



Universiteit
Leiden
The Netherlands

In vertrouwen. Normatieve beschouwing over euthanasie, dementie en de schriftelijke wilsverklaring

Pijnakker, P.

Citation

Pijnakker, P. (2022, October 25). *In vertrouwen. Normatieve beschouwing over euthanasie, dementie en de schriftelijke wilsverklaring*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3483996>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3483996>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Hoofdstuk 1

Levensbeëindiging op verzoek

Inleiding

In 2002 heeft Nederland als eerste land ter wereld euthanasie en hulp bij zelfdoding gelegaliseerd en heeft daarmee nog steeds een van de meest liberale regelingen voor het zelfgekozen levenseinde. De *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) biedt artsen onder voorwaarden een bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293 lid 2 en artikel 294 lid 2, laatste volzin Sr (Wetboek van Strafrecht). Deze euthanasiewet ontleent zijn uitgangspunten aan de voorafgaande Nederlandse jurisprudentie, gevormd tijdens verschillende strafprocessen, die uniek waren vanwege de juridische obstakels die overwonnen moesten worden. De hieruit voortvloeiende jurisprudentie heeft aan de inhoud en de formulering van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) in belangrijke mate bijgedragen. Vier uitgangspunten in de Nederlandse jurisprudentie, die door Pans zijn geduid als de vereisten van *individualisering*, *objectivering*, *abstrahering* en (*medische*) *classificatie*, vormen gezamenlijk het juridische kader voor euthanasie en hulp bij zelfdoding.¹ Zij zijn geïntroduceerd in respectievelijk de strafzaken Postma (1973), Schoonheim (1984), Chabot (1994) en Brongersma (2002), die in dit hoofdstuk worden besproken. Er wordt nog altijd met enige regelmaat op deze kernzaken teruggesproken in de context van de rechtspraak, in de context van de toetsingscommissies voor euthanasie en in de context van politiek en samenleving.

Achtergronden door de tijd

In 1952 vond voor zover bekend het eerste euthanasieproces in Nederland plaats. Een Eindhovense arts moet zich voor de rechtbank verantwoorden voor het overtreden van artikel 293 Sr. De arts wordt verweten een einde te hebben gemaakt aan het leven van zijn broer, die leed aan ernstige tuberculose en meermalen indringend had gevraagd zijn leven te beëindigen. Door hem het opiaat hydrocodon in tabletvorm (Codinovo®) te verstrekken, gevolgd door een injectie met circa 60 mg morfine, is de broer binnen een uur daarna overleden. De arts wordt door de Rechtbank Utrecht schuldig verklaard aan levensberoving op verzoek, hetgeen toen nog geen euthanasie werd genoemd, en oordeelt dat de wetgever in gewetensconflicten geen uitsluitingsgrond ziet van de strafbaarheid van overtreding van artikel 293 Sr. Vanuit het oogpunt van generale preventie moet worden overgegaan tot strafoplegging van een *voorwaardelijke* gevangenisstraf van een jaar; niet langer, aangezien het de eerste keer is dat een geval van euthanasie aan de Nederlandse rechter wordt voorgelegd.² Het vonnis wordt in hoger beroep door het Hof Amsterdam bekrachtigd.³ Hoewel deze zaak niet tot de kernarresten wordt gerekend, is

¹ Voor deze inzichten maak ik gebruik van: Pans, E. *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, (diss. Vrije Universiteit), Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2006, 81-82.

² Voor de uitgebreide achtergrond: Rb. Utrecht 11 maart 1952, Nederlandse Jurisprudentie 1952, 275.

³ Hof Amsterdam 8 juli 1952, rolnr. 524.

het toch een zaak van belang, omdat voor het eerst een rechterlijk oordeel wordt geveld over levensbeëindiging door een arts op verzoek van een patiënt op grond van diens 'bijna ondraaglijk lijden'.⁴

Vonnis-Postma (1973)

In 1973 zal een nieuw geval van euthanasie voor de rechter komen. Bijzonder is dat, net als in de zaak van de Eindhovense arts, de Friese arts mevrouw Postma-van Boven en haar patiënte verbonden zijn door een familierelatie. Patiënte, de moeder van de arts, is een 78-jarige verpleeghuisbewoonster, die lichamelijk ernstig ziek is, maar geestelijk iedere keer weer opknapt. Haar lijden bestaat na een zware beroerte onder meer uit een halfzijdige verlamming met incontinentie, voedingsproblemen en achteruitgang van haar gehoor en gezichtsvermogen. Haar spraakvermogen is sterk aangetast en ze is meestal nauwelijks te verstaan. Een maand voor haar overlijden loopt zij een longontsteking op. Wanhoop en radeloosheid maken zich steeds meer van patiënte meester en als zij in het ziekenhuis uit haar bewusteloosheid bijkomt, zegt ze: 'Jullie hadden mij niet weer beter moeten maken'.⁵ Op een avond wijst alles erop dat patiënte uit bed is gevallen, maar patiënte geeft hier zelf een andere verklaring voor: 'Ik wou niet van bed af, ik wou er helemaal af, ik wou van het leven af'.⁶ Dochter Postma is er volledig van overtuigd dat dit een suïcidepoging van haar moeder is geweest.

Patiënte verlangt sterk naar de dood en dringt hier ook op aan bij haar behandelend arts en bij haar familieleden. Haar arts, tevens geneesheer-directeur van het verpleeghuis, is overtuigd van de ernst van haar lijden, maar meent tot euthanasie niet te kunnen overgaan: 'We zitten nog met die verrekte wet van 1865',⁷ waarmee hij (waarschijnlijk) doelt op het Wetboek van Strafrecht van 1886. De arts maakt echter kenbaar in het verleden meerdere malen ook zelf tot euthanasie te zijn overgegaan en hint op 'verschijnselen van uitdroging bij patiënte', (...) en: 'Dat zouden we zo kunnen laten'. Maar dat gesprek gaat als een nachtkaaers uit. Er leek evenwel een vertrouwensbasis te zijn geschapen, waarop de dochter van patiënte, de huisarts Postma-van Boven, na lang en rijp beraad haar doodzieke moeder op haar uitdrukkelijk en ernstig verlangen uiteindelijk zelf een dodelijke hoeveelheid morfine toedient.⁸

De arts van het verpleeghuis zou in eerste instantie hebben verklaard dat het allemaal wel in orde zou komen 'met de papieren' en dat er een natuurlijk overlijden ('een hartstilstand') zal worden vermeld.⁹ Vervolgens gaat hij kennelijk onverwacht toch twijfelen en besluit,

⁴ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 11.

⁵ Looijenga, L. *Over de drempel. Euthanasie van taboe tot wet*, Vledder: Uitgever Looijenga, 2001, 13.

⁶ Looijenga, *Over de drempel*, 13.

⁷ Looijenga, *Over de drempel*, 14; Het is ook denkbaar dat de arts met zijn uitspraak doelde op de *Wet op de Uitoefening der Geneeskunst* (WUG) van 1865, die in art. 5 de verklaring van overlijden regelde.

⁸ Indewey Gerlings-Huurman, Th. *Het Leeuwarder Euthanasie-proces. Feiten en commentaren* (i.s.m. de NVVE), Nijkerk: Uitgeverij Callenbach, 1977, 20.

⁹ Indewey Gerlings-Huurman, *Het Leeuwarder Euthanasie-proces*, 32.

op advies van de juridisch adviseur van de KNMG, de volgende dag zelf de Inspecteur van de Volksgezondheid en vervolgens de Officier van Justitie in te lichten over het feit dat er een onnatuurlijk overlijden in zijn verpleeghuis heeft plaatsgevonden.¹⁰ In tweede instantie, achteraf dus, wordt de familie Postma door hem geïnformeerd. Het motief om de zaak aan het rollen te brengen, blijft onduidelijk. In een radio-interview zegt de arts: ‘Wanneer het inderdaad vrijgelaten zou worden dat men kan spuiten wanneer men wil, dat dus de arts zal bepalen wanneer iemand dood wil, dat zou ik een enorme teruggang vinden in de maatschappij. Dan torn je aan de regels van de religie en de medische ethiek.’¹¹

De zaak diende bij de Rechtbank Leeuwarden¹² en trok zowel nationaal als internationaal veel aandacht. De zitting werd gefilmd, waarna het materiaal in 2016 aan de vergetelheid werd onttrokken toen er een documentaire uitkwam onder de titel *De strijd om het einde – De bewogen geschiedenis van euthanasie in Nederland*. De bezienswaardige film bevat ongeveer een uur aan historische beelden, te beginnen met de zittingsdag op 7 februari 1973.¹³ Ook de vier kinderen van de arts Postma-van Boven komen in de documentaire aan het woord.

De zaak is bepaald geen neutraal evenement te noemen, gezien de ‘verdacht-makende’ intro van de film met in het beeld de tekstregels: ‘Wetboek van Strafrecht Artikel 293 – Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren’ – gevolgd door het fascinerende beeld van mevrouw Postma, die zich een weg baant door een uitgebreide schare van journalisten en een wirwar van politie en burgers met spandoeken die hun godsdienstige bezwaren tegen de kwestie inbrengen: ‘Terug naar Gods Woord’, ‘Gij zult niet doden’ en ‘Euthanasie is moord’. In deze klemmende sfeer en ‘schijnbaar onbewogen’, kwam mevrouw Postma, 45 jaar oud, om twee over tien de rechtszaal binnen en om vijf minuten over tien exact kon het proces beginnen.’¹⁴

Op de zittingsdag waren enerzijds beschuldiging van een arts die euthanasie ‘pleegde’ en anderzijds barmhartigheid uit ‘diepe bewogenheid’ jegens het ondraaglijk lijden van een patiënt diep met elkaar verbonden; een controverse die dertig jaar later ook de euthanasiewet zal doordringen.

Voor de vraag of ruimte bestaat voor een uitzondering op het strafrechtelijke verbod op euthanasie, gaat de rechtbank te rade bij een getuige-deskundige, een geneeskundig Inspecteur voor de Volksgezondheid. Zijn advies vormt een belangrijke leidraad voor het

¹⁰ Indewey Gerlings-Huurman, *Het Leeuwarder Euthanasie-proces*, 21.

¹¹ Looijenga, *Over de drempel*, 17.

¹² Rb. Leeuwarden 21 februari 1973; Nederlandse Jurisprudentie 1973, 183 (Postma).

¹³ Rosens Media/KRO-NCRV, *De strijd om het einde – de bewogen geschiedenis van euthanasie in Nederland*, 2Doc, 16 maart 2016.

¹⁴ Rosens Media, *De strijd om het einde*, 2Doc, 2016.

vonnis. De voorwaarden die de inspecteur mede op basis van gesprekken met artsen had geformuleerd, luiden:

- a De patiënt is ongeneeslijk ziek door een ziekte of door een ongeval;
- b Het lichamelijk of geestelijk lijden is voor de patiënt subjectief ondraaglijk of ernstig;
- c De patiënt heeft te kennen gegeven het leven te willen beëindigen of in elk geval uit zijn lijden verlost te willen worden – eventueel voorafgaand schriftelijk;
- d De stervensperiode van de patiënt naar medisch oordeel is reeds ingegaan of heeft zich aangekondigd;
- e De levensbeëindiging wordt uitgevoerd door een medicus.¹⁵

In deze zaak honoreert de rechter voor het eerst een mogelijkheid tot straffeloos uitvoeren van euthanasie, onder bepaalde voorwaarden. Op één specifiek punt betoont de Rechtbank Leeuwarden zich principieel. De rechtbank verwerpt de eis van de inspecteur dat de stervensfase van de patiënt moet zijn ingegaan of zich moet hebben aangekondigd. Ook niet-terminale patiënten kunnen in aanmerking komen voor euthanasie. De rechtbank heeft hier met name mensen op het oog die zeer ernstig lichamelijk of psychisch lijden aan ziekten of laesies ten gevolge van een ongeval, maar overigens vitaal zijn, en in die toestand nog lange jaren zouden kunnen voortleven.¹⁶

De rechtbank spreekt in haar vonnis uit dat levensbeëindigend handelen gerechtvaardigd kan zijn als aan de hierboven genoemde criteria is voldaan, met uitzondering van het criterium dat de terminale fase moet zijn ingegaan.

Echter, omdat de arts direct een lethale dosis heeft toegediend in plaats van eerst heeft geprobeerd het lijden te verzachten, wordt haar beroep op overmacht verworpen. De arts Postma wordt, gezien echter de ‘volkomen zuiverheid van haar motieven’ wegens overtreding van artikel 293 Sr veroordeeld tot een week gevangenisstraf, voorwaardelijk, met een proeftijd van een jaar – hetgeen algemeen gezien werd als een symbolische straf.¹⁷

In het vonnis wordt door de rechter het lijden van de patiënt aldus omschreven als lijden dat ‘voor de patiënt subjectief ondraaglijk of ernstig is’. Dit betekent dat de arts in elk concreet geval moet beoordelen of het lijden voor *deze* patiënt ondraaglijk is.

De omstandigheden *van het concrete geval*, die steeds van bepalende invloed zijn op de beoordeling van het handelen van de arts, krijgen zijn beslag in het *vereiste van individualisering*. Deze benadering kan als een direct gevolg van overmacht-noodtoestand in de zin van een conflict van plichten worden gezien (hoewel een beroep op overmacht in de zaak was verworpen): het conflict van plichten van de arts om leven te behouden en om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten. De arts dient te handelen naar het

¹⁵ Weyers, H. *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, Amsterdam University Press: Amsterdam, 2004, 95.

¹⁶ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 12.

¹⁷ Looijenga, *Over de drempel*, 57.

zwaarstwegende belang: het verlichten van lijden kan in sommige omstandigheden alleen nog geschieden door levensbeëindigend te handelen.

Een noodtoestand laat zich echter moeilijk rijmen met algemene regels, maar de kracht van een uitzondering als noodtoestand schuilt juist in de onbepaaldheid ervan, waardoor deze uitkomst kan bieden in niet door de wetgever voorziene situaties.¹⁸ Het lijkt er dus op dat de omstandigheden *van het concrete geval* (vereiste van individualisering) als fundament wordt gezien voor het handelen van de arts en voorafgaat aan de meer algemene gronden en normen, zij het dat met de wettelijke vereisten *a priori* rekening moet worden gehouden.

De rechter schept daarmee het normatief-juridische kader voor euthanasie en laat de inhoudelijke beoordeling van het lijden in hoge mate over aan de medisch-professionele deskundigheid van de arts. De zaak-Postma is aldus van groot belang geweest, omdat in latere rechterlijke beslissingen de genoemde voorwaarden een belangrijke toetssteen vormen voor de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding, en voor de ontwikkeling van concepten binnen de beroepsgroep van artsen.

Vergeleken met de huidige euthanasiewet ontbreken hier nog de twee (overwegend) procedurele vereisten: consultatie van een onafhankelijke arts en de meldingsplicht bij een toetsingscommissie voor euthanasie. Een andere eis die in de rechtspraak in 1973 nog niet expliciet wordt gesteld, is het – tegenwoordig in de Wtl neergelegde – *subsidiariteitsprincipe*, dat voorschrijft dat euthanasie alleen mag worden verleend indien geen redelijke andere oplossing meer voorhanden is.¹⁹

Ook in de directe omgeving van het artsenechtpaar Postma-van Boven lijkt ruimte te bestaan voor transformatie van heersende opvattingen en ideeën aangaande het zelfgekozen levenseinde. In het naburige Friese dorp Vinkega begint Klazien Sybrandy-Alberda een handtekeningenactie om de familie Postma te steunen. Enkele duizenden handtekeningen worden overhandigd aan de Officier van Justitie. Uit dit initiatief zal later de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) ontstaan. Het burgerinitiatief wordt kracht bijgezet door 27 sympathiserende artsen die in een open brief aan het echtpaar Postma verklaren ‘dat [ook] zij “eens” euthanasie op een patiënt hebben gepleegd’ en dit manifest in de landelijke dagbladen publiceren onder de titel: ‘Wij pleegden euthanasie’.²⁰ Onder deze titel willen de artsen het beeld bijstellen van euthanasie als misdrijf tegen weerloze patiënten, waar het zou voortkomen uit een heel dringend beroep op barmhartigheid, leidend tot een conflict van plichten.

¹⁸ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 82.

¹⁹ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 12.

²⁰ Rosens Media, *De strijd om het einde*, 2Doc, 2016.

Ontwikkeling van strafuitsluitingsgronden

Met het vonnis-Postma waren echter niet alle toekomstige kwesties gedekt. Aangespoord door *Aanbeveling nr. 779*, inzake de rechten van zieken en stervenden op 29 januari 1976 van de Raad van Europa, wordt actie van Nederland verwacht. Lidstaten van de Raad van Europa zouden nationale commissies moeten instellen om (mogelijk beleid voor) het handelen van artsen in de laatste levensfase van patiënten te onderzoeken. Over euthanasie en schriftelijke wilsverklaringen, waarin een patiënt aangeeft zijn leven op enig moment te willen laten beëindigen, gaat de aanbeveling dan nog niet.²¹

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) installeert uit eigen beweging in 1976 alvast de Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie. De voorzitter van die commissie is de arts, hoogleraar, politicus en voormalige voorzitter van de NVVE, Muntendam. Deze adviescommissie buigt zich over de vraag in hoeverre er al dan niet wetgeving nodig is betreffende toelaatbare euthanasie door een arts op verzoek van een patiënt. De commissie-Muntendam, die in 1978 haar bevindingen publiceert, is van mening dat het verlenen van actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) ‘normaal medisch handelen’ inhoudt, mits drie voorwaarden worden vervuld:

- 1 Het moet gaan om een geïnformeerde patiënt, die vrijwillig, weloverwogen en ondubbelzinnig te kennen heeft gegeven euthanasie te verlangen;
- 2 de patiënt dient in de stervensfase te verkeren; en
- 3 de uitvoering van de euthanasie dient door de behandelend arts te geschieden.

Volgens de commissie zal een patiënt een dergelijk verzoek uiten als naar zijn persoonlijke inzicht sprake is van ondraaglijk lichamelijk dan wel geestelijk lijden en hij verzachting van dat lijden verlangt. In dit eindrapport noemt Muntendam een voorstel tot wetwijziging nog niet wenselijk en acht hij het politieke landschap nog te verdeeld om zeker te zijn van een kwalitatief goede wet, hoewel de meerderheid van de commissieleden van mening is dat het onderwerp verder moet worden uitgekristalliseerd.²²

Ook over de contouren van een rechtsgeldige schriftelijke wilsverklaring vormt de commissie-Muntendam zich een oordeel. De commissie geeft blijk van begrip voor de situatie van een patiënt die niet meer in staat is tot het kenbaar maken van een wil met betrekking tot euthanasie en biedt daarom ruimte voor een schriftelijke wilsverklaring als ‘bruikbaar hulpmiddel’ om de wens van de patiënt met meer zekerheid te kunnen

²¹ Postma, L. *Misschien was het nog te vroeg. De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in art. 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief*, Den Haag: BoomJuridisch, 2021, 99.

²² Commissie-Muntendam 1978, 23, 44 en 47-48. Voorwaarde 2 (patiënt in stervensfase) werd in die tijd vaker gehoord en is door de commissie-Muntendam mogelijk toegevoegd omwille van de haalbaarheid van een (latere) wettelijke regeling. De Rb. Leeuwarden had die voorwaarde in 1973 in de zaak-Postma expliciet verworpen. Zie ook: Kennedy, J. *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2002, 193; Postma, *Misschien was het nog te vroeg*, 101-104.

vaststellen. De commissie nuanceert dat de patiënt zo'n verklaring te allen tijde kan herroepen of wijzigen zolang hij nog in staat is zijn wil inzake sterven of leven kenbaar te maken. Ook worden op dat moment al risico's die aan een schriftelijk euthanasieverzoek kleven door de commissie onderkend, te weten dat de opsteller mogelijk ten tijde van de uitvoering van de euthanasie iets anders had gewild, maar die wil niet meer kenbaar kan maken.²³

Hoewel meningsverschillen blijven bestaan over de precieze betekenis en de grenzen van toelaatbaar levensbeëindigend handelen, is er vanaf medio jaren '80 van de vorige eeuw over het algemeen overeenstemming over de ethische aanvaardbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Althans, het was 'bespreekbaar' geworden. De beslissing in 1984 van de grootste artsenorganisatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), om richtlijnen vast te stellen voor de toepassing van euthanasie, is in dit opzicht van doorslaggevende betekenis. Hierdoor is men euthanasie meer als een medisch dan als een politieke aangelegenheid gaan zien.²⁴

Schoonheim-arrest (1984)

De zaak-Schoonheim is van grote juridische betekenis, omdat hier voor het eerst in een euthanasiezaak een beroep op een strafuitsluitingsgrond door de rechtbank wordt gehonoreerd.²⁵ De patiënte in de zaak-Schoonheim is een 95-jarige vrouw, die blijvend bedlegerig en invalide is en voor haar verzorging geheel afhankelijk van derden. Zij heeft een euthanasieverklaring opgesteld, is helder van geest en verzoekt dringend om beëindiging van haar leven. In de week voorafgaande aan haar overlijden maakt patiënte een ernstige inzinking door, waarbij zij dagenlang buiten bewustzijn is en niet kan eten of drinken. Patiënte knapt weer enigszins op, waarna zij opnieuw aandringt op euthanasie omdat zij een dergelijke, verschrikkelijke ervaring niet nog eens wil meemaken. Naar het oordeel van haar Alkmaarse huisarts Schoonheim ervoer zij elke dag dat zij nog leefde als een zware taak, waaronder zij op ondraaglijke wijze leed en haar algehele toestand maakte die vraag invoelbaar. De huisarts besluit, na overleg met haar zoon en schoondochter en een arts-assistent, aan dit verzoek gehoor te geven.²⁶

Schoonheim wordt vervolgd en berecht door de Rechtbank Alkmaar, waar hij ontslagen wordt van rechtsvervolging wegens het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid, een zeer zeldzame situatie die kan bestaan als de gedragingen van de verdachte weliswaar

²³ Commissie-Muntendam 1978, 19-20.

²⁴ Kennedy, J. *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2002, 10.

²⁵ Rb. Alkmaar 10 mei 1983, Nederlandse Jurisprudentie 1983, 407; Hof Amsterdam 17 november 1983, Nederlandse Jurisprudentie 1984, 43; HR 27 november 1984, Nederlandse Jurisprudentie 1985, 106; Hof Den Haag 10 juni 1985 en 11 september 1986, Nederlandse Jurisprudentie 1987, 608 (Schoonheim). Hierover ook: Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 13.

²⁶ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 13 en Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 160-161.

overeenkomen met een delictsomschrijving, maar desalniettemin niet als wederrechtelijk kunnen worden beschouwd, omdat die gedragingen overeenkomen met hetgeen onder de gegeven omstandigheden van de verdachte mocht worden verwacht. Zo was er immers sprake van een weloverwogen verzoek van patiënte, van duurzaam lijden en van zorgvuldige hulpverlening door de arts in kwestie.²⁷ Het OM gaat tegen dit vonnis in appel en de arts wordt door het Hof alsnog veroordeeld. Het Hof Amsterdam verklaart Schoonheim schuldig zonder oplegging van straf. De arts gaat hierop in cassatie.

Voor de Hoge Raad voert de arts (onder meer) aan dat de rechter onvoldoende is ingegaan op het vraagstuk van het ondraaglijk lijden, waardoor de arts redelijkerwijs *geen andere keuze* had dan haar dat lijden door euthanasie te besparen. Dit cassatiemiddel treft doel. De Hoge Raad bepaalt dat het Hof onvoldoende is ingegaan op het beroep op overmachtenoodtoestand in de zin van een conflict van plichten. Voor het eerst formuleert de Hoge Raad in deze zaak wat onder een conflict van plichten moet worden verstaan. De Hoge Raad overweegt dat een arts een geslaagd beroep kan doen op overmacht in de zin van noodtoestand als hij:

*De plichten en belangen van het geval zorgvuldig tegen elkaar heeft afgewogen, volgens de normen van de medische ethiek en volgens de medisch professionele standaard, en daarbij een keuze heeft gemaakt die objectief gezien, en gelet op de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd was.*²⁸

In deze overwegingen van de Hoge Raad zien we het *vereiste van objectivering* terug, hetgeen inhoudt dat de beslissing van de arts te rechtvaardigen moet zijn volgens – min of meer – vast omschreven en objectieveerbare medisch-professionele normen en de arts alleen rechtmatig handelt als hij de in het geding zijnde plichten (beschermwaardigheid van leven en barmhartigheid) en belangen zorgvuldig tegen elkaar heeft afgewogen.²⁹

De Hoge Raad gaat dus niet verder in het spoor van het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid – al zal een beroep daarop in andere strafzaken nog dikwijls worden gedaan –, maar kiest een andere weg: de rechter dient (voortaan) te onderzoeken of naar verantwoord medisch inzicht en volgens de normen van de medische ethiek sprake was van een noodtoestand. Bij het bepalen van overmacht in de zin van noodtoestand dienen de volgende aspecten te worden gewogen: of naar medisch verantwoord inzicht moest worden gevreesd voor een *steeds verdergaande ontluistering* van de persoon of een verergering van haar toch reeds als *ondraaglijk ervaren lijden*; of te voorzien viel dat de patiënt weldra niet meer in staat zou zijn op een *waardige wijze te sterven*; of er nog mogelijkheden bestonden tot *verzachting van het lijden*.³⁰

²⁷ Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 162-163.

²⁸ HR 27 november 1984 (Schoonheim), ECLI:NL:PHR:1984:AC8615.

²⁹ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 81.

³⁰ HR 27 november 1984 (Schoonheim), ECLI:NL:PHR:1984:AC8615.

De kernoverweging in het Schoonheim-arrest betreft de (gegronde) vrees om niet meer op waardige wijze te kunnen sterven als een factor die mag worden meegewogen in de beoordeling van een euthanasieverzoek. De Hoge Raad heeft in dit arrest nadrukkelijk bepaald dat het voorkomen van (verdere) ontluistering en verlies van waardigheid als component van ondraaglijk lijden een rol mogen spelen in de beoordeling van het lijden, welke gelden als component van de barmhartigheidsplicht van de arts. Verlies van waardigheid en ontluistering mogen echter nooit gelden als een zelfstandige grond voor euthanasie als de patiënt niet ondraaglijk lijdt, hoe mensonwaardig en ontluisterend de situatie ook is.

Chabot-arrest (1994)

In 1991 verleende psychiater Boudewijn Chabot hulp bij zelfdoding aan een 50-jarige, niet lichamelijk zieke vrouw. Haar leven heeft tot dan toe bestaan uit een reeks traumatische en noodlottige gebeurtenissen. Zij had een ongelukkig huwelijk en haar beide zoons waren jong overleden. Een zoon pleegde suïcide tijdens militaire dienst nadat zijn vriendin de relatie had beëindigd. De andere zoon trof een auto-ongeval, hetwelk hij met moeite overleefde, maar in het ziekenhuis werd nadien bij hem een ongeneeslijke kwaadaardige ziekte geconstateerd. Na deze gebeurtenissen is de vrouw vastbesloten te sterven, alle psychiatrische hulp ten spijt. Al eerder heeft zij een suïcidepoging gedaan en het gevaar voor herhaling is groot. Dit laatste is belangrijk bij de overweging of een psychiater haar redelijke alternatieven zou kunnen bieden. Het antwoord van deskundigen op die vraag was dat patiënte zich heel waarschijnlijk aan behandeling zou onttrekken, waardoor enkel het risico op een 'harde dood' zou overblijven.³¹

Na de suïcidepoging wendt de vrouw zich tot de NVVE met het verzoek om hulp bij zelfdoding. De NVVE kan die hulp niet bieden, maar biedt haar wel aan in gesprek te treden met psychiater Chabot, die zich eerder bereid had verklaard in gesprek te gaan met mensen die zich met een dergelijk verzoek tot de NVVE wendden. Na een intensief onderzoek stelt psychiater Chabot vast dat de vrouw intens psychisch lijdt. Hij is tevens van oordeel dat dit lijden duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos is. Chabot concludeert voorts dat haar stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met een psychiatrische ziekte of aandoening. Wel lijdt de vrouw aan een 'stoornis', te weten een 'depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces'. Deze stoornis is in beginsel behandelbaar, maar de patiënte wijst alle behandeling (rouwverwerkingstherapie) consequent van de hand. Chabot consulteert schriftelijk zeven deskundigen op het terrein van de psychiatrie en de ethiek, met name om de vraag te beantwoorden of hij in diagnostisch opzicht iets over het hoofd heeft gezien. Allen oordelen dat deze patiënte geen reëel behandelperspectief meer heeft; hooguit zou sprake kunnen zijn van een 'theoretisch behandelperspectief', zonder

³¹ Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 337-338.

‘concreet perspectief’ aanwezig te achten, aangezien de vrouw niet wilde meewerken aan de behandeling.³²

Net als bij de zaak-Schoonheim speelt de menswaardigheid van het sterven in de zaak-Chabot een belangrijke rol. Bij Schoonheim ging het om een menswaardig sterfbed; bij Chabot had de menswaardigheid van sterven direct betrekking op de dreigende suïcide van de vrouw. In twee instanties wordt Chabots beroep op overmacht gehonoreerd.

Het OM gaat tegen deze uitspraak in cassatie. De Hoge Raad komt tot een iets andere conclusie en veroordeelt Chabot, maar zonder oplegging van straf. Niet omdat psychiatrische patiënten niet in aanmerking zouden komen voor hulp bij zelfdoding, maar omdat Chabot zijn patiënte niet door een onafhankelijke deskundige had laten onderzoeken voordat patiënte met behulp van medicijnen, die haar voor dat doel door Chabot waren verschaft, haar leven beëindigde.

Het arrest van de Hoge Raad heeft uitgemaakt dat niet alleen uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt met een *somatische* oorzaak, maar ook lijden met een *psychische* oorzaak de basis kan zijn voor een geldig beroep op noodtoestand. Voorts meent de Hoge Raad dat naast de behandelend arts een onafhankelijke deskundige antwoord moet geven op vragen naar de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden. Ook moet deze onafhankelijk deskundige de vrije wilsbepaling vaststellen, die niet mag worden beïnvloed door de ziekte. Daarnaast moet deze deskundige bezien of er (g)een redelijk alternatief beschikbaar is.

Ten aanzien van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden oordeelt de Hoge Raad dat de oorzaak van het lijden (psychisch, somatisch, anderszins) niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren, maar dat in essentie bij de toetsing van het lijden de *ernst* doorslaggevend is.³³

Voorwaarden voor de hulp bij levensbeëindiging aan psychisch lijdende patiënten zijn: dat de patiënt de mogelijkheid heeft om *vrijwillig* en *weloverwogen* te beslissen over een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding en dat het verzoek géén onderdeel is van een (psychiatrisch) ziektebeeld dat kan worden behandeld.

Volgens dit arrest is het aldus niet langer een vereiste dat men lijdt aan een aandoening waaraan men naar verwachting zal overlijden, maar mag het *ervaren* lijden bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding meewegen. Dit is een belangwekkend

³² Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 15; Hof Leeuwarden 30 september 1993, r.o. 9.8 en 9.9 (Chabot).

³³ Rb. Assen 21 april 1993, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1993, 292; Hof Leeuwarden 30 september 1993, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1993, 500-506; HR 21 juni 1994, Nederlandse Jurisprudentie 1994, 656 (Chabot), m.nt. Schalken.

onderscheid met euthanasieverzoeken van patiënten die lijden aan een somatische aandoening waaraan zij naar verwachting ook zullen sterven. Wel eist de Hoge Raad extra zorgvuldigheid in situaties waarbij het lijden geen gevolg is van een lichamelijke aandoening.

Het Chabot-arrest was een mijlpaal. Dit arrest is van grote betekenis geweest voor met name de praktijk van hulp bij levensbeëindiging aan psychiatrische patiënten en aan personen die ernstig uitzichtloos psychisch lijden zonder dat zij somatisch ziek zijn.

In het Chabot-arrest valt het *vereiste van abstrahering* op; het lijden moet in zoverre van de oorzaak worden geabstraheerd dat in essentie bij de toetsing van het lijden niet de oorzaak, maar de ernst van het lijden doorslaggevend is. Het abstraheringsvereiste gaat echter niet zo ver dat de bron van het lijden er in het geheel niet toe doet. Bij lijden dat niet voortvloeit uit een somatische aandoening (maar een psychische), dient de arts (en de rechter) extra behoedzaamheid te betrachten bij de beoordeling ervan.

Het is goed denkbaar dat dit arrest in 1998 het oriëntatiepunt voor de huisarts Flip Sutorius is geweest toen deze aan een van zijn patiënten, de heer Brongersma, hulp bij zelfdoding verleende.

Brongersma-arrest (2002)

Deze patiënt, de voormalige advocaat, journalist en PvdA-senator Edward Brongersma heeft naast enkele 'ouderdomsklachten', zoals osteoporose, duizeligheid en incontinentie, geen ernstige somatische klachten, noch een psychiatrisch classificeerbare ziekte of stoornis. Wel lijdt Brongersma zeer onder zijn (lichamelijke en sociale) aftakeling, de eenzaamheid van zijn bestaan, de afhankelijkheid waarin hij leeft en een groot gevoel van zinloosheid.³⁴ De huisarts Flip Sutorius wil het lijden van zijn patiënt vermoedelijk begrijpen in de systematiek van 'Chabot', namelijk binnen de context van psychisch lijden, maar analogisch blijkt het niet.

Anders dan de patiënte in de zaak-Chabot is Sutorius' patiënt geen psychiatrische patiënt, maar 'een hoogbegaafde man die geen emplooi meer zag voor zijn kwaliteiten en overigens blijikbaar ook zijn overlijden zelf wilde beheersen'.³⁵

De huisarts heeft zich goed laten informeren en heeft advies ingewonnen bij een onbetwiste autoriteit, namelijk zijn oom, de advocaat mr. Eugène Sutorius. De huisarts besluit daarop om aan de 86-jarige Brongersma de verlangde middelen te verstrekken, opdat hij een einde aan zijn leven kan maken.

³⁴ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 18.

³⁵ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 23, 1. (Brief van de Minister)

De centrale vraag in deze zaak is of de combinatie van existentieel lijden en ouderdomsklachten toereikend is voor een beroep op noodtoestand. De Rechtbank Haarlem bepaalt op grond van de jurisprudentie dat mag worden uitgegaan van een ruim lijdensbegrip en honoreert het beroep op overmacht-noodtoestand van de huisarts, hetgeen leidt tot ontslag van alle rechtsvervolgning.³⁶

Echter, volgens het OM is met dit vonnis een grens overschreden die onbedoeld tot een vermeend *recht* op zelfbeschikking voor de patiënt zou kunnen leiden. Het OM gaat in appèl en in cassatie. Het OM betwist niet dat het oordeel van de arts over de ondraaglijkheid van het lijden subjectief is, maar naar het oordeel van het OM mag die subjectiviteit in zaken waarin geen sprake is van somatisch of psychiatrisch lijden nooit zo zwaar wegen dat die, in geval van acceptatie door de medicus, uitmondt in een medische exceptie, en daarmee in een positie die geen ruimte meer laat voor rechterlijke toetsing op dat punt.³⁷

In de traditie van eerdere euthanasierechtspraak stelt het Hof Amsterdam de vraag centraal of het lijden van deze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos was. In de beantwoording van die vraag stelt het Hof dat Brongersma niet ondraaglijk leed, maar dat hij vooral 'levensmoe' zou zijn geweest en dat levensmoeheid tekortschiet als grondslag voor het lijden.³⁸ Nadat de Rechtbank Haarlem en het Hof Amsterdam tot onderling tegengestelde conclusies zijn gekomen, velt de Hoge Raad zijn definitieve oordeel en gaat mee met de uitspraak van het Hof: de Hoge Raad maakt duidelijk dat hulp bij zelfdoding aan mensen die 'klaar zijn met leven' ongeoorloofd is. Een te rechtvaardigen verzoek aan een arts om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding dient te gaan over uitzichtloos en ondraaglijk lijden op een *specifiek medische grondslag*. Omdat het levensbeëindigend handelen een arts betreft, moet het probleem waarvoor de arts zich gesteld ziet, betrekking hebben op diens deskundigheid als medicus en betrekking hebben op een medische context. Daarbij gaat het niet om de oorsprong (psychisch, somatisch, anderszins) van het lijden, maar om de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid ervan.³⁹ Lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context, behoort niet tot het terrein waarover een arts oordeelt.

Het *vereiste van classificatie*, dat uit deze lijn te destilleren valt, houdt in dat het lijden van de patiënt in overwegende mate moet zijn veroorzaakt door een medisch geclassificeerde (somatische of psychische) aandoening of ziekte. Lijden waarbij dat niet het geval is, maar dat het gevolg is van een ontbrekend levensperspectief, valt buiten de professionele competentie van de arts. Het verlenen van euthanasie op grond van een dergelijk lijden is een arts dus niet geoorloofd, aldus de Hoge Raad in het Brongersma-arrest.

³⁶ Rb. Haarlem 25 juli 2000 en Rb. Haarlem 30 oktober 2000.

³⁷ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 23, 1. (Brief van de Minister) en Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 105.

³⁸ Hof Amsterdam 8 mei 2001 en Hof Amsterdam 6 december 2001 (Brongersma).

³⁹ HR 24 december 2002, Nederlandse Jurisprudentie 2003, 167 (Brongersma), m.nt. Schalken; ECLI:NL:HR:2002:AE8772.

Het verrassende is dat de Hoge Raad in het Brongersma-arrest een restrictievere in steek kiest dan in het Chabot-arrest. De kernoverweging in het Chabot-arrest luidt immers dat geabstraheerd moet worden van de bron van het lijden, terwijl in het Brongersma-arrest wordt beoogd het ‘medisch domein’ af te grenzen: het lijden van de patiënt moet gebaseerd zijn op een psychologische of somatische medische classificatie. ‘Klaar zijn met leven’ valt buiten het medisch-professionele domein. Beantwoording van de vraag of het leven *vóór* Brongersma nog waard was te worden geleefd, was een vraag die Brongersma kon beantwoorden. De vraag of het leven *ván* Brongersma nog waard was te worden geleefd, was een vraag waarover de medische competentie van de huisarts zich niet uitstrekte. De huisarts kon als professional daarover geen oordeel geven en daarom kon hij als professional niet vrijuit gaan.

Anders dan de andere arresten laat Brongersma een arrest na op zijn naam, terwijl in de andere zaken de namen van de artsen in de zaak voorop staan. Het is bijzonder dat juist Brongersma op die manier, ogenschijnlijk ongrijpbaar tijdens zijn leven, op een blijvende plek in de herinnering kon voorsorteren.

Levensbeëindiging van wilsonbekwame patiënten

Levensbeëindiging van wilsonbekwame patiënten is nooit onproblematisch geweest. Het komt voor dat een wilsonbekwame patiënt die ernstig lijdt enkel uit zijn lijden kan worden verlost door opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts, hetgeen strafrechtelijk gezien moord (artikel 289 Sr) betekent. Dergelijk levensbeëindigend handelen kan nooit als euthanasie (artikel 293 Sr) of hulp bij zelfdoding (artikel 294 Sr) worden gekwalificeerd omdat er geen sprake is van een verzoek van de patiënt. Het element van zelfbeschikking ontbreekt hier immers volledig.⁴⁰

Het thema levensbeëindiging van wilsonbekwame patiënten komt in 1974 – na de zaak Mia Versluis in 1966⁴¹ – volop in de schijnwerpers te staan als Ineke Stinissen in het ziekenhuis wordt opgenomen voor de bevalling van haar eerste kind. De bevalling verloopt gecompliceerd, waarop tot een spoedkeizersnede wordt besloten. Door een anesthesiefout raakt zij in een onomkeerbaar coma. Na ruim anderhalf jaar verpleging kaart de echtgenoot de situatie van zijn vrouw aan bij de instellingsdirecteur. De instelling wijst de gedachte niet onmiddellijk af, maar vindt het voorstel om haar leven te beëindigen op dat moment te vroeg. De instelling wil dan niet verder gaan dan het niet-behandelen van eventuele complicaties in de toekomst, zoals een longontsteking. Iedereen begrijpt

⁴⁰ Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*, 60-63.

⁴¹ Mia Versluis ging in 1966 naar het ziekenhuis om een knobbeltje aan haar hiel te laten weghalen zodat ze op haar trouwdag schoenen met hoge hakken zou kunnen dragen. De operatie vond plaats onder narcose, waaruit ze echter nooit meer zou ontwaken. De strafzaak werd nooit naar behoren afgerond, waardoor er geen jurisprudentie tot stand kwam. De volledige casus is te lezen in: Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 67-69.

en concludeert dat patiënte dan nog vele jaren kan blijven voortleven. Er is dus sprake van een uitzonderlijke situatie. Ook de jaren daarna blijft de leiding van de instelling medewerking aan actieve levensbeëindiging afwijzen. Na circa tien jaar verpleging besluit haar echtgenoot de zaak in de openbaarheid te brengen door via de rechtbank het verpleeghuis waar Stinissen verblijft ertoe te bewegen zijn vrouw te laten sterven.⁴²

In 1983 zoekt haar echtgenoot contact met de advocaat Sutorius. In een brief verzoekt mr. Sutorius daarop de Officier van Justitie in Almelo te verklaren *niet* tot strafrechtelijke vervolging te zullen overgaan wanneer een medicus op zorgvuldige wijze de vrouw uit haar coma zou verlossen door de kunstmatige toediening van vocht en voedsel te beëindigen. Zo'n verklaring komt er niet, omdat pas over vervolging kan worden gesproken nadat het feit is gepleegd. Daarop spant de echtgenoot bij de Rechtbank Almelo een civiele procedure aan om te bewerkstelligen dat de kunstmatige voeding van zijn vrouw aangemerkt mag worden als *medische behandeling* vanuit de gedachte dat een medische behandeling, anders dan verzorging, beëindigd mag worden als deze *medisch zinloos* is.⁴³

De Rechtbank Almelo stelt in haar vonnis vast dat de kunstmatige voeding van de vrouw (inderdaad) als overwegend medisch handelen dient te worden aangemerkt. Maar de rechtbank stelt tevens dat de beslissing van de (instellings)arts van patiënte om haar leven te beschermen, rehtens juist is.⁴⁴ Er was dus geen rechtsplicht voor de arts om aan de uitvoering mee te werken.

De echtgenoot is teleurgesteld en gaat in appèl bij het Gerechtshof Arnhem. De vraag waarover het Hof zich dient uit te spreken is de vraag of de voortzetting van kunstmatige toediening van voedsel en vocht als *medische behandeling* moest worden gezien.⁴⁵

Het Gerechtshof Arnhem overweegt dat in de onderhavige situatie de toediening voor onbepaalde tijd van kunstmatige voeding moet worden aangemerkt als *medisch handelen* en niet primair als een aspect van haar verzorging. Uit die overweging volgt dat – in de uitzonderlijke situatie van een zeer langdurig en onomkeerbaar coma – de voortzetting van kunstmatige toediening van voedsel en vocht kan ophouden in medisch opzicht zinvol te zijn, hoe groot het verzorgingsaspect ook is. Omdat de situatie waarin patiënte zich bevindt kunstmatig van aard is en door artsen wordt begeleid en gecontroleerd, valt zij in overwegende mate onder de medische verantwoordelijkheid.⁴⁶ In plaats van de vraag

⁴² Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 178-179.

⁴³ Lavrijsen, J.C.M. et al. 'Medisch handelen bij patiënten in een chronisch coma; een bijdrage uit de verpleeghuisgeneeskunde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (134) 1990, 1529-1532.

⁴⁴ Vonnis Arrondissementsrechtbank Almelo 1 juli 1987; *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1987, 338 e.v. (Stinissen); Weyers, *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, 297.

⁴⁵ Engberts, D.P. et al. (red.) *Leerboek Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017, 156-157.

⁴⁶ Hof Arnhem 31 oktober 1989; *Nederlandse Jurisprudentie* 1989, 909; Engberts, *Leerboek Gezondheidsrecht*, 157.

of het gerechtvaardigd was de voeding te stoppen, moest men dus de vraag beantwoorden of het gerechtvaardigd was met de behandeling door te gaan.

Na deze uitspraak beslissen de behandelend arts en de naasten van de vrouw – na bemiddeling met het instellingsbestuur in de decembermaand – haar kunstmatige toediening van voeding en vocht te beëindigen, omdat deze behandeling naar hun oordeel medisch zinloos is. Ineke Stinissen overlijdt elf dagen later – op 19 januari 1990.

Levensbeëindiging zonder verzoek

Het ontbreken van toestemming van mevrouw Stinissen, zowel voor de kunstmatige toediening van voedsel en vocht alsook voor het staken ervan, positioneert de zaak buiten het domein van zelfbeschikking. Indien patiënte wel toestemming had gegeven, wat in deze casus nauwelijks voorstelbaar is, was de vraag of de medische behandeling zinvol dan wel zinloos werd gevonden niet aan de orde gekomen. De uitspraak van het Hof over medische besluitvorming met betrekking tot het overlijden van een wilsonbekwame patiënte is daarom geen onderdeel van de euthanasiejurisprudentie die de wetgever in de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) heeft willen codificeren. Levensbeëindiging bij pasgeborenen en verstandelijke gehandicapte mensen, alsmede dementerende en comateuze patiënten *zonder* anticiperend schriftelijk euthanasieverzoek vallen daarmee buiten de werkingssfeer van de Wtl.

De zaak-Stinissen kan dus achteraf niet worden ingelijfd bij de thematiek van artikel 2 lid 2 Wtl, maar geeft wel blijk van een vergelijkbare worsteling voor wilsonbekwame patiënten om waardig te sterven in een uitzichtloze situatie. Anders was het geweest als mevrouw Stinissen (na 2002) een specifiek op de comateuze situatie toegesneden schriftelijke wilsverklaring had gehad, waarin zou hebben gestaan dat zij niet in een diep coma had willen voortleven. De wetgever heeft voor de comateuze patiënt met een schriftelijk euthanasieverzoek wél de mogelijkheid gecreëerd om de schriftelijke wilsverklaring te beschouwen als een vrijwillig en weloverwogen verzoek, tenzij de arts aanleiding heeft om dit niet aan te nemen. De overige zorgvuldigheidseisen zijn dan van ‘overeenkomstige toepassing’ voor zover de feitelijke situatie dat toelaat.

De verschillen tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten ter zake van euthanasie zijn voornamelijk gelegen in de mogelijkheid tot het doen van een mondeling verzoek tot euthanasie, het toetsen van de actuele wil daartoe en in de meer conceptuele kernvraag of lijden de aanwezigheid van bewustzijn veronderstelt.

Heden ten dage stellen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) zich op het standpunt dat euthanasie bij een comateuze patiënt op basis van een schriftelijke wilsverklaring in principe niet mogelijk is, omdat lijden de aanwezigheid van bewustzijn veronderstelt. Wanneer het bewustzijn geheel en al ontbreekt dan kan er volgens de

toetsingscommissies geen sprake zijn van lijden.⁴⁷ De toetsingscommissies baseren zich voor de bepaling van de mate van bewustzijn op de *Glasgow Coma Scale* (GCS),⁴⁸ die tevens is opgenomen in de huidige KNMG-richtlijn 'Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn' uit 2010. Deze opvatting is restrictiever dan de wetgever in de Wtl heeft beoogd, al kan de houding van de wetgever ten aanzien van euthanasie bij comateuze patiënten in algemene zin terughoudend worden genoemd. Omdat er tijdens de parlementaire behandeling van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) geen consensus was over de medisch-ethische vraag of een comateuze patiënt ondraaglijk lijden kan ervaren ('het ene coma is ook het andere niet'), heeft de wetgever voor wat betreft de Wtl gesteld dat het scheppen van grenzen tussen vormen en gradaties van lijden ter beoordeling is aan de medisch-professionele deskundigheid van de arts aan de hand van de concrete omstandigheden van het geval.⁴⁹

Levensbeëindiging in geval van gevorderde dementie

Zowel ten aanzien van coma als ten aanzien van dementie is levensbeëindigend handelen een gevoelig liggend thema dat bovendien in de uitvoering gecompliceerd is voor zowel artsen, patiënten als mede hun naasten. Dementie geldt als een ernstige, onbehandelbare en onomkeerbare en progressief verlopende ziekte die in alle fasen ondraaglijk lijden kan veroorzaken. In de beginfase van de ziekte kan de vaststelling van het ondraaglijk lijden van de patiënt ter discussie staan, hoewel het onafwendbaar progressieve karakter van dementie in deze fase voor sommige patiënten ondraaglijk lijden kan betekenen.

De ernst van de geheugen- en cognitieve stoornissen bepaalt in hoeverre een patiënt tot zelfstandige en coherente oordeelsvorming in staat is uitdrukking te geven aan gevoelens van ondraaglijk lijden. Daarin raken de onderwerpen euthanasie en dementie elkaar in hun kern. Een complicerende factor voor de arts in de latere fase van de ziekte is het in retrospectief vaststellen of de patiënt wilsbekwaam was ten tijde van het opstellen van de schriftelijke wilsverklaring, of dat aan die wilsbekwaamheid moet worden getwijfeld. In de gevorderde fase van dementie kan de communicatie met de patiënt over zijn situatie steeds moeilijker worden en komt daar eveneens de vaststelling van het ondraaglijk lijden als complicerende factor bij.⁵⁰

⁴⁷ *EuthanasieCode* 2018, 46.

⁴⁸ Deze schaal om de diepte van bewustzijnsstoornissen te bepalen, werd in 1974 geïntroduceerd door Teasdale en Jennett en werd door de neuroloog Minderhoud, die als getuige-deskundige optrad, gebruikt in de zaak-Stinissen.

⁴⁹ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 6, 84 en 94. (Nota naar aanleiding van het verslag); Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 76. (Verslag van een wetgevingsoverleg)

⁵⁰ Voor Van Baarsen vormde onzekerheid omtrent het ondraaglijk lijden bij wilsonbekwame mensen aanleiding om vroegtijdig haar zittingstermijn als ethicus in de RTE te beëindigen. In haar optiek is het onjuist dat wilsonbekwame patiënten met dementie voor euthanasie in aanmerking komen. Hierover: Van Baarsen, B. 'Euthanasie bij dementen niet te verdedigen', *Trouw*, zaterdag 13 januari 2018.

Een bijkomend complicerend verschijnsel voor euthanasie is de bij veel chronisch zieke mensen optredende *disability paradox*. Mensen die geconfronteerd worden met de aandoening die zij vroeger vreesden, kunnen in hun grenzen verschuiven in de manier waarop zij hun ziekte beleven en in hetgeen zij kunnen accepteren. Metingen van hun ervaren kwaliteit van leven blijken eerder toe te nemen dan af te nemen. Dit specifieke fenomeen wordt in ‘kwaliteit van leven’ onderzoek onder patiënten met de progressieve ziekte van Huntington, een overerfbare neurocognitieve stoornis (NCS), aangeduid met de term ‘*response shift*’, dat als richtinggevend geldt voor het bepalen van de behandelrichting.⁵¹

Specifiek met betrekking tot euthanasie geldt dat patiënten die wilsbekwaam een schriftelijk euthanasieverzoek hebben opgesteld in de ontwikkeling van hun ziekte kunnen opschuiven, waardoor de ontstane situatie niet *per se* ondraaglijk lijden hoeft te betekenen. Met andere woorden: progressie van de ziekte hoeft geen progressie van het lijden te betekenen.

Het ziektebeeld dementie kent belangrijke klinische kenmerken. Het ziektebeeld speelt voor euthanasie een rol, omdat het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden geplaatst moet worden in de medische context van de ziekte. Zonder substantieel op het ziektebeeld in te gaan en zonder de verschijnselen van de ziekte uit te diepen, volgt nu eerst een beschrijving van het beloop van de ziekte en van de ernst van de geheugen- en cognitieve stoornissen. Dit is van belang, omdat de vaststelling van de wils(on)bekwaamheid van de patiënt betrekking heeft op de fasering van de ziekte, zij het dat niet in zijn algemeenheid kan worden gezegd in welke fase de patiënt niet meer wilsbekwaam mag worden beschouwd.

Wat is dementie?

Dementie is een overkoepelend syndroom, waarachter een groot aantal heterogene ziektebeelden en een groot aantal verschijningsvormen schuilgaan. De term ‘uitgebreide NCS’ vervangt de oorspronkelijke term ‘dementie’, maar in lijn met de vigerende richtlijnen en internationale consensus in het wetenschappelijk veld wordt de overkoepelende term dementie, waaronder de verschillende NCS vallen, toch als de leidende term beschouwd.⁵²

Het belangrijkste kenmerk van een NCS is een stoornis in een of meerdere cognitieve domeinen. Een NCS ontstaat later in het leven en betekent een toenemende achteruitgang in het cognitief functioneren.

De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie. Naar schatting lijden in 2021 in Nederland circa 290.000 mensen aan de ziekte dementie.⁵³ De ziekte wordt gekenmerkt door een sluipend begin en een langzaam progressieve ontwikkeling

⁵¹ Booijs, S. J. *Wishes for the end of life in Huntington's disease* (diss.), Leiden, 2014, 41-43.

⁵² Oude Voshaar, R. et al. (red.) *Handboek Ouderenpsychiatrie*, (par. 27.2 Neurocognitieve stoornissen), Amsterdam: Boom Uitgevers, 2021, 580.

⁵³ Alzheimer Nederland: www.alzheimer-nederland.nl; www.dementie.nl

van cognitieve functiestoornissen.⁵⁴ De meest voorkomende symptomen bij de ziekte van Alzheimer zijn, in volgorde van hun patroon: stoornissen in de geheugenfunctie, taalstoornissen, stoornissen in de praktische vaardigheden, stoornissen in de visuele herkenning, uitvoerende functiestoornissen, neuropsychiatrische verschijnselen en somatische verschijnselen.⁵⁵ Er zijn ook andere vormen van dementie, die een ander patroon en andere ziektekenmerken kennen. Met name wanneer mensen op jonge leeftijd (vóór hun 65^e levensjaar) de diagnose fronto-temporale dementie (FTD) krijgen, is het klassieke Alzheimerpatroon minder aanwezig. Belangrijke kenmerken van FTD zijn het gebrek aan ziekte-inzicht, ontremd en onaangepast gedrag, emotionele onverschilligheid, apathie en initiatiefverlies, obsessief-compulsief gedrag en impulsiviteit, en ook spraak-taalproblemen kunnen bij deze variant voorkomen.⁵⁶

Het dementieproces kent verschillende stadia, die met een aantal trefwoorden te kenschetsen zijn: het prodromale stadium, lichte dementie, matige dementie en ernstige dementie. In iedere fase kan sprake zijn van lijden.

In het voorstadium van het dementieproces (prodromale fase) ontstaan voornamelijk problemen met activiteiten buiten de dagelijkse routine om en voelen patiënten zich dikwijls angstig en onzeker. In deze fase van het dementieproces is doorgaans sprake van angst en onzekerheid. De vroegste veranderingen betreffen geheugen- en concentratieklachten, maar ook verminderde spankracht, interesseverlies, emotionele labiliteit en prikkelbaarheid. Het denken en handelen verlopen trager. Oudere patiënten presenteren zich bijvoorbeeld vaak met valneigingen en andere motorische klachten.⁵⁷

In een vroeg stadium van de ziekte ontstaan problemen met tijdsverhoudingen en oriëntatie in tijd (zoals datum, dag van de week, jaar). Wat later ontstaat ook ruimtelijke desoriëntatie ('verdwalen'). In dit stadium kunnen patiënten nog zelfredzaam zijn, maar de progressieve cognitieve beperkingen hebben een steeds grotere invloed op de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven.⁵⁸

In het stadium van lichte dementie is begeleiding onontkoombaar. Er is in toenemende mate sprake van verminderd cognitief functioneren. De eerste problemen doen zich voor in de instrumentele dagelijkse levensverrichtingen, zoals een maaltijd bereiden, telefoneren, boodschappen doen en met geld omgaan. Patiënten kunnen bij confrontatie met hun onvermogen angstig worden. Er is soms sprake van verbloemen van het onvermogen en van façadevorming, hetgeen deels zijn oorsprong vindt in verminderde

⁵⁴ Jonker, C. et al. (red.) *Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2009, 197.

⁵⁵ Jonker, *Handboek dementie*, 200-201.

⁵⁶ Jonker, *Handboek dementie*, 212-213.

⁵⁷ Oude Voshaar, *Handboek Ouderpsychiatrie*, 596.

⁵⁸ Oude Voshaar, *Handboek Ouderpsychiatrie*, 596.

cognitieve vermogens, maar ook uit verzet en vrees voor wat komen gaat. Veranderingen in het emotioneel functioneren in dit stadium zijn eerder regel dan uitzondering. Een typisch karakteristiek in deze fase van het dementieproces is het optredend verlies van ziektebesef.⁵⁹ Dit vormt met name bij euthanasie een kernprobleem, omdat het zowel het vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie als het (besef van) ondraaglijk lijden kan relativiseren.

Het stadium van matig ernstige dementie wordt gekenmerkt door volledige afhankelijkheid van anderen en noodzaak tot verzorging. Bij mensen in dit stadium schieten ook de basale levensactiviteiten tekort (zoals zelfzorg, toiletgang, het bereiden van een maaltijd). Vaak kan de patiënt niet meer voor een langere periode (uren) alleen gelaten worden. In dit stadium doet zich in toenemende mate ernstig probleemgedrag voor, waardoor persoonlijke verzorging lastiger wordt.⁶⁰

Uiteindelijk wordt opname in een verpleeghuis of psychogeriatrische instelling onvermijdelijk. Het stadium van ernstige dementie wordt sterk bepaald door niet-cognitieve problemen (incontinentie voor urine en faeces) en gedragsproblemen (zoals agressiviteit, nachtelijke onrust en dwaalneigingen). In de late fase van dementie zijn geheugenproblemen zo uitgesproken dat de patiënt zijn naasten niet meer herkent en de patiënt zich in zijn eigen huis verdwaald kan voelen. Vaak staat apathisch gedrag op de voorgrond. Paranoïde waanvorming kan aanwezig zijn. Taaluitingen zijn nu schaars of zelfs helemaal afwezig. Apraxie leidt tot problemen bij het aankleden en eten met mes en vork. Uiteindelijk kan een foetushouding optreden en is er nauwelijks nog besef van de omgeving.⁶¹

Dementie en pijnbeleving

Een belangrijk onderwerp ter aanvulling betreft de pijnbeleving van patiënten met dementie. Hoewel er eerder is gerefereerd aan de visie dat lijden bewustzijn zou veronderstellen, hetgeen van invloed is op de vraag of het lijden voor de patiënt ondraaglijk is, zijn er onderzoeken bekend die stellen dat pijnsignalen bij mensen met dementie verborgen blijven, omdat patiënten zelf niet duidelijk kunnen maken wat ze voelen. Er is lang gedacht dat mensen met dementie misschien wel voelen, maar er minder onder lijden. Dat klopt niet, stelt Achterberg. Het zijn de uitingen die veranderen.⁶²

De specialist ouderengeneeskunde Van Dalen-Kok heeft in haar proefschrift indicatoren en handvatten verstrekt die deze uitingen bij mensen met dementie kunnen signaleren.

⁵⁹ Oude Voshaar, *Handboek Ouderenpsychiatrie*, 596.

⁶⁰ Oude Voshaar, *Handboek Ouderenpsychiatrie*, 596.

⁶¹ Oude Voshaar, *Handboek Ouderenpsychiatrie*, 597.

⁶² Schoonen, W. (red.) 'De stille pijn bij dementie kun je zien', interview met Wilco Achterberg en Annelore van Dalen-Kok, Trouw, 29 maart 2022.

Van Dalen onderschrijft dat mensen met dementie wel degelijk pijnklachten ervaren en ook dat zij onder deze pijnklachten kunnen lijden. Bij mensen met dementie wordt pijn niet per se anders, maar de uitingen van pijn veranderen. Met behulp van vijftien indicatoren, zoals gelaatsuitdrukkingen, lichaamsbeweging en stemgeluid, kunnen door middel van observatie ‘stille’ pijnsignalen van mensen met dementie zichtbaar worden gemaakt.⁶³ Deze benadering is cruciaal voor de herkenning van lijden bij mensen met dementie en voor de manier waarop pijnsignalen worden begrepen en gewaardeerd, en vervolgens worden behandeld.

Kernbegrippen aan de vooravond van de euthanasiewet

Gedurende de parlementaire behandeling van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) door de Tweede Kamer dient de zaak tegen huisarts Flip Sutorius.⁶⁴ Het proces tegen de huisarts van Brongersma wordt veelvuldig in het debat aangehaald. De vervlechting van beide zaken spreekt duidelijk uit de manier waarop tijdens het wetgevingsproces aan de specifieke ‘klaar met leven-problematiek’ wordt gerefereerd en de wijze waarop normen binnen de wet worden gedefinieerd. De thematiek komt in de *Memorie van Toelichting* in het geheel niet voor, maar wordt er gedurende de parlementaire behandeling onder invloed van de voortgang van deze zaak ingevlochten om vervolgens wel een prominente rol te gaan spelen tijdens de mondelinge behandeling van de wet in de Tweede Kamer en daarna.

Dit waren intense debatten, omdat de uitgangspunten van de seculiere partijen en de christelijke partijen zo tegengesteld waren. Voor de christelijke partijen kan de beschermwaardigheid van leven onder geen enkele voorwaarde samengaan met actieve levensbeëindiging.⁶⁵ De Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP) wijst het voorliggende wetsvoorstel fundamenteel en hartgrondig af.⁶⁶ Waar het debat gaat over ‘levensmoeheid’ bevestigen ook de seculiere partijen uiterst kritisch en terughoudend te zijn, maar toch ook de deur op een kier te willen laten om binnen de grenzen van de wet levensmoeheid een reden voor euthanasie te laten zijn – in een zeer uitzonderlijke situatie. En alleen wanneer sprake is van een uitdrukkelijk en duurzaam verzoek van de patiënt.⁶⁷ Tevens worden in de Tweede Kamer ten aanzien van ‘klaar met leven-achtige’ beweegredenen bij tot artsen gerichte verzoeken om euthanasie de betekenis en reikwijdte van het eerder geformuleerde Schoonheim-criterium in de discussie betrokken.

⁶³ Van Dalen-Kok, A.H. *Pain and its consequences in dementia. Observing the complex relationship between pain, behaviour and ADL in nursing home residents*, (diss. Universiteit Leiden), Enschede: Ipskamp Printing, 2022; Schoonen, W. (red.) ‘De stille pijn bij dementie kun je zien’, Trouw, 29 maart 2022.

⁶⁴ *De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) is op 12 april 2001 in het Staatsblad gepubliceerd en op 1 april 2002 in werking getreden; het Brongersma-arrest dateert van december 2002.

⁶⁵ Handelingen II, 2000/2001, nr. 25, 2014.

⁶⁶ Handelingen II, 2000/2001, nr. 25, 2010.

⁶⁷ Handelingen II, 2000/2001, nr. 25, 2026.

De wetgever volgt bij het wetsontwerp het Schoonheim-arrest (1984). Deze zaak is van grote juridische betekenis geweest, omdat voor het eerst een beroep op de strafuitsluitingsgrond overmacht-noodtoestand (art. 40 Sr) voor euthanasie werd gehonoreerd.⁶⁸ In de Wtl wordt er evenwel niet voor gekozen om zorgvuldige euthanasie en hulp bij zelfdoding te legitimeren door een beroep op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht, maar door een bijzondere strafuitsluitingsgronden te creëren in de artikelen 293 lid 2 Sr en 294 lid 2 Sr voor zorgvuldig levensbeëindigend handelen door een arts. Daarmee zou het beroep op artikel 40 Sr in zaken van euthanasie en hulp bij zelfdoding verleden tijd worden.⁶⁹ De begrippen ‘overmacht’, ‘noodtoestand’ en ‘conflict van plichten’ maken met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding sinds de inwerkingtreding van de Wtl daarom niet langer deel uit van het geijkte vocabulaire en zijn geoperationaliseerd tot de in de Wtl voorkomende begrippen.

‘Verdergaande ontluistering’

Onder invloed van het Schoonheim-arrest wordt in het debat over het wetsontwerp het begrip ‘ontluistering’ geïntroduceerd. Vooral de christelijke partijen en de Socialistische Partij (SP) achten codificatie van het Schoonheim-criterium minder vanzelfsprekend dan de regering en plaatsen hier kritische kanttekeningen bij. Zij vinden dat de begrippen ‘verdergaande ontluistering’ en ‘niet op waardige wijze kunnen sterven’ zich goed lenen voor ‘oprekken’ – zeker als men aan ouderdom negatieve aspecten toekent en het verlies van onafhankelijkheid en het verlies van verstandelijke vermogens neerzet als ontluistering. Zal het er dan niet op neerkomen dat wanneer de patiënt zégt dat hij ondraaglijk lijdt, hij [voor de arts] ondraaglijk lijdt?⁷⁰ Kortom, in de *Memorie van Toelichting* zien deze partijen teveel ruimte voor subjectieve interpretaties.⁷¹

De regering reageert hierop met de vaststelling dat het Schoonheim-criterium ruimte laat voor de *concrete omstandigheden van het geval* en dat met overneming van de term ‘ontluistering’ slechts wordt beoogd die aspecten te codificeren op grond waarvan volgens de jurisprudentie tot dusverre een beroep op noodtoestand is aanvaard.⁷²

⁶⁸ Vergelijk noot 30 op pagina 34.

⁶⁹ Of een arts die niet met succes een beroep kan doen op de strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 of art. 294 lid 2 Sr. alsnog ter rechtvaardiging van zijn handelen met succes een beroep kan doen op art. 40 Sr is een vraag die het bestek van dit proefschrift te buiten gaat. Hetzelfde geldt ingeval een niet-arts – die per definitie niet kan voldoen aan de eisen van de Wtl – zich moet verantwoorden ter zake van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Na de uitspraken in de zaak-Heringa lijkt de kans van slagen in elk geval miniem. Zie: HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR:2017:418 en Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:345; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (42) 2018, m.nt. Engberts, D.P., 481-517.

⁷⁰ Kamerstukken II, 1999/00, 26691, nr. 5, 42. (Verslag)

⁷¹ Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3, 10. (Memorie van Toelichting)

⁷² Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 28. (Verslag van een wetgevingsoverleg) en Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137a, 14. (Voorlopig Verslag)

Van verschillende kanten worden hiertegen bezwaren ingebracht. De Eerste Kamer stelt in het verlengde van vragen uit de fracties dat de regering helaas ‘geen unieke koppeling’ heeft aangebracht tussen het Schoonheim-criterium en een bepaald ziektebeeld, in het bijzonder de ziekte van Alzheimer. De regering roept daarop in herinnering dat dit zich in de rechtspraak nog nooit heeft voorgedaan en dat de Wtl daarin geen verandering zal brengen. Het Schoonheim-criterium is niet op een bepaalde ziekte of bepaalde categorieën van ziekten van toepassing, maar kan voortvloeien uit pijn, toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering óf het vooruitzicht op een afschrikwekkende dood.

Het criterium is bovendien niet grenzeloos, want het *enkele vooruitzicht op dit lijden*, kan in het licht van het Schoonheim-criterium niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt.⁷³ Van geval tot geval, bij uiteenlopende ziektebeelden, dient te worden bekeken of sprake is van ontluistering en zal de arts zich een oordeel moeten vormen over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dit geldt in geval van de ziekte van Alzheimer, maar ook voor de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en Multiple Sclerose.⁷⁴

Minister Borst van Volksgezondheid (VWS) wijst in dit verband op de bijzondere feitelijke situatie waarvan sprake is in het geval van dementie, leidende tot het verlies van de persoonlijkheid. Ook hiervoor geldt dat de beoordeling of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden een medisch-professioneel oordeel behelst en in ieder concreet geval dient te worden bekeken door een arts. Het hoort volgens de minister om die reden niet in een politieke discussie thuis.⁷⁵

Onderscheid tussen uitzichtloosheid en ondraaglijkheid

Een ander bezwaarpunt betreft het onderscheid tussen de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van lijden. Is het oordeel over de ondraaglijkheid een oordeel dat binnen de medisch-professionele competentie van de arts valt? Hoe gaan artsen met kwesties om die weliswaar worden geacht binnen het bereik van hun professionele domein te liggen, maar die zich zouden kunnen uitstrekken tot buiten het bereik van hun professionele domein?

Het zou volgens Rouvoet (namens RPF/GPV) niet vol te houden zijn dat ‘uitzichtloosheid’ als een bij uitstek medisch en objectief oordeel wordt gezien, terwijl ‘ondraaglijkheid’ veel subjectiever van karakter is. Bovendien betreft uitzichtloos en ondraaglijk lijden in totaliteit een zeer subjectief en niet meetbaar en volstrekt open criterium, aldus Rouvoet.⁷⁶ Aan de beleving van lijden is immers altijd een geestelijke kant verbonden,

⁷³ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 24. (Memorie van Antwoord)

⁷⁴ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 24. (Memorie van Antwoord)

⁷⁵ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 35. (Memorie van Antwoord)

⁷⁶ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 49. (Verslag van een wetgevingsoverleg)

zo overwegen ook de leden van de PvdA-fractie in de Tweede Kamer. Het onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden heeft daarmee iets willekeurigs.⁷⁷

De regering overweegt in antwoord op deze vragen dat de begrippen uitzichtloos en ondraaglijk, ook blijkens de jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn; zonder uitzichtloosheid kan geen sprake zijn van lijden dat ondraaglijk is. Zij vormen elk een noodzakelijke voorwaarde, maar *geen zelfstandige voorwaarde* voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding.⁷⁸ De regering betreft daarbij nadrukkelijk dat iemand die niet zozeer in medisch opzicht lijdt, maar die ondraaglijk lijdt omdat voor hem de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat hij de dood verkiest boven verder leven *niet valt* onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals in de Wtl is vastgelegd.⁷⁹

Hieruit ontwikkelen zich tal van andere vragen. Tijdens een wetgevingsoverleg, dat samenvalt met de dag waarop het vonnis van de rechtbank in de zaak-Brongersma wordt verwacht (vermoedelijk op 30 oktober 2000), gebeurt iets opmerkelijks. Kritische Kamerleden vragen of de regering kan garanderen dat geen rechter ooit een zodanige interpretatie aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zal geven dat een arts vrijuit gaat die het leven beëindigt van een patiënt die klaar is met leven. Het SP-kamerlid Kant maakt met enige klem melding van de woorden die Brongersma zelf aan zijn levenssituatie zou hebben gegeven, zijnde de basis van zijn verzoek om levensbeëindiging: ‘De menukaart van het leven heeft even niet zoveel te bieden.’⁸⁰ Veel partijen voelen behoefte iets over de zaak te zeggen. Uit de interrupties wordt duidelijk dat er zorgen zijn en ook weerzin heerst met betrekking tot het leven willen inrichten naar eigen wensen. De tekst van het vonnis is op dat moment nog niet aan iedereen bekend, verontschuldigt de Kamervoorzitter zich, maar duidelijk is wel dat de arts Sutorius ontslagen is van alle rechtsvervolging. Opgemerkt zij dat de Wtl toen nog niet van kracht was en de rechtbank de zaak behandelde op grond van het jurisprudentieel kader. Daarmee bleef het ‘klaar zijn met leven-argument’ en ‘klaar met leven-achtige overwegingen’ pijnlijk en levensgroot boven de Wtl blijven hangen.

Naar aanleiding van suggesties uit de Kamer (SGP) in de richting van de minister van Justitie om zich actief te betonen in het bevorderen van een hoger beroep of een arrest Hoge Raad, juist ter wille van de helderheid over de grenzen en de jurisprudentie, antwoordt de minister:

⁷⁷ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 32. (Memorie van Antwoord)

⁷⁸ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 33. (Memorie van Antwoord)

⁷⁹ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 33. (Memorie van Antwoord)

⁸⁰ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 39. (Verslag van een wetgevingsoverleg)

Over het algemeen gaat het hierbij om open normen. Daar is altijd sprake van een bepaalde dynamiek, want na verloop van tijd worden die normen weer anders uitgelegd. Ik heb in dit stadium aangegeven wat het oordeel van het kabinet is met betrekking tot het klaar zijn met het leven. Daaruit kunt u opmaken dat ik het gesprek met het openbaar ministerie met een bepaalde attitude zal ingaan. Maar wellicht zal men op grond van een concrete casus ook mij weer weten te overtuigen en kom ik tot een ander standpunt.⁸¹

Begrenzing van het medisch domein

In de Tweede Kamer komt de begrenzing van het medisch domein in het plenaire debat opnieuw vurig naar voren. Over de afbakening van het lijdensbegrip geeft Dittrich (D66) aan dat wat hem betreft het begrip ‘ondraaglijk lijden’ voor iederéén uitermate subjectief is. Het hangt namelijk af van de patiënt. De ene patiënt ervaart zijn eigen lijden op zijn eigen wijze en een andere patiënt ervaart zijn lijden in een soortgelijke situatie op een andere manier. We kunnen als wetgever geen norm bedenken die altijd haarscherp van tevoren aangeeft wanneer er wel en wanneer er niet sprake is van ‘ondraaglijk lijden’. Daar is nu juist de rechtspraak voor. En in de woorden die een wetgever kiest, is altijd een zekere ruimte, een zekere marge, al zullen rechters geen stempelmachine worden die altijd meteen kunnen meten wanneer wel en wanneer niet sprake van ondraaglijk lijden is. Dittrich:

Wij kleuren door dit debat met zijn allen de wetsgeschiedenis. Een rechter die op een gegeven moment zo’n situatie voor zich krijgt, zal het debat nalezen en zien dat de fractie van D66 op zich moeite heeft met de categorie ‘levensmoe’, ‘klaar met leven’. Ik zeg er echter nadrukkelijk bij dat wij niet altijd zullen zeggen dat dit niet onder het begrip ‘ondraaglijk’ zal kunnen vallen.⁸²

D66 onderstreept enerzijds het classificatievereiste door afgrenzing van het medisch domein bij euthanasie, maar houdt anderzijds de deur open voor toekomstige ontwikkelingen en interpretaties omtrent hetgeen onder ondraaglijk lijden zou kunnen vallen. Deze feitelijke patstelling wil de regering doorbreken met de woorden: ‘Wij willen de uitdrukkelijke en vrijwillige stervenswens van de patiënt respecteren door het zorgvuldig handelen van de arts in dit kader niet aan te merken als een strafbaar feit. Hiermee wordt naar onze mening meer dan nu het geval is recht gedaan aan het belang van de arts die zijns ondanks wordt geconfronteerd met een zeer moeilijke situatie. De gedachte van zelfbeschikking komt in het voorliggende wetsvoorstel terug, doordat volledig wordt erkend dat gehoor mag worden gegeven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Dit kan echter nooit worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking.’⁸³

⁸¹ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 60. (Verslag van een wetgevingsoverleg)

⁸² Handelingen II, 2000/2001, nr. 25, 2026-2027.

⁸³ Kamerstukken I, 2000/01, 26691, nr. 137b, 2-3. (Memorie van Antwoord)

Ook zullen in de nieuwe euthanasiewet een 'klaar met leven-situatie' en andere 'Drion-achtige situaties' niet onder het Schoonheim-criterium vallen, verzekert de regering.⁸⁴ Wel benadrukt zij dat het gaat om 'open' normen. Daarin is altijd sprake van een bepaalde dynamiek, want na verloop van tijd worden die normen anders uitgelegd en kunnen de zorgvuldigheidseisen andere interpretaties krijgen.⁸⁵ De Wtl zou niet algemeen zijn, maar recht doen aan de *concrete omstandigheden van het geval* (Schoonheim). In de nadruk die de wetgever daarop legt, geeft men aan dat niet alleen vanuit de wet naar de maatschappelijke en individuele context moet worden gekeken, maar ook omgekeerd: vanuit concrete omstandigheden en situaties die zich voordoen in de maatschappij naar de wettelijke toepassing ervan.

Kernvereisten voor euthanasie

Alhoewel iedere casus wordt gekleurd door de bijzondere omstandigheden van het geval, kunnen uit de jurisprudentie enkele algemene begrippen worden gedestilleerd. Ten eerste moet sprake zijn van een uitdrukkelijk vrijwillig verzoek van de betrokkene dat voortkomt uit een duurzaam verlangen naar euthanasie. Ten tweede, er moet onmiskenbaar sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in een medische context. Ten derde, ook psychisch lijden kan grond zijn voor het verlenen van levensbeëindigende hulp, als de mogelijkheid om te beslissen over een euthanasieverzoek bij de patiënt aanwezig is. Ten vierde, om het lijden van de patiënt te verlichten, is geen redelijk alternatief beschikbaar. Ten vijfde moet de euthanasie of hulp bij zelfdoding worden verleend door een arts en ten zesde, de arts moet een andere, ter zake kundige en onafhankelijke arts consulteren.⁸⁶ Dit zijn de kernbegrippen aan de vooravond van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl), die gelden als voorlopers van de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

In het volgende hoofdstuk worden rode draden van het wetgevingsproces uiteengezet aan de hand van een min of meer chronologische behandeling van de parlementaire behandeling van de wet. Onder invloed van Kamervragen wordt het concept 'overeenkomstige toepassing' ontwikkeld, waarmee bedoeld wordt op euthanasie-

⁸⁴ Kamerstukken II, 1999/00, 26691, nr. 5, 21 en 40-41. (Verslag); Huib Drion, rechtsgeleerde en oud-raadsheer in de Hoge Raad, publiceert in 1991 een essay in NRC Handelsblad met als titel Het zelfgewilde einde van oudere mensen. In de context van toenemende afhankelijkheid en vereenzaming onder ouderen spreekt Drion zich uit over de mogelijkheid voor alleenstaande ouderen om op een zelfgekozen moment waardig en pijnloos uit het leven te stappen op een manier die voor henzelf en voor hun omgeving aanvaardbaar is. Als een levensvatbaar alternatief, vergeleken met een mensonwaardige en onaanvaardbare manier van een gewelddadig einde aan het leven te (moeten) maken, waarvoor Drion vreest. Het ideaal van Drion appelleert aan de beginselen van zelfbeschikking en menselijke waardigheid en ligt in zekere zin in het verlengde van het Schoonheim-arrest (1984), waarin ter rechtvaardiging van het handelen van de arts gewicht wordt toegekend aan de steeds verdergaande ontlustering van patiënte en de dreigende onmogelijkheid van waardig sterven als elementen die bijdragen aan ondraaglijk lijden.

⁸⁵ Kamerstukken II, 2000/01, 26691, nr. 22, 60. (Verslag van een wetgevingsoverleg)

⁸⁶ Leenen, H.J.J. 'Ontwikkelingen in de jurisprudentie met betrekking tot het levenseinde', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (139) 1995, 1459-1461.

verlening op basis van een (wilsbekwaam opgestelde) schriftelijke wilsverklaring aan wilsonbekwame mensen met dementie, die hun uitdrukkelijke verzoek om levensbeëindiging niet meer mondeling kunnen herhalen. De totstandkoming van dit concept heeft de nodige voeten in de aarde gehad. Het volgende hoofdstuk gaat gedetailleerd in op de ontwikkeling en totstandkoming van dit concept om in de verdere hoofdstukken de vraag te stellen wat het concept 'overeenkomstige toepassing' – in gemedieerde vorm – in de medische praktijk van artsen betekent.

