankerde meldingsprocedure bij een ongewijzigde strafbaarstelling – de juiste is. Een probleem is echter dat de doelen van de meldingsprocedure nog niet volledig bereikt zijn. Om het meldingspercentage omhoog te krijgen, grijpen de ministers terug op het eerder geformuleerde en door Bosma en Van der Wal uitgewerkte idee van de interdisciplinair samengestelde toetsingscommissies als buffer tussen arts en het Openbaar Ministerie.⁷¹

Het is de bedoeling dat de toetsingscommissies jaarverslagen uitbrengen waardoor inzicht geboden wordt in de wijze waarop zij concrete gevallen hebben getoetst. Door een dergelijk verslag wordt het maatschappelijk inzicht in en de controle op levensbeëindigend handelen vergroot. Een ander positief effect is dat zo de eenheid in de toepassing wordt bewaakt.

Indien noodzakelijk kan de commissie het door haar gegeven oordeel in een persoonlijk contact met de arts toelichten. Door inzicht te bieden in het beoordelingsproces en met de arts de gevolgde werkwijze en gemaakte keuzes te bespreken, krijgen de commissies tevens een educatief karakter. Dit bevordert het zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie.

De regering gaat ervan uit dat een aldus ingerichte, nauwer bij de medische beroepsuitoefening aansluitende toetsingsprocedure, het vertrouwen van artsen in de

⁶⁹ De eerdere ervaringen in Alkmaar – zie paragraaf 7.2 - bevestigen deze gedachte. Ook daar zag men de meldingsaantallen flink stijgen toen er een procedure werd afgesproken.

⁷⁰ Klijn 2002: 133.

⁷¹ De regering stelt voor de procedure voor toetsing van levensbeëindigend handelen zonder verzoek weer te scheiden van die van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Voor de toetsing van dit handelen denkt men aan één centrale commissie.

meldingsprocedure zal doen groeien en drempelverlagend zal werken voor het melden van levensbeëindigend handelen.⁷²

Het voornemen van de regering – bekend gemaakt op een KNMG-congres in januari 1997 – wordt kritisch ontvangen en geeft aanleiding tot vele sceptische reacties. Zo stelt Leenen opnieuw dat een goede regeling van de melding en toetsing van euthanasie erom vraagt dat de strafwet zodanig wordt veranderd dat een zorgvuldig door een arts uitgevoerde euthanasie niet strafbaar is. In de strafbaarheid van euthanasie ligt in zijn optiek een flinke barrière voor melden. Hij betwijfelt of het tussenschakelen van commissies aan de meldingsbereidheid kan bijdragen.⁷³ De KNMG meent dat niet alleen een situatie bereikt is waarin het maatschappelijk aanvaardbaar is om de strafbaarstellingen van euthanasie aan te passen maar ook dat het strafrecht op dit gebied contraproductief is. De organisatie, die op zich wel enthousiast is over toetsingscommissies, twijfelt of de combinatie van toetsingscommissies en handhaving van strafbaarheid verstandig is.⁷⁴

9.4 NIEUWE ONTWIKKELINGEN BINNEN DE MEDISCHE PROFESSIE

De stroom publicaties over het onderwerp 'euthanasie' is nog lang niet opgedroogd. Nieuw zijn onder andere boeken met een antropologische invalshoek. De antropoloog Pool is met dokters meegelopen en heeft vanuit dit perspectief het medisch handelen rondom het levenseinde beschreven⁷⁵ en een andere antropoloog - The - heeft iets soortgelijks gedaan bij verpleegkundigen.⁷⁶ Daarnaast heeft Lam in zijn proefschrift geprobeerd levensbeëindigend handelen in landen buiten Europa te vergelijken met wat in Nederland gebeurt ten aanzien van euthanasie.⁷⁷ Verder zijn er artsen (en ook een enkele andere participant in het proces van rechtsverandering) die terugkijken op hun leven en de betekenis van euthanasie daarin.⁷⁸

Ook verschijnen nieuwe publicaties die een overzicht proberen te geven over het gehele domein.⁷⁹ Naar aanleiding van het boek van Griffiths c.s. vlamt de discussie over de medische exceptie ook weer kort op. De rechtssocioloog Griffiths poneert de stelling dat – gezien de construeerbaarheid van het verschil tussen euthanasie en andere vormen van

⁷² *Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen*, nr. 13. Het kabinet kondigt een ontwerp Algemene Maatregel Van Bestuur aan. In het voorjaar wordt deze bij de Raad van State aanhangig gemaakt.

⁷³ Leenen 1997 *Medisch Contact*. Ten aanzien van levensbeëindiging zonder verzoek ziet hij nog wel iets in een landelijke commissie die haar mening geeft over de stand van zaken in een specifiek geval. Ook Kelk pleit voor opheffing van de strafbaarheid van zorgvuldige euthanasie door artsen. Zo lang dat niet gebeurt, blijven artsen huiverig, meent hij (Kelk 1997). Feber pleit voor een combinatie van legalisering en toetsing middels commissies (Feber 1996).

⁷⁴ KNMG 1997 Meldingsprocedure.

⁷⁵ Pool 1996.

⁷⁶ The 1997. The is daarna doorgegaan met hetzelfde type onderzoek waarbij zij haar aandacht gericht heeft op de communicatie tussen arts en patiënt bij 'slecht nieuws-gesprekken' (The 1999). Vermeulen heeft een participierend onderzoek gedaan op neonatologieafdelingen (Vermeulen 2001).

⁷⁷ Lam 1997. Een ander nieuw type publicaties is te vinden bij juristen en bestuurswetenschappers. Zij bestuderen een voor hun vakgebied specifieke opvatting – bijvoorbeeld decriminalisering of 'governance' – en gebruiken een beschrijving van het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie ter illustratie of bewijs. Voorbeelden hiervan zijn wat betreft strafrechttheorie Blad 1996, en wat betreft bestuurskunde Van Eeden 2001.

⁷⁸ Reijnders 1994; Van Oijen 1996; Admiraal 1998; Molenaar 1999; Enklaar 1999 en Leenen 2000.

⁷⁹ Visser 1996; Thomasma (red) 1998; Legemaate en Dilmann (red) 1998; Griffiths e.a. 1998; Kennedy 2002.

levensbekortend handelen, met name stervensversnelling door pijnbestrijding, en gezien de inherente gebrekkigheid van het strafrecht wat betreft de controle op levensbeëindiging door artsen - de medische exceptie met daaraan gekoppeld een interne toetsingsprocedure, een betere weg is voor effectieve controle van euthanasie. Het idee vindt onder andere onthaal bij de psychiater Van Dantzig⁸⁰ maar niet bij de ethicus Den Hartogh die de symbolische betekenis van het verbod op euthanasie van belang acht⁸¹, en bij Leenen en Trappenburg die wijzen op medicalisering.⁸²

VERSTERVEN EN LEVENSBEEINDIGING BIJ DEMENTIE⁸³

In de zomer van 1997 verschijnen er berichten over 'uitdrogingsbeleid' in verpleeghuizen. De aanleiding voor de publieke belangstelling is de situatie waarin twee vrouwen hun vader, respectievelijk ex-echtgenoot aantreffen in het Groningse verpleeghuis 't Blauwbörgje. De 62-jarige demente man is bewusteloos en uitgedroogd. De man wordt naar het ziekenhuis gebracht waar hij goed herstelt. De familie klaagt het verpleeghuis aan omdat zij vindt dat de beslissing de man geen eten meer te geven met hen besproken had moeten worden. De klacht wordt door het Openbaar Ministerie onderzocht⁸⁴ maar uiteindelijk geseponneerd.⁸⁵

Al snel komen er gegevens over versterven op tafel en worden standpunten gepubliceerd. Uit een publicatie in 1993 bleek al dat het vaker voorkomt dat afgezien wordt van voeding bij psychogeriatrische patiënten die voedsel weigeren dan dat in een dergelijke situatie

⁸⁰ Van Dantzig 1998.

⁸¹ Den Hartogh 1998 Euthanasie; Den Hartogh 1998 Doodmaken.

⁸² Leenen 1997 Euthanasie; Trappenburg 2000.

⁸³ De term 'versterven' is in de discussie gemunt door Chabot: "'Versterving' noem ik een weg naar de dood die in principe open ligt voor iedereen bij wie door ziekte of ouderdom de stofwisseling zodanig verandert dat men weinig of geen last heeft van honger en dorst wanneer men ondervoed raakt en uitdroogt" (Chabot 1996: 3). Sommige auteurs – zoals de directeur patiëntenzorg Schols - zijn minder gelukkig met de term. Schols associeert versterven met bederven, met verwaarlozen (Schols 1997). Minister Borst spreekt liever van "het natuurlijke verloop van het stervensproces" (*Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen*, 25 000 XVI, nr. 81: 2).

⁸⁴ Naar aanleiding van de publiciteit zijn er minstens negentien andere klachten bij het Openbaar Ministerie binnengekomen over 't Blauwbörgje van personen die van mening waren dat in hun familiekring iets vergelijkbaars is voorgevallen (*Algemeen Dagblad* 10 april 1998). In antwoord op kamervragen wordt in 1998 duidelijk dat het Openbaar Ministerie en de inspectie de klachten hebben laten onderzoeken. De officier van justitie heeft de onderzoeksgegevens aan het College overgedragen met de mededeling dat in zijn optiek in de gemelde gevallen het onthouden van voeding en vocht kan worden aangemerkt als 'normaal medisch handelen'. Het college is van oordeel dat deze handelwijze valt onder het bereik van de 'medische exceptie'.

De inspectie heeft geen aanwijzingen gevonden die wijzen op het onthouden van de noodzakelijke medische zorg in de laatste levensfase aan de betreffende overleden patiënten. De beslissing tot het niet instellen of staken van het kunstmatig toedienen van voedsel en vocht is, zo verwoordt staatssecretaris Terpsta van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het probleem, een medische beslissing in het zicht van het levenseinde. Een arts neemt een dergelijke beslissing wanneer duidelijk is dat de patiënt weigert om voedsel en vocht tot zich te nemen of wanneer hij anderszins van oordeel is dat toediening langs kunstmatige weg, medisch gesproken zinloos is. Een dergelijke beoordeling zal door de arts genomen worden conform de medische standaard. Het handelen in de naar voren gebrachte zaken is door de inspectie beoordeeld tegen de achtergrond van wat in de verpleeghuisgeneeskunde en de beroepsgroep van verpleeghuisartsen als normaal medisch handelen wordt omschreven (onder andere verwoord in de nota van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) in 1997). Het gehanteerde beleid en de wijze van besluitvorming in 't Blauwbörgje waren volgens de staatssecretaris conform de uitgangpunten in die nota (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Aanhangsel*, nr. 1340).

⁸⁵ In het geval waarmee de publieke discussie op gang werd gebracht bleek later dat de man geen gevorderde dementie had en dat hij niet vanwege zijn dementie in het verpleeghuis verbleef maar ter revalidatie. Uit de casus werd in ieder geval duidelijk dat overleg met de familie onontbeerlijk is.

wordt overgegaan op sondevoeding.⁸⁶ Uit het onderzoeksmateriaal van Van der Wal c.s. blijkt dat aan 8% van de sterfgevallen een beslissing voorafgaat om af te zien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht (verpleeghuisartsen nemen een dergelijke beslissing in 23% van de sterfgevallen). Volgens de onderzoekers ging het hierbij veelal om patiënten van 80 jaar en ouder die geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam waren. In bijna 90% van de gevallen was over de beslissing om niet te behandelen overlegd met de familie.⁸⁷

In 1996/1997 doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek naar de vocht- en voedseltoediening in verpleeghuizen (een onderzoek dat in 1998 wordt herhaald). De inspectie concludeert dat het beleid en de afspraken rondom vocht- en voedseltoediening veelal impliciet zijn.⁸⁸

Van regeringskant is er kort na de affaire 't Blauwbörgje (september 1997) een brief over 'versterving' naar de Tweede Kamer gestuurd.⁸⁹ De minister van Volksgezondheid vindt dat verpleeghuizen over duidelijke regels dienen te beschikken over het al dan niet toedienen van voedsel en vocht rond het levenseinde. Daarin moet vooral aandacht worden geschonken aan het overleg met de naasten. De minister heeft naar aanleiding van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opdracht gegeven om het beleid ten aanzien van 'versterving' nader te onderzoeken.

In de herhaling van het onderzoek in 1998 constateert de inspectie dat iets meer dan de helft van de verpleeghuizen beleid heeft geformuleerd voor de structurele bewaking van de vocht- en voedingstoestand van individuele bewoners. De helft van de verpleeghuizen beschikt over vastgelegde richtlijnen hoe te handelen in situaties waarin de normale vocht- en voedselinname van een bewoner (tijdelijk) is verstoord. In de andere verpleeghuizen zijn er wel afspraken maar deze zijn niet schriftelijk vastgelegd. De inspectie benadrukt het belang van voldoende aandacht voor het overleg met de familie.⁹⁰

In de zomer van de affaire van 't Blauwbörgje brengt de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen een door een commissie geschreven meningsvormende nota uit over het levensverlengend en levensbekortend handelen bij demente patiënten.⁹¹ Uitgangspunt in de handreiking is dat beslissingen omtrent het medisch handelen bij dementerende patiënten in beginsel steeds gebaseerd zijn op de actuele wil van de patiënt en de medische indicatie. Met betrekking tot het omgaan in de praktijk met het begrip 'wils(on)bekwaamheid' sluit de commissie aan bij het door de CAL geïntroduceerde principe 'beschermd autonomie'. Bij 'beschermd autonomie' is de intentie om de dementerende patiënt zoveel mogelijk te respecteren in zijn zelfbeschikking. Wat betreft de beoordeling van de wilsbekwaamheid stelt de commissie voor drie uitgangspunten te hanteren: bij de beoordeling gaat het primair om het besluitvormingsvermogen en niet om de uitkomst van de beslissing;

⁸⁶ Lahuis, Paping en Van Delden 1993. De auteurs merken op dat het overlijden na het staken van voeding bij de meeste patiënten rustig en vredig verloopt.

⁸⁷ Van der Heide e.a. 1997: 1919. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat 13% van de verpleeghuizen richtlijnen heeft voor demente patiënten in hun laatste levensfase. Deze richtlijnen zijn vooral gericht op het aanbrengen van voedingssonden.

⁸⁸ Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999.

⁸⁹ *Handelingen Tweede Kamer, 1996-1997, Bijlagen*, 25 000 XVI, nr. 81.

⁹⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999.

⁹¹ De Commissie Besluitvorming bij Dementerende Patiënten is in juni 1995 ingesteld door het hoofdbestuur van de NVVA. Leden van de commissie zijn de verpleeghuisartsen: D.A.A. van der Wedden, C.M.P.M. Hertogh, G.L. Schut en H.H. G. Wiegman en de beleidsmedewerkers K.H. van der Aa en I. van der Stelt.

wilsbekwaamheid is niet een alles-of-niets-begrip, maar beslissingsafhankelijk; en bij het wensen van een levensreddende behandeling mag men in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid.

De commissie doet een poging de doelen en grenzen van het medisch handelen bij demente patiënten in de laatste levensfase te omschrijven. In haar optiek zijn palliatieve zorg en symptomatische zorg hoofddoelen bij deze patiëntengroep. Palliatieve zorg wordt door hen omschreven

als een medisch beleid dat primair en hoofdzakelijk is gericht op het waarborgen van een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de dementerende patiënt. Dit doel wordt bereikt door: - behandeling van tussentijdse aandoeningen, co-morbiditeit, gevolgsymptomen en complicaties van dementie; - waarbij verlenging van de levensduur als mogelijk neveneffect van deze behandeling niet gecontraïndiceerd is.⁹²

Symptomatische zorg behelst een beleidsafspraken waarbij het doel van medisch handelen gericht is op het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt, maar waarbij een levensverlengend neveneffect als gevolg van een op dit doel gericht handelen ongewenst is. Voorbeelden die de NVVA geeft zijn dat een longontsteking onder een palliatief beleid kan worden behandeld met een antibioticum, terwijl een dergelijk middel onder een symptomatisch beleid als medisch zinloos wordt beschouwd. Een ander voorbeeld betreft de kunstmatige toediening van vocht en voeding. In het kader van een palliatief beleid kan deze toediening zijn aangewezen als een ondersteunende maatregel met een tijdelijk karakter. In het geval van symptomatische zorg wordt alleen de hinder van het niet meer drinken voorkomen, bijvoorbeeld door mondbevochtiging.

De samenstellers wijzen op het belang van schriftelijke wilsbeschikkingen als aanwijzingen voor het medisch handelen.⁹³ Zij maken een onderscheid tussen negatieve en positieve wilsbeschikkingen. In de eerste geeft de patiënt aan in een bepaalde situatie niet behandeld te willen worden. De NVVA benadrukt dat een dergelijke wilsbeschikking in beginsel moet worden gerespecteerd.

In positieve wilsbeschikkingen vragen mensen om een specifieke behandeling. Een voorbeeld hiervan is de vraag om euthanasie. Met betrekking tot dat laatste meent de commissie dat actieve levensbeëindiging louter en alleen om reden van de aanwezigheid van een irreversibele dementie, onverenigbaar moet worden geacht met goed verpleegkundig hulpverlenerschap.⁹⁴ Mogelijk ligt dat anders wanneer er sprake is van 'ondraaglijk lijden'.⁹⁵ Alhoewel deze situatie volgens de commissie zelden voorkomt wil zij

⁹² NVVA 1997: 25.

⁹³ De NVVA geeft voorbeelden van wilsverklaringen uit waarin om euthanasie gevraagd wordt in geval men wegens dementie in een verpleeghuis terecht komt.

⁹⁴ NVVA: 30. De minister van Volksgezondheid – Borst – is een van degenen die laten weten dat ze euthanasie willen als ze hun kinderen niet meer herkennen. (Borst zegt dit onder ander in *HP/De Tijd* van 1 september 1995 en in *Trouw* 11 november 1995.) Verpleeghuisartsen verzetten zich tegen dit idee en noemen de uitvoering ervan onmogelijk (onder andere te vinden bij de verpleeghuisarts Keizer in 'Gaat Piet niet mee?', *Trouw* 30 september 1995 en in 'Euthanasie op afstand. Dementie en de dood hebben niets met elkaar te maken', *Vrij Nederland* 13 november 1999).

⁹⁵ De commissie meent dat er zelden sprake is van 'ondraaglijk lijden' bij demente patiënten. Zij motiveert dit door erop te wijzen dat het bewustzijn van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, zelden aaneengeregen is tot een duurzame beleving en ervaring. Bovendien meent men dat de specifieke cognitieve stoornissen van de dementerende patiënt het zeer onwaarschijnlijk maken dat de

daaraan niet de conclusie verbinden dat levensbeëindigend handelen bij patiënten met een irreversibele dementie onder alle omstandigheden moet worden afgewezen. In zeer uitzonderlijke gevallen kan als gevolg van een bijkomende aandoening of een onbehandelbare complicatie een situatie ontstaan waarin de dementerende patiënt ernstig en onaanvaardbaar lijdt. Wanneer in zulke omstandigheden door intensief symptomatisch handelen en ook na consultatie van andere medisch deskundigen, geen aanvaardbare toestand wordt bereikt, kan de arts zich uiteindelijk geplaagd zien voor het dilemma van een conflict van plichten. Het verschil tussen deze situatie en die van levensbeëindigend handelen louter om reden van irreversibele dementie, is dat het hier gaat om een verifieerbaar lijden. Een dergelijke extreme situatie kan naar het oordeel van de commissie gekarakteriseerd worden als een noodtoestand, waarin levensbeëindigend handelen op basis van een eerder gedaan verzoek, ethisch aanvaardbaar kan zijn.⁹⁶ Bekendheid met de wensen en opvattingen van de patiënt door reconstructie met behulp van naasten, of via een wilsbeschikking, kan in deze omstandigheden een belangrijke ondersteuning zijn bij de besluitvorming.⁹⁷

HULP BIJ ZELFDODING BIJ EEN DEMENTE BEJAARDE

In 1999 bericht de verpleeghuisarts Van der Meer over de hulp bij zelfdoding die zij – in 1996 - gegeven heeft aan een patiënt met een organisch-psychiatrische stoornis en de daaropvolgende reactie van het Openbaar Ministerie. De patiënt had vanaf zijn 67ste jaar klachten wat betreft zijn concentratie en vermeldde verder angst en onzekerheid. Hij was bang om dement te worden en raakte in een depressie. Na onderzoek bleek hij kleine herseninfarcten te hebben. Klinisch werd het beeld gekenmerkt door impulsieve, woedende reacties op iedere voor de patiënt onverwachte situatie. De man werd opgenomen in het verpleeghuis.

De man werd – succesvol - behandeld voor de depressie en er werd een stabiele situatie bereikt door het creëren van situaties met een vaste structuur. De man – inmiddels 71 jaar - verbleef echter tussen ernstig dementerende medepatiënten en was zeer ongelukkig in zijn situatie. Hij ondernam een aantal pogingen tot zelfdoding. Van een depressie in engere zin was geen sprake maar de man raakte in toenemende mate gedemoraliseerd door zijn gestaag toenemende verslechtering. Hij voelde er niets voor om verdere onttakeling af te wachten.

De man polste zijn behandelend arts of zij eventueel bereid zou zijn tot hulp bij zelfdoding. De arts vond het verzoek begrijpelijk en invoelbaar. Alhoewel de patiënt achteruit was gegaan was, dacht zij dat hij nog steeds een dergelijk verstrekkende en gecompliceerde beslissing kon nemen. De arts zegde toe het verzoek bij de directie van de instelling aan de orde te stellen.⁹⁸

betrokkene zijn situatie kan waarden als ontluisterend, uitzichtloos of ondraaglijk omdat het daartoe vereiste niveau van abstractie voor de patiënt niet meer toegankelijk is.

⁹⁶ De commissie is ervan overtuigd dat door de in de verpleeghuisgeneeskunde opgebouwde deskundigheid inzake symptoombehandeling en –verlichting, zich deze situatie in de praktijk hoogst zelden zal voordoen.

⁹⁷ NVVA 31-35.

⁹⁸ De echtgenote van patiënt en zijn kinderen konden zich verenigen met zijn wens. Hij had al lang geleden een wilsbeschikking daaromtrent geschreven. In het behandelteam is over deze casus gesproken. Het verzoek van de patiënt werd als zodanig invoelbaar ervaren dat er nauwelijks weerstanden tegen waren. In de instelling heeft deze casus het formuleren van het beleid omtrent levensbeëindiging in een stroomversnelling gebracht. Er is - het is dan inmiddels 1996 - onder de verantwoordelijkheid van de directie een officiële procedure ontwikkeld, die het mogelijk maakte in

De patiënt heeft vervolgens gesprekken gehad met een psychiater die hem niet kende en met een onafhankelijke verpleeghuisarts. Daarna is men gaan praten met de officier van justitie en de inspectie. Deze vonden de procedure zorgvuldig. De advocaat adviseerde ook nog een neuroloog en een in de ziekte gespecialiseerde hoogleraar om advies te vragen. Na deze consultaties – die de slechte vooruitzichten bevestigden – werd besloten de hulp bij zelfdoding te verlenen. Een week na het nemen van het besluit vond de levensbeëindiging plaats.

Vier maanden na het verlenen van de hulp schreef de officier van justitie:

Naar mijn oordeel is in deze zaak aan alle zorgvuldigheidscriteria die gelden voor het toepassen van euthanasie voldaan. Deze mening wordt gedeeld door het College van Procureurs-Generaal, aan wie ik het geval heb voorgelegd. De justitiële bemoeienis met deze zaak is hiermee definitief geworden.⁹⁹

De door Van der Meer c.s. beschreven casus laat zien dat hulp bij zelfdoding bij een demente patiënt soms wel mogelijk is. Kenmerkend aan de casus is dat het lijden voor de artsen invoelbaar was en dat de patiënt nog niet zo diep dement was dat hij niet meer voldoende wilsbekwaam was.

SCEA EN SCEN

Het SCEA-project¹⁰⁰ dat in juni 1997 van start ging, wordt in 1998 geëvalueerd.¹⁰¹ Het project houdt in dat er twee diensten geleverd worden aan Amsterdamse huisartsen: enerzijds het beantwoorden van vragen en het geven van advies over alle mogelijk aspecten van euthanasie en anderzijds het uitvoeren van een consultatie. Belangrijke kenmerken van de SCEA-artsen zijn dat ze onafhankelijk zijn (voor consultaties), deskundig zijn (getraind, werkend volgens protocol, zo nodig gesteund door een specialistenkring) en gelegenheid hebben voor onderlinge uitwisseling en voor training. Een belangrijk uitgangspunt in het project is dat er altijd een SCEA-arts bereikbaar en beschikbaar is.

In de veertien maanden die het onderzoek beslaat zijn de SCEA-artsen in totaal 137 maal geraadpleegd - 84 keer voor consultatie en 53 keer voor informatie en advies. Ongeveer de helft van de Amsterdamse huisartsen die in de desbetreffende periode een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie heeft gehad, heeft SCEA een of meer keer geraadpleegd. De meest genoemde redenen om SCEA te raadplegen waren dat het in dat geval om een complexe situatie ging en dat de SCEA-arts als deskundig werd gezien.

Inzicht in de kwaliteit van informatie, advies en consultatie gegeven door SCEA-artsen ten opzichte van de kwaliteit als deze zaken door een andere arts wordt gegeven, is verkregen door een vergelijking tussen deze twee groepen inzake de laatste gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding waar de artsen bij betrokken waren. Er werden weinig verschillen geconstateerd. Het belangrijkste verschil was, dat de SCEA-artsen in de helft van de gevallen banden met de consultvragers had, terwijl andere consulenten bijna altijd bekenden waren van de consultvragende arts. Overleg met SCEA-artsen was minder vaak gericht op

uitzonderlijke gevallen hulp bij zelfdoding te verlenen (Van der Meer, De Veen, Noorthoorn en Kraan 1999).

⁹⁹ Van der Meer e.a. 1999: 883.

¹⁰⁰ Vermeld in paragraaf 9.3.

¹⁰¹ Onwuteaka-Philipsen en Van der Wal 1998.

ondersteuning en ging vaker over de vraag of het in een bepaalde situatie verantwoord was om euthanasie toe te passen en over de procedure.¹⁰²

Het blijkt dat zowel door de SCEA-artsen als door andere Amsterdamse artsen in de meeste gevallen aan de verschillende criteria voor consultatie was voldaan.¹⁰³ Aan enkele criteria werd (nog) vaker voldaan in het geval dat de consulent een SCEA-arts was: de consulent was geen praktijkgenoot (100% versus 93%), de consulent kende de patiënt niet (98% versus 84%), en de consulent had een schriftelijk verslag gemaakt (100% versus 93%). Ook voldeden SCEA-artsen over het algemeen vaker aan alle criteria dan andere collega's (SCEA-artsen in 63% en andere artsen in 44%).¹⁰⁴

Huisartsen waren (heel) positief over de verschillende aspecten van het overleg of de consultatie, zowel bij SCEA-artsen als bij niet-SCEA-artsen. Er waren wel verschillen in de waardering door de consultvragende artsen. De artsen die een SCEA-arts hadden geconsulteerd, waren positiever over het onafhankelijk oordeel, de kennis van de palliatieve zorg, de kennis over de juridische procedure en de kwaliteit van de consultatie over het geheel genomen.¹⁰⁵

Alhoewel deze evaluatie het niet echt uitwijst, ervaart men (zowel in artsenkringen als in regeringskringen) het project als zo succesrijk dat er geld wordt aangevraagd en toegekend om landelijke dekking te realiseren.¹⁰⁶ Overal in Nederland worden SCEN-artsen opgeleid en in 2002 meldt men een dekking over het hele land.¹⁰⁷

PALLIATIEVE ZORG

De belangstelling voor stervensbegeleiding is sedert de jaren zestig van de twintigste eeuw alleen maar gegroeid. In eerste instantie werd daarbij met name de aandacht gericht op de begeleiding van het acceptatieproces van het aanstaande sterven en op de pijnbestrijding.¹⁰⁸ Langzaam maar zeker is er sedertdien een specialisme ontstaan op dit terrein: de palliatieve zorg.

De Nederlandse ontwikkeling wat betreft palliatieve zorg wijkt af van bijvoorbeeld de Engelse doordat de aandacht niet gericht wordt op de ontwikkelingen van speciale

¹⁰² Dit komt overeen met de gevonden belangrijkste redenen voor het raadplegen van SCEA: complexe situaties en vragen over of gewenste ondersteuning bij de juridische procedure.

¹⁰³ Er worden 8 criteria genoemd waaraan de consulent moet voldoen: hij was geen praktijkgenoot, geen medebehandelaar, geen arts-assistent, hij kende de patiënt niet, hij heeft de patiënt gesproken/onderzocht, hij heeft het verzoek aan de orde gesteld, hij heeft mogelijke alternatieven besproken, en hij heeft een schriftelijk verslag gemaakt.

¹⁰⁴ In een latere publicatie gaan Onwuteaka en Van der Wal in op de verschillen in de verslagen van SCEA-artsen en andere consulenten. Volgens de onderzoekers is de kwaliteit van de consultatie-verslagen van SCEA-artsen beter: zij noemden vaker de werkzaamheden waarop hun oordeel was gebaseerd, beantwoordden en beredeneerden vaker de vragen over het verzoek en het lijden, en gaven in hun eindoordeel vaker expliciet weer of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan (Onwuteaka-Philipsen en Van der Wal 2001).

¹⁰⁵ Hierbij moet opgemerkt worden dat het niet gaat over een verschil tussen negatief en positief maar tussen positief en heel positief.

¹⁰⁶ *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen 26 691, nr. 9: 23.*

¹⁰⁷ KNMG 2002.

¹⁰⁸ In Nederland uitte zich dit in belangstelling voor het werk van Saunders – vermeld in paragraaf 2.3 – en Kübler-Ross – genoemd in paragraaf 3.1.

instellingen, de 'hospices'. Pas in 1988 wordt het eerste hospice in Nederland opgericht.¹⁰⁹ Deze andere ontwikkeling wordt deels veroorzaakt doordat verpleeghuizen een taak in terminale zorg hebben, deels doordat er in Nederland stervensbegeleiding door huisartsen plaatsvindt.¹¹⁰

Volgens Bruntink, de auteur van een overzichtswerk over palliatieve zorg in Nederland, is de verhouding tussen palliatieve zorg en euthanasie wereldwijd een gevoelig discussiepunt. De internationale hospicebeweging is er van overtuigd dat noch vertragen noch het versnellen van de dood (euthanasie) gepast is. Binnen de palliatieve zorg in Nederland bestaat geen consensus en dus geen gezamenlijk standpunt over de plaats van euthanasie. Dezelfde auteur merkt op dat binnen de internationale hospicebeweging lange tijd gedacht werd dat Nederland vergat de palliatieve zorg te ontwikkelen omdat men de mogelijkheid had voor euthanasie. Inmiddels wordt erkend dat de palliatieve zorg in Nederland de laatste jaren sterk verbeterd is.¹¹¹

Een belangrijk deel van de palliatieve zorg is pijn- en symptoombestrijding. Ook op dit gebied ontstaan midden jaren tachtig veranderingen. De hoogleraar pijnbestrijding Crul koppelt in zijn oratie deze ontwikkeling aan zowel medische ontwikkelingen – met name nieuwe ingrijpende behandelingen en operaties die men nu aandurft – en sociaal-culturele veranderingen – zoals de vergrijzing met de daarbij komende kwalen en pijnen en de afgenomen maatschappelijke tolerantie voor pijn en lichamelijk ongemak. Desalnietemin constateert Crul in 1997 op dit terrein nog vele tekortkomingen.¹¹²

Vanaf halverwege de jaren negentig wordt er vanuit de overheid meer geld besteed aan de ontwikkeling van kennis en vaardigheden op het terrein van de palliatieve zorg. Andere ontwikkelingen op dit terrein zijn de vergroting van de aandacht voor palliatieve zorg in de opleidingen voor hulpverleners, de ontwikkeling van kwaliteitscriteria, afstemming tussen verschillende instellingen waar een patiënt mee te maken krijgt in regionale netwerken en het inrichten van speciale afdelingen palliatieve zorg in Integrale Kankercentra.¹¹³

9. 5 PATIËNTENPERSPECTIEF EN PUBLIEKE OPINIE

Halverwege de jaren negentig wordt het onderscheid – en soms de tegenstrijdigheid – tussen het artsenperspectief aan de ene kant en het patiëntenperspectief aan de andere kant scherper. Aan de artsenkant komen er geluiden dat patiënten en hun familie te veeleisend zijn; dat ze menen dat artsen op afroep beschikbaar moeten zijn voor hun

¹⁰⁹ Bruntink 2002: 17. In diezelfde tijd wordt Stichting Elckerlijck opgericht, een stichting 'voor bewustwording rond leven en sterven' en de koepelorganisatie de Nederlandse Hospice Beweging, die later (2001) opgevolgd is door de vereniging Vrijwillige Hospicezorg Nederland. Ook het Leger des Heils is actief op dit terrein. Nog steeds zijn er nog maar een paar hospices in Nederland

¹¹⁰ Er zijn geen precieze cijfers over waar mensen sterven. In een schatting in 1989 is er sprake van dat 26% van de sterfgevallen thuis plaatsvindt en 17% in bejaardenhuizen; de overige cijfers zijn: 40% in ziekenhuizen en 15% in verpleeghuizen (Munnichs 1989). Stervensbegeleiding thuis vraagt veel van de naasten van de stervende. Vanaf 1984 zijn er ook op dit terrein vrijwilligersorganisaties opgericht zoals de Landelijke Stichting Vrijwillige Terminale Zorg en het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland.

¹¹¹ Bruntink 2002: 113.

¹¹² Crul 1997: 5-8.

¹¹³ Bruntink 2002: 113-116.

wensen.¹¹⁴ Van patiëntenkant komt de klacht dat de publieke en politieke aandacht voor problemen rondom euthanasie tot nu toe vooral gericht is geweest op de hulpverlener en niet op de hulpvrager.

ONDERZOEK ONDER PATIËNTEN

De NVVE heeft een aantal keren laten weten dat zij in het kader van de landelijke onderzoeken ook onderzoek naar het patiëntenperspectief zou willen. Dit voorstel is door de verschillende regeringen van de hand gewezen. Uiteindelijk heeft de NVVE aan het Verwey-Jonker instituut gevraagd een dergelijk onderzoek te doen. Er waren twee deelvragen. De eerste onderzoeksvraag betreft het verloop van het proces van eerste uiting van de wens tot aan de realisering van de doodswens vanuit het perspectief van degene die dood wil en diens naasten. De tweede onderzoeksvraag handelt over de belemmeringen en knelpunten die optreden in het proces van omgaan met het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.¹¹⁵

Er zijn twee deelonderzoeken gedaan: een procesonderzoek onder dertig cliënten die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben gedaan en een follow-up onderzoek naar aanleiding van een telefonisch meldpunt voor ervaringen van nabestaanden met cliënten die een euthanasievraag hadden of hulp bij zelfdoding (het nabestaanden-onderzoek).

Alhoewel het onderzoek lijdt aan methodologische tekortkomingen - onder andere doordat de mensen verzameld zijn via kanalen van de NVVE en het veelal ontevreden personen betreft - is een aantal bevindingen interessant, zeker omdat ze elders bevestigd worden. Als belangrijkste knelpunten noemt de onderzoeker het onbegrip en de machteloosheid bij cliënten wanneer hun verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding geen gehoor vindt; het valse gevoel van veiligheid dat een cliënt ervaart als hij de euthanasieverklaring bij de huisarts heeft neergelegd - voor veel patiënten is het niet duidelijk dat de arts een voorwaardelijk 'ja' geeft; en de terughoudendheid van de arts om in te gaan op een concreet verzoek om euthanasie.

Het beeld dat in het onderzoek naar voren komt, is dat veel huisartsen weliswaar in principe bereid zijn om euthanasie te verlenen maar in de praktijk de uitvoering ervan zoveel mogelijk voor zich uit schuiven in de hoop dat de euthanasie uiteindelijk niet nodig zal zijn. Uit het onderzoek blijkt verder dat huisartsen die in principe bereid zijn euthanasie toe te passen dit doorgaans alleen doen in situaties waar sprake is van een terminale ziekte in de laatste fase. En ook dan zijn er artsen die de euthanasie zo lang mogelijk uitstellen dan wel niet inwilligen.

Een ander knelpunt is de ongelijke (machts)verhouding in de patiënt-artsrelatie. Het onderzoek laat zien dat het heel moeilijk is voor patiënten om een oplossing te vinden wanneer een arts principieel tegen het toepassen van euthanasie is of als een arts op het moment dat de patiënt een concreet verzoek om euthanasie doet, weigert mee te werken. Er zijn ook aanwijzingen dat de sociaal-maatschappelijke positie van de patiënt een rol speelt in de gesprekken met artsen. Jonge patiënten en patiënten met een hogere sociaal-maatschappelijke positie lijken meer op voet van gelijkheid met de arts te kunnen praten en te onderhandelen over hun euthanasiewens, dan ouderen en personen met een

¹¹⁴ Onder ander te vinden in 'Euthanasie graag snel, "want we gaan naar de camping"' in *de Volkskrant* 1995.

¹¹⁵ Van Overbeek 1996.

psychiatrische aandoening.¹¹⁶ Ook het sociaal netwerk van de patiënt lijkt een belangrijke factor te zijn in de wijze waarop het proces verloopt. Naasten die het verzoek om euthanasie van de patiënt ondersteunen kunnen een positieve invloed hebben op het verloop van het proces.¹¹⁷ Goede relaties met naasten betekent ook dat patiënten terughoudend zijn in hun euthanasiewens en de concrete beslissing zo lang mogelijk uitstellen. Het blijkt dat zowel bij cliënten met psychiatrische aandoening, als bij (oudere) cliënten die geen of weinig toekomstperspectief voor zichzelf zien meerdere beperkende kenmerken vertonen.¹¹⁸

Chabot heeft een paar jaar later een meer kwalitatief onderzoek gedaan naar de discrepantie tussen stervenswens van de patiënt enerzijds en de bereidheid van artsen om mee te werken aan levensbeëindiging anderzijds.¹¹⁹ Ook in dat boek wordt duidelijk dat het voor sommige mensen onmogelijk is – ondanks een groot lijden – de hulp te krijgen die zij wensen.

NIEUWE INITIATIEVEN

Van patiëntenkant wordt echter niet stilgezeten. Al in de jaren tachtig zijn er initiatieven geweest om plaatsen te creëren waarin mensen die dat willen hulp bij hun zelfdoding kunnen krijgen. In de jaren negentig is in Alkmaar de humanistische raadsman Hilarius met iets dergelijks bezig. Hij richt Stichting 'De Einder' op: een organisatie die als doel heeft het bevorderen en – indien wenselijk – zelf uitvoeren van professionele begeleiding van mensen met een doodswens die hulp vragen; en het bespreekbaar maken van het verschijnsel dat mensen een doodswens hebben.¹²⁰ In 1997 zijn er zeven mensen die zich willen inzetten voor de hulpverlening. Zij zijn verspreid over het land gevestigd.¹²¹

Een ander organisatie die opkomt voor het recht op het zelfgekozen levenseinde is een afsplitsing van de NVVE: de Stichting Vrijwillig Leven. Deze stichting is opgericht in 1996. Het doel van de SVL is de wettelijke erkenning van een recht op het zelfgekozen levenseinde en op het verkrijgen van de middelen om dit op een humane wijze te realiseren. Volgens de SVL zijn er voor mensen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden slechts beperkte mogelijkheden om via hun arts hulp bij het sterven te krijgen. De SVL wil bereiken

¹¹⁶ Dit komt overeen met een bevinding van Melief (vermeld in paragraaf 8.4).

¹¹⁷ Dit zijn bevindingen die Pool en The (de eerder vermelde antropologen) ook beschrijven.

¹¹⁸ In 1998 wordt in een soortgelijk onderzoek deze bevindingen bevestigd (Versteeg, Koppedraijer en Smaling 1998).

¹¹⁹ Chabot 2001.

¹²⁰ Stichting 'De Einder' tracht dit doel te bereiken door: het organiseren van trainingen in het begeleiden van mensen met een doodswens voor nog niet daartoe gekwalificeerde hulpverleners; het organiseren van openbare voorlichtingsbijeenkomsten; het uitgeven van een periodiek; de oprichting en instandhouding van een centraal punt voor coördinatie en informatie (die onder andere als taak heeft hulpverleners te registreren die het doel van de stichting onderschrijven en informatie te verstrekken over mogelijkheden om hulp te ontvangen).

¹²¹ Hilarius 1998. Een van de hulpverleners van Stichting 'De Einder' staat in maart 2002 terecht in Groningen voor hulp bij zelfdoding. De man in kwestie – Muns – stelt de desbetreffende mevrouw niet geholpen te hebben maar haar slechts geestelijk te hebben bijgestaan. Deze zaak is in eerste aanleg niet behandeld omdat de rechter gewraakt is. De rechter legde aan het begin van de rechtszitting de volgende verklaring af: "Mijn moeder is een paar dagen voor mevrouw B. gestorven. Met hulp van een huisarts. Ik moet zeggen dat het mij en mijn broers onaangenaam getroffen zou hebben als we haar met een plastic vuilniszak over haar hoofd hadden gevonden" (*de Volkskrant* 29 maart 2002). In juni 2002 is het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk verklaard. Bij de zelfdoding waren zeker vijf personen aanwezig geweest onder wie zeker één die een grotere bijdrage aan de uiteindelijke dood zou hebben geleverd dan Muns. Het lijkt erop dat alleen hulpverleners worden aangepakt, stelde de rechter, en dat is een schending van het gelijkheidsbeginsel (*de Volkskrant* 19 juni 2002).

dat ook anderen die op weloverwogen gronden hun levenseinde in eigen hand willen nemen hun besluit kunnen nemen en dat hulp daarbij niet langer strafbaar is. Zij zet zich ervoor in dat geschikte middelen hiervoor onder voorwaarden beschikbaar komen. Om de gewenste hulp te kunnen geven streeft de SVL naar de oprichting van een of meer steunpunten, voorzieningen waar mensen advies, hulp en middelen kunnen krijgen en waar artsen terecht kunnen voor advies en consultatie van een collega en voor doorverwijzing van patiënten.¹²²

Met haar wetsontwerp van 1996 is de NVVE zelf ook een stuk opgeschoven richting de doelstellingen van Stichting 'de Einder' en SVL. En ook de activiteiten van de psychologen van de NVVE tonen wel enige overeenkomst met die van de andere organisaties.¹²³ Vanaf 2000 zijn er gesprekken tussen NVVE, SVL en Stichting 'De Einder' over samenwerking. In 2001 richten deze gesprekken zich op de mogelijkheid om een experiment aan te vragen bij de regering waarbij de organisaties de instanties worden die de middelen kunnen verstrekken om het idee van 'de pil van Drion' te realiseren. Vooralsnog is er weinig politieke steun voor dit idee.¹²⁴

PUBLIEKE OPINIEONDERZOEK

Uit paragraaf 8.1 bleek al dat Nederlanders in meerderheid van mening zijn dat euthanasie mogelijk moet zijn. In de jaren na 1991 publiceert het Sociaal Cultureel Planbureau niet meer soortgelijke gegevens maar is er wel informatie uit andere bronnen over de ontwikkeling van de publieke opinie. In 1993 vraagt het NIPO of de geïnterviewde vindt dat iemand die in een voor hem of haar onaanvaardbare, uitzichtloze noodsituatie verkeert, altijd het recht heeft om dan beëindiging van zijn of haar leven te vragen. Van de ondervraagden antwoordt 78% dat iemand dat recht heeft, 10% meent van niet en 12% weet het niet.

Van Holsteyn en Trappenburg hebben een onderzoek gedaan naar de overwegingen op basis waarvan mensen een grens trekken ten aanzien van hetgeen ze geoorloofd vinden met betrekking tot levensbeëindiging.¹²⁵ Een onderzoek dat ze een paar jaar later herhaald hebben.¹²⁶ Het onderzoek is gedaan aan de hand van vignettes over verschillende situaties waarin levensbeëindiging voorkomt. Uit het eerste onderzoek blijkt dat twee beginselen een rol spelen bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen: zelfbeschikking en

¹²² SVL 1999.

¹²³ Tegen een van de psychologen van de NVVE loopt medio 2002 ook een rechtszaak. De familie van de desbetreffende overledene vindt dat de persoon tot zelfdoding is kunnen overgaan doordat ze telefonisch contact had met de persoon van de NVVE (*NRC- Handelsblad* 14 maart 2001).

¹²⁴ Zelfs mevrouw Borst die positief staat tegenover het idee van 'de pil van Drion' meent dat het idee te vroeg komt (Van Dam en Peeters 2002).

De publiciste Spaink beschrijft haar zoektocht op het internet naar middelen om de eigen dood te bewerkstelligen. Alhoewel het niet gemakkelijk is, is het Spaink gelukt twee maal de dosis te verkrijgen die iemand nodig heeft. Spainks zoektocht is ingegeven door een wils-zijn van de betrokkenheid van een arts bij de zelfverkozen dood (Spaink 2001).

¹²⁵ Van Holsteyn en Trappenburg 1996. Casus die zij voorleggen betreffen stoppen met behandelen bij kansloze kinderen, actieve levensbeëindiging bij kansloze kinderen, actieve levensbeëindiging bij prognose 'onleefbaar leven', actieve levensbeëindiging bij gehandicapte baby's, levensbeëindiging bij coma-patiënten, hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, levensbeëindigend handelen bij demente bejaarden, 'de pil van Drion'.

¹²⁶ Trappenburg en Van Holsteyn 2002. In dit onderzoek zijn er vignettes over iemand die een ongeneeslijke spierziekte heeft, een psychiatrisch patiënt, een casus die lijkt op die van de Chabot-zaak, een 'pil van Drion'-casus, en een demente bejaarde met een wilsverklaring.

barmhartigheid. De auteurs constateren dat voor de Nederlandse bevolking het zelfbeschikkingsrecht veruit het belangrijkste beginsel is van waaruit men vragen over medische levensbeëindiging beoordeelt. De visie van mensen op het wel of niet bestaan van het recht op zelfbeschikking heeft dan ook een belangrijke voorspellende waarde bij het beroordelen van medisch-ethische dilemma's rond het levenseinde. Een voorspellende waarde in die zin dat mensen die 'geloven in' het recht op zelfbeschikking anders oordelen over dergelijke kwesties dan zij die menen dat zoiets als een recht op zelfbeschikking niet bestaat.

Anderzijds constateren zij dat de Nederlandse bevolking niet *a priori* afwijzend staat tegenover medische levensbeëindiging waaraan géén weloverwogen verzoek ten grondslag ligt, met name bij pasgeborenen met een zeer ernstig lijden. Medische levensbeëindiging enkel en alleen uit overwegingen van barmhartigheid, zonder verzoek van de familie van de betrokkene kan niet op veel steun rekenen.

De conclusie van Van Holsteyn en Trappenburg ten aanzien van het hellend vlak – als je levensbeëindiging op een bepaalde grond toestaat, accepteer je logisch gesproken ook andere gronden voor levensbeëindiging - is dat deze metafoor empirisch aantoonbaar onjuist is. De beoordeling blijkt subtieler en genuanceerder - berustend op veel meer overwegingen - dan veelal in een hellend-vlakargumentatie wordt aangenomen. Uit de onderzoeken wordt duidelijk dat veel Nederlanders moeite hebben met hulp bij zelfdoding door artsen bij psychiatrische patiënten en mensen met 'existentiële problemen' (zoals de mevrouw in de Chabotzaak en bejaarden waarvoor Drion 'zijn pil' bedacht).¹²⁷

9.6 RECHTSZAKEN

Een van de juridische vragen die nog niet beantwoord is, betreft de eventuele strijdigheid van de meldingsprocedure met het recht niet mee te werken aan de eigen veroordeling. In 1999 scheidt de Hoge Raad in de zaak Zweers duidelijkheid omtrent deze vraag. Andere rechtszaken in deze periode betreffen 'stervenshulp', de levensbeëindiging zonder verzoek in een situatie waar de vitale functies beginnen weg te vallen. Vanaf 1998 zal er bovendien een rechtszaak gaan lopen inzake hulp bij zelfdoding van iemand die 'klaar met leven' is. Deze laatste zaak veroorzaakt grote ophef in het wetgevingsdebat en zal aldaar beschreven worden.

¹²⁷ Door het NIPO zijn in 1998 en 2001 soortgelijke vragen gesteld als Van Holsteyn en Trappenburg. Het in 2001 gehouden onderzoek naar de publieke opinie wijst uit dat 85% van de ondervraagden van mening is dat mensen die ondraaglijk lijden aan een ongeneeslijke ziekte, waaraan zij binnen afzienbare tijd dood zullen gaan, mogen beslissen dat zij op een zelfgekozen moment willen sterven. Van de ondervraagden vindt 65% dat ook mensen die lijden aan een ongeneeslijke lichamelijke ziekte waarmee ze nog vele jaren kunnen blijven leven een dergelijk besluit mogen nemen. Van een derde groep - mensen, die langdurig en ondraaglijk psychisch lijden – vindt 57% dat zij zelf mogen beslissen dat zij willen sterven; en 51% vindt dat van hoogbejaarde mensen (Hessing-Couvret 2001). De resultaten in 1998 waren hetzelfde met uitzondering van de situatie waarin mensen langdurig psychisch lijden: ten opzichte van drie jaar geleden erkennen nu significant meer mensen dat psychisch lijden een grond kan zijn om te beslissen te willen sterven (stijging 52% naar 57%). Een andere bevinding is dat nu meer mensen dan in 1998 vinden dat als er geen bijzondere omstandigheden zijn, men niet zelf over sterven mag beslissen (nu 54%, toen 43%). Verder beantwoorden ook meer mensen dan in 1998 de vraag ontkennend of mensen wanneer ze besloten hebben dat zij willen sterven, zij ongeacht hun leeftijd of gezondheid, de middelen moeten kunnen verkrijgen om op een zelf gekozen moment een einde aan hun leven te maken (nu 59%, toen 51%).

DE BESLISSING OVER *NEMO TENETUR*: DE ZAAK ZWEERS

Op 28 januari 1996 maakt de uroloog Zweers een einde aan het leven van een van zijn patiënten. In eerste instantie wordt de arts doodslag ten laste gelegd omdat onduidelijk is of er in deze casus sprake is van een weloverwogen en vrijwillig verzoek.¹²⁸ Verder staat Zweers ook terecht voor het afgeven van een valse verklaring ten aanzien van het overlijden.

Wat betreft de levensbeëindiging doet Zweers een beroep op noodtoestand en de rechtbank Almelo kent hem dit toe. Zweers wordt wat betreft de euthanasie ontslagen van rechtsvervolging.¹²⁹

Wat betreft de verklaring van overlijden stelt de advocaat namens de arts dat de plicht tot het melden van levenbeëindigend handelen krachtens artikel 10 van de Wet op de Lijkbezorging en de op dat artikel gebaseerde 'Meldingsprocedure Euthanasie' in strijd is met het *nemo tenetur*-beginsel, en dat op grond van artikel 6 van het EVRM door een nationale wet geen inbreuk gemaakt mag worden op een ieders recht te zwijgen en op het recht zichzelf niet te hoeven belasten met een strafbaar feit.

De rechtbank verwerpt het verweer. De wetgever kan niet het recht ontzegd worden aan artsen de verplichting op te leggen naar waarheid te verklaren of een patiënt wel of niet een natuurlijke dood gestorven is.

Het enkele feit dat het vermelden van een niet natuurlijke doodsoorzaak de kans op een onderzoek en een vervolging bij gebleken nalatigheden ernstig vergroot, betekent nog niet dat de arts wordt verplicht zichzelf te belasten in de zin zoals het beginsel van *nemo tenetur* beoogt te voorkomen.

De rechtbank veroordeelt de arts tot een geldboete van 5.000 gulden.

Tegen het vonnis wordt hoger beroep aangetekend. Het hof acht levensbeëindiging op verzoek en valsheid in geschrifte bewezen. De advocaat doet wat betreft het eerste weer een beroep op noodtoestand en ook het hof accepteert dat verweer. Ten aanzien van de valsheid in geschrifte stelt de advocaat opnieuw dat het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk dient te worden verklaard vanwege het schenden van het beginsel *nemo tenetur*.

¹²⁸ Op 26 januari wordt de patiënt op verzoek van zijn huisarts opgenomen in het ziekenhuis om daar onder optimale pijnbestrijding zijn dood af te wachten. De patiënt lijdt aan prostaatkanker, met uitzaaiingen naar de botten. Er zijn - medisch gezien - geen mogelijkheden meer om de ziekte te behandelen. De patiënt verkeert in de terminale fase en heeft - dat wordt pas later duidelijk - aangegeven te willen sterven. De middag van de opname wordt als beleid bepaald dat in voorkomend geval niet tot reanimatie zal worden overgegaan. Als de pijn aan blijft houden gaat de arts over tot het geven van morfine. Hij bespreekt de hieraan verbonden gevaren - dat het toedienen van dit middel de dood kan bevorderen - met de familie. De patiënt blijft, ondanks morfine en vergroting van de toegediende hoeveelheid, pijn lijden. De uroloog consulteert hierop een anesthesioloog die adviseert het middel Dormicum bij te geven. De patiënt krijgt dit middel toegediend. Enige tijd daarna vermindert de ademhaling van de patiënt en ontstaat er een *apneu* gedurende enige minuten. De patiënt lijkt te overlijden maar tegen alle verwachtingen in begint hij opnieuw te ademen. Daar een nieuwe hoeveelheid van hetzelfde middel van een ver verwijderde plaats moet komen en hij het opnieuw laten bijkomen van de patiënt inhumain acht, kiest Zweers ervoor een wel aanwezig dodelijk middel toe te dienen.

¹²⁹ Uitspraak 28 januari 1997, niet gepubliceerd.

Ook het hof meent echter dat de arts niet het niet-melden van de euthanasie wordt verweten, maar het afgeven van een valse verklaring van overlijden, daar waar de wet hem niet verplicht tot het afgeven ervan. De raadsman betoogt dat de arts, als hij geen verklaring van overlijden zou hebben afgegeven, zeer goede redenen had te vermoeden dat een strafrechtelijke vervolging zou volgen. Dat is op zichzelf juist, maar het hof kan zich niet verenigen met de stelling dat de arts zichzelf door middel van het niet-afgeven tot verdachte van een misdrijf bestempelt (iets waartoe hij op grond van het *nemo tenetur*-beginsel niet mag worden gedwongen). Het betreft in dit geval immers niet het verrichten van een handeling maar een nalaten en dat is in dit verband een wezenlijk verschil. Het recht om te zwijgen omvat niet het recht onwaarheid te spreken of valse verklaringen af te geven en het recht niet bij te dragen aan de eigen veroordeling omvat niet het recht alles te doen wat ertoe kan bijdragen een verdenking te vermijden of af te wenden. Daarbij laat het hof nog terzijde dat het *nemo tenetur*-beginsel rechten toekent aan een verdachte en dat Zweers, toen hij de verklaring afgaf, die hoedanigheid nog helemaal niet had. Voor het "als geneeskundige opzettelijk een valse verklaring afgeven nopens een oorzaak van overlijden" veroordeelt ook het Gerechtshof Arnhem de arts tot een geldboete van vijfduizend gulden.¹³⁰

In 1999 spreekt de Hoge Raad zich wat betreft *nemo tenetur* uit in deze zaak. De Raad meent dat het hof terecht heeft geoordeeld dat de tenlastelegging

niet inhoudt dat de arts heeft verzuimd melding te doen van levensbeëindigend handelen maar dat hij, een verklaring omtrent een overlijdensoorzaak afgevend, zich schuldig heeft gemaakt aan het in artikel 228, eerste lid, Sr omschreven strafbare feit, te weten als arts opzettelijk een valse verklaring afgeven nopens een oorzaak van overlijden. Deze strafbare handeling staat geheel los van de in het kader van het verweer door de verdediging opgeworpen vraag of de arts, die na een levensbeëindigende handeling een verklaring van overlijden van deze strekking afgeeft, verplicht zou worden mee te werken aan zijn eigen veroordeling.¹³¹

Dit brengt met zich mee, aldus de Hoge Raad, dat het hof het verweer dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk verklaard moet worden terecht heeft verworpen.

LEVENSBEËINDIGING ZONDER VERZOEK I: DE ZAAK VAN DE NEUROLOOG

Op oktober 1995 staat een neuroloog terecht wegens moord dan wel het medeplegen daarvan omdat hij in juni 1993 het leven van een patiënt heeft beëindigd zonder dat er sprake was van een verzoek. Het handelt hier om een ernstig zieke patiënt waarbij de familie aandringt op levensbeëindiging. De arts weigert dit, naar eigen zeggen om juridische reden, maar wil wel in een andere vorm aan het verzoek voldoen namelijk door het staken van de toediening van voeding en medicijnen en het (laten) toedienen van een snel oplopende dosering morfine. De verwachting is de man als gevolg daarvan op korte termijn zal overlijden, hetgeen ook gebeurt.¹³²

¹³⁰ *Nederlandse Jurisprudentie* 2000, nr. 216.

¹³¹ *Nederlandse Jurisprudentie* 2000, nr. 216: 1434.

¹³² De arts heeft nog diezelfde middag zijn besluit geëffectueerd, hoewel hij wist dat hij met ingang van die avond gedurende een aantal dagen niet in het ziekenhuis aanwezig en/of bereikbaar zou zijn. De zaak is bekend geworden doordat de arts drie weken later de officier van justitie mondeling gemeld heeft dat er waarschijnlijk ten onrechte een verklaring van natuurlijk overlijden is afgegeven. De inspectie heeft het eventueel ambtshalve optreden laten afhangen van de beslissing van de officier van justitie om te vervolgen. De inspecteur voor de volksgezondheid stelt dat de gekozen methode niet

De rechtbank acht opzettelijk en met voorbedachte rade iemand van het leven beroven bewezen en ziet de arts als functioneel dader. De arts doet een beroep op noodtoestand. Dit beroep wordt verworpen omdat er geen sprake was van een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie. Als een arts al een keuze mag maken in een situatie waarin een verzoek ontbreekt dan is het in een dergelijke situatie nog dringender vereist zich aan de zorgvuldigheidseisen te houden. In deze casus heeft de arts echter iedere vorm van collegiaal overleg achterwege gelaten en dus de toetsing van zijn eigen besluit evenals toetsing van de motieven van de familie van de patiënt, onmogelijk gemaakt. De afweging of hier volgens verantwoord wetenschappelijk inzicht en proportioneel is gehandeld kan dus niet gemaakt worden. Het gedrag van de arts is te meer verwijtbaar daar hij zonder enige medisch noodzaak het ziekenhuisprotocol alsmede de richtlijnen van de KNMG wat betreft euthanasie heeft genegeerd. Dit terwijl hij had moeten beseffen dat de daarin genoemde zorgvuldigheidseisen *mutatis mutandis* in versterkte mate van belang konden zijn.

De rechtbank is van oordeel dat van een arts verwacht mag worden dat hij niet alleen met de beste bedoelingen handelt maar tevens voldoet aan de voor de uitoefening van zijn beroep geldende professionele normen. Hij is ernstig tekortgeschoten wat betreft de behoedzaamheid die inachtgenomen behoorde te worden. De arts is ook ernstig tekortgeschoten in de zorgvuldigheid bij de uitvoering van zijn besluit omdat hij weinig duidelijk is geweest over zijn besluit tegenover zijn collega-arts die hem het weekend zou waarnemen en tegenover de verpleging. Anderzijds laat de rechtbank meewegen dat aannemelijk is dat er sprake was van uitzichtloos lijden bij de patiënt en dat het de oprechte bedoeling van de arts is geweest daar iets aan te doen. Voorts is van belang dat de arts zijn volle medewerking heeft gegeven aan het langdurig en voor hem ongetwijfeld belastende onderzoek en rechtsgang. De rechtbank veroordeelt de arts tot een gevangenisstraf van drie maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.¹³³

LEVENSBEEÏNDIGING ZONDER VERZOEK II: DE ZAAK TEGEN DE CHIRURG EN DE ASSISTENT-ARTS

Op 17 september 1995 overlijdt een terminaal zieke 78-jarige wilsonbekwame patiënt die zeer ernstig lijdt. Ten aanzien van de patiënt is een niet-behandelbeleid afgesproken opdat hij zal sterven. De patiënt overlijdt echter niet en hij lijdt ondraaglijk aan niet met morfine te onderdrukken pijn.¹³⁴ De chirurg besluit daarop een middel toe te dienen dat op het centrale zenuwstelsel inwerkt en het overlijden kan bespoedigen.¹³⁵ Een verpleegkundige weigert dit

adequaat is voor euthanasie en de gekozen dosering veel te veel voor pijnbestrijding (*de Volkskrant* 11 oktober 1995).

¹³³ *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 149-154. Hieraan gerelateerd is een zaak betreffende het afgeven van een valse verklaring van overlijden bij deze patiënt door een arts-assistent. De arts-assistent heeft aan de dienstdoend neuroloog gevraagd of sprake was van actieve levensbeëindiging. De neuroloog heeft geantwoord dat het hier pijnbestrijding betrof en dat zij dus een verklaring van natuurlijk overlijden kon afgeven. De rechtbank is van oordeel dat de arts niet overtuigd was van de natuurlijke dood en toch de verklaring heeft afgegeven. De rechtbank rekent haar aan dat zij tegen beter weten op basis van gegevens uit het medisch dossier in, op de mededeling van de neuroloog is afgegaan. Wegens verzachtende omstandigheden wordt er geen straf op maatregel opgelegd (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 102-105).

¹³⁴ De situatie van de patiënt is erbarmelijk. Zijn buikdrainage is verstopt waardoor hij vreselijke pijn heeft. De drainage wordt echter niet vervangen omdat men bang is dat hij overlijdt als hij onder narcose wordt gebracht.

¹³⁵ Op die zondag heeft de arts, na overleg met de dienstdoende anesthesioloog, de beslissing genomen om de dosering van de morfine nogmaals te verhogen. Toen de ziekenhuisapothek niet bereid bleek de voorgeschreven dosis morfine te leveren, heeft de arts na overleg met het hoofd van

te doen, waarna de behandeling wordt uitgevoerd door de assistent. Een kwartier later overlijdt de patiënt. De arts vult de verklaring van natuurlijk overlijden in. De chirurg verdedigt dat met de stelling dat de patiënt is overleden aan de gevolgen van een palliatief beleid. Na een paar dagen schakelt hij alsnog de inspectie en de officier van justitie in.¹³⁶

Vier jaar later – november 1999 – staan de artsen terecht voor de rechtbank Den Haag. De artsen worden aangeklaagd voor moord en medeplichtigheid aan moord; subsidiair doodslag en medeplichtigheid daaraan, en voor het afgeven van een valse verklaring van overlijden.¹³⁷ Hun advocaat – Sutorius - meent echter dat er noch van 'moord' noch van 'doodslag' sprake is. Er is – op goede gronden en zorgvuldig - een palliatief beleid gevoerd en het is bovendien de vraag of de behandeling wel de oorzaak van het overlijden is.

De artsen beroepen zich op de medische exceptie. De Hoge Raad heeft weliswaar de medische exceptie als rechtvaardigingsgrond voor euthanasie afgewezen maar in deze casus was er geen sprake van levensbeëindiging op verzoek maar van palliatief handelen. In het palliatief beleid ten aanzien van deze patiënt was besloten volledig te abstineren en vervolgens werd men geconfronteerd met een lijden dat alleen met ingrijpende middelen bestreden kan worden. Het bestrijden van dit lijden stond voorop en niet het bewerken van de dood van de patiënt als zodanig. Het bijkomende en te voorziene effect van het ingestelde palliatieve beleid was een verhaasting van het overlijden van de patiënt, maar dit was niet de primaire behandelingsdoelstelling. Het overlijden van een patiënt als een – voorzien – gevolg van palliatie en lijdensverlichting behoort, ook de wetgever is hier expliciet over, niet onder het strafrecht te vallen.¹³⁸ Behalve op de medische exceptie doen zij een beroep op overmacht en op afwezigheid van alle schuld op grond van verontschuldigbare dwaling over het begrip 'natuurlijke doodsoorzaak'.

De advocaat klaagt namens de artsen over de lange termijn die zij hebben moeten wachten.¹³⁹ De rechtbank toont zich wel gevoelig voor deze klacht. Zij is van oordeel dat er genoeg reden is om de officier van justitie in de vervolging van de artsen niet ontvankelijk te verklaren maar acht dit niet in het belang van de artsen.

De rechtbank acht moord bewezen. Het beroep op de medische exceptie wordt afgewezen: de medische handeling waarmee de dood van een patiënt is bewerkstelligd behoort niet tot de medische handelingen die straffeloos kunnen worden verricht om de enkele reden dat de arts met die handeling beoogt het lijden van de patiënt te verzachten.¹⁴⁰ Wat betreft het beroep op noodtoestand overweegt de rechtbank dat de artsen, daar zij bekend waren met de werking van het toegediende middel, rekening had moeten houden met de aanmerkelijke kans dat toediening voor de patiënt dodelijk zou zijn. Aldus is het leven van deze patiënt actief beëindigd. Hier overweegt de rechtbank dat na het nemen van de beslissing tot

die apotheek, de beslissing genomen om de patiënt per infuus Nesdonal toe te dienen. De farnaceut heeft daarbij vermeld dat de dood van de patiënt een neveneffect van het middel zou zijn.

¹³⁶ De artsen verklaren aanvankelijk overtuigd te zijn geweest dat de man een natuurlijke dood was gestorven. Pas na ondertekening van de verklaring en na overleg met collega's zouden ze daaraan zijn gaan twijfelen (*Haagse Courant* 30 november 1999).

¹³⁷ Wat betreft de valse verklaring van overlijden vernietigt de rechtbank de dagvaarding omdat die niet voldoet aan de vereisten die daaromtrent in het Wetboek van Strafvordering zijn gesteld.

¹³⁸ Sutorius meent dat het tuchtrecht de instantie is die het palliatief handelen van de artsen dient te beoordelen maar de inspectie heeft geen reden gezien voor een klacht.

¹³⁹ De officier van justitie verklaart de lange wachttijd (het dossier lag ruim een jaar in haar kast) door te zeggen dat ze het druk had.

¹⁴⁰ Volgens de geraadpleegde anesthesiologen is het gebruikte middel niet een naar medisch wetenschappelijk inzicht verantwoord middel om pijn te bestrijden.

abstineren de behandeling gericht was op pijnbestrijding met als te voorzien gevolg dat de patiënt zou overlijden. De pijnbestrijding bleek echter niet effectief te zijn en ook niet effectief te zullen worden en het gevolg, de dood van de patiënt, trad ook niet in. Daarmee ontstond een conflict van plichten waarin, volgens de rechtbank, een te rechtvaardigen keuze is gemaakt. De rechtbank oordeelt dat de artsen overmacht in de vorm van noodtoestand toekomt en ontslaat hen van rechtsvervolging.¹⁴¹

LEVENSBEEÏNDIGING ZONDER VERZOEK III: DE ZAAK VAN OIJEN

De huisarts Van Oijen¹⁴² maakt in februari 1997 een eind aan het leven van een van zijn patiënten. De 85-jarige vrouw in kwestie is opgenomen in een verzorgingstehuis. Zij heeft ernstige doorligwonden doordat ze al langere tijd haar bed niet meer wenst uit te komen. Zij kan nog maar moeizaam slikken en geeft aan niet meer te willen leven. Deze opvatting is echter aan veranderingen onderhevig en enige dagen later blijkt ze nog niet dood te willen. Het beleid – pijnstilling en optimale verzorging van de doorligwonden – wordt gecontinueerd. Omdat mevrouw pijn heeft, verhoogt Van Oijen de dosis morfine en spreekt met de instelling af dat mevrouw valium krijgt. Dat laatste gebeurt echter niet. Als Van Oijen later die dag terugkomt dient hij haar een middel toe om rustig te slapen. Hij spreekt af dat 's avonds nogmaals dat middel zal worden toegediend, maar ook dit gebeurt niet. Van Oijen, die verwacht dat mevrouw zal overlijden na de tweede toediening, treft haar 's anderdaags levend maar in een erbarmelijke toestand aan. Na overleg met de dochters van de patiënte, die aandringen op handelen dat een einde maakt aan de mensonterende situatie waarin hun moeder zich bevindt, besluit Van Oijen een einde aan haar leven te maken met behulp van een dodelijk middel dat hij toevallig bij zich heeft. Als mevrouw is overleden vult Van Oijen de verklaring van natuurlijk overlijden in. De directeur van de instelling waar de patiënte verblijft, maakt melding van het overlijden bij de Inspectie voor de Volksgezondheid, die op zijn beurt de officier van justitie verwittigt. Tegen Van Oijen wordt zowel door de inspectie als door het Openbaar Ministerie een procedure aangespannen.

De inspecteur maakt Van Oijen de volgende zes verwijten: 1) het beëindigen van het leven van een patiënte zonder dat zij hem daarom heeft gevraagd; 2) het oproepen van een onaanvaardbare sfeer van geheimhouding; 3) het afgeven van een valse verklaring van natuurlijk overlijden; 4) het verzoeken een medicijn toe te dienen zonder daarvan aantekening te maken in het dossier van de patiënt; 5) het toedienen van een middel waarvan de expiratedatum is verstreken; 6) en het aan de ex-echtgenoot van de patiënte meedelen dat zij is overleden aan de toegediende morfine.

Het tuchtcollege acht de klacht deels gegrond¹⁴³ en oordeelt dat Van Oijen het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd. Het college volstaat met de lichtste maatregel omdat Van Oijen zich bij zijn handelwijze heeft laten leiden door het belang van de patiënte.¹⁴⁴

¹⁴¹ Niet gepubliceerd arrest rechtbank 's-Gravenhage 13 december 1999.

¹⁴² Deze arts is in Nederland bekend geworden doordat hij mee gewerkt heeft in een televisieprogramma waarin de voorbereiding en de uitvoering van een euthanasie verfilmd en vertoond is (*Dood op verzoek*. IKON 1994). Over zijn ervaringen als huisarts en als een van de hoofdpersonen in de film heeft Van Oijen verhaald in het boek *Dilemma's van een huisarts. Dood op verzoek* (Utrecht 1996).

¹⁴³ De eerste, derde en vijfde klacht zijn gegrond volgens het tuchtcollege, de vierde deels en de tweede en zesde niet.

¹⁴⁴ 4 mei 1998 Medisch Tuchtcollege Amsterdam. Hoger beroep wordt niet ingesteld omdat gelijktijdig ook een strafrechtelijke procedure loopt (Crul 2001 Lijdensweg).

Vier jaar later¹⁴⁵ op 7 februari 2001 staat Van Oijen terecht voor de rechtbank Amsterdam wegens moord, subsidiair levensberoving op uitdrukkelijk en ernstig verlangen en wegens het afgeven van een valse verklaring van overlijden. Van Oijen voert vier verweren: het Openbaar Ministerie moet niet-ontvankelijk worden verklaard¹⁴⁶; het is onzeker of het geïnjecteerde middel de dood heeft veroorzaakt; er was sprake van noodtoestand en - voor het geval dat afgewezen wordt - van afwezigheid van alle schuld. Ten aanzien van de verklaring van overlijden wordt door de verdediging gesteld dat Van Oijen verschoonbaar heeft gedwaald. Hij heeft zich pas achteraf gerealiseerd dat hij zich bevond in het grijze gebied tussen levensbeëindiging en stervensbegeleiding.

De rechtbank acht Van Oijen schuldig aan beide tenlastegelegde feiten. Wat betreft het beroep op noodtoestand overweegt de rechtbank dat op het moment van het toedienen van de laatste injectie geen sprake meer was van ondraaglijk lijden. Mevrouw had op dat moment geen pijn, zij was niet onrustig en gaf geen blijk zich bewust te zijn van haar omgeving en de toestand waarin zij zich bevond. Verder speelt een rol dat zij kort tevoren nog ondubbelzinnig te kennen had gegeven niet te willen sterven. Er was hier geen sprake van een conflict van plichten. De plicht te handelen zoals de patiënte zelf had aangegeven had het zwaarst moeten wegen. De rechtbank verwerpt dan ook de verweren.

Wat betreft de verklaring van overlijden stelt de rechter dat het gebruikte middel niet thuis hoort in een palliatief beleid. Van Oijen kon niet van oordeel zijn dat mevrouw ten gevolge van een natuurlijke oorzaak was overleden. Van Oijen wordt wat betreft de levensbeëindiging strafbaar verklaard maar krijgt geen straf opgelegd. Voor het afleggen van een valse verklaring wordt hij veroordeeld tot een voorwaardelijke geldboete van 5000 gulden.¹⁴⁷ Van Oijen gaat hiertegen in beroep.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Van Oijen heeft bezwaar aangetekend tegen zijn dagvaarding omdat het hier handelde om een andere kwestie dan het soort levensbeëindiging waarbij een toetsing aan zorgvuldigheidseisen door de rechter passend en gewenst zou zijn. In deze casus, zo claimt Van Oijen, ging het in overwegende mate om palliatief handelen. Dit bezwaar wordt niet gehonoreerd omdat Van Oijen een leven beëindigd heeft. In een dergelijk geval moet getoetst worden aan de zorgvuldigheidseisen. Deze beslissing wordt in hoger beroep door de Hoge Raad in stand gelaten (deze gegevens komen uit het arrest van de rechtbank Amsterdam zoals gepubliceerd op het internet (ELRO-nummer AB0174 zaaknr. 13/127080-97)).

¹⁴⁶ In de pleitnota stelt de advocaat dat uit de appèlmemorie van de officier in de bezwaarschrift-procedure en de bijlage daarbij, duidelijk wordt dat de officier van justitie vindt dat Van Oijen is overgegaan tot levensbeëindigend handelen zonder dat zijn handelen in overeenstemming was met de zorgvuldigheidseisen die zulk handelen aanvaardbaar kunnen maken (de officier dacht dat aan twee vereisten niet was voldaan: het uitdrukkelijk verzoek en de consultatie). De advocaat vindt dat niet terecht: het gaat om een andere kwestie dan het soort levensbeëindiging waarbij een toetsing aan de zorgvuldigheidseisen door de rechter passend en gewenst zou zijn. In het licht van deze omstandigheden is het onbegrijpelijk dat Van Oijen strafrechtelijk vervolgd wordt. Het enige wat hem in dit kader verweten kan worden is dat hij een 'verkeerd middel' heeft gebruikt. Hij verwijst dan nog naar de opmerking van de procureur-generaal Remmelink in zijn conclusie voor het Schoonheim-arrest (zie paragraaf 6.5) dat in een 'crepeersituatie' "de Officier van Justitie zo hij met een te goeder naam en faam bekend arts van doen heeft... de zaak terzijde [zal] kunnen leggen." Het beroep wordt door de rechtbank verworpen.

¹⁴⁷ Rechtbank Amsterdam 21 februari 2001 parkernr. 13/127080-97. Het Openbaar Ministerie had negen maanden voorwaardelijk geëist.

¹⁴⁸ Dit hoger beroep heeft op het moment van afronding van dit boek nog niet plaatsgevonden. Inmiddels is er door collega's een steunfonds voor Van Oijen opgericht gezien het feit dat hij in ernstige financiële problemen is geraakt door de rechtsgang.

9.6 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN VANAF 1997

In januari 1997 heeft de regering het voornemen kenbaar gemaakt regionale toetsingscommissies in het leven te roepen als buffer tussen artsen en het Openbaar Ministerie.¹⁴⁹ De bedoeling is onder meer dat artsen vaker zullen melden als ze euthanasie hebben toegepast. De rest van 1997 wordt besteed aan de voorbereiding van dit idee. In een brief van april zetten de ministers de hoofdlijnen uit van de nieuwe meldingsprocedure. Er komen vijf toetsingscommissies – waarin medisch, ethisch en juridisch deskundigen zitten – die de melding van levensbeëindiging op verzoek beoordelen aan de hand van de geldende, aan de jurisprudentie ontleende zorgvuldigheidscriteria.¹⁵⁰ De arts wordt van het oordeel in kennis gesteld tegelijkertijd met het Openbaar Ministerie.¹⁵¹ Het Openbaar Ministerie zal in de gevallen waarin de commissie oordeelt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, in de regel afzien van vervolging.¹⁵² Op 24 november 1997 sturen de ministers een brief aan de Tweede Kamer waarin zij het besluit hieromtrent aankondigen.¹⁵³ Daaraan gekoppeld sturen zij een ontwerp-ministeriële regeling tot instelling van de regionale toetsingscommissies die gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek beoordelen. De ministers vermelden dat zij weldra een apart besluit aan de Raad van State ter advisering voorleggen dat handelt over het formulier betreffende levensbeëindiging zonder verzoek. Tegelijk met dit laatste besluit zal een concept-ministeriële regeling aan de Kamers worden gezonden waarbij een centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek wordt ingesteld.¹⁵⁴ De scheidslijn tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding enerzijds en levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek anderzijds ligt volgens de ministers besloten in de vraag of de patiënt zich ten tijde van het verzoek om levensbeëindiging ten volle bewust was van de strekking hiervan als mede van zijn lichamelijke situatie.¹⁵⁵

Als antwoord op de vraag waarom de regering overgaat op het instellen van toetsingscommissies en niet tot het wijzigen van het Wetboek van Strafrecht wijzen de

¹⁴⁹ Zie hiervoor paragraaf 9.3.

¹⁵⁰ De beoordelingscriteria van de commissies zijn: een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek; uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt naar heersend medisch inzicht; raadpleging van ten minste een andere, onafhankelijke arts; en de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging.

¹⁵¹ Uit *Handelingen 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 20 blijkt dat de inspecteur van de volksgezondheid tegelijkertijd op de hoogte wordt gesteld.

¹⁵² *Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen*, 23 877, nr. 14. In het kamerdebat wordt duidelijk dat deze beleidslijn wordt vastgelegd in een vervolgingsrichtlijn van het Openbaar Ministerie (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998*: 4637).

¹⁵³ Gepubliceerd in het *Staatsblad* 1997, nr. 550. Aan de regeling zit een nieuw 'modelverslag' als bijlage toegevoegd. Het modelverslag is opgesteld aan de hand van de bestaande lijst van aandachtspunten waarbij acht is geslagen op het standpunt inzake euthanasie van de KNMG uit 1995. In concreto betekent dit dat er nu een vraag is opgenomen of de consulterend arts de patiënt zelf heeft gezien (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 7).

¹⁵⁴ Uit het debat in de Eerste Kamer blijkt dat er nogal wat haken en ogen zitten aan de regeling van deze toetsingscommissie waardoor er op dat moment (april 1998) nog geen conceptversie van bestaat (*Handelingen Eerste Kamer 1997-1998*: 1471).

¹⁵⁵ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 9. Dat betekent dat niet alleen gevallen van levensbeëindiging waar geen verzoek is voorbij de scheidslijn liggen maar ook euthanasie bij de volgende groepen patiënten: mensen wier lijden primair van psychische oorsprong is, minderjarigen, en mensen die weliswaar lijden aan een somatische aandoening maar wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest door bijvoorbeeld een depressie of dementie.

ministers op de te geringe meldingsfrequentie.¹⁵⁶ De ministers menen dat de lage melding eerder een argument tegen versoepeling van de wettelijke norm vormt dan er vóór. Het betekent immers dat er van volledige toetsbaarheid nog geen sprake is. De ministers benadrukken dat de taak van toetsingscommissies uitdrukkelijk meer is dan een louter en alleen strafrechtelijke toetsing, het is ook de bedoeling de kwaliteit van het medisch handelen te bevorderen. Ook andere impulsen moeten bijdragen aan de kwaliteitsverbetering. Daarbij denkt men aan een verdere uitbreiding van de kennis en ontwikkeling van palliatieve zorg. Verder wijst men erop dat de consultatie vooraf beter en professioneler kan en merkt men op in dat kader het SCEA-project met belangstelling te volgen. Nu al deze aspecten van het euthanasiebeleid in de praktijk nog niet in alle opzichten naar volle tevredenheid zijn gerealiseerd, achten de ministers een nieuw voorstel tot beperking van de desbetreffende strafbaarstellingen niet aan de orde.¹⁵⁷

Een volgend discussiepunt is welke bewegingsruimte de toetsingscommissies hebben. De ministers menen dat indien niet in alle opzichten aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan, het in de rede ligt dat een commissie hiervan in haar oordeel melding maakt, alsmede van de eventuele redenen die aan dit feilen ten grondslag liggen. Daar de criteria aan de hand waarvan de commissie toetst zijn ontleend aan de jurisprudentie betekent een afwijking van de zorgvuldigheidseisen niet automatisch het oordeel 'onzorgvuldig'. Indien bijvoorbeeld sprake is van een gebrekkige consultatie behoeft dit een geslaagd beroep op noodtoestand niet in de weg te staan. Indien het de commissie echter niet zonder meer verdedigbaar voorkomt dat, in het gegeven voorbeeld, deugdelijke consultatie achterwege is gebleven, zal zij ook dit moeten aangeven in haar oordeel. Naar aanleiding daarvan moet alsnog nader worden bezien of, en zo ja, tot welke reactie deze omissie aanleiding geeft.¹⁵⁸

Ten slotte is de rol van de lijkschouwer onderwerp van gedachtenuitwisseling. Het is de bedoeling het handelen van de lijkschouwer meer te stroomlijnen. In het nieuwe regime zal de lijkschouwer niet langer een algemeen oordeel uitspreken over de levensbeëindiging in kwestie. De bedoeling is dat de lijkschouwers nog slechts controleren of alle formulieren aanwezig zijn en goed ingevuld zijn. Om de lijkschouwers goed hierover te informeren, is het Forensisch Medisch Genootschap bezig met opstellen van een protocol voor lijkschouwers.¹⁵⁹

De verkiezingen komen eraan. Volgens de agendering zal de Tweede Kamer op 18 maart 1998 over de herziene formulieren en het instellen van de toetsingscommissies praten en op 21 april de Eerste Kamer. Net voor het eerste debat kondigt de D66-er van Boxtel aan dat hij samen met PvdA en VVD een initiatiefwetsvoorstel heeft ontworpen waarin opnieuw wordt voorgesteld euthanasie onder voorwaarden te legaliseren.¹⁶⁰ Alhoewel het debat en de stemmingen nog wel gehouden worden krijgen de christelijke partijen die stellen dat de nieuwe regeling slechts een kort leven beschoren is, gelijk.¹⁶¹

¹⁵⁶ In de 'Lijst van vragen en antwoorden' worden ook de meldingscijfers van de afgelopen jaren gegeven. Voor de eerdere cijfers zie paragraaf 9.3. Ook nu worden - net zoals in de jaarverslagen van het Openbaar Ministerie - afdoeningscijfers gegeven en staan de aantallen niet voor de echte meldingen. In 1996 waren er 1689 meldingen en in 1997 waren het er 1986 (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 15).

¹⁵⁷ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 2.

¹⁵⁸ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 23-24.

¹⁵⁹ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 22.

¹⁶⁰ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 26 000.

¹⁶¹ Minister Sorgdrager neemt daar vast een voorschotje op door te stellen dat de commissie met een kleine wijziging van de taak een toetsende werking kunnen hebben als artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht veranderd is (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998*: 4650).

De verkiezingen van 1998 leveren opnieuw een PvdA-VVD-D66-kabinet op.¹⁶² In het regeerakkoord staat ten aanzien van euthanasie te lezen:

Het kabinet acht het van belang de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van strafrecht vast te leggen: een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult is niet strafbaar. Het kabinet neemt hiertoe, bij gelijktijdige intrekking daarvan, het initiatiefwetsvoorstel (dat reeds voor advies bij de Raad van State is ingediend) ongewijzigd over en zal het terstond als eigen wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State voorleggen.¹⁶³

Op 1 oktober 1998 beginnen de voorbereidende werkzaamheden van de regionale toetsingscommissies en vanaf 1 november beoordelen zij de meldingen van levensbeëindigend handelen op verzoek.¹⁶⁴

HET NIEUWE WETSVOORSTEL

In augustus 1999 ontvangt de Tweede Kamer het wetsvoorstel van de regering 'Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de Lijkbezorging'.¹⁶⁵ In het voorstel wordt artikel 293 als volgt geformuleerd:

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 jaar of geldboete van de vijfde categorie.
2. Het in het eerste lid bedoeld feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet inzake toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijk lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.¹⁶⁶

Een van de wijzigingen ten opzichte van eerdere voorstellen is dat de zorgvuldigheidseisen waaraan iemand moet voldoen die in aanmerking wil komen voor de bijzondere strafuitsluitingsgrond niet meer opgenomen zijn in het Wetboek van Strafrecht of in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst maar in een afzonderlijke wet, de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Wat betreft de zorgvuldigheidseisen wordt daar gesteld dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam¹⁶⁷ verzoek; dat hij de overtuiging heeft verkregen

¹⁶² In dit 'tweede paarse kabinet' is Borst (D66) minister van Volksgezondheid en Korthals (VVD) minister van Justitie.

¹⁶³ *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 26 024, nr. 10: 47. In de tussentijd wordt nog in de Tweede Kamer gediscussieerd over een uitbreiding van de toetsingscommissies, met name over de vraag of er ook verpleegkundigen een plaats in moeten krijgen. Uiteindelijk besluit men, onder andere om de praktische reden dat vier leden veel slechter werkbaar is dan drie, niet tot deze wijziging over te gaan. Wel zegt minister Borst toe dat er onderzoek ondersteund zal worden naar de wijze waarop verpleegkundigen of verzorgenden in het behandelingsproces en in het besluitvormingsproces ten aanzien van levensbeëindiging een rol spelen en welke rol dat dan is (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 26).

¹⁶⁴ *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen*, 23 877, nr. 27.

¹⁶⁵ Op geleide van het advies van de Raad van State is het voorstel enigszins veranderd.

¹⁶⁶ *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen*, 26 691, nrs 1 en 2: 6.

¹⁶⁷ De term 'duurzaam' bij de vereiste aan het verzoek is er op advies van de Raad van State aan toegevoegd.

dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt¹⁶⁸; dat hij de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over de vooruitzichten; dat hij met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich verbond geen redelijke andere oplossing was; en dat hij ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en zich een oordeel heeft gevormd over de genoemde zorgvuldigheidseisen.

Op advies van de Raad van State is de bepaling ten aanzien van de mogelijkheid van euthanasie bij minderjarigen veranderd. In het initiatiefwetsvoorstel was voor minderjarigen tussen de 12 en de 18 jaar geregeld dat wanneer een van de ouders zich niet kon verenigen met het verzoek, de levensbeëindiging – noodsituaties uitgezonderd – geen doorgang zou vinden. De Raad adviseert conform haar eerdere adviezen inzake euthanasie tot aansluiting bij de systematiek van de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Bij jongeren tussen de zestien en achttien jaar dient de wens van de minderjarigen de doorslag te geven. Bij jongeren tussen de twaalf en zestien dienen de ouders wel een belangrijke stem te hebben. Samen krijgen ze een vetorecht maar de stem van een van hen kan terzijde worden gesteld door de geneeskundige. De ministers kiezen echter voor een iets andere regeling. Zij stellen voor dat wanneer één ouder of beide ouders zich niet met de levensbeëindiging kunnen verenigen, aan het verzoek van het kind tussen 12 en 16 jaar gevolg wordt gegeven, indien de arts tot de overtuiging is gekomen dat met de levensbeëindiging ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen.

De Raad van State meent verder nog dat ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring – die in het voorstel niet geregeld was – meer duidelijkheid moet komen.¹⁶⁹ De ministers nemen dit over door een paragraaf toe te voegen in het artikel waarin de zorgvuldigheidseisen zijn geregeld:

Indien de patiënt van zestien jaar of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, kan de arts, overeenkomstig het eerste lid [de zorgvuldigheidseisen, HW], aan dit verzoek gevolg geven, tenzij hij geïntegreerde redenen heeft het verzoek niet in te willigen.¹⁷⁰

¹⁶⁸ In het initiatiefwetsvoorstel was sprake van een 'uitzichtloze nood situatie'. Op advies van de Raad is dat omgezet in 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'.

¹⁶⁹ Hierbij wordt de systematiek van de WGBO met betrekking tot schriftelijke behandelweigeringen gevolgd.

¹⁷⁰ *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen, 26 691, nr. 2: 2*. In 1999 verschijnt er een notie van de minister van Justitie over de juridische status van schriftelijke wilsverklaringen. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen negatieve wilsverklaringen – bijvoorbeeld het weigeren van een behandeling – en positieve wilsverklaringen – bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie. Een negatieve wilsverklaring dient in beginsel door de hulpverlener te worden opgevolgd. In relatie met de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding merkt de minister op dat een positieve wilsverklaring gelet op de ingrijpende gevolgen aan duidelijkheid niets te wensen mag overlaten, een zekere mate van actualiteit moet bezitten, en voorzien moet zijn van een identificeerbare handtekening. De minister kan de vraag of levensbeëindiging in geval van een wilsonbekwame patiënt met een wilsverklaring rechtens mogelijk is, niet *in concreto* beantwoorden. Hij acht dit niet uitgesloten in een situatie waarin met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat de wilsverklaring gebaseerd is op duurzaam en weloverwogen verzoek en de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De minister tekent aan dat ook als voldaan is aan de vereisten uit de jurisprudentie de arts nooit kan worden verplicht gevolg te geven aan het verzoek om levensbeëindiging (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen, 26 885, nr. 1*).

In de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is naast de zorgvuldigheidseisen ook de instelling en de taakomschrijving van de regionale toetsingscommissies opgenomen. De toetsingscommissies veranderen van status. Als de toetsingscommissie oordeelt dat een arts zorgvuldig heeft gehandeld, laat zij dat de arts weten en eindigt de zaak. Alleen als de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld en als de officier van justitie na de melding geen verklaring van geen bezwaar tegen verbranding of begraving afgeeft brengt de commissie haar oordeel over aan het College van Procureurs-Generaal en de inspectie voor de gezondheidszorg. Met andere woorden: bij een geval van zorgvuldige euthanasie speelt het Openbaar Ministerie geen rol meer.¹⁷¹

Een andere wijziging die de Raad van State voorstelt en door de regering is overgenomen is een verandering van artikel 1.6 van de Algemene Wet Bestuursrecht teneinde te voorkomen dat het oordeel van de commissies getoetst kan worden door de administratieve rechter.

Met de parlementaire behandeling van het regeringsvoorstel wordt in februari 2000 een begin gemaakt in de vaste kamercommissies.¹⁷² Een aantal thema's speelt een prominente rol. Op de eerste plaats vallen veel kamerleden erover dat de regering wat betreft de considerans volstaan heeft met een verwijzing naar de voorgeschiedenis van het wetsvoorstel. Deze kamerleden hadden liever gezien dat de regering haar eigen uitgangspunten om tot wetswijziging over te gaan had verwoord. Een heikel punt vormen de regelingen ten aanzien van de minderjarigen. Zowel in het parlement als in de samenleving als in het buitenland is deze bepaling sterk omstreden. Ook de vraag of het wetsvoorstel niet het vervolgingsmonopolie van het Openbaar Ministerie aantast, leeft bij sommige parlementariërs.¹⁷³ Deze leden zijn ervan overtuigd dat de toetsingscommissies het Openbaar Ministerie niet kunnen vervangen. De bepaling ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring wordt door menigeen als onduidelijk ervaren. Andere bezwaren zijn dat men vreest dat het wetsvoorstel botst met artikel 2 EVRM en dat het voorstel prematuur is doordat er nog te weinig gedaan is aan de ontwikkeling van de palliatieve zorg.¹⁷⁴ Verder dringt men aan op uitbreiding van het SCEA-project opdat het een landelijke dekking krijgt en pleit men opnieuw voor de uitbreiding van de toetsingscommissies met verpleegkundigen.

HET EERSTE JAARVERSLAG VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

In de tijd die verstrijkt tussen deze vergadering en de reactie erop van de ministers verschijnt het eerst jaarverslag van de toetsingscommissies. Dit jaarverslag betreft de periode van 1 november 1998 tot 1 januari 2000. Uit het verslag blijkt dat in de laatste twee maanden van het kalenderjaar 1998 bijna 350 meldingen zijn gedaan en 2216 in 1999.

¹⁷¹ *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen, 26 692, A.* Een andere opmerking van de Raad van State is dat de tekst van het wetsvoorstel wat betreft de positie van het Openbaar Ministerie duidelijk is maar dat de Memorie van Toelichting deze duidelijkheid in gevaar brengt. Het gaat erom dat duidelijk blijft dat het Openbaar Ministerie het vervolgingsmonopolie houdt en dat het in alle gevallen van levensbeëindiging de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolgning over te gaan. De ministers daarentegen denken wat betreft dit laatste dat als de toetsingscommissie tot een positief oordeel komt, er geen redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit bestaat en dat het Openbaar Ministerie dus niet zal kunnen overgaan tot vervolging. Dit staat echter opsporingsonderzoek op andere gronden niet in de weg. Verder adviseert de Raad van State alle oordelen van de toetsingscommissies ter hand te stellen van het Openbaar Ministerie. Dit voorstel wijst de regering af.

¹⁷² *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen, 26 691, nr. 5.*

¹⁷³ De Raad van State had deze vraag ook al opgeworpen.

¹⁷⁴ Bij deze gelegenheid spreekt men ook regelmatig bezorgdheid uit over ontwikkelingen op het terrein van de hulp bij zelfdoding en vraagt men zich af of het wetsvoorstel ook bedoeld is om 'de pil van Drion' te regelen.

Aangezien er volgens het jaarverslag van het Openbaar Ministerie in 1998 2241 meldingen waren geweest, is het aantal van 2216 zeer teleurstellend. Van de kant van de toetsingscommissies wordt de zaak rooskleurig gepresenteerd met opmerkingen als: "het aantal meldingen is niet substantieel gestegen".¹⁷⁵ Later bleek dat de cijfers die het Openbaar Ministerie presenteerde niet gemakkelijk vergelijkbaar zijn met die van de toetsingscommissies doordat de eerste *afdoeningscijfers* vermelden (daar zij in 1998 een inhaalslag hadden gedaan was dat aantal aanzienlijk hoger dan het aantal meldingen) en de toetsingscommissies *meldingscijfers*.

De toetsingscommissies hebben al deze zaken getoetst en in vrijwel alle gevallen was het eindoordeel dat de artsen zorgvuldig gehandeld hadden.¹⁷⁶ In het eerste verslagjaar heeft één van de regionale toetsingscommissies in drie gevallen geoordeeld dat de meldend arts onzorgvuldig had gehandeld. Het betrof hier het raadplegen van een onvoldoende onafhankelijke consulent.¹⁷⁷ Na overleg is het oordeel veranderd in 'zorgvuldig'. Voor deze zaken is de aandacht van de inspectie gevraagd en de commissie heeft met de desbetreffende artsen gesproken.¹⁷⁸

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 25 dagen. In ruim 200 zaken werd nadere informatie ingewonnen, meestal schriftelijk. In een enkel geval belde de arts van de commissie de meldend arts, of werd de arts uitgenodigd voor een gesprek. In de meeste van deze zaken werd de termijn van zes weken niet gehaald.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen is de ervaring van de toetsingscommissies dat de informatie die zij krijgen ten aanzien van het lijden soms te beperkt is. Zij tekenen daarbij aan dat het modelformulier niet uitnodigt tot toelichting op cruciale punten als de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Er verzoek bleek in bijna alle gevallen een schriftelijk verzoek aanwezig te zijn. In de andere gevallen was steeds uit ander materiaal

¹⁷⁵ Sorgdrager 2000: 1145.

¹⁷⁶ Regionale toetsingscommissies Euthanasie 2000. Een van de aandachtspunten in het verslag is de werkwijze van de commissies: wanneer de commissie de bescheiden van de lijkschouwer heeft ontvangen, wordt een ontvangstbevestiging gestuurd aan de meldend arts. De secretaris van de commissie voert de gegevens in, in een speciaal ontwikkelde database en stelt een concept-oordeel op. In dat concept-oordeel staat een samenvatting van de melding aan de hand van de vier zorgvuldigheidscriteria en een oordeel over het handelen van de arts. De commissieleden krijgen kopieën van alle dossiers met het opgestelde concept-oordeel opgestuurd. Om de drie of vier weken is er een vergadering. Tijdens de vergadering worden alle zaken besproken, waarna het definitieve oordeel door de voorzitter wordt ondertekend. In sommige zaken wordt besloten nadere informatie in te winnen bij de arts, de consulent of de lijkschouwer; zo nodig wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. In zaken waar nog nadere informatie opgevraagd moet worden, wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid de termijn van zes weken waarbinnen het besluit bekend moet zijn, met eenmaal zes weken te verlengen. Het oordeel wordt gezonden naar het Openbaar Ministerie met een afschrift aan de inspecteur van de volksgezondheid en aan de meldend arts. Alle kopieën van de dossiers worden na de vergadering vernietigd. De dossiers worden gearhiveerd en tien jaar bewaard.

¹⁷⁷ In deze casus was niet alleen de geconsulteerde arts niet echt onafhankelijk van de arts maar ook de lijkschouwer (Vesseur 2000). De oplossing wordt verwacht van de uitbreiding van SCEA naar SCEN.

¹⁷⁸ Daarna is in soortgelijke gevallen steeds het oordeel zorgvuldig uitgesproken en is de aandacht van de inspectie opnieuw gevraagd.

In totaal zijn 8 gevallen onder de aandacht van de inspectie gebracht. De toetsingscommissies hebben zich in twee zaken onbevoegd geacht (eenmaal omdat het een pasgeborene betrof en eenmaal omdat er geen verzoek was). Verder heeft een secretaris drie zaken teruggestuurd (twee maal late zwangerschapsafbreking en een maal levensbeëindiging bij een minderjarige).

voldoende van een verzoek gebleken. Een probleem waar de commissies tegenaan liepen is het feit dat de schriftelijke verzoeken vaak conditioneel gesteld zijn en niet toegespitst op de situatie van het moment van de levensbeëindiging. Verder ontstond soms onduidelijkheid over de weloverwogenheid doordat het moment tussen wat schijnbaar het eerste verzoek was om euthanasie en de uitvoering ervan erg kort was. Incidenteel deed zich het geval voor dat de patiënt na het verzoek in coma was geraakt en de arts het natuurlijk overlijden had kunnen afwachten. In de laatste gevallen heeft de commissie geoordeeld dat de artsen zorgvuldig gehandeld hebben maar daarbij werd soms opgemerkt dat het in situaties als deze de voorkeur verdient het natuurlijk overlijden af te wachten. Wat betreft consultatie deden zich eveneens drie knelpunten voor: De verslaglegging van de consulent wordt vaak als onvoldoende ervaren, met name bij medisch specialisten. Daarbij merken de toetsingscommissies op dat de consultatieverslagen van SCEA-artsen in positieve zin opvallen. Tenslotte kwam consultatie binnen de huisartsengroep van de regio of waarneemgroep nog steeds regelmatig voor. Net zoals ten aanzien van verslaglegging verwachten de commissies ook wat dit punt betreft veel van de uitbreiding van het SCEA-project naar heel Nederland. Wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging valt op dat in verreweg de meeste gevallen sprake is van euthanasie en niet van hulp bij zelfdoding.¹⁷⁹

VERVOLG BEHANDELING WETSVoorstel 26 691

In juli 2000 antwoorden de ministers Korthals en Borst-Eilers in een nota van 126 pagina's op de vragen van de vaste kamercommissies. Een aantal punten springen in het oog. Het eerste is dat de ministers toezeggen dat de – sterk bekritiseerde - bepaling ten aanzien van de minderjarigen wordt teruggetrokken.¹⁸⁰ Op de tweede plaats wordt het net ingevoegde vereiste dat het verzoek 'duurzaam' moet zijn, weer afgevoerd.¹⁸¹ Aan de bepaling omtrent consultatie wordt toegevoegd dat de consulent een schriftelijk verslag moet afgeven.¹⁸² De ministers refereren verder aan de 'klaar met leven' – problematiek en het daaraan verwante probleem van 'de pil van Drion'. Ze stellen onomwonden dat het wetsvoorstel deze problematiek niet beoogt te regelen. Op vragen over activiteiten van Stichting 'De Einder' en informatie over zelfdoding op internet stellen de ministers - onder verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad in de zaak Mulder-Meiss - dat het geven van informatie en morele steun niet strafbaar is. Het is niet de bedoeling van de ministers de materiële eisen te veranderen.¹⁸³ Verder wijzen de ministers erop dat al eerder en op andere plaatsen trajecten zijn uitgezet ter verbetering van de palliatieve zorg in Nederland. Deze

¹⁷⁹ De KNMG grijpt de publicatie van het rapport aan om een expert-bijeenkomst te organiseren waarin alle knelpunten rondom consultatie en melding worden besproken. Leenen neemt alvast een voorschot op de komende ontwikkelingen. Hij spreekt de verwachting uit dat als SCEN in het hele land behoorlijk verankerd is vooraf toetsen beter is dan achteraf (KNMG 2000: 7-8). Pleidooien voor toetsing vooraf worden steeds vaker gehoord (onder andere Josephus Jitta 1998, Kenter, Wassenberg, Sutorius en Dibbets 1998).

¹⁸⁰ Vastgelegd in de Nota van Wijziging (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691, nr. 7). Een van de redenen voor het veranderen is dat de praktijk – anders dan de Raad van State had verondersteld – aangeeft ook zonder de voorgestelde regeling te kunnen werken (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691, nr. 7: 11).

¹⁸¹ GroenLinks, de PvdA, de VVD en D66 hadden om nadere toelichting van de toevoeging gevraagd en bij nader inzien kan de regering zich vinden in de opvatting van deze fracties dat het aspect 'duurzaam' geacht kan worden deel uit te maken van het vereiste van 'weloverwogenheid' (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691, nr. 6: 56).

¹⁸² Hiermee lijkt de regering aansluiting te zoeken bij de bevindingen van de toetsingscommissies en van de evaluatie van SCEA.

¹⁸³ Wat betreft verschillen tussen dit voorstel en voorgaande wijzen de ministers erop dat de verslaglegging nu niet langer genoemd wordt in het lijstje van zorgvuldigheidseisen. Dit motiveren zij met erop te wijzen dat verslaglegging middels de meldingsprocedure is geregeld.

ontwikkelingen worden nauwlettend in de gaten gehouden. Ten slotte zeggen de ministers een nieuw, het derde, landelijk onderzoek toe.¹⁸⁴

De leden van de Tweede Kamer tonen zich zeer tevreden met de wijziging die de regering heeft aangebracht wat betreft de minderjarigen. Verder tonen leden zich verheugd over het nieuwe toegezegde onderzoek. Op een aantal punten blijft er kritiek. Zo zijn sommige leden niet tevreden met de status van de wilsverklaring, hebben sommigen bezwaar tegen het opzij zetten van het Openbaar Ministerie en wordt er opnieuw gesteld dat de wetswijziging mogelijk strijdig is met artikel 2 EVRM. Verder verwoorden steeds meer kamerleden hun bezorgdheid over de onduidelijkheid van het perspectief waaruit de wet geschreven is. Beoogt ze nu vooral de arts of vooral de patiënt te beschermen? Ook levensbeëindiging vanwege dementie blijft voor een aantal parlementariërs een probleem. Ten slotte tonen met name de RPF, het GPV en de SGP zich teleurgesteld omdat de extra waarborgen die zij vragen als niet nodig terzijde worden geschoven.

Op 30 oktober wordt de voorbehandeling van het wetsvoorstel afgerond met een wetgevingsoverleg. Uitgerekend op deze dag volgt de uitspraak in een rechtszaak waar de 'klaar met leven' problematiek aan de orde komt: de zaak Sutorius/Brongersma.

DE ZAAK SUTORIUS/BRONGERSMA

Op 22 april 1998 is de huisarts Sutorius – een neef van de strafjurist - een van zijn patiënten - de ex-senator Brongersma - behulpzaam geweest bij diens zelfdoding. Sutorius doet dit na een reeks van gesprekken met Brongersma en nadat een psychiater geconstateerd heeft dat Brongersma niet lijdt aan en psychiatrische aandoening - met name een depressie - en een tweede huisarts met Brongersma heeft gesproken. Sutorius heeft zijn handelen gemeld bij de lijkschouwer.

Als diagnose heeft Sutorius opgegeven: "eenzaamheid, gevoel van zinloosheid, fysieke achteruitgang, een lang bestaande doodswens bij afwezigheid van depressie". Ten aanzien van het lijden meldt hij: "het lijden wordt door betrokkene iedere dag als ondraaglijk ervaren". En ten aanzien van de vraag of er nog behandelingsmogelijkheden waren: "Nee, betrokkenen heeft 'de balans opgemaakt', er was geen sprake van ziekte".¹⁸⁵ Het Openbaar Ministerie besluit te vervolgen.¹⁸⁶

Op 30 oktober 2000 buigt de rechtbank Haarlem zich over deze zaak. De officier van justitie meent dat veroudering, aftakeling en de vrees niet meer over het eigen leven te kunnen beschikken geen redenen zijn voor hulp bij zelfdoding door een arts. Hij vindt dat er geen sprake is van noodtoestand: "deze huisarts is gewoon een grens overgegaan" en eist drie maanden voorwaardelijk.¹⁸⁷

De rechtbank verwerpt het verweer van de advocaat dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk moet worden verklaard. Er is weliswaar een lange termijn verstreken tussen de

¹⁸⁴ *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691 nr. 6.

¹⁸⁵ Gerechtshof Amsterdam, uitspraak 6 december 2001, rolnr. 23-000667-01.

¹⁸⁶ Sutorius is als SCEN-arts op de hoogte van de eerdere beslissingen om niet te vervolgen in 'klaar met leven' situaties. Hij had dan ook verwacht dat de zaak geseponereerd zou worden. Anders had hij, naar zijn zeggen, de lichamelijke kwalen die Brongersma zeker wel had, in zijn verslag bij de melding geprononceerder naar voren gebracht (Crul 2001 Levensmoe). Een andere SCEN-arts spreekt zijn verbazing uit. Hij had een – in zijn ogen – gelijke casus gemeld en werd daarvoor niet vervolgd (Wibaut 2001).

¹⁸⁷ *Trouw* 18 oktober 2000.

melding en de mededeling dat er een gerechtelijk vooronderzoek is gestart, maar Sutorius mocht daaruit niet concluderen dat er geen vervolging zou plaatsvinden.

Ten aanzien van het beroep op noodtoestand van Sutorius overweegt de rechtbank: er was een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, er zijn twee onafhankelijke deskundigen geraadpleegd, de hulp bij zelfdoding is op medisch zorgvuldige wijze uitgevoerd, de kernvraag is of er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en of Sutorius een gerechtvaardigde keuze heeft gemaakt. Sutorius heeft gezegd dat hij pas op het verzoek is ingegaan nadat hij zich ervan had overtuigd dat er sprake was van een voor hem, als arts, invoelbaar ondraaglijk lijden door de patiënt. Ook de consulent Wassenberg¹⁸⁸ vond het verzoek (zeer) invoelbaar. De getuige-deskundigen de psychiater De Reus en de emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Gill stellen dat de aftakeling onomkeerbaar en daarmee niet behandelbaar was en dat een medicamenteuze behandeling niet adequaat dan wel zinloos zou zijn geweest.¹⁸⁹

De hoogleraar medische ethiek De Beaufort is van mening dat ondraaglijk lijden ook kan bestaan in een sluipende en slepende vorm, die zich kenmerkt door het ontbreken van elk perspectief op verbetering, door algehele uitzichtloosheid. Bij het oordeel of iemand ondraaglijk lijdt is de authenticiteit van de ervaring van betrokkene, hoe het bij zijn persoon en karakter past, en de integriteit van die persoon en zijn beleving een belangrijke factor van overweging, meent zij. Zij komt tot de conclusie dat er goede argumenten zijn om te stellen dat er in dit geval sprake was van ondraaglijk lijden. Volgens De Beaufort bestaat er in de medische ethiek geen consensus over de beantwoording van de vraag of ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden een enge dan wel ruime definitie dient te worden gehanteerd. Zij onderstreept dat bij het ontbreken van objectieve meetinstrumenten voor het lijden, het hanteren van een ruime definitie beter verdedigbaar is.

De rechtbank neemt op grond van de getuigen-verklaringen aan dat er voor patiënt geen perspectief op verbetering of verandering was en dat zijn situatie derhalve als uitzichtloos kan worden aangemerkt. De vraag of er sprake is van ondraaglijk lijden in deze casus kan niet eenduidig worden beantwoord.

De rechtbank wil zich niet uitlaten over de vraag of over complexe medisch-ethische vraagstukken als de onderhavige ooit sprake zal kunnen zijn van een geldende norm. Zij neemt het standpunt van De Beaufort over, dat er in dit geval goede medisch-ethische argumenten zijn om aan te nemen dat het lijden van patiënt ondraaglijk was. De rechtbank acht beroep op noodtoestand gegrond en ontslaat Sutorius van rechtsvervolging.¹⁹⁰ Het Openbaar Ministerie gaat tegen deze beslissing in hoger beroep.¹⁹¹

¹⁸⁸ Als getuigen zijn de twee consulenten – de psychiater Noll en de huisarts Wassenberg – gehoord, de emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Gill, de ethicus De Beaufort en de psychiater De Reus.

¹⁸⁹ Gill heeft in zijn verklaring gezegd dat Sutorius zorgvuldig heeft gehandeld maar ook dat Sutorius met zijn handelen naar de geldende maatschappelijke maatstaven en niet naar de medisch-wetenschappelijke inzichten gehandeld heeft. In zijn optiek zijn levensproblemen geen medische problemen. Gill stelt voorop dat de huisarts nooit een ervaringsdeskundige kan worden op het gebied van deze bestaansvragen.

¹⁹⁰ Rechtbank Haarlem, 30 oktober 2000 - parketnr. 15/035127-99.

¹⁹¹ Het College van Procureurs-Generaal is van oordeel dat met het vonnis een grens wordt overschreden die zou kunnen leiden tot zelfbeschikkingsrecht voor de patiënt. Het college is er niet van overtuigd dat er in deze casus sprake is van (uitzichtloos) lijden en betwijfelt of dit lijden als ondraaglijk kan worden aangemerkt. In dit verband wijst het college erop dat anders dan in de Chabot-zaak hier geen sprake is van een psychiatrische patiënt, maar van een hoogbegaafde man die geen emplooi meer zag voor zijn kwaliteiten, en overigens blijkbaar ook zijn overlijden zelf wilde beheersen. Het college

Zoals te verwachten roept de uitspraak erg veel commentaren op. De KNMG distantieert zich bij monde van haar voorzitter bijna meteen van het vonnis. Hij schrijft:

Naarmate het criterium ondraaglijk en uitzichtloos lijden ruimer wordt geïnterpreteerd, komt het verzoek van de patiënt meer centraal te staan en verdwijnt het medisch professioneel oordeel naar de achtergrond. Dat voert ons in de richting van wat de NVVE de “ultieme zelfbeschikking” noemt... We praten dan over een principiële andere visie op het omgaan met de dood, op de rechten van mensen in dat verband en de rol van artsen.¹⁹²

Deze visie wordt, met een andere waardering, gedeeld door de verpleegkundige en publicist Van Dam:

De zaak-Brongersma zet de euthanasie-praktijk op scherp. Bij euthanasie gaat het om de mens die lijdt aan het leven. En lijden aan het leven kan door ziekte, maar ook door lijden aan te lang leven, levensmoeheid... In de laatste situaties is het lijden minder zichtbaar, maar daarom niet minder erg. In situaties zoals die van Brongersma gaat het om werkelijke waardering van autonomie en gaat het erom of de arts zijn taak lijden te bestrijden tot in de uiterste consequentie serieus neemt.¹⁹³

BEHANDELING 26 691 IN DE TWEDE KAMER

In het wetgevingsoverleg probeert Rouvoet (RPF) een nieuwe strategie uit. Hij heeft in een gedachte-experiment zijn inhoudelijke bezwaren tegen euthanasie en de legalisering ervan opzijgezet en vooral gekeken naar hoe de wet technisch versterkt kan worden. Vanuit dat perspectief maakt hij een aantal opmerkingen en brengt hij een aantal amendementen in.¹⁹⁴

Een van de centrale punten in de discussie is of de toetsingscommissie het oordeel ‘zorgvuldig’ kan afgeven wanneer er een – kleine – afwijking is van de zorgvuldigheidseisen. Tegenstanders van het wetsvoorstel menen dat bij iedere afwijking doorverwezen moet worden naar het Openbaar Ministerie – dat alsnog kan besluiten te seponeren. Voorstanders, die redeneren dat de bestaande jurisprudentie wordt vastgelegd, menen dat een afwijking waaraan in de jurisprudentie niet zwaar is getild, door de toetsingscommissies afgedaan kan worden. De ministers blijken van mening te zijn dat kleine afwijkingen niet betekenen dat het oordeel ‘onzorgvuldig’ moet worden gegeven.

betwist niet dat het oordeel over de ondraaglijkheid van het lijden subjectief is, maar naar zijn oordeel mag die subjectiviteit in zaken waarin geen sprake is van somatisch of psychiatrisch lijden nooit zo zwaar wegen dat die, ingeval van acceptatie door de medicus, uitmond in een medische exceptie, en daarmee in een positie die als het ware geen ruimte meer laat voor rechterlijke toetsing op dat punt (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen, 26 691, nr. 24*).

¹⁹² *Trouw* 3 november 2000. De gezondheidsjurist Hubben meent dat op terreinen als gebrek aan zinvolheid van het bestaan of kwaliteit van leven geen wetenschappelijk medisch inzicht bestaat en het niet tot de taak van de arts behoort zich daarover een oordeel te vormen. Het valt te hopen, zo vervolgt hij, dat artsen en hun beroepsorganisaties zich die rol ook niet laten opdringen. Het verstrekken van middelen aan mensen die, zonder dat sprake is van ziekte, geen levensperspectief meer zien en uitgeleefd zijn, is geen aangelegenheid van artsen. De medicalisering hiervan vormt een ernstige bedreiging van de Nederlandse discussie over euthanasie (Hubben 2000: 2001).

¹⁹³ Van Dam 2001.

¹⁹⁴ *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen, nr. 10 tot en met 17*. De amendementen van Van der Vlies (SGP) en Rouvoet (RPF) betreffen onder andere het verplicht stellen van het aanbieden van palliatieve zorg, het vergroten van de rol van verplegenden en verzorgenden bij de beslissing tot euthanasie, en een betere regeling aangaande gewetensbezwaarden.

Het idee van de toetsingscommissies ligt *sowieso* nog onder vuur. GroenLinks spreekt op een wat negatieve manier van 'lekenrechtspraak' en wil de werkzaamheden van de toetsingscommissies – onder andere door middel van een ook voor anderen raadpleegbare databank – beter controleerbaar maken. De VVD, die niet zo optimistisch is over toename van de meldingsbereidheid bepleit een andere samenstelling van de commissies. Zij denkt daarbij met name aan meer artsen. Anderen pleiten voor een specialist in palliatieve zorg en weer anderen opnieuw voor verpleegkundigen. Een terugkerend onderwerp is ook of onenigheid binnen de commissies niet naar buiten gebracht moet worden. CDA en D66 zijn voorstanders van deze mogelijkheid.

Een ander punt in het debat is of dit wetsvoorstel nu gezien moet worden als een sluitstuk van de discussie. Met name de christelijke partijen en de SP vrezen dat het wetsvoorstel geen sluitstuk vormt. Zij denken dat ontwikkelingen als 'de pil van Drion' er rechtstreeks op kunnen voortbouwen. Verder vrezen zij een ontwikkeling in de richting van toetsing vooraf.

Beide ministers benadrukken dat in dit voorstel 'de pil van Drion' niet gelegaliseerd wordt. Uit hun antwoorden blijkt echter wel hoe verschillend zij in dat debat staan. Minister Korthals van Justitie (VVD) maakt in zijn antwoord een onderscheid tussen tegemoetkomen aan de gedachte van zelfbeschikking van de patiënt en het zelfbeschikkingsrecht. Van het laatste is in het wetsvoorstel in zijn optiek geen sprake. Hij expliciteert nogmaals de betekenis van de termen 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' lijden. De beide termen vormen elk een noodzakelijke maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van het verzoek. Op vragen van kamerleden die refereren aan het Schoonheim-arrest stelt hij dat 'verdergaande ontluistering' en 'niet meer waardig kunnen sterven' ook onder het uitzichtloos en ondraaglijk lijden vallen. Echter

het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan ... niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met het leven.... We gaan niet zo ver dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de gereguleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te doen beëindigen....¹⁹⁵

Minister Borst van Volksgezondheid Welzijn en Sport (D66) denkt er iets anders over, getuige haar overdenkingen ten aanzien van iemand die lichamelijk gezond is en die voorzover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden. Zij denkt dat zo iemand niet echt ziek is, "maar een reëel punt heeft" waarvoor zij niet weg wil lopen en zeggen "nooit helpen".¹⁹⁶ In haar optiek is dit onderwerp nog niet uitgediscussieerd in de samenleving en is het dus nog te prematuur het nu al te willen regelen.

¹⁹⁵ *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 691, nr. 22: 59-60. Naar aanleiding van een andere vraag merkt hij nog op:

een onomkeerbare lichamelijke aftakeling die ondraaglijk psychisch lijden tot gevolg heeft is iets anders dan klaar zijn met leven. . . in het geval van de heer Brongersma was geen sprake van ontluisterende aftakeling... de noodzaak om zelfzorg te verruilen voor verzorging door andere... kan op zichzelf beschouwd geen uitzichtloos en ondraaglijk lijden vormen.

¹⁹⁶ *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 692, nr. 22: 76. Borst zal ten aanzien van de 'pil van Drion' nog een voortrekkersrol gaan uitoefenen. Het parlementaire debat is nog niet achter de rug of ze laat weten dat het maatschappelijk debat over de pil van Drion gevoerd moet gaan worden (*NRC- Handelsblad* 14 april 2001) een idee dat onmiddellijk omarmd wordt door de NVVE (*Trouw* 17 mei 2001).

Op 21, 22 en 23 november 2000 vindt het debat plaats in de Tweede Kamer.¹⁹⁷ Daar het wetgevingsoverleg niet alleen technisch maar ook inhoudelijk van aard is geweest, keren veel aldaar besproken thema's terug: zo speelt opnieuw de Brongersma-zaak een grote rol; blijft men de status van de wilsverklaring onduidelijk vinden, is de vraag of het oordeel 'zorgvuldig' gegeven kan worden bij kleine afwijkingen van de zorgvuldigheidseisen omstreden, blijft men klagen over het perspectief van de wet - voor de patiënt of voor de dokter, en ook deze keer speelt de vraag in welke fase men zich bevindt: is dit wel de afsluiting?¹⁹⁸

Bij de stemming op 28 november 2000 wordt het voorstel aangenomen met 104 stemmen voor en 40 stemmen tegen.¹⁹⁹ Twee amendementen, een betreffende de jaarverslagen van de toetsingscommissies en een betreffende de wilsverklaring, worden eveneens aangenomen.²⁰⁰

Meteen daarop aansluitend, 28 november 2000, beginnen de werkzaamheden van de Eerste Kamer ten aanzien van het wetsvoorstel Wet toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.²⁰¹ Het debat is zowel in de voorbereiding als in de plenaire zitting van 9 en 10 april 2001 niet veel anders dan dat in de Tweede Kamer en het wetsvoorstel wordt aangenomen met 46 tegen 28 stemmen.²⁰²

De acceptatie van het wetsvoorstel zorgt in het buitenland voor nogal wat ophef. Zo spreekt het Mensenrechtencomité van de Verenigde Naties in augustus 2001 zijn bezorgdheid uit over de wet, met name het beschermingsgehalte van de zorgvuldigheidseisen.²⁰³ In

¹⁹⁷ Het voorstel is dan op kleine punten veranderd. Zo is in de zorgvuldigheidseisen opgenomen dat de uitvoering van de euthanasie en hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig dienen te verlopen en is bepaald dat de toetsingscommissies ieder jaar vóór 1 april een verslag uitbrengen (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001*, 26 691, nr. 25).

¹⁹⁸ CDA en SP proberen een aantal keren een verband te leggen tussen de tekorten in de zorg en de vraag naar euthanasie. Dit verband wordt door de partijen die voor wetswijziging zijn verontwaardigd van de hand gewezen.

¹⁹⁹ *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001*: 2374. Er wordt hoofdelijk gestemd. Vóór stemmen D66, GroenLinks, PvdA – behalve Apostolou – en VVD; tegen CDA, GPV, RPF, SGP en SP.

²⁰⁰ Het ene is van Halsema (GroenLinks). Halsema meent dat, in het belang van de publieke en politieke controle, transparantie van de werkwijze, met name de wijze van toetsing, door de regionale toetsingscommissie onmisbaar is. Dit dient door de ministers gewaarborgd te worden door middel van het vastleggen in een model welke informatie in de jaarverslagen moet zijn opgenomen (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 691, nr. 34). Het andere, van Dittrich, betreft de wilsverklaring. Dittrich wil er geen onduidelijkheid over laten bestaan dat indien een patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld, alle zorgvuldigheidseisen in acht moeten worden genomen voordat de arts het verzoek honoreert (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 691, nr. 35).

²⁰¹ Alvorens de beraadslagingen te openen deelt de voorzitter mee dat ongeveer 75.000 reacties zijn ontvangen. Deze variëren van beschouwingen van organisaties, verenigingen en kerkelijke gezindten tot adhesiebetuigingen en afwijzingen van individuele burgers. Er zijn ongeveer evenveel reacties voor als tegen het wetsvoorstel binnengekomen.

²⁰² *Handelingen Eerste Kamer 2000-2001*: 1295. Ook deze keer stemmen D66, GroenLinks, PvdA en VVD voor en de christelijke partijen tegen.

²⁰³ De regering stelt deze zorg te delen en de punten die het comité aansnijdt zorgvuldig in de gaten te zullen houden. De regering wijst erop dat het comité de rechtmatigheid als zodanig van de wetgeving niet in twijfel heeft getrokken (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 691, nr. 42).

Nederland zelf is de reactie eigenlijk tamelijk lauw. De verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat er in de praktijk vrijwel niets verandert.²⁰⁴

HET TWEDE JAARVERSLAG VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES

Kort na de acceptatie van de wet in de Eerste Kamer verschijnt het tweede jaarverslag van de toetsingscommissies. De toetsingscommissies melden dat er 2123 gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn gemeld. Het aantal meldingen is daarmee opnieuw licht gedaald. In drie gevallen is geoordeeld dat door de arts niet zorgvuldig is gehandeld. Het betrof hier één geval waarbij volgens de commissie naar heersend medisch inzicht geen sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. In de twee andere zaken was de uitvoering niet zorgvuldig. Het Openbaar Ministerie heeft de drie zaken geseponeerd.²⁰⁵

Naast de drie gevallen die als onzorgvuldig zijn aangemerkt, zijn 12 gevallen wegens kleinere onvolkomenheden onder de aandacht van de inspectie voor de gezondheidszorg gebracht. Verder is 15 maal een arts uitgenodigd om zijn melding te komen toelichten.

De bedoeling van de toetsingsregeling is om naast maatschappelijke controle op de euthanasiepraktijk de kwaliteit van dit handelen te bewaken en te bevorderen.²⁰⁶ Deze taak is vormgegeven door het geven van lezingen, het bijdragen aan de opleiding van SCEN-artsen, het publiceren van artikelen, het maken van opmerkingen in de oordelen, het aan de betreffende arts toezenden van het KNMP-rapport als een in de ogen van de commissie ongeschikt middel is gebruikt, en het maken van opmerkingen over de kwaliteit van de verslagen van arts en consulent.

In dit verslag wordt een aantal gevallen beschreven om zo inzicht te geven in de problematiek die de toetsingscommissies tegenkomen en hoe zij de verschillende zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen.²⁰⁷

²⁰⁴ Desalniettemin klaagt de voormalig secretaris-generaal van de KNMG, Van Berkestijn, erover dat steeds meer mensen menen dat euthanasie nu een claimrecht is geworden. Ook anderszins komen uit artsenkringen opmerkingen dat ze zich onder druk gesteld voelen door patiënten en dat ze nu minder dan voorheen geneigd zijn euthanasie toe te passen. Een voorbeeld van het eerste is het artikel 'De wrange smaak van de zoete dood. Euthanasie onder druk van een verwijtende familie' van een anonieme huisarts in *Medisch Contact* 2001: 1704-1706. De journalist Oostveen tekent het tweede op uit monden van SCEA-artsen (M. Oostveen, 'Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich', *NRC-Handelsblad* 10 november 2001).

²⁰⁵ De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen. Afgesproken is dat indien een commissie overweegt het oordeel 'niet zorgvuldig' uit te spreken, het conceptoordeel eerst voorgelegd wordt aan alle commissieleden, dus ook aan de plaatsvervangende leden. Het conceptoordeel wordt vervolgens toegezonden aan de overige vier voorzitters die het, indien zij daartoe aanleiding zien, van commentaar voorzien. Bovendien is tussen de commissies overeengekomen dat, indien een commissie overweegt het oordeel 'niet zorgvuldig' uit te spreken, aan de meldend arts altijd de gelegenheid wordt geboden de zaak nader mondeling toe te lichten. Ten slotte is er in het voorzittersoverleg regelmatig gediscussieerd over een bepaald middel – Dormicum - dat vaak gebruikt wordt bij euthanasie en waar men slechte ervaringen mee heeft. Het beleid is dat artsen die dit middel gebruiken een tekst van de KNMP – die het middel afraadt - toegestuurd krijgen of een artikel met dezelfde strekking.

²⁰⁶ In totaal hebben de commissies zich 11 maal niet-bevoegd verklaard. In tien gevallen was er sprake van een wilsonbekwame patiënt en eenmaal was er geen uitdrukkelijk verzoek (*Handelingen Tweede Kamer 2001-2002, Bijlagen, 26 691, nr. 43: 3*).

Ook al is er van tevoren veel kritiek geweest op het idee van de toetsingscommissies, inmiddels moet vriend en vijand erkennen dat door middel van de jaarverslagen en doordat ook anderen dan juristen nu bij de toetsing betrokken zijn, veel meer kennis over de praktijk van het levensbeëindigend handelen bereikbaar wordt voor geïnteresseerden.

SUTORIUS VOOR HET GERECHTSHOF AMSTERDAM

In november vindt de behandeling in hoger beroep plaats van de zaak tegen de huisarts Sutorius die de ex-senator Brongersma geholpen heeft bij zelfdoding. In zijn vonnis van 6 december 2001 vernietigt het hof Amsterdam het vonnis van de rechtbank Haarlem waarbij Sutorius ontslagen werd van rechtsvervolging. Om tot een oordeel te komen heeft het hof de hoogleraar gezondheidsrecht Legemaate en de hoogleraar integratie geneeskundige zorg voor chronisch zieken Spreeuwenberg gevraagd rapport uit te brengen naar aanleiding van drie vragen.

De vragen zijn:

1. Is een arts gelegitimeerd en zo ja, waaraan ontleent een arts zijn legitimatie om een dringend verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding te honoreren in gevallen waarbij het ondraaglijk lijden kennelijk niet een somatisch en psychiatrisch classificeerbare oorzaak heeft?
2. Kan, mag of moet – en zo ja, in hoeverre – een arts het tot zijn taak rekenen om desgevraagd euthanasie toe te passen, dan wel hulp bij zelfdoding te verlenen aan een daarom verzoekende hoogbejaarde patiënt met een lang bestaande doodswens, wiens invoelbaar lijden, afgezien van enige niet behandelbare fysieke aftakelingsverschijnselen, in hoofdzaak wordt bepaald door psychische componenten, zoals met name het als onverdraaglijk beleefde dagelijkse besef van de zinloosheid van een eenzaam, leeg bestaan en de angst daarmee nog jarenlang te moeten voortleven?
3. Bestaat er een zekere mate van consensus binnen de beroepsgroep van artsen omtrent het antwoord op deze vragen?

Legemaate antwoordt de vraag naar het gelegitimeerd zijn van de arts in een 'klaar met leven' situaties ontkennend. Hij meent – in zijn antwoord op de tweede vraag – dat de genoemde elementen een rol mogen spelen in de overwegingen en handelingen van de arts, maar dan binnen het kader van de beschreven legitimatie van de arts. Van 'moeten' is nimmer sprake. Hij stelt ten slotte dat er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de heersende opvattingen onder artsen omdat er geen onderzoeksgegevens over zijn. Hij schat in dat de discussie over dit probleem zich in de beginfase bevindt en dat er (nog) geen sprake is van brede acceptatie onder artsen van de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding in de genoemde situaties.

Ook Spreeuwenberg beantwoordt vraag 1 ontkennend. Hij meent dat de vraagstelling uitdrukkelijk niet betrekking heeft op het terrein van artsen. Artsen hebben hier dus zeker geen verplichting tot hulp bij levensbeëindiging. Hij meent dat alleen dan als het lijden aan de uitzichtloosheid van het bestaan toegeschreven kan worden aan een psychische afwijking en stoornis, er mogelijk een rol van de arts is weggelegd. Naar zijn oordeel bestaat er over alle aan de orde zijnde vragen binnen de beroepsgroep van artsen in Nederland geen consensus.

De raadvrouw bepleit opnieuw dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk wordt verklaard. Zij motiveert dat door erop te wijzen dat er in vergelijkbare gevallen geen

vervolging is ingesteld en dat vijf deskundigen hebben gezegd dat Sutorius zorgvuldig gehandeld heeft. Het hof volgt deze redenering niet.

Sutorius doet een beroep op noodtoestand, op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en op rechtsdwaling. Dit laatste vanwege de onduidelijkheid van het begrip 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'.

In zijn overweging aangaande het beroep op noodtoestand gaat het hof vooral in op de vraag of deze hulp bij zelfdoding – een waarin sprake was van "existentieel lijden" - binnen het competentie terrein van de huisarts ligt. Het hof is van mening dat het aan Sutorius kan worden toegegeven dat de integrale zorg die een huisarts aan zijn patiënt verleent, betekent dat die arts zich het lijden van de patiënt aantrekt en zal proberen dat lijden te verlichten, ook wanneer het om existentieel lijden in de zin van ontbrekend levensperspectief gaat. In het laatste geval zal de huisarts zich echter dienen te realiseren dat hij zich op een terrein begeeft dat buiten zijn (medisch) professionele competentie ligt. Het hof meent dat in een dergelijke casus de huisarts andere hulpverleners moet inschakelen. In ieder geval aanvaardt het hof het niet als juist dat een huisarts zich zelfstandig – als medicus – een oordeel vormt over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening. Het hof aanvaardt dit niet omdat hierover geen wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht bestaat. Om die reden kan, volgens het hof, geen steun gevonden worden in het Chabot-arrest waarin wordt overwogen dat het lijden in zoverre moet worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Naar het oordeel van het hof kan deze overweging niet los gezien worden van de medische context van dat arrest.

Het hof is verder van mening dat Sutorius in een te vroeg stadium zijn medewerking aan het verzoek heeft toegezegd en zichzelf wellicht in een dwangpositie heeft gemanoeuvreerd. Van een noodtoestand in de vorm van conflict van plichten was op dat moment geen sprake, zodat het beroep op overmacht moet worden verworpen.

Het hof verwerpt ook het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. In het geval dat met het verweer bedoeld wordt dat Sutorius gerechtigd was om te voldoen aan de hogere belangen, kan deze daarachterliggende opvatting niet beschouwd worden als maatschappelijk zo algemeen aanvaard, dat op grond daarvan de door hem verleende hulp bij zelfdoding reeds op zichzelf rechtens toelaatbaar zou zijn.

Ten slotte verwerpt het hof het beroep op rechtsdwaling. Sutorius wist dat het hier geen 'klassiek' euthanasieverzoek betrof. Het hof is van oordeel dat de hulp bij zelfdoding in deze casus een strafbaar feit vormt en dat er geen omstandigheden aannemelijk zijn geworden die de strafbaarheid van Sutorius uitsluiten. Maar, zo oordeelt het hof, er is geen aanleiding straf op te leggen.²⁰⁸ Sutorius gaat in cassatie bij de Hoge Raad.

TER AFSLUITING

Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden. Na 32 jaar publiek debat en 18 jaar politieke pogingen om de veranderde

²⁰⁸ Gerechtshof Amsterdam 6 december 2001, rolnr. 23-000667-01. De advocaat-generaal stelt nadrukkelijk dat hij de arts niet aan de schandpaal wil nagelen en dat hij het Openbaar Ministerie wil vragen diens proceskosten te vergoeden (*Algemeen Dagblad* 7 december 2001).

opvattingen omtrent euthanasie om te zetten in een wet, zijn de voorstanders van euthanasie erin geslaagd een wettelijke regeling tot stand te brengen.

Opvallend aan de parlementaire behandeling is de uitvoerigheid en gedetailleerdheid ervan. Het lijkt erop alsof men met de enorme hoeveelheid woorden en de voortdurende herhaling ervan, heeft willen aangeven zich zeer goed bewust te zijn van de ernst van de situatie. In feite – en dat was te merken aan de tamelijk lauwe publieke belangstelling – veranderde er weinig.

Het meest opzienbarende aan de periode 1994-2002 is het feit dat de ‘paarse coalitie’ niet onmiddellijk overgaat tot wetwijziging. Dit kan verklaard worden vanuit de Nederlands politieke cultuur. Het streven politieke minderheden niet voor het hoofd te stoten is bij deze nieuwe coalitie onverminderd sterk aanwezig als bij andere coalities. Ook wanneer het CDA geen regeringspartij is spelen de belangen die het CDA vertegenwoordigt nog een grote rol. Overigens vinden deze belangen ook steun in de regeringspartijen, in het bijzonder de PvdA, waarvan minister-president Kok bekend staat als nogal terughoudend met betrekking tot deze materie.

Zoals veel Nederlandse politieke processen is het proces van wetsverandering met betrekking tot euthanasie gekenmerkt door dralen, uitstellen en adviesaanvragen. Voor de praktijk heeft dat geen grote negatieve gevolgen gehad - euthanasie was immers al middels de rechterlijke macht gelegaliseerd. Praktisch heeft het wel een aantal voordelen gehad. Technisch zit de nieuwe wet - waar de zorgvuldigheidseisen niet meer in het Wetboek van Strafrecht staan – beter in elkaar dan de voorgaande wetsvoorstellen. Het domein van de wet is beter bekend – alhoewel er meteen discussie ontstond of ‘de pil van Drion’ er onderdeel van uitmaakt. En in de loop van het politieke proces zijn instrumenten ter toetsing van levensbeëindiging ontwikkeld.

Ten aanzien van het controleregime zijn er in de periode 1994-2002 grote veranderingen opgetreden. Eerst de invoering van een speciaal op euthanasie toegesneden meldingsprocedure in 1994, dan de instelling van de toetsingscommissies in 1998 en ten slotte in 2002 de inwerkingstelling van de nieuwe wet met een wettelijk verankerde, versterkte positie van de toetsingscommissies. Het idee van toetsing buiten het strafrecht is een oude wens binnen de KNMG. In 1996 neemt het kabinet dit idee over als een middel om vooral de meldingsbereidheid te vergroten. Het wordt dan met zeer gemengde gevoelens ontvangen. Het idee wordt vervolgens meegenomen in de wet die de strafbaarstelling voorwaardelijk opheft. Deze in eerste instantie nogal pragmatische oplossing voor het probleem van het lage meldingscijfer – een oplossing die tot nu toe bovendien niet blijkt te werken – heeft achteraf als positief resultaat dat in een gelegaliseerde situatie, een geschikt controle-instrument voor handen is.

Een tweede opvallend kenmerk aan de periode 1994-2002 is dat duidelijk is dat het terrein van het levensbeëindigend handelen op verzoek nog niet tot rust is gekomen. Dit is met name het geval wat betreft euthanasie bij dementie en wat betreft humane zelfdoding zonder directe betrokkenheid van dokters. Wat betreft de eerste groep draagt de nadere invulling van wat men moet verstaan onder wilsbekwaamheid bij aan een mogelijke ontwikkeling. Wat betreft euthanasie bij dementen zijn in de wettekst en in de jurisprudentie - met name de desbetreffende casus in de tuchtaak tegen mevrouw Mulder-Meiss en het sepot in de casus die Van der Meer c.s. beschrijft - enige aanknopingspunten te vinden. Het lijkt cruciaal om tijdig een wilsverklaring op te stellen en het moment van de levensbeëindiging goed te plannen. Dat betekent dat de uitvoering plaats moet vinden vóór het moment dat men definitief wilsonbekwaam is.

Duidelijk is dat niet alle mensen die dood willen onder verwijzing naar de nieuwe wet hulp zullen krijgen. De eis van de terminale fase – die weliswaar geen steun vindt in de rechtspraak – wordt door veel artsen wel gesteld. Dat heeft niet alleen betekenis voor mensen met een psychiatrisch lijden maar ook voor oude mensen die niet meer verder willen en chronisch zieken met een ernstig lijden. Op dit terrein is er in de toekomst nog wel het een en ander te verwachten, getuige de nieuwe taak die de NVVE voor zichzelf weggelegd ziet.

Ook in de laatste jaren van het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie zijn er rechtszaken blijven spelen. Deze rechtszaken weerspreken – wederom - het idee dat er een relatie is tussen het veranderingsproces en het opportuniteitsbeginsel. Het is niet het afzien van vervolging dat Nederland uniek maakt, maar juist het vervolgen.

Vervolgen heeft in het laatste decennium echter wel vaak een politieke tint gehad. Niet alleen Hirsch Ballin – die de regels wilde aanscherpen – maar ook Sorgdrager – die veeleer de grenzen wilde verleggen – hebben gebruik gemaakt van hun recht vervolging te eisen. Het resultaat van Hirsch Ballins politiek is in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest. Het resultaat van die van Sorgdrager is dat er omtrent levensbeëindiging bij pasgeborenen een bepaalde mate van duidelijkheid is geschapen en dat er een begin is gemaakt aan jurisprudentie wat betreft de ‘1000 van Remmelink’.

Ten aanzien van de vervolgingspolitiek valt nog iets anders op: het sluimerend conflict binnen het Openbaar Ministerie over de verhouding tussen de individuele verantwoordelijkheid van de officier van justitie en de aanwijzingsbevoegdheid van de minister is een aantal keren bij zaken over levensbeëindiging naar boven gekomen. Functionarissen van het Openbaar Ministerie (met name Korvinus en Drenth) hebben incidenteel het hoofd in de nek geworpen. Verder hebben ook rechters een aantal keren uiting gegeven aan hun onlustgevoelens omtrent het vervolgingsbeleid, vooral de grote vertragingen en soms ook het tamelijk willekeurige karakter ervan.

Nederland bouwt niet alleen jurisprudentie op omtrent levensbeëindigend handelen door artsen maar het is ook het land waarover de meeste informatie bestaat wat betreft dit terrein. Tussen het eerste onderzoek – 1990 – en het tweede onderzoek – 1995 – is er wat betreft de getallen niet heel veel veranderd. Er is een lichte tendens naar meer erkenning dat levensbeëindiging wordt toegepast en een lichte verandering in de verhouding tussen levensbeëindiging met en levensbeëindiging zonder verzoek. Deze getallen wijzen erop – en zeker als men ze vergelijkt met de sporadische cijfers die bekend zijn van het buitenland – dat er geen indicaties zijn dat Nederland op het hellend vlak zit wat betreft levensbeëindigend handelen door artsen.