Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Leerboek gezondheidsrecht	
Series Title		
Chapter Title	Rondom het einde van het leven	
Copyright Year	2024	
Copyright HolderName	Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature	
Corresponding Author	Family Name	**Vito**
	Particle	**De**
	Given Name	**L.L.A.**
	Prefix	Mr.
	Suffix	
	Degree	
	Role	
	Division	
	Organization	Universiteit van Amsterdam
	Address	Amsterdam, Nederland
	Email	

Samenvatting	Iedere samenleving heeft gebruiken en regels die samenhangen met het overlijden van mensen. Weliswaar is het overlijden van een mens in emotionele zin vooral iets dat de directe nabestaanden raakt, maar het is ook een aangelegenheid die het bredere samenlevingsverband aangaat, waarbij dikwijls een religieuze of levensbeschouwelijke gemeenschap een rol speelt en waarbij steeds ook de burgerlijke samenleving is betrokken. Deze regels en gebruiken betreffen zowel de situatie ná overlijden, denk aan regels omtrent het vaststellen van de dood en de lijkbezorging, als de situatie voorafgaand aan het overlijden, denk aan de regels omtrent palliatieve sedatie en euthanasie. Naast een beschrijving van het positief recht besteedt dit hoofdstuk ook aandacht aan de manier waarop zowel de maatschappij als de beroepsgroep het levenseinde ziet en welke spanningen en discussies dit oproept.
Trefwoorden (separated by '-')	Overlijden - Na overlijden - Lijkbezorging - Euthanasie - Levenseinde

Rondom het einde van het leven

L. L. A. De Vito

5.1 Inleiding – 150

5.2 Na het overlijden – 150
5.2.1 Het vaststellen van de dood – 150
5.2.2 Postmortaal onderzoek (sectie, obductie, autopsie) – 154
5.2.3 Lijkbezorging – 156

5.3 Beslissingen rond het levenseinde – 157
5.3.1 Einde van de behandeling gevolgd door het overlijden – 158
5.3.2 Stoppen met voedsel en vocht – 161
5.3.3 Palliatieve zorg – 163
5.3.4 Euthanasie en hulp bij zelfdoding – 163
5.3.5 Actieve levensbeëindiging zonder verzoek – 172

Geraadpleegde literatuur – 175

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2024
D. P. Engberts et al. (Red.), *Leerboek gezondheidsrecht*,
https://doi.org/10.1007/978-90-368-3019-5_5

5.1 Inleiding

Iedere samenleving heeft gebruiken en regels die samenhangen met het overlijden van mensen. Weliswaar is het overlijden van een mens in emotionele zin vooral iets dat de directe nabestaanden raakt, in meer verwijderde zin is het ook een aangelegenheid die het bredere samenlevingsverband aangaat.

Deze regels en gebruiken betreffen zowel de situatie ná overlijden, denk aan regels omtrent het vaststellen van de dood en de lijkbezorging, als de situatie voorafgaand aan het overlijden. Niet zelden immers is het overlijden langere of kortere tijd van tevoren voorzien en is juist met betrekking tot dat overlijden een bepaald medisch beleid gevoerd.

Dit hoofdstuk behandelt beide situaties. Ten aanzien van de situatie na het overlijden is de Wet op de lijkbezorging (Wlb) de belangrijkste rechtsbron. Ten aanzien van de situatie voorafgaand aan het overlijden spelen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)[1] en de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) een prominente rol.

Naast een beschrijving van het positief recht besteedt dit hoofdstuk ook aandacht aan de manier waarop zowel de maatschappij als de beroepsgroep het levenseinde zien en welke spanningen en discussies dit oproept.

5.2 Na het overlijden

In een geordende samenleving moeten er regels zijn over het vaststellen van de dood, over de mogelijke bestemmingen van een stoffelijk overschot, over de wijze van handelen ingeval de overledene (mogelijk) de dood heeft gevonden als gevolg van een misdrijf, et cetera. Deze paragraaf behandelt achtereenvolgens: het vaststellen van de dood (► par. 5.2.1), postmortaal onderzoek (► par. 5.2.2) en de lijkbezorging (► par. 5.2.3).

5.2.1 Het vaststellen van de dood

Het basale uitgangspunt van de Wet op de lijkbezorging (Wlb) is dat de dood moet worden vastgesteld en dat na die vaststelling een verklaring van overlijden dient te worden opgesteld. Het constateren van de dood vereist niet een speciale bevoegdheid, maar het opstellen van een verklaring van overlijden is aan artsen voorbehouden. Voordat een arts een dergelijke verklaring opstelt, dient hij zich ervan te vergewissen dat de betrokkene is overleden: de lijkschouwing.

Lijkschouwing

Het begrip 'lijkschouwing' wordt in de Wlb niet nader omschreven of gedefinieerd, maar taalkundig gezien wijst het op een uitwendig onderzoek van het stoffelijk overschot. En ook afgaand op de regels voor invasief onderzoek naar de doodsoorzaak (dit kan alleen plaatsvinden met toestemming of op last van het bevoegd gezag, zie ook ► par. 5.2.2) lijkt dit de enige correcte uitleg. In 2015 is er door forensisch geneeskundigen wel voor gepleit om lijkschouwing door de gemeentelijke lijkschouwer mede te laten omvatten het doen van postmortaal onderzoek met een beperkt invasief karakter, zoals: het meten van de rectale temperatuur, spierprikkeling via elektroden, radiologisch onderzoek, blaaskatheterisatie, blaaspunctie, venapunctie en oogbolpunctie.[2] Het meten van de rectale temperatuur is een weinig invasieve handeling, radiologisch onderzoek kan zelfs zonder

1 De WGBO is geen aparte wet maar onderdeel geworden van boek 7 Burgerlijk Wetboek. Hierna zal de term WGBO gebruikt worden als verwezen wordt naar het geheel van regels, maar zal de term BW gebruikt worden om specifieke bepalingen mee aan te duiden.

2 Das K et al. Bij goede lijkschouw hoort invasief onderzoek. Med Contact 2015;70:2198–200.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 150/177

invasieve handelingen worden uitgevoerd.[3] Deze suggesties zijn echter niet overgenomen, zo blijkt uit de Richtlijn die in 2016 is vastgesteld.[4]

De lijkschouwing geschiedt door hetzij de behandelend arts, hetzij een gemeentelijke lijkschouwer.[5] De gemeentelijke lijkschouwer is een door het college van burgemeester en wethouders benoemde arts die belast is met het uitvoeren van een aantal in de Wlb genoemde taken. Tot gemeentelijke lijkschouwer kunnen alleen artsen worden benoemd die staan geregistreerd als forensisch arts (art. 5 Wlb). Bij de lijkschouwing wordt vastgesteld dat de dood is ingetreden en vormt de schouwend arts zich een oordeel over de doodsoorzaak: natuurlijk of niet-natuurlijk.

Natuurlijk en niet-natuurlijk

Het is een wezenlijk belang van de samenleving dat mensen niet onopgemerkt als gevolg van een misdrijf overlijden. Daarom wordt een onderscheid gemaakt tussen natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaken. Dat dit onderscheid er is volgt uit art. 7 lid 1 Wlb, maar de Wlb geeft niet aan hoe tussen beide categorieën van doodsoorzaken onderscheid kan worden gemaakt.

Uit de wetsgeschiedenis van de Wlb en voorafgaande wetten, alsook uit de jurisprudentie, kan worden afgeleid dat ziekte en ouderdom als natuurlijke doodsoorzaken werden aangemerkt en dat ongeval, misdrijf en suïcide[6] als niet-natuurlijke doodsoorzaken golden. Inmiddels is het heersend inzicht dat ouderdom op zichzelf niet een doodsoorzaak kan zijn. Daarom geldt thans als definitie van natuurlijke dood:

> ‘ieder overlijden dat *uitsluitend* het gevolg is van een spontane ziekte, inclusief een lege artis uitgevoerde medische behandeling.’[7]

Er is in ieder geval sprake van een ‘niet-natuurlijke dood’

> ‘bij een overlijden als direct of indirect gevolg van een ongeval, geweld of een andere van van buiten komende oorzaak, een misdrijf of zelfmoord.’[8]

Voorts volgt uit art. 7 lid 2 Wlb dat ook overlijden als gevolg van levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) of hulp bij zelfdoding een niet-natuurlijke doodsoorzaak oplevert. Ook overlijden als gevolg van een ongeval is aangemerkt als een niet-natuurlijke doodsoorzaak: het ongeval kan een misdrijf maskeren of iemand kan schuldig zijn aan het plaatsvinden van het ongeval, bijvoorbeeld doordat roekeloos of onachtzaam is gehandeld.

Categorieën van niet-natuurlijke dood volgens Das[9]

- Ongeval
- Verdrinking
- Verstikking
- Verslikking
- Geweld

3 Dit zal meestal wel overbrenging van het stoffelijk overschot naar een radiologische afdeling van een ziekenhuis met zich meebrengen.

4 Richtlijn Lijkschouw voor behandelend artsen, 2016, opgesteld door de NHG in samenwerking met Verenso, enkele specialistenverenigingen, het Forensisch Medisch Genootschap en de KNMG.

5 En wel ‘zo spoedig mogelijk na het overlijden’, bepaalt art. 3 Wlb. Volgens de Handreiking (niet-) natuurlijke dood, versie 1.0, januari 2016, p. 3, betekent dit: binnen drie uur nadat de behandelend arts van het overlijden heeft kennisgenomen. Na een verwacht overlijden in een verpleeg- of verzorgingshuis mag de lijkschouw worden uitgesteld tot de volgende ochtend 08.00 uur.

6 Ook als de suïcide het begrijpelijke gevolg is van de psychiatrische stoornis waaraan de patiënt leed, is er sprake van een niet-natuurlijke doodsoorzaak.

7 Handreiking (Niet-)natuurlijke dood, p. 2.

8 Handreiking (Niet-)natuurlijke dood, p. 5.

9 Das C. Overlijdensverklaringen en artsen. Wet en praktijk. Wageningen: Ponsen & Looijen; 2004. p. 16.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 151/177

- Moord
- Doodslag
- Mishandeling
- Vergiftiging
- Overdosis
- Suïcide
- Hulp bij zelfdoding
- Euthanasie
- Actieve levensbeëindiging zonder verzoek
- Zwangerschapsafbreking na 24 (of meer) weken zwangerschap
- Overlijden door een (para)medische fout

5

Over de laatste categorie van de opsomming het volgende. Van oudsher geldt ziekte als natuurlijke doodsoorzaak bij uitstek. Het komt echter dikwijls voor dat mensen – zeker ook oude mensen – niet rechtstreeks aan een ziekte overlijden maar aan de gevolgen of complicaties van de behandeling van hun aandoening. Ook in dat geval is sprake van een natuurlijke doodsoorzaak, op voorwaarde dat de behandeling *lege artis* is uitgevoerd, op de juiste indicatie en met toestemming van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, is sprake van een niet-natuurlijke doodsoorzaak als de patiënt (mede) overlijdt aan de gevolgen van medische behandeling.

Verklaring van overlijden

Als de behandelend arts de schouwing verricht en de overtuiging heeft dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak, stelt hij een dienovereenkomstige verklaring van overlijden op (het zogenoemde A-formulier), alsmede een verklaring (het B-formulier) over de doodsoorzaak en de daarmee samenhangende medische gegevens ten behoeve van de doodsoorzakenregistratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Beide formulieren worden – door een nabestaande of de uitvaartverzorger – overhandigd aan de ambtenaar van de burgerlijke stand, die op basis van het A-formulier schriftelijk verlof geeft tot begraving of crematie en het B-formulier, ontdaan van de personalia van de overledene maar voorzien van een registratienummer, doorstuurt naar het CBS.

Als de behandelend arts de lijkschouwing verricht en niet tot de overtuiging komt dat er sprake is geweest van een natuurlijke doodsoorzaak,[10] geeft hij geen verklaring van overlijden af maar informeert hij 'onverwijld' de gemeentelijke lijkschouwer (art. 7 lid 3 Wlb).[11] Strikt genomen is dit een schending van het beroepsgeheim. Deze schending is evenwel gelegitimeerd omdat zij is gebaseerd op een wetsbepaling.[12] Bovendien is deze regeling zo geconstrueerd dat de schending minimaal is. De behandelend arts zal aan de gemeentelijke lijkschouwer alleen die gegevens verstrekken die hem hebben belet om tot de overtuiging te komen dat sprake is geweest van een natuurlijke doodsoorzaak.

Nadat de gemeentelijke lijkschouwer is geïnformeerd en persoonlijk een schouwing heeft verricht, kan hij alsnog tot de overtuiging komen dat sprake is geweest van een natuurlijke doodsoorzaak. In dat geval geeft de gemeentelijke lijkschouwer een verklaring van overlijden af (A-formulier) en vult hij tevens het B-formulier in.[13]

Uit het voorgaande vloeit voort dat de gemeentelijke lijkschouwer zowel in eerste

10 Bij twijfel over de doodsoorzaak – inclusief twijfel of een doodsoorzaak als complicatie of als fout moet worden aangemerkt – kan dus geen verklaring van (natuurlijk) overlijden worden afgegeven.

11 Indien de behandelend arts aarzelt, kan hij ook (telefonisch) overleggen met de gemeentelijke lijkschouwer alvorens hij besluit wel of niet een verklaring van (natuurlijk) overlijden af te geven.

12 Zie ook ► H. 2, ► par. 2.4.

13 Als de gemeentelijke lijkschouwer tot een natuurlijke doodsoorzaak concludeert, moet hij zelf de verklaring van overlijden ondertekenen en mag hij dit niet alsnog door de behandelend arts laten doen.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 152/177

instantie de taak kan hebben zich een oordeel te vormen over de doodsoorzaak – namelijk als er geen behandelend arts is of de doodsoorzaak evident niet-natuurlijk is – alsook in tweede instantie: als de behandelend arts niet overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak. Als de gemeentelijke lijkschouwer niet (alsnog) concludeert tot een natuurlijke doodsoorzaak, informeert hij de officier van justitie (OvJ) en de ambtenaar van de burgerlijke stand. In dat geval wordt geen verlof tot begraving of crematie gegeven zolang niet de OvJ een verklaring van geen bezwaar heeft afgegeven ~~(art. 12 en 76 Wlb)~~. De OvJ zal overgaan tot het afgeven van zo'n verklaring als daartegen niet langer bezwaar bestaat met het oog op het opsporen van strafbare feiten en de vervolging van de daders.

Behandelend arts

Vaak is het zonder meer duidelijk wie de behandelend arts van de overledene is geweest, maar soms ook niet. In de *Handreiking (niet-)natuurlijke dood* wordt het begrip als volgt omschreven:

> » 'Degene die de overledene tijdens het leven als laatste op enigerlei wijze onder zijn zorg had.'[14]

Deze omschrijving biedt zeker goede aanknopingspunten voor de praktijk, maar er zijn ook bezwaren tegen in te brengen. Om te beginnen wordt het begrip 'behandelend arts' op die manier toegespitst op één persoon, terwijl het eerder regel dan uitzondering is dat een patiënt door meerdere artsen wordt behandeld. Ook zou de genoemde omschrijving tot de moeilijk verdedigbare uitkomst leiden dat de huisarts van de patiënt niet als behandelend arts kan worden aangemerkt als de patiënt, voorafgaand aan zijn overlijden thuis, als laatste arts een medisch specialist heeft geconsulteerd.

Ten slotte kan de vraag rijzen of de waarnemend huisarts die de dood van de patiënt constateert zonder hem ooit in leven te hebben gezien, als behandelend arts in de zin van de Wlb kan worden aangemerkt. Het praktische belang van deze vragen is uiteraard: Welke arts is bevoegd de lijkschouw te verrichten en een verklaring van overlijden af te geven? Gelet op deze context, het afgeven van een verklaring van overlijden, is er veel te zeggen voor een meer functionele omschrijving: behandelend arts in de zin van de Wlb is de arts die voldoende bekend is met de patiënt om zich in redelijkheid een oordeel te kunnen vormen over de vraag of sprake is geweest van een natuurlijke dan wel een niet-natuurlijke doodsoorzaak. Dat kan ook een arts zijn die de overledene nooit bij leven heeft gezien, maar de zorg voor de patiënt tijdens de weekeind- of avonddienst gedocumenteerd overgedragen heeft gekregen.[15] In de praktijk betekent dit dat de arts die op een huisartsenpost dienst heeft, optreedt als behandelend arts in de zin van de Wlb met betrekking tot alle patiënten die staan ingeschreven bij een praktijk waarvoor de huisartsenpost waarneemt. De inhoud van het begrip 'behandelend arts' houdt dan niet anders in dan dat de arts die de lijkschouw verricht en de verklaring van overlijden afgeeft, toegang heeft tot het elektronisch (huisarts)dossier van de overledene.

Minderjarigen

Op basis van wetenschappelijk onderzoek moet worden gevreesd dat kindermishandeling niet zeldzaam is en dat zelfs regelmatig kinderen als gevolg hiervan overlijden. In zulke gevallen zou uiteraard niet een verklaring van natuurlijk overlijden mogen worden afgegeven, maar dat leek soms wel te gebeuren. Mogelijk hadden de verantwoordelijke artsen, meestal huisartsen of kinderartsen, geen zicht op de voorafgegane mishandeling,

14 Handreiking (niet-)natuurlijke dood, p. 10.

15 In deze zin ook de Handreiking (niet-)natuurlijke dood.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 153/177

mogelijk ook wilden ze bedroefde ouders niet met mogelijk onterechte vermoedens daaromtrent belasten. Om dit probleem hanteerbaar te maken en de mogelijkheden voor preventief beleid te vergroten, is art. 10a toegevoegd aan de Wlb, aanvankelijk bekend als de procedure Nader Onderzoek Doodsoorzaak bij minderjarigen (NODO), later bekend als de procedure Nader Onderzoek naar de Doodsoorzaak bij Kinderen (NODOK).

Nadat de NODO-procedure in 2012 volledig in werking was getreden, is zij geëvalueerd, waarbij werd geconstateerd dat de procedure niet leidde tot het ontdekken van gevallen van onopgemerkte kindermishandeling als doodsoorzaak van minderjarigen. Daarbij kwam dat de procedure voor ouders van een overleden kind soms belastend was, in het bijzonder indien het stoffelijk overschot voor nader onderzoek naar elders werd overgebracht. Het gevolg is dat de NODO-procedure per 1 januari 2014 sterk werd vereenvoudigd.[16] Per 1 augustus 2016 is de procedure nogmaals herzien en omgedoopt in NODOK-procedure, waarbij het oogmerk van opsporing van eventuele strafbare feiten is losgelaten.[17] Sindsdien is de gang van zaken als volgt.

Na het overlijden van een minderjarige moet de behandelend arts conform art. 10a Wlb contact opnemen met de gemeentelijke lijkschouwer. Indien er een aanwijzing is voor een niet-natuurlijke doodsoorzaak, verricht de gemeentelijke lijkschouwer de lijkschouw en deze informeert de OvJ indien (het vermoeden van) een niet-natuurlijke doodsoorzaak wordt bevestigd. Daarna kan een justitieel traject volgen, inclusief een gerechtelijke obductie. Als de behandelende arts overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak, wordt in telefonisch overleg met de gemeentelijke lijkschouwer afgesproken dat de behandelend arts de lijkschouw zal verrichten en de verklaring van (natuurlijk) overlijden zal afgeven, onder vermelding van de naam van de gemeentelijke lijkschouwer met wie is overlegd. Indien er geen aanwijzing is voor een niet-natuurlijke doodsoorzaak, maar het overlijden onverklaard en onverwacht is, kan – mits de ouders toestemming geven – nader onderzoek naar de doodsoorzaak plaatsvinden in een universitair medisch centrum (UMC) als de gemeentelijke lijkschouwer en de kinderarts van het UMC daartoe aanleiding zien.[18]

5.2.2 Postmortaal onderzoek (sectie, obductie, autopsie)

Na overlijden resteren dikwijls vragen over de aard en omvang van het ziekteproces en de doodsoorzaak.[19] Postmortaal onderzoek, ook wel 'sectie', 'obductie' of 'autopsie' genoemd,[20] kan bijdragen aan de beantwoording van die vragen.

In de loop van de tijd is een andere doelstelling van postmortaal onderzoek echter nog belangrijker geworden: het verifiëren van de juistheid van de bij leven uitgevoerde klinische diagnostiek en het evalueren van de effectiviteit van de ingestelde behandelingen. Daartoe wordt het lijk opengesneden, worden de afzonderlijke organen en weefsels bestudeerd en worden kleine stukjes daarvan achtergehouden voor nader onderzoek.[21]

16 Brief van de staatsecretaris van VWS van 16 december 2013, Kamerstukken II 2013/14, 33750 XVI, nr. 80.

17 Brief van de minister van VWS van 30 juni 2016, Kamerstukken II 2015/16, 34300 XVI, nr. 164.

18 De precieze gang van zaken is vastgelegd in het Handelingsprotocol Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen (NODOK), te raadplegen via: ► www.nvk.nl/Nieuws/Dossiers/NODO.aspx.

19 Ook als de precieze doodsoorzaak niet bekend is, kan de behandelend arts of de gemeentelijke lijkschouwer tot de overtuiging komen dat er sprake is geweest van een natuurlijke doodsoorzaak.

20 In de medische sfeer wordt veelal van obductie gesproken; de Wlb spreekt over sectie en autopsie is het woord dat veelal in de context van het strafrecht wordt gebruikt.

21 Nabestaanden kunnen geen aanspraak maken op deze stukjes weefsel; CTG 8 maart 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:107.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 154/177

Toestemming en indicatie

De vraag is of de regels die ons recht kent ter bescherming van de integriteit van het lichaam, zoals art. 11 Grondwet ~~(Gw)~~ en de WGBO, ook gelden met betrekking tot het stoffelijk overschot van een overledene. Het antwoord is niet zo simpelweg te geven en daarom is het goed dat de Wlb hierover expliciete regels bevat.

Art. 72 Wlb bepaalt dat sectie op een overledene kan worden verricht als de betrokkene daarvoor bij leven[22] schriftelijk toestemming heeft gegeven. Als de overledene zich daarover niet heeft uitgesproken, kan toestemming worden gegeven door respectievelijk de partner van de overledene, de bereikbare bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad, de aanwezige meerderjarige erfgenamen of degenen die de zorg voor de uitvaart op zich nemen.

Hoewel de terminologie in dit verband enigszins oneigenlijk aandoet, geldt ook voor sectie dat het een medische verrichting betreft die wordt aangeboden – als regel aan de nabestaanden – als daarvoor een indicatie is. Dat betekent dat nabestaanden geen aanspraak kunnen maken op sectie van de overledene. Zij kunnen daarom wel verzoeken en dat verzoek onderbouwen met argumenten, maar als nabestaanden kunnen zij sectie niet afdwingen. Er zijn wel gevallen waarin sectie op bevel van hogerhand plaatsvindt, maar in die gevallen spelen de nabestaanden juist niet de hoofdrol. Daarover het volgende.

Sectie op verzoek

Er zijn omstandigheden waarin sectie mag (en zelfs moet) worden verricht zonder dat de overledene of zijn nabestaanden daarvoor toestemming hebben gegeven (art. 73 Wlb). In het voorgaande was al sprake van het beletten van begraving of crematie door de OvJ in geval van een (mogelijk) misdrijf. In het kader van een strafrechtelijk onderzoek kan de OvJ (of de rechter-commissaris) een gerechtelijke sectie gelasten.[23]

Sectie kan ook plaatsvinden op verzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) indien het belang van de volksgezondheid in het geding is. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als er geen nabestaanden zijn of de nabestaanden toestemming tot sectie hebben geweigerd en alleen door middel van sectie kan worden vastgesteld of iemand heeft geleden aan een besmettelijke ziekte waartegen onmiddellijk preventieve maatregelen zouden moeten worden getroffen als de overledene daaraan inderdaad zou hebben geleden. Het zal dan veelal de behandelend arts zijn die de IGJ de suggestie doet om te verzoeken om sectie.

Sinds de inwerkingtreding van de bepalingen inzake de NODO(K)-procedure voorziet art. 74 Wlb in de mogelijkheid dat de rechtbank op verzoek van de gemeentelijke lijkschouwer tegen de wil van de ouders vervangende toestemming geeft sectie te verrichten op de overleden minderjarige. Bij het geven van vervangende toestemming dient de rechtbank het belang dat de doodsoorzaak wordt opgehelderd af te wegen tegen de belasting die een afgedwongen sectie voor de ouders zal betekenen.

Ten slotte kan ook sectie worden uitgevoerd op verzoek van de voorzitter van de Onderzoeksraad voor veiligheid (art. 73 lid 1 sub c Wlb).

NODO en sectie[24]

Een 8-jarige jongen overlijdt te Hengelo na een jarenlange, complexe medische voorgeschiedenis. In het kader van de NODO-procedure te Amsterdam

22 Ten tijde van het geven van de toestemming dient de betrokkene ten minste 16 jaar te zijn (art. 72 lid 1 jo art. 19 Wlb).

23 In het kader van een strafrechtelijk onderzoek kan een reeds begraven lijk ook worden opgegraven (art. 30 Wlb).

24 Rb. Amsterdam 11 december 2012, ECLI:NL:RBAMS:2012:BY8242. Deze casus vond plaats voordat de NODO-procedure werd vereenvoudigd en uiteindelijk werd vervangen door de NODOK-procedure.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 155/177

stelt de gemeentelijke lijkschouwer (NODO-forensisch arts) vast dat de doodsoorzaak niet is vast te stellen op basis van uitwendig onderzoek, onderzoek van lichaamsvochten en een postmortaal uitgevoerde CT-scan. Nadat de ouders toestemming hebben geweigerd voor sectie, vraagt de gemeentelijke lijkschouwer de rechtbank om vervangende toestemming. De vervangende toestemming wordt niet verleend. De rechter overweegt dat de NODO-procedure is ingesteld om fatale gevallen van kindermishandeling aan het licht te brengen, maar dat daarvan in dit geval geen sprake is. De aanvullende argumentatie van de gemeentelijke lijkschouwer dat mogelijk sprake is geweest van een erfelijk bepaalde doodsoorzaak die – indien opgehelderd – misschien mogelijkheden opent tot waardevolle therapie voor de andere kinderen uit het gezin, wijst de rechter van de hand. Gelet op de afwezigheid van aanwijzingen voor kindermishandeling geeft het emotioneel getinte verzet van de moeder tegen obductie (vader was niet bereikbaar) de doorslag.

Bijzondere vormen van obductie

Obductie omvat in principe het gehele lichaam. Hoewel de tekst van de Wlb daartoe geen aanleiding geeft, is het gebruikelijk om voor het verrichten van schedelobductie afzonderlijk toestemming te vragen. Ook kan worden afgesproken – als daartoe aanleiding bestaat – dat niet obductie van het gehele lichaam zal plaatsvinden maar alleen van een deel daarvan of dat alleen biopten zullen worden genomen uit een of meerdere organen.

Postmortaal onderzoek kan ook worden verricht door een CT- of MRI-scan van de overledene te maken, ook wel genoemd radiologische obductie. De Wlb noemt deze vorm van postmortaal onderzoek niet, maar aangenomen kan worden dat personen die toestemming kunnen geven voor obductie door de patholoog-anatoom ook toestemming kunnen geven voor het verrichten van radiologisch postmortaal onderzoek.

Brochure NVVP[25]

'In de meeste ziekenhuizen wordt voor hersenonderzoek apart toestemming gevraagd aan de nabestaanden. Dit is echter niet wettelijk verplicht. Mocht u bezwaar hebben tegen hersenonderzoek, dan kunt u dit aan de arts kenbaar maken. Ook is het belangrijk te weten, zoals boven al vermeld, dat de hersenen niet onmiddellijk onderzocht kunnen worden, maar eerste behandeld moeten worden en pas later onderzocht kunnen worden. De hersenen worden daarom niet teruggeplaatst maar later, na onderzoek, apart gecremeerd.'[26]

5.2.3 Lijkbezorging

Het plechtige woord 'lijkbezorging' betekent zoveel als: het stoffelijk overschot van een mens zijn definitieve bestemming geven. Art. 1 Wlb zegt daarover:

> 'Lijkbezorging geschiedt door begraving, crematie of op andere bij of krachtens de wet voorziene wijze.'

Uit deze bepaling volgt dat het aantal denkbare bestemmingen van een stoffelijk overschot beperkt is. Naast de genoemde begraving en crematie zijn dat: ontleding,

25 NVVP: Nederlandse Vereniging voor Pathologie.
26 Voorlichtingsfolder autopsie, gericht aan de nabestaanden, ► https://pathologie.nl/.

UNCORRECTED

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 156/177

overboord zetten[27] en uitvoer.[28] Ook volgt eruit dat invriezen of balsemen van een overledene in Nederland in beginsel[29] niet een toegestane wijze van lijkbezorging is.[30]

Art. 2 Wlb definieert een lijk als 'het stoffelijk overschot van een overledene of doodgeborene'. Verder bepaalt het artikel dat de Wlb niet van toepassing is op een menselijke vrucht die na een zwangerschap van minder dan 24 weken levenloos ter wereld komt of binnen 24 uur na de geboorte overlijdt.[31] Het is wel geoorloofd zo'n vrucht te begraven of te cremeren,[32] maar verplicht is het niet. De Wlb blijft weloverwogen op afstand van een aantal netelige kwesties, zoals het bepalen van het moment waarop van menselijk leven kan worden gesproken en van het moment waarop de dood intreedt.[33]

Ontleding

Evenals begraving en crematie is ontleding – ook wel: terbeschikkingstelling van de wetenschap – een eindbestemming van een lijk. Daarin ligt ook het verschil met sectie en met orgaandonatie. Sectie dient een medisch belang, een strafrechtelijk belang, een volksgezondheidsbelang of een belang op het terrein van de rampenbestrijding. Zodra dat belang is veiliggesteld, zal alsnog begraving of crematie plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor orgaandonatie: na de donatie volgt de uitvaart. Ontleding in het belang van de wetenschap of van het wetenschappelijk onderwijs is echter een eindbestemming (art. 67 Wlb). Dat betekent dat hetgeen resteert van een lijk na de ontleding weliswaar kan worden begraven of verbrand, maar van lijkbezorging in de zin van de Wlb is dan geen sprake. Het gaat dan om menselijk weefsel dat voor afvoer en vernietiging in aanmerking komt en als zodanig op één lijn staat met menselijk weefsel dat in een ziekenhuis overblijft na een operatie.

Toestemming tot ontleding van een lijk kan, net als bij sectie, bij leven schriftelijk worden gegeven door de betrokkene zelf, mits minimaal 16 jaar oud, en bij afwezigheid van een bestemming inzake lijkbezorging van de overledene kan toestemming worden gegeven door de reeks nabestaanden die reeds werden genoemd in verband met de toestemming tot het verrichten van sectie (► par. 5.2.2). Feitelijk komt ontleding in het belang van de wetenschap of het wetenschappelijk onderwijs alleen voor in de anatomische laboratoria van de acht Nederlandse universiteiten waar artsen worden opgeleid.

5.3 Beslissingen rond het levenseinde

Het komt voor dat mensen op een onverwachte tijd en een onverwachte plaats overlijden, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval of een misdrijf. Vaker komt het voor dat het overlijden langere of kortere tijd was te voorzien en juist met betrekking tot dat overlijden een bepaald medisch beleid is gevoerd of bepaalde medische beslissingen zijn genomen. Deze paragraaf behandelt het overlijden als gevolg van stoppen met behandelen (► par. 5.3.1), stoppen met eten en drinken

27 Voor zover het gaat om personen die op zee zijn overleden aan boord van een Nederlands schip.
28 Als een stoffelijk overschot wordt uitgevoerd, zal het in het land waarheen het wordt vervoerd alsnog worden begraven of verbrand. Voor de Nederlandse rechtssfeer is de uitvoer evenwel de laatste bestemming.
29 De minister van VWS kan in uitzonderlijke gevallen ontheffing van het verbod geven (art. 71 lid 1 Wlb).
30 Art. 87 Wlb bepaalt dat de Wlb niet van toepassing is op leden van het Koninklijk Huis.
31 De Wlb is dus wel van toepassing op een doodgeborene die ter wereld komt na een zwangerschap van 24 weken of meer.
32 Hiertoe moet een verklaring van de behandelend arts worden overgelegd waaruit blijkt dat het gaat om een menselijke vrucht waarop de Wlb niet van toepassing is.
33 Een uitzondering op dit algemene uitgangspunt vormt art. 14 WOD (Wet op de orgaandonatie), waar in verband met het uitnemen van organen ten behoeve van transplantatie het begrip hersendood wordt omschreven.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 157/177

(► par. 5.3.2), euthanasie en hulp bij zelfdoding (► par. 5.3.4) en tot slot actieve levensbeëindiging zonder verzoek (► par. 5.3.5). Een aparte paragraaf is gewijd aan palliatieve zorg (► par. 5.3.3). Dit is geen beslissing die het overlijden als gevolg heeft, maar wel van cruciaal belang in de laatste levensfase.

5.3.1 Einde van de behandeling gevolgd door het overlijden

Een medische behandeling berust juridisch gezien op twee pijlers: indicatie en toestemming. De indicatie is het domein van de hulpverlener, die op basis van het kennen en kunnen van de professionele geleding waartoe hij behoort, concludeert of een medische behandeling een adequaat antwoord is op de gezondheidsklachten en -problemen die de patiënt presenteert. Het domein van de toestemming (art. 7:450 BW) behoort aan de patiënt, die op basis van de informatie van de hulpverlener betreffende aard en prognose van de aandoening, het te verwachten resultaat, de aard en omvang van de risico's en de denkbare alternatieven besluit om al dan niet akkoord te gaan met een behandelingsvoorstel (informed consent). Als de hulpverlener geen indicatie heeft voor (verder) behandelen, of als de patiënt geen toestemming verleent voor (verdere) behandeling kan dit resulteren in het overlijden van de patiënt. Een patiënt die overlijdt na en ten gevolge van beëindiging van de behandeling, overlijdt aan de aandoening die aanleiding vormde tot de behandeling, hetgeen resulteert in een natuurlijke doodsoorzaak.

Geen indicatie tot (verdere) behandeling

De hulpverlener is in zijn beroepsuitoefening gebonden aan zijn professionele standaard. Dat betekent dat een hulpverlener niet kan handelen zonder dat er sprake is van een indicatie voor die behandeling. Als een indicatie voor behandeling ontbreekt of vervalt, behandeling wordt dan gezien als 'medisch zinloos', zal de hulpverlener de behandeling niet aanvangen of staken. Een dergelijke beslissing kan dan resulteren in het overlijden van de patiënt.[34]

Dit is ook het geval als de patiënt wilsonbekwaam is ten aanzien van deze behandeling. Op afdelingen voor intensive care, inclusief de neonatologische ic-afdelingen, komt het bijvoorbeeld regelmatig voor dat met behulp van hoogtechnologische interventies de patient wel (enige tijd) in leven kan worden gehouden, maar een draaglijk bestaan voor de patiënt niet meer tot de realiseerbare mogelijkheden behoort. In dat geval zal de levensverlengende behandeling worden gestaakt, zodat de patiënt kan overlijden. Een en ander zal plaatsvinden in nauw overleg met de vertegenwoordiger en eventuele andere naasten van de patiënt, maar de feitelijke beëindiging van de behandeling is niet afhankelijk van hun toestemming. Het oordeel of voortzetting van de behandeling zinvol is, is een medisch oordeel dat door de arts moet worden gevormd met inachtneming van de medisch-professionele standaard.[35]

Staken kunstmatige beademing geoorloofd[36]

Op grond van de zorgvuldig onderbouwde bevindingen van het LUMC, gesteund door de second opinion van 17 februari 2021, en de berichten van drie ziekenhuizen dat de gezondheid van [echtgenoot van eiseres 1] te slecht is voor een longtransplantatie, kan niet anders dan worden geconcludeerd

34 Hoewel het verband tussen die beslissing en het overlijden evident is, wordt dit niet als levensbeeindiging gekwalificeerd en is hier sprake van een natuurlijke dood.

35 Zie de zaak Stinissen: Hof Arnhem 31 oktober 1989, ECLI:NL:GHARN:1989:AD0933.

36 Rechtbank Den Haag 16 maart 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:2579.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 158/177

dat voortzetten van de kunstmatige beademing medisch zinloos is en in strijd met de voor de artsen van het LUMC geldende professionele standaard. Naar het oordeel van de voorzieningenrechter is het besluit van de artsen van het LUMC daarmee te stoppen voldoende onderbouwd en kan niet gezegd worden dat die beslissing onjuist is of onzorgvuldig tot stand is gekomen.

Het staken van de behandeling van een levensbedreigende aandoening omdat voortzetting ervan medisch zinloos is, komt ook buiten ic-afdelingen dikwijls voor, bijvoorbeeld op afdelingen waar oncologische patiënten worden behandeld.

Als voortzetting van de behandeling niet langer een redelijk doel kan dienen en er geen geaccepteerde en beschikbare behandeling meer is die nog niet is beproefd, kan de patient soms in het kader van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek een experimentele behandeling ondergaan. De verhouding tussen patiënt en arts komt dan in het licht te staan van een andere verhouding die niet primair op behandeling is gericht maar op kennisverwerving: de verhouding tussen proefpersoon en onderzoeker. Soms kan de patiënt daarmee gezondheidsvoordeel behalen, maar de kans daarop is dikwijls niet groot terwijl de belasting en de risico's soms aanmerkelijk zijn. Zie daarvoor ► H. 9.

Patiënt weigert verdere behandeling

Als de patiënt besluit verdere behandeling te weigeren, kan de hulpverlener in een lastige positie komen als deze meent dat voortgezette behandeling zinvol is en tot een uitkomst kan leiden die ook voor de patiënt aanvaardbaar zou zijn. Machtsmiddelen heeft de hulpverlener evenwel niet in handen en de enige strategie die hem rest is de patiënt ervan proberen te overtuigen dat verdere behandeling zinvol kan zijn. Als de patiënt niet bereid is to verdere behandeling, zal de behandeling worden beëindigd. Het is niet zeldzaam dat patiënten verdere behandeling weigeren in het besef dat zij vervolgens spoedig zullen overlijden.

Een vermeldenswaardige groep patiënten in dit verband is die van Jehova's getuigen, die weliswaar positief staan ten opzichte van medische behandeling maar categorisch de toediening van bloed en bloedproducten weigeren. Wanneer het gaat om electieve chirurgische ingrepen zal veelal vooraf het beleid worden bepaald, waarbij het enerzijds de patiënt vrijstaat om op voorhand toediening van bloed of bloedproducten te weigeren en anderzijds de operateur of de anesthesioloog de vrijheid heeft de uitvoering van de ingreep c.q. de anesthesie te weigeren onder aanvaarding van de voorwaarde van de patiënt. Zeker is dat als vooraf is afgesproken dat geen bloed of bloedproducten zullen worden toegediend, het beleid niet tijdens de operatie mag worden gewijzigd. Acute situaties kunnen zich voordoen in de verloskunde, wanneer een patiënte, dikwijls gesteund door haar partner, ondanks massaal bloedverlies een bloedtransfusie weigert en daardoor komt te overlijden.[37]

Indien een patiënt zich op voorhand realiseert dat hij in een bepaalde situatie een bepaalde behandeling niet wenst, kan hij, anticiperend op het feit dat in die situatie niet meer in staat zal zijn dit te uiten, zijn behandelweigering op schrift zetten.[38]Een dergelijke verklaring moet in beginsel worden nageleefd (art. 7:450 lid 3 BW, eerste zin), maar kan door de hulpverlener opzij worden gezet indien die meent dat er gegronde redenen zijn om hieraan voorbij te gaan (art. 7:450 lid 3 BW, tweede zin). Het enkele feit dat het volgen van zo'n wilsverklaring resulteert in het overlijden van de patiënt, geldt niet als gegronde

37 Engberts DP. Lijden aan zelfbeschikking: over het recht op de verkeerde keuze. NTOG 2010;123:214–9.

38 Dit onderwerp is behandeld in ► par. 2.2.4.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 159/177

reden. Een dergelijke verklaring wordt meestal opgesteld om te anticiperen op een natuurlijke dood, maar wordt ook gebruikt door mensen die een zelfdoding voorbereiden.[39]

Vertegenwoordiger weigert (verdere)behandeling

In ► H. 2 is al benoemd dat als een patiënt niet in staat is tot behartiging van zijn belangen ter zake, de rechten die hem op grond van (onder andere) de WGBO toekomen, worden uitgeoefend door zijn vertegenwoordiger (art. 7:465 BW). Strekt de bevoegdheid van de vertegenwoordiger zo ver dat deze ook mag beslissen over behandelingen die, indien nagelaten, zullen leiden tot het overlijden van de patiënt? In het verleden is wel gesuggereerd dat dit soort beslissingen buiten de bevoegdheid van de vertegenwoordiger vallen.[40] Dat is echter een onjuiste suggestie.[41] De vertegenwoordiger is ook voor levensverlengende/levensreddende behandelingen bevoegd toestemming te geven of toestemming te onthouden.[42]

In ► par. 2.7 kwam al aan de orde dat het oordeel van de vertegenwoordiger een gebonden oordeel is: alleen het belang van de patiënt mag hem tot leidraad dienen.

Het belang van de patiënt

Het belang van de patiënt kan op twee manieren worden bepaald. Een objectieve benadering is gericht op afwezigheid van ziekte en behoud van leven als algemeen na te streven doelen. Deze zienswijze wordt doorgaans gehuldigd door de hulpverlener. Een andere benadering is een subjectieve: de opvattingen en ervaringen van de individuele patiënt staan hierbij centraal. Dit perspectief zal met name door de vertegenwoordiger vertolkt moeten worden.

Bij de totstandkoming van de WGBO is wel betoogd dat een beslissing van een vertegenwoordiger die in strijd is met de objectieve belangen van een patiënt enkel gevolgd kan worden als die beslissing gebaseerd is op de kennelijke opvattingen van de patiënt.[43] Hoewel die opvatting nooit expliciet gemeengoed is geworden, is het wel zo dat de vertegenwoordiger een dergelijke beslissing goed zal moeten uitleggen en de arts als het ware zal moeten 'meekrijgen'. In de geneeskunde geldt immers van oudsher een presumptie ten gunste van levensbehoud. Het nalaten van een potentieel levensreddende ingreep moet daarom (net als behandeling zelf[44]) gerechtvaardigd

39 Rb Zwolle 13 dec 1989, ECLI:NL:RBZWO:1989:AC3345; Gerechtshof Arnhem 23 juli 1991 (TvGR 1993/66); RTG Amsterdam 7 maart 2006; CTG 19 april 2007 (TvGR 2007/20); RTG Groningen 15 november 2011 (G2011/03); CTG 22 januari 2013 (C2011-421) en RTG Zwolle 25 april 2023 (Z2022/4494, 4495, 4496 en 4497).

40 Biesaart M. Arts en schriftelijke wilsverklaringen. KNMG 2002, p. 9; KNMG. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO, p. 94 en Nederlandse Reanimatie Raad. Starten, niet starten en stoppen van de reanimatie. 2008, p. 10.

41 De Vito L. Hoogstpersoonlijke beslissingen. Masterscriptie 2020, ► https://scripties.uba.uva.nl/search?id=c2971586, p. 29–36.

42 Dit blijkt o.a. uit de Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie, Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen, Verenso 2013, p. 25.

43 Veen EB van. Meerderjarige wilsonbekwame patiënt. In Legemaate J (red). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum: 1995, p. 41–42. Van Delden JJM. Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen, 1991, Den Haag: Gezondheidsraad; Publicatie A91/4, p. 85–86.

44 Deze beide uitgangspunten staan niet per definitie op gespannen voet met elkaar maar roepen wel de vraag op wie nu wat moet verantwoorden: moet de vertegenwoordiger rechtvaardigen waarom tot niet handelen besloten moet worden of moet de arts verantwoorden waarom hij toch wil behandelen?

UNCORRECTED

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 160/177

worden (bijvoorbeeld door het ontbreken van medische zin of door een weigering van de patiënt).[45]

In het geval dat de hulpverlener de beslissing van de vertegenwoordiger niet in het belang van de patiënt acht, kan hij, via de grondslag van goed hulpverlenerschap, besluiten diens beslissing niet te volgen (art. 7:465 lid 4 BW). Uit de parlementaire geschiedenis[46] blijkt dat goed hulpverlenerschap niet mag worden opgevat als een vrijbrief voor de hulpverlener om zijn eigen inzichten te volgen. Het moet gaan om 'uitzonderlijke gevallen, waarin de vertegenwoordiger kennelijk niet in het belang van de patiënt optreedt'.[47]

5.3.2 Stoppen met voedsel en vocht

Een onderwerp apart is het stoppen met het toedienen of aanbieden van voedsel en vocht. Een onderwerp apart omdat in het leven van alledag het verschaffen van voedsel en vocht niet direct als medisch handelen wordt gezien. Het is eerder verzorging dan behandeling, eerder beschaving dan beleid. Daarmee rijst de vraag of artsen en vertegenwoordigers hier op dezelfde manier mee moeten omgaan als met andere behandelbeslissingen.

Het is in ieder goed om onderscheid te maken tussen twee verschillende situaties. Als eerste de situatie waarbij sprake is van kunstmatige toediening van voedsel en vocht, bijvoorbeeld aan langdurig comateuze patienten. De tweede situatie is die waarin wordt gevraagd om te stoppen met het aanbieden van eten en drinken aan patiënten die bewust bezig zijn met het stoppen met eten en drinken met als doel te overlijden.

Voedsel en vocht voor comateuze patiënten

Als een patiënt niet in staat is zelf eten en drinken tot zich te nemen, bijvoorbeeld omdat deze in coma ligt, wordt vocht en voedsel kunstmatig toegediend. Als diens situatie op enig moment wordt beoordeeld als zijnde zonder uitzicht op herstel of verbetering, is het de vraag of gestopt mag worden met de kunstmatige toediening van vocht en voedsel. Zoals besproken in ► par. 5.3.1 is een hulpverlener gerechtigd behandeling te staken als deze behandeling medisch zinloos is geworden. Het is echter de vraag of hier überhaupt sprake is van een medische behandeling, aangezien het verschaffen van voedsel en vocht door de meeste hulpverleners wordt gezien als normale verzorging.

In de zaak-Stinissen[48] bepaalde de rechter dat onder omstandigheden een beslissing tot het staken van kunstmatige toediening van vocht en voedsel ook tot het medische domein behoort.

Zaak-Stinissen[49]

Als gevolg van een anesthesiefout tijdens een keizersnedeoperatie raakte mevrouw Stinissen-Swagerman (31 jaar) in 1974 in een onomkeerbaar coma. Toediening van voeding en vocht vindt plaats via een maagsonde.
'Daarbij is het hof voor wat betreft de vraag of sprake is van medisch handelen of verzorgend handelen door geïntimeerden[50] ten aanzien van mevr.

45 Gevers JKM. Beslissen over wel of niet reanimeren, TvGR 1991:15:3–4.
46 Kamerstukken II 1991/92, 21561, nr. 11, p. 36 (Nadere Memorie van Antwoord).
47 Deze visie wordt bevestigd in de jurisprudentie. Bijvoorbeeld in het oordeel van de RTG Groningen van 15 november 2011, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1510.
48 De zaak speelt zich af voor de inwerkingtreding van de WGBO in 1995, maar dat is voor de vraagstelling niet doorslaggevend.
49 Hof Arnhem 31 oktober 1989, ECLI:NL:GHARN:1989:AD0933.
50 Geïntimeerden: gedaagden in hoger beroep.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 161/177

> Stinissen, met de Rb. van mening dat in het onderhavige geval, waarbij stellig het verzorgingsaspect van groot belang is, toch van medisch handelen moet worden gesproken, omdat de situatie waarin mevr. Stinissen zich bevindt kunstmatig van aard is, door artsen wordt begeleid en gecontroleerd en daarom in overwegende mate onder medische verantwoordelijkheid valt.'

5

In navolging van dit arrest wordt kunstmatige toediening van voedsel en vocht voor onbepaalde tijd aan een onomkeerbaar comateuze patiënt niet primair aangemerkt als verzorging maar als medische behandeling, waarvoor – als voor iedere medische behandeling – op enig moment kan gelden dat voortzetting ervan medisch zinloos is. Daarmee is het tevens een behandeling waarop het in de WGBO gecodificeerde toestemmingsvereiste van toepassing is, inclusief de betrokkenheid van de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt. Ten aanzien van de vertegenwoordiger kan overigens de vraag worden gesteld of deze ook mag beslissen dat de kunstmatige toediening van vocht en voedsel wordt gestaakt, als de hulpverleners van mening zijn dat er wel uitzicht is op herstel en verbetering. Hiervoor geldt hetzelfde als voor andere beslissingen die het overlijden als gevolg hebben: de vertegenwoordiger mag erom verzoeken, en aldus zijn toestemming voor die handeling weigeren, maar de hulpverlener heeft ruime bevoegdheden hieraan voorbij te gaan op basis van goed hulpverlenerschap.

Ook van de comateuze patiënt die overlijdt na en ten gevolge van het staken van de kunstmatige toediening van voedsel en vocht, geldt dat hij overlijdt aan een natuurlijke doodsoorzaak.[51]

51 Tenzij het ontstaan van de comateuze toestand het gevolg was van een misdrijf, ongeval of medische fout.

Bewust stoppen met eten en drinken

Een persoon die, om wat voor reden dan ook, zelf zijn overlijden wil bewerkstelligen en daartoe niet een beroep kan of wil doen op een arts, kan besluiten te stoppen met het innemen van voedsel en vocht. Het gevolg daarvan zal zijn dat hij binnen enkele weken zal overlijden. Deze wijze van het eigen overlijden naderbij brengen wordt 'bewust stoppen met eten en drinken' (ook wel BSTED) genoemd.[52] Als een besluit hiertoe weloverwogen wordt genomen, dient het te worden gerespecteerd – ook nadat de patiënt onaanspreekbaar is geworden – door hen die met de behandeling en verzorging van de patiënt zijn belast.[53] Wel zal onder deze omstandigheden worden getracht de meest belastende gevolgen van het weigeren van voedsel en vocht voor de patiënt weg te nemen door het bieden van symptoomgerichte zorg.[54]

Hoewel dit proces van overlijden kan worden gezien als een vorm van zelfdoding, wordt het overlijden gekwalificeerd als een natuurlijke dood en wordt de medische begeleiding van hulpverleners niet gekwalificeerd

52 Vroeger werd dit ook wel 'versterven' genoemd, maar tegenwoordig is die term gereserveerd voor het natuurlijk proces voorafgaand aan het overlijden waarin een persoon steeds minder behoefte heeft aan eten en drinken. Dat is anders dan bewust stoppen met eten en drinken omdat daarbij vaak nog wel een behoefte aan eten en drinken is. Zie ook Handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen' van de KNMG en V&VN uit 2014, p. 12.

53 Handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen' van de KNMG en V&VN uit 2014, p. 24 en 27.

54 Handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen' van de KNMG en V&VN uit 2014, p. 38 en verder.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 162/177

als hulp bij zelfdoding.[55] ~~Een interessante en nog onbeantwoorde vraag is of het aanbieden van eten en drinken kan/moet worden gezien als een medische behandeling waarop het toestemmingsvereiste van toepassing is.~~

5.3.3 Palliatieve zorg

Anders dan de voorgaande en nog komende beslissingen is palliatieve zorg niet een behandeling die het overlijden als gevolg heeft. Het omgekeerde geldt: als het overlijden is te voorzien, is palliatieve zorg aangewezen. Kenmerk van palliatieve zorg is dat deze behandeling niet is gericht op genezing of levensverlenging. Centraal staat de verlichting van het lijden van de patiënt door het bestrijden van symptomen en het bieden van ondersteuning. Veelal wordt hierbij ook gebruikgemaakt van medicamenten ter bestrijding van bijvoorbeeld pijn, benauwdheid, angst en verwardheid.

Een bijzondere vorm van palliatieve zorg is ~~de~~ palliatieve sedatie, ook wel terminale sedatie genoemd. Palliatieve sedatie, het medicamenteus verlagen van het bewustzijn van de patiënt, kan zowel tijdelijk als continu plaatsvinden. Er wordt toe overgegaan als de patient in de laatste levensfase wordt gehinderd door symptomen die anderszins niet meer te behandelen zijn. Die symptomen kunnen bestaan uit pijn of benauwdheid, maar ook uit angst, onrust of verwardheid. Indien wordt besloten tot continue palliatieve sedatie, dus continue sedatie tot aan het overlijden, is het gebruikelijk dat wordt gestopt met het toedienen van vocht en voedsel aan de patiënt.[56] Deze vorm van sedatie is enkel toegestaan op het moment dat het overlijden al aanstaande is (levensverwachting minder dan twee weken).

Palliatieve sedatie is een reguliere medische interventie en alle vereisten met betrekking tot informed consent gelden dan ook onverkort. Het is wel denkbaar dat een arts in een acute situatie, waarin overleg met de patiënt niet goed mogelijk is en een vertegenwoordiger niet bereikbaar is, op basis van goed hulpverlenerschap eenzijdig besluit tot palliatieve sedatie. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen. Dit betekent dat de geldende medisch professionele standaard de indicatiestelling en de toepassing van palliatieve sedatie bepaalt. Ook betekent het dat het overlijden dat erop volgt als natuurlijk overlijden moet worden beschouwd. (Continue) palliatieve sedatie is een recht van de patiënt mits aan de binnen de beroepsgroep geaccepteerde indicatie en voorwaarden is voldaan.[57]

5.3.4 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Euthanasie

Het begrip 'euthanasie' is samengesteld uit twee Griekse woorden (*eu* en *thanatos*) en betekent taalkundig niet anders dan 'goede dood'. Het begrip bestaat al honderden jaren en heeft tot voor kort nooit de betekenis gehad van het opzettelijk bewerkstelligen van de dood om het lijden te doen ophouden. Een positieve relatie tussen dit begrip en de medische beroepsuitoefening was ook moeilijk denkbaar, omdat de eed van Hippocrates volgens de gangbare interpretatie artsen juist verbood zich daarmee in te laten.[58]

55 Handreiking 'Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen' van de KNMG en V&VN uit 2014, p. 28–29.

56 Multidisciplinaire richtlijn palliatieve sedatie, Herziene richtlijn 2022 – Versie 3.0, IKNL, p. 25 en 70.

57 Multidisciplinaire richtlijn palliatieve sedatie, Herziene richtlijn 2022 – Versie 3.0, IKNL, p. 12.

58 De interpretatie van de eed van Hippocrates met betrekking tot dit thema is een onderwerp op zichzelf waaraan tal van nuances zijn te onderscheiden: Rütten Th. Medizinethische Themen in den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum. In: Flashar H et al. Médecine et

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 163/177

5

Sinds 1886 is in ons Wetboek van Strafrecht (Sr) (in art. 293) doden op verzoek strafbaar gesteld. Het artikel richtte zich zonder onderscheid tot artsen en andere burgers en trok niet veel aandacht in de strafrechtspleging. Dat werd anders in de jaren zeventig van de twintigste eeuw. Een Friese huisarts diende haar bejaarde moeder, op haar verzoek, een dodelijke dosis morfine toe nadat de moeder verregaand geïnvalideerd was geraakt na een herseninfarct. De Rechtbank Leeuwarden veroordeelde de huisarts tot een gevangenisstraf van een week voorwaardelijk met een proeftijd van een jaar.[59] In de hierop volgende jaren verschenen tal van rapporten over het onderwerp en tekende zich in de jurisprudentie een lijn af die de grens markeert tussen strafbare en straffeloze levensbeëindiging op verzoek. In het midden van de jaren tachtig van de twintigste eeuw is in grote lijnen een consensus bereikt,[60] zij het dat het dan nog vele jaren zal duren voordat de wetgeving daarmee in overeenstemming is gebracht.[61]

Inmiddels is dan ook het begrip 'euthanasie' nader gedefinieerd en onderscheiden van andere vormen van medische betrokkenheid bij het overlijden van mensen. De definitie luidt voortaan: '~~euthanasie is~~ opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek'. De definitie beperkt zich tot de essentie en sluit andere condities waaronder patiënten kunnen overlijden buiten: staken van zinloos medisch handelen, weigering van (verdere) behandeling, overlijden als gevolg van wel voorziene maar niet beoogde levensbekortende effecten van geneesmiddelen, palliatieve sedatie, levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt.

Hulp bij zelfdoding

Hulp bij zelfdoding is een juridische term (te vinden in art. 294 lid 2 Sr) en als begrip veel jonger dan euthanasie. Hulp bij zelfdoding onderscheidt zich van euthanasie doordat hierbij de persoon zelf de handeling verricht die tot de dood leidt. Het verbod erop is ~~opmerkelijk~~, aangezien daarmee een handeling tot hulp verboden wordt, terwijl het hoofddelict (de zelfdoding) niet strafbaar is.[62] Ook voor dit begrip geldt dat ten tijde van het invoeren ervan in het Sr niemand dacht aan de medische beroepsuitoefening.

Het heeft lange tijd gefunctioneerd als een dode letter in de wet, maar dit werd anders in de jaren negentig van de vorige eeuw. Het waren geen artsen maar naasten en zogenoemde levenseindebegeleiders die zich schuldig maakten aan dit delict. Zij waren ~~de~~ veelal oudere mensen behulpzaam bij het voorbereiden van de zelfdoding, gaven instructies bij het uitvoeren van de zelfdoding of verschaften dodelijke medicijnen. In de rechtszaken die naar aanleiding hiervan werden gevoerd werd langzaam duidelijk wat moest worden verstaan onder het begrip 'hulp': handelingen waarbij de hulpgever de regie overnam of duidelijke sturing gaf aan het proces, net als 'concrete handelingen of vaardigheden, gekoppeld aan de uitvoering ervan en komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt'.[63] Het verstrekken van dodelijke middelen staat als zodanig in de wettelijke bepaling daarvan

morale dans l'antiquité. Genève: Vandoeuvres; 1996, p. 65–120.

59 Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, ECLI:NL:RBLEE:1973:AB5464.

60 Belangrijk is in dit verband geweest het arrest van de Hoge Raad in de zaak Schoonheim: HR 27 november 1984, ECLI:NL:PHR:1984:AC8615.

61 Pas in 2001 wordt de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) aangenomen.

62 De enige andere vergelijkbare bepaling in Nederland is die van hulp bij het ontsnappen uit de gevangenis.

63 Met name van belang zijn: HR 5 december 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZD0309; HR 22 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR8225; Rb. Amsterdam, 22 januari 2007, ECLI:NL:RBAMS:2007:AZ6713 en HR 18 maart 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC446.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 164/177

staat dus buiten kijf dat het kwalificeert als strafbaar feit in de zin van artikel 294 lid 2 Sr.

Toen de wetgever besloot euthanasie uit te zonderen van strafbaarheid, is ook hulp bij zelfdoding ondergebracht onder de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl). Dit maakt het voor patiënten die voor euthanasie in aanmerking komen mogelijk om in de uitvoering zelf het euthanaticum tot zich te nemen. Dit kan de voorkeur hebben van de patiënt zodat deze hiermee voor een laatste keer zijn autonomie kan manifesteren. En soms wordt voor deze modaliteit gekozen omdat zij doorgaans als psychisch minder belastend wordt ervaren door de arts. Hulp bij zelfdoding ~~was voortaan dus straffeloos als deze zou worden uitgevoerd door een arts die daarbij voldeed~~ aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl.

Hulp bij zelfdoding door een niet-arts ~~bleef daarmee~~ strafbaar. Een nog niet volledig uitgekristalliseerde vraag is wanneer het geven van hulp bij zelfdoding door een niet-arts gerechtvaardigd kan zijn. In de zaak-Schellekens (2009–2012) verklaarden de rechters van de Rechtbank en het Hof dat als 'de wetgever een bijzondere regeling heeft getroffen voor de afweging van de aan de naleving van de wet verbonden nadelen' – in casu in de vorm van de Wtl – 'een beroep op noodtoestand niet zonder meer is uitgesloten, maar slechts bij hoge uitzondering zal kunnen worden aanvaard. Iemand die geen arts is, kan naar het oordeel van de rechtbank geen geslaagd beroep op noodtoestand doen behoudens zeer uitzonderlijke omstandigheden.'[64] Die 'zeer uitzonderlijke omstandigheden' zijn vooralsnog niet als dusdanig erkend of nader gepreciseerd. In de rechtszaak tegen Albert Heringa[65] leken deze omstandigheden één moment wel aan de orde te zijn[66] maar na cassatie door de Hoge Raad is deze beslissing teruggedraaid,[67] zonder overigens uitgebreid in te gaan op de argumenten die de verdediging hiervoor aandroeg.[68]

Wettelijke regeling

In 2002 is de Wtl[69] in werking getreden. Art. 293 en 294 Sr zijn gehandhaafd, maar er is een lid toegevoegd dat de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding opheft indien 'begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in art. 2 Wtl en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer (…)'[70]

De bedoelde zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;

64 Rb. Almelo 29 mei 2009, ECLI:NL:RBALM:2009:BI5890 en Hof Arnhem 17 februari 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BV6139.

65 Rb. Gelderland 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976; Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444; HR 14 maart 2017, ECLI:NL:HR:2017:418; Hof Den Bosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:345 en HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598.

66 Hof Arnhem-Leeuwarden 13 mei 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

67 Hof Den Bosch 31 januari 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:345 en bekrachtigd door HR 16 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:598.

68 Zie daarvoor ook: De Vito LLA. Reactie op de uitspraak van het Hof Den Bosch 31 januari 2018 (Heringa). NJB 2018;93:865–9 en Engberts DP. Annotatie bij HR 14 maart 2017 en Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018 (zaak Heringa). TvGR 2018;42:510–7.

69 Stb. 2001, 194.

70 Deze formulering impliceert dat een euthanasie die voldoet aan alle zorgvuldigheidseisen, maar niet als zodanig wordt gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer, geen aanspraak kan maken op straffeloosheid. Overigens zal in zo'n geval de arts ook al strafbaar zijn op grond van het opmaken van een valse geneeskundige verklaring inzake de doodsoorzaak; art. 81 sub 1 Wlb en art. 228 Sr.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 165/177

- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten;
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de bovenstaande zorgvuldigheidseisen en;
- de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Ook *minderjarigen* kunnen een verzoek tot euthanasie doen. Vanaf 12 jaar worden zij geacht zich een wil te kunnen vormen over dit onderwerp. Wel geldt dat tot de leeftijd van 16 jaar de ouders het verzoek moeten bekrachtigen. Vanaf 16 jaar geldt het verzoek van een wilsbekwame minderjarige als een volwaardig verzoek; de ouders hoeven niet in te stemmen met de euthanasie maar moeten wel bij de besluitvorming worden betrokken (art. 2 lid 3 Wtl).

Nadat de euthanasie of hulp bij zelfdoding is verricht, geeft de behandelend arts[71] geen verklaring van overlijden af, maar informeert hij de gemeentelijke lijkschouwer door middel van een speciaal formulier met daarbij gevoegd een verslag waaruit blijkt hoe hij de in art. 2 Wtl geformuleerde zorgvuldigheidseisen in acht heeft genomen (art. 7 lid 2 Wlb). De gemeentelijke lijkschouwer verricht vervolgens de formaliteiten die behoren bij een niet-natuurlijk overlijden; hij stuurt de ontvangen documentatie, aangevuld met een door hem ingevuld formulier, door aan de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) en informeert tevens de ~~OvJ~~.

De ~~Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (~~RTE~~)~~, bestaande uit een jurist, een arts en een ethicus, beoordeelt op basis van de toegezonden stukken[72] of de arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van art. 2 Wtl. De RTE kan de arts verzoeken de door hem opgestelde documentatie mondeling of schriftelijk nader toe te lichten. Indien de RTE tot het oordeel komt dat de arts de zorgvuldigheidseisen in acht heeft genomen, is de toetsing daarmee beëindigd. Indien de RTE tot het oordeel komt dat de arts de zorgvuldigheidseisen niet in acht heeft genomen, informeert de RTE het Openbaar Ministerie (OM) en de ~~IGJ~~ over haar bevindingen. Sinds 2015 hanteren de ~~regionale toetsingscommissies~~ een zogenoemde Euthanasiecode,[73] waarin wordt aangeven hoe de commissies te werk gaan bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval is gehandeld met inachtneming van de zorgvuldigheidsnormen van de Wtl.

Met de inwerkingtreding van de Wtl is er rechtszekerheid gekomen voor artsen. De regionale toetsingscommissies functioneren naar behoren en bieden in hun jaarverslagen een goed beeld van de aard van hun werkzaamheden en de wijze waarop zij te werk gaan.[74] Het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdodingdat wordt gemeld, neemt, na een tijdelijke daling in de jaren 2017 en

71 In dit verband is dat de arts die de euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft verricht.

72 Het is de leden van de regionale toetsingscommissie niet toegestaan zich vooraf uit te spreken over een voorgenomen euthanasie of hulp bij zelfdoding; art. 16 Wtl.

73 In 2015 heette deze: Code of Practice 2015. In 2018 is deze herzien en voorzien van een nieuwe naam: de Euthanasiecode 2018. In 2020 is de code opnieuw gewijzigd, hetzij enkel op de onderdelen "Schriftelijke wilsverklaring" en "Patiënten met dementie", dit naar aanleiding van het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2020 over deze onderwerpen. De meest actuele versie dateert van juli 2022: ► https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2022.

74 De jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies zijn te raadplegen via ► www.euthanasiecommissie.nl.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 166/177

2018,[75] al jaren toe. In het jaar ~~2022~~ werden ~~8.720~~ casus gemeld, oftewel ~~5,1~~ % van alle sterfgevallen in ~~2022~~.[76] Het is aannemelijk dat deze stijging niet alleen duidt op een toename van de vraag maar ook op een groeiende bereidheid van artsen om euthanasie te verlenen. Dat is met grote waarschijnlijkheid te verklaren door een steeds grotere bekendheid en vertrouwdheid met het thema. Desondanks zijn de gemoederen rond het onderwerp euthanasie nog niet tot rust gekomen. Dit komt met name door de morele vragen die ontstaan bij de toepassing van euthanasie in bijzondere situaties (denk aan euthanasie bij mensen met dementie en mensen met psychiatrische aandoeningen) en door een groeiende behoefte aan autonomie op dit vlak, wat zich met name uit in de discussie over voltooid leven.

Euthanasie en dementie

Ook aan mensen met dementie kan euthanasie worden verleend. In de beginfase van de ziekte, als de patiënt nog in staat is een weloverwogen verzoek tot euthanasie te doen, maakt de patiënt de meeste kans zijn verzoek gehonoreerd te zien. Het lijden wordt dan gezien in het licht van de wetenschap dat het proces onomkeerbaar is en er angst is voor steeds verdergaande ontluistering.

In een latere fase, als de patiënt niet meer in staat is wilsbekwaam een verzoek om levensbeëindiging te doen, is euthanasie moeilijker maar niet op voorhand uitgesloten. De wet (art. 2 lid 2 Wtl) bepaalt dat de arts dan gehoor mag geven aan een schriftelijk verzoek om levensbeëindiging, mits deze verklaring is opgesteld toen de patiënt nog wel wilsbekwaam was. De zorgvuldigheidseisen blijven van overeenkomstige toepassing.[77] In de praktijk blijkt dat veel artsen niet snel euthanasie verlenen aan een patiënt als deze er op het moment zelf niet meer om kan vragen. In de periode 2017–2022 is slechts 21 keer melding gedaan van een euthanasie die plaatsvond op basis van een schriftelijk euthanasieverzoek.[78]

Euthanasie en de schriftelijke wilsverklaring (de zaak-Arends[79])

Een in 2016 verleende euthanasie aan een patiënte met vergevorderde dementie heeft geleid tot de eerste en tot nu toe enige rechtszaak wegens euthanasie sinds de inwerkingtreding van de Wtl. De patiënte was niet meer wilsbekwaam ten aanzien van euthanasie en kreeg deze verleend op basis van een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring.[80] De arts heeft zich zowel voor de strafrechter[81] als tuchtrechter[82] moeten verantwoorden en daarna zijn beide uitspraken middels een cassatie

75 Waarschijnlijk het gevolg van terughoudendheid onder artsen naar aanleiding van de eerste rechtszaak (zaak-Arends) sinds inwerkingtreding van de Wtl tegen een arts die euthanasie had verleend.

76 Jaarverslag RTE ~~2022~~.

77 Lees meer hierover: Postma L. Misschien was het nog te vroeg, De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in artikel 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief. Den Haag: Boom Juridisch; 2021.

78 Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023.

79 In de media is deze zaak (met een negatieve ondertoon) ook wel aangeduid met de term 'koffie-euthanasie', maar de betreffende arts heeft aangegeven dit als onprettig te ervaren en een meer neutrale term te prefereren.

80 Deze casus is bij de toetsingscommissies geregistreerd als oordeel 2016–85.

81 Rb. Den Haag 11 september 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506.

82 RTG Den Haag 24 juli 2018, 2018–033; CTG 19 maart 2019, C2018.352.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 167/177

5

in belang der wet door de Hoge Raad[83] beoordeeld.[84]
De rechtszaak draaide onder meer om de ~~vraag~~ of de wilsverklaring voldoende duidelijk was, of premedicatie toegediend had mogen worden en of de arts nog om bevestiging van het euthanasieverzoek had moeten vragen aan de patiënte.
Over dat laatste bevestigt de Hoge Raad het oordeel van de rechtbank dat dit niet nodig is:

» 'De rechtbank is van oordeel dat, gegeven de diep demente toestand waarin de patiënte zich inmiddels bevond, op de verdachte niet de plicht rustte te informeren naar een actuele levens- of stervenswens van de patiënte. Daarmee wordt een eis gesteld die de wet niet kent. De specifieke positie van de wilsonbekwame patiënt brengt met zich dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. Met die eis zou afbreuk worden gedaan aan de wilsverklaring, die nu juist bedoeld is voor de situatie dat degene die de wilsverklaring heeft afgegeven in een situatie van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zal geraken en niet langer in staat is zijn wil te uiten.'[85]

Ten aanzien van de wilsverklaring oordeelt de Hoge Raad:

» 'De in acht te nemen zorgvuldigheid brengt mee dat de arts daartoe het verzoek – en eventuele opvolgende verzoeken – uitlegt met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt. Daarbij moet hij letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek. Onduidelijkheden of tegenstrijdigheden van wezenlijke aard kunnen eraan in de weg staan dat aan een verzoek gevolg kan worden gegeven. Dat geldt echter niet voor iedere onduidelijkheid of tegenstrijdigheid, bijvoorbeeld omdat deze slechts betrekking heeft op – voor het toetsen van het verzoek aan de actuele situatie waarin de patiënt zich bevindt – irrelevante delen van de schriftelijke verklaring of omdat het uit te leggen verzoek in wezen maar één zinvolle interpretatie toelaat.'[86]

Over het toedienen van premedicatie gaat de Hoge Raad ook mee in wat de rechtbank zegt:

» 'Het feit dat de verdachte premedicatie heeft gebruikt, maakt de uitvoering van de euthanasie niet onzorgvuldig. De patiënte wenste euthanasie en als dat ultimum remedium dan moet worden toegepast moet dat op een voor de patiënte zo comfortabel mogelijke manier gebeuren. De door de rechtercommissaris benoemde deskundige-anesthesioloog heeft als zijn deskundig oordeel te kennen gegeven dat premedicatie wenselijk

83 Hoge Raad 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak) en ECLI:NL:HR:2020:713 (tuchtzaak).

84 In deze zaak ging het om cassatie in belang der wet. Dat is een mogelijkheid voor de procureur-generaal bij de Hoge Raad om over rechterlijke uitspraken (strafrecht, civiel recht, tuchtrecht) waarin geen beroep meer kan worden ingesteld, toch het oordeel van de Hoge Raad te vragen omwille van het principiële belang voor de uitleg en toepassing van het recht. De uitkomst van deze (zeldzame) procedure verandert niets aan de uitkomst van de zaak zoals die in eerdere instantie(s) door de lagere rechter was bepaald.

85 Hoge Raad 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak), r.o. 5.3.2.

86 Hoge Raad 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak), r.o. 4.5.2.

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 168/177

> kan zijn als er bij een wilsonbekwame patiënt aanwijzingen zijn (zoals in deze zaak het geval was) dat onrust, agitatie of agressie kan ontstaan bij de daadwerkelijke handeling van euthanasie.'[87]
>
> Voor de arts in kwestie liep het goed af. De rechtbank oordeelde dat ze aan alle zorgvuldigheidseisen van de Wtl had voldaan en ontsloeg haar van alle rechtsvervolging.

De zaak-Arends is vanuit ethisch perspectief interessant[88] omdat zij de vraag oproept hoe latere wilsonbekwame uitingen van de patient zich verhouden tot een eerder opgestelde weloverwogen wilsverklaring. Er zijn uiteenlopende visies ten aanzien van die vraag. In de ene visie gaat de wilsverklaring voor op latere uitingen, aangezien de wilsverklaring is opgesteld ten tijde van wilsbekwaamheid en daarmee een grotere claim kan leggen op zelfbeschikking dan uitingen die gedaan worden onder invloed van de ziekte. De andere visie betoogt juist dat latere uitingen relevanter zijn dan eerdere, ongeacht de mate waarin de ziekte iemands beslisvaardigheden heeft aangetast, omdat de arts altijd moet kijken naar de actuele situatie en actuele wensen van een persoon en dat diens zelfbeschikkingsrecht juist ook betrekking heeft op die wilsonbekwame situatie.[89] In 2021 verscheen een nieuw standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering de Geneeskunst (KNMG) over het levenseinde, met een apart hoofdstuk gewijd aan euthanasie bij dementie, waarin de conclusies uit de zaak-Arends zijn verwerkt.[90]

Reikwijdte van de wet en voltooid leven

Een punt van voortgaande discussie betreft de vraag hoever de professionele competentie van de arts zich uitstrekt.[91] Twee arresten van de Hoge Raad, in beide gevallen werd een arts vervolgd wegens hulp bij zelfdoding, leggen verschillende accenten. Het eerste

87 Hoge Raad 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712 (strafzaak), r.o. 5.3.7.

88 Lees daarvoor ook: Pijnakker P. In vertrouwen. Normatieve beschouwing over euthanasie, dementie en de schriftelijke wilsverklaring. Enschede: Ipskamp Printing; 2022.

89 Verschillende juristen en ethici hebben over dit thema geschreven tijdens en na de rechtszaak: Den Hartogh G. De wil van de wilsonbekwame patiënt. TvGR 2018;42:431–54; Rozemond N. Wil of verklaring: Wat is de grondslag van levensbeëindiging bij patiënten met vergevorderde dementie? NJB 2019;94:1864–71; Bontridder M de. Wat gaat voor: mijn wilsbekwame ik of mijn demente ik? NJB 2019;94:2798–803; Bontridder M de. De wil van de wilsonbekwame dementiepatiënt. TvGR 2020;44:351–60; Matthijssen Th. Cassatie in het belang der wet in euthanasiezaak. NJB 2020;95:322–30; Rozemond N. Mensen met dementie hebben het recht om euthanasie te weigeren. NJB 2020;95:331–6; Rozemond N. Het mensenrechtelijke tekort van het Nederlandse euthanasierecht. NTM-NJCMBull. 2020;45:365–76; Rozemond N. Zelfbeschikking en wilsbekwaamheid van mensen met dementie in verband met beslissingen over euthanasie. Filosofie & Praktijk, 2020;41:77–91; Van Beers B. Staat van verwarring. Ars Aequi februari 2020;69:141–9; Rozemond N. De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring, de verplichte consultatie en het ondraaglijke lijden bij beslissingen over euthanasie bij patiënten met dementie. Delikt en Delinkwent 2021;51:183–200 en Rozemond N. Het zelfgekozen levenseinde. ISVW Uitgevers, Leusden 2021. En ook al jaren eerder was dit een twistpunt tussen Den Hartogh en Rozemond: Rozemond N. Euthanasie en dementie: het actuele verlangen en het reële alternatief. NJB 2012;36:314–9 en Den Hartogh G. De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring. NJB 2012;36:734–9.

90 KNMG. Standpunt Beslissingen rond het levenseinde; 2021.

91 Engberts DP. Autonomie op de achtergrond. Over motieven en ontwikkelingen in het euthanasiedebat. Hoorn: Westfries gasthuis; 2012.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 169/177

5

arrest[92] betrof de psychiater Chabot, die hulp bij zelfdoding had verleend aan een 50-jarige, somatisch gezonde vrouw zonder een duidelijk psychiatrisch ziektebeeld, die uitzonderlijk zwaar was getroffen in haar persoonlijk leven en sindsdien een uitdrukkelijke doodswens had. In een cruciale passage gaat de Hoge Raad in op de vraag of alleen somatisch lijden van de patiënt tot straffeloosheid voor de arts kan leiden:

> » 'Bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval het lijden van een persoon als zo ondraaglijk en uitzichtloos moet worden aangemerkt, dat een handelen in strijd met het in art. 294 Sr vervatte verbod gerechtvaardigd moet worden geacht omdat er sprake is van een noodtoestand, moet dit lijden in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren.'

Het andere arrest betrof een huisarts die hulp bij zelfdoding had verleend aan de hoogbejaarde jurist en oud-senator Brongersma.[93] Deze had ouderdomskwalen maar leed niet aan een levensbedreigende ziekte. Ook leed hij niet aan een depressie of een ander psychiatrisch ziektebeeld. Zijn lijden bestond uit eenzaamheid, geleidelijk verval van krachten, gebrek aan perspectief en ervaring van zinloosheid. In zijn arrest accordeert de Hoge Raad de overweging van het Gerechtshof Amsterdam, dat had geoordeeld

> » 'het onjuist te vinden dat een huisarts zich zelfstandig – als medicus – een oordeel vormt over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en de onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening.'

92 HR 21 juni 1994, ECLI:NL:PHR:1994:AD2122.
93 HR 24 december 2002; ECLI:NL:HR:2002:AE8772.

Het Chabot-arrest maakt duidelijk dat de aard van het lijden niet bepalend is voor de ernst ervan. Het Brongersma-arrest benadrukt dat er lijden is waarover de professionele competentie van de arts zich niet uitstrekt. Dit tweede arrest wordt vaak gezien als een inperking, of op zijn minst nuancering, van het eerste arrest.

De vraag naar de reikwijdte van de professionele competentie van de arts (en dus van de Wtl) heeft een vervolg gekregen in de discussie over 'voltooid leven'. Na Brongersma hebben verschillende organisaties, commissies en instanties zich beziggehouden met de vraag naar de mogelijkheden tot levensbeëindiging bij 'lijden aan het leven'. Daarbij is niet alleen gesproken over de mogelijkheden hiervoor binnen de Wtl, en de rol van de arts daarbij, maar is ook gekeken naar andere mogelijkheden.

Voltooid Leven – Tijdlijn

2004	Rapport Commissie Dijkhuis (KNMG): verschillende zienswijzen op rol van arts bij 'lijden aan het leven'. Voorkeur voor opvatting dat ruimte is voor artsen om, afhankelijk van hun individuele bekwaamheid en opvattingen, ook in deze situaties gehoor te geven aan patiënten die een verzoek doen tot hulp bij levensbeëindiging[94]
2010	Documentaire[95] over de hulp die Albert Heringa gaf bij de zelfdoding van zijn moeder: discussie over moraliteit van verbod op hulp bij zelfdoding door naasten

94 Commissie Dijkhuis. Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. Utrecht, 2004, p. 40–42.
95 ► www.rosensmedia.nl/de-laatste-wens-van-moek/.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 170/177

2011	KNMG Standpunt: Ook lijden op basis van een stapeling van ouderdomsklachten kan worden gezien als lijden met een medische grondslag. Meer existentiële vormen van lijden (functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie) mogen verdisconteerd worden in de beoordeling van een verzoek om euthanasie. De KNMG legt hierbij de link naar de voorkeursopvatting van de eerdergenoemde commissie Dijkhuis[96]
2012	Stichting Uit Vrije Wil[97] komt met Burgerinitiatief en Proeve van wet: zodat mensen op basis van hun zelfbeschikkingsrecht hulp bij zelfdoding kunnen krijgen
2013	Rechtszaak[98] tegen Albert Heringa begint: verdediging doet beroep op overmacht (art. 40 Sr) en op zelfbeschikkingsrecht (art. 8 EVRM)
2016	Verslag Adviescommissie voltooid leven (commissie Schnabel): advies om de huidige juridische mogelijkheden inzake hulp bij zelfdoding niet te verruimen[99]
2016	Kabinetsreactie op verslag commissie Schnabel: voornemen om toch de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij mensen met een voltooid leven te verruimen: aanvullend op en naast de huidige systematiek[100]
2016	D66 presenteert conceptwetsvoorstel Voltooid Leven[101]
2019	Hoge Raad veroordeelt Albert Heringa: beroep op overmacht en zelfbeschikking niet geaccepteerd
2020	D66 dient Wetsvoorstel Voltooid Leven in[102]
2020	Perspectief-onderzoek: Els van Wijngaarden doet onderzoek naar de motieven en kenmerken van mensen met een voltooid leven[103]
2021	Coöperatie Laatste Wil (CLW) dagvaardt de Nederlandse staat vanwege schending van het zelfbeschikkingsrecht over het zelfgekozen levenseinde (art. 8 EVRM)
2022	Reactie op claim CLW: rechter bepaalt dat verbod op hulp bij zelfdoding niet onrechtmatig en niet in strijd met artikel 8 EVRM is[104]
2022	Advies RvS inzake Wetsvoorstel D66 wordt openbaar: negatief advies; de voorgestelde zorgvuldigheidseisen zijn ontoereikend[105]
2023	D66 dient gewijzigd Wetsvoorstel in[106]

96 KNMG, De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Utrecht, 2011, p. 22–23.

97 ► www.uitvrijewil.nu.

98 Rb. Gelderland 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976.

99 Adviescommissie voltooid leven. Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Den Haag, 2016, p. 16.

100 Kamerstukken II 2016/17, 32647, nr. 55.

101 ► https://tinyurl.com/over-voltooid-leven.

102 Kamerstukken II 2019/20, 35 534, nr. 2.

103 Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. Den Haag: ZonMw, januari 2020.

104 Rb. Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394.

105 Kamerstukken 35534, nr. 6, p. 1–2.

106 Kamerstukken 35534, nr. 7.

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 171/177

5.3.5 Actieve levensbeëindiging zonder verzoek

De Wtl is enkel van toepassing als er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit betekent dat wilsonbekwame patiënten die nooit wilsbekwaam zijn geweest, denk aan pasgeborenen, kinderen tot 12 jaar[107] en verstandelijk gehandicapten, alsmede mensen met dementie en comateuze patiënten zonder schriftelijk verzoek, categorisch buiten de werkingssfeer van de wettelijke regeling vallen. De vraag was en is of niet ook voor deze gevallen behoefte is aan straffeloze mogelijkheden tot levensbeëindiging.

Met betrekking tot verstandelijk gehandicapten kan niet worden gesproken van een levendige discussie over het onderwerp 'levensbeëindiging zonder verzoek'. Er bestaat een handreiking van de beroepsgroep Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, (NVAVG),[108] maar casuïstiek is zelden beschreven.[109] Voor comateuze patiënten geldt dat de aanleiding om tot verdergaande gedachtevorming te komen geringer is geworden nadat in verband met de zaak-Stinissen is vastgesteld dat kunstmatige toediening van voedsel en vocht aan deze categorie patiënten als medisch handelen moet worden aangemerkt. Daarmee behoort kunstmatige toediening van voedsel en vocht tot de handelingen waarvan voortzetting op enig moment medisch zinloos kan worden en valt ze binnen het domein waarover de hulpverlener en de vertegenwoordiger van de patiënt overeenstemming moeten nastreven binnen de door de WGBO aangegeven kaders.

Anders is het wat betreft pasgeborenen en kinderen jonger dan 12 jaar.

Pasgeborenen

Behoefte aan levensbeëindiging is gebleken bij ernstig gehandicapte pasgeborenen (kinderen die de leeftijd van 1 jaar nog niet hebben bereikt[110]) die niet spontaan overleden, maar evenmin uitzicht hadden op een draaglijk bestaan. Vaak betrof het kinderen met een spina bifida en hydrocephalus, maar soms ook kinderen met zeldzame chromosomale afwijkingen of andere aangeboren aandoeningen.

Een belangrijke rol in de opinievorming speelde een rapport dat in 1992 door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde werd gepubliceerd: *Doen of laten? Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie*. Ook publicaties over en naar aanleiding van individuele zaken zijn van belang geweest.[111] Een inventariserend en richtinggevend overzicht van deze problematiek[112] werd voor het eerst gecreëerd in 1997: de KNMG publiceerde toen *Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten*, geschreven door de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten (CAL).

Hoewel zich in de loop van de jaren een consensus begon te vormen onder kinderartsen, juristen en ethici over de voorwaarden waaronder levensbeëindiging bij pasgeborenen straffeloos zou moeten kunnen plaatsvinden, bleek al snel dat er politiek geen

107 Strikt genomen kunnen kinderen onder de 12 jaar wilsbekwaam zijn ten aanzien van een beslissing tot euthanasie, maar de wet kwalificeert hen als wilsonbekwaam.

108 NVAVG. Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking: een handreiking. Enschede, 2013.

109 Van Thiel GJMW, Huibers AK, De Haan K. Met zorg besluiten. Beslissingen rond het levenseinde in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Assen: Van Gorcum; 1997, p. 40–2. Zie ook uitspraak van het CTG van 25 augustus 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:270.

110 Art. 1 sub e Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen.

111 Zie bijvoorbeeld: Van Willigenburg T, Kuis W (red). Op de grens van leven en dood. Afzien van behandelen en levensbeëindiging in de neonatologie. Assen: Van Gorcum; 1995.

112 En die van andere wilsonbekwame patiënten.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 172/177

meerderheid te vinden zou zijn voor een wetsvoorstel dat zich buiten de perken van de strikt gedefinieerde euthanasie voor wilsbekwame personen zou begeven. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel-Wtl maakte de regering wel bekend dat zij een centrale commissie wilde benoemen die toetsend zou kunnen optreden naar aanleiding van gemelde gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek.[113] Het oordeel van deze commissie zou dan als advies een rol spelen bij de besluitvorming over eventuele strafrechtelijke vervolging.

Na het bekendmaken van dit voornemen gebeurde er geruime tijd niets. Een nieuwe dynamiek ontstond toen vanuit het UMC te Groningen de resultaten van een onderzoek naar de praktijk in Nederland werden gepubliceerd[114] en bekend werd gemaakt dat, met medeweten van het OM, een protocol[115] was ontwikkeld dat kon worden gevolgd in geval van levensbeëindiging bij een ernstig gehandicapte pasgeborene. In augustus 2006 volgde de instelling van de Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking (LZA) en levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen (LP)[116] voor de beoordeling van gemelde gevallen van LZA bij categorie 2-gevallen[117] of LP. Het uitgangspunt bleef de strafbaarheid van beide handelingen. Per geval moest de centrale commissie een oordeel formuleren over de vraag of de levensbeëindiging c.q. zwangerschapsafbreking in overeenstemming was geweest met de zorgvuldigheidseisen. Deze zorgvuldigheidseisen waren geënt op die van de Wtl, het weloverwogen en uitdrukkelijke verzoek van de patiënt was vervangen door de instemming van de ouders c.q. het uitdrukkelijke verzoek van de zwangere vrouw. Het oordeel van de centrale commissie moest worden toegezonden aan het College van procureurs-generaal, dat de uiteindelijke beslissing nam over eventuele strafvervolging.

De invloed van deze commissie is niet groot geweest, omdat haar maar zeer weinig zaken ter beoordeling zijn voorgelegd: in de jaren 2007 tot en met 2012 zijn zeven adviezen gegeven, waarvan slechts één geval van LP.[118] De oorzaak daarvan kan zijn gelegen in de omstandigheid dat in de tijd dat de centrale commissie werd ingesteld ook de praktijk ontstond om een structureel echografisch onderzoek (20 wekenecho) aan te bieden aan alle zwangere vrouwen rond week 20 van de zwangerschap. Dat kan zowel het aantal late zwangerschapsafbrekingen hebben doen afnemen als een vermindering van het aantal zuigelingen met ernstige aangeboren afwijkingen hebben bewerkstelligd. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat artsen het melden van casus aan de centrale commissie onvoldoende veilig vonden vanwege de mogelijkheid dat ook na een 'goedkeurend' oordeel van de centrale commissie altijd nog strafvervolging zou kunnen plaatsvinden.[119]

113 Deze commissie zou zowel gaan over levensbeëindiging bij pasgeborenen als over levensbeëindiging bij dementerende patiënten, verstandelijk gehandicapten en comateuze patiënten.

114 Verhagen AAE, Soll JJ, et al. Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen in Nederland. Analyse van alle 22 meldingen uit 1997/'04. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:183–8.

115 Het zogenoemde Gronings protocol. Het is onder andere te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, als NVK Richtlijn Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen, van 3 november 2014.

116 Stcrt. 2006, 168 (30 augustus 2006).

117 Een late zwangerschap is een zwangerschap ouder dan 24 weken. Een categorie 2-geval betreft een ongeborene die lijdt aan aandoeningen die zullen leiden tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen, maar desondanks een beperkte kans op overleving heeft. Zie verder ► H. 4, ► par. 4.4.

118 ZonMw: Evaluatie centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag, 2013. P. 11.

119 Dit signaal kwam ook uit de Evaluatie van de regeling uit 2013: 'Er is onduidelijkheid ten aanzien van een aantal zorgvuldigheidseisen, en voor met name LP geniet de Regeling weinig vertrouwen onder artsen. Niet alle gevallen van LZA of van LP worden gemeld.' (p. 13).

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 173/177

In 2016 is, mede gelet op de evaluatie uit 2013, een nieuwe regeling in werking getreden.[120] Een Beoordelingscommissie, bestaande uit vier artsen, een jurist en een ethicus, ging toen alle gevallen van late zwangerschapsafbreking beoordelen,[121] waarbij de Beoordelingscommissie bevoegd is categorie 1-gevallen buiten het strafrecht om af te wikkelen, terwijl over categorie 2-gevallen als voorheen aan het College van procureurs-generaal wordt geadviseerd. De regeling met betrekking tot levensbeëindiging bij pasgeborenen bleef grotendeels dezelfde, zij het dat niet meer uitsluitend het actuele lijden van de pasgeborene maar ook het vrijwel vaststaande toekomstige lijden van het kind rechtvaardiging kan zijn voor levensbeëindigend handelen.

Hoewel de nieuwe regeling beoogde meer rechtszekerheid te bieden aan artsen, moet de conclusie zijn dat dit op het vlak van levensbeëindiging van pasgeborenen niet gelukt is. Artsen hebben nog steeds grote zorgen over de mogelijke strafrechtelijke consequenties van hun handelen en kiezen eerder (en liever) voor het afzien van een medische ingreep of het staken van een behandeling dan voor actieve levensbeëindiging. Het verbaast dan ook niet dat ook in de periode 2016–2021 slechts één melding van levensbeëindiging van een pasgeborene is gedaan.[122]

Kinderen 1–12

Een groep die buiten de boot viel, ook in de regeling van 2016, is de groep van kinderen ouder dan 1 jaar. Maar ook bij kinderen van 1 jaar en ouder kan uitzichtloos en ondraaglijk lijden voorkomen. Een arts die in een dergelijk geval wil overgaan tot levensbeëindiging kan achteraf een beroep doen op overmacht in de zin van een noodtoestand, om veroordeling door de rechter of zelfs vervolging te voorkomen. Veel (kinder-)artsen voelen zich met dit handelingsperspectief echter juridisch onvoldoende beschermd. In de beroepsgroep van kinderartsen is de afgelopen jaren regelmatig gediscussieerd over deze problematiek en in 2012 maakte de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) al kenbaar dat het kinderen, ouders en artsen kan helpen als zij weten dat, mochten palliatieve zorg en sedatie tekortschieten, levensbeëindiging mogelijk is.[123]

Een gebeurtenis die aandacht genereerde voor deze problematiek in de Nederlandse politiek en de samenleving was het veranderen van de euthanasiewetgeving in België; sinds 2014 mogen daar ook euthanasieverzoeken van minderjarigen worden gehonoreerd. Hoewel dit enkel 'oordeelsbekwame' minderjarigen betrof, opende het de discussie over de vraag of we in Nederland niet een lacune in onze regelgeving hebben met betrekking tot de categorie kinderen van 1 t/m 12 jaar. Dit leidde tot een standpunt van de NVK in 2015,[124] vragen vanuit de Tweede Kamer en uiteindelijk een hoorzitting/rondetafelgesprek in de Tweede Kamer begin 2016.[125] Later dat jaar kwam het verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NVK om een onderzoek te verrichten naar beslissingen rond het levenseinde bij kinderen. De resultaten van dit onderzoek

120 Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Stcrt. 2016, 3.145 (26 januari 2016).

121 Inclusief de categorie 1-gevallen: niet-levensvatbare ongeborenen.

122 ZonMw: Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag, 2022, p. 10.

123 NVK. Herzien standpunt 'Levensbeëindiging kinderen 1–12 jaar', Versie maart 2020. Te vinden op: ► https://tinyurl.com/over-nvk.

124 NVK. Standpunt NVK Levensbeëindiging kinderen 1–12 jaar: een pleidooi voor onderzoek. In juni 2020 is dit standpunt bijgewerkt. Dit vernieuwde standpunt is te vinden op de website van de NVK: ► https://www.nvk.nl.

125 Hoorzitting/rondetafelgesprek 'Euthanasie bij minderjarigen'; 22- 01–2016; ► https://tinyurl.com/euthanasie-bij-minderjarigen.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 174/177

verschenen in 2019. Een van de aanbevelingen uit dit rapport was om na te gaan of nadere regulering van actieve levensbeëindiging bij kinderen (1 tot 12 jaar) aangewezen is.

In reactie op dit onderzoek, en naar aanleiding van het standpunt van de NVK, heeft de toenmalig minister van VWS in 2020 gezegd te willen zorgen voor meer juridische waarborgen voor artsen die op grond van hun professionele norm overgaan tot levensbeëindigend handelen bij kinderen van 1 tot 12 jaar.[126] Discussie was er over de vorm waarin deze waarborgen zouden moeten worden gegoten. Hoewel de voordelen van een wettelijke grondslag evident zijn, met name vanuit het oogpunt van rechtszekerheid en mensenrechtelijke legitimatie, is vooralsnog gekozen voor een regeling.[127] In 2022 heeft de evaluatiecommissie van de bestaande regeling late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (LZA/LP) aanbevolen om late LZA en LP afzonderlijk van elkaar te gaan regelen, waarbij levensbeëindiging bij 1–12-jarigen gecombineerd kan worden met LP.

Na meerdere concept-regelingen[128] en aankondigingen[129] is dan op 11 januari 2024 in de Staatscourant[130] een regeling gepubliceerd inhoudende een wijziging van de bestaande regeling in verband met wijzigingen naar aanleiding van de evaluatie van de regeling en de uitbreiding inzake het beoordelen van een levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar. Met ingang van 1 februari 2024 ~~zal deze regeling in werking treden~~. De toekomst zal moeten uitwijzen of deze nieuwe regeling, waar eerder nog van werd gezegd dat deze wat betreft LP nauwelijks functioneert,[131] ~~maar die ook veranderd zal worden ten behoeve van de rechtszekerheid voor artsen,~~ soelaas zal bieden voor levensbeëindigend handelen zonder verzoek bij kinderen van 1 tot 12 jaar.

Geraadpleegde literatuur

1. Adviescommissie voltooid leven (commissie-Schnabel). Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Den Haag; 2016.
2. Biesaart M. Arts en schriftelijke wilsverklaringen. KNMG; 2002.
3. Bolt S, Venbrux E, et al. Motivation for body donation to science: more than an altruistic act. Ann Anat. 2010;192:70–4.
4. Bosshard G, et al. Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. Arch Intern Med. 2005;165:401–7.
5. Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 1997.
6. Commissie Dijkhuis. Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. Utrecht; 2004.
7. Das C. Overlijdensverklaringen en artsen. Wet en praktijk. Wageningen: Ponsen & Looijen; 2004.
8. Das K, et al. Bij goede lijkschouw hoort invasief onderzoek. Med Contact. 2015;70:2198–200.
9. De Bontridder M. De wil van de wilsonbekwame dementiepatiënt. TvGR. 2020;4:351–60.
10. De Bontridder M. Wat gaat voor: mijn wilsbekwame ik of mijn demente ik? NJB. 2019;37:2267.
11. De Vito L. Hoogstpersoonlijke beslissingen. Masterscriptie 2020. ► https://scripties.uba.uva.nl/search?id=c2971586.

126 Kamerstukken II 2020/21, 32647, nummer 82, p. 3.
127 Kamerstukken II 2020/21, 32647, nummer 82, p. 4.
128 De eerste komt uit juni 2022 en is te vinden als bijlage 1.038.596 bij Kamerstukken II 2021/22, 32647, nummer 92. De laatste dateert van 2 oktober 2023 (zo blijkt uit een reactie van de KNMG hierop van 3 november 2023: knmg.nl/download/reactie-knmg-op-conceptregeling-lzalplk), maar deze is eind 2023 nog niet openbaar.
129 Kamerstukken II 2022/23, 32647, nummer 100. Levensbeëindiging; Brief regering; Kabinetsreactie op de evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen (LZA/LP) en het vervolg van de voorgenomen Regeling L1–12.
130 Stcrt. 2024, 99 (11 januari 2024).
131 ZonMw: Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag, 2022, p. 14.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 175/177

12. De Vito LLA. Reactie op de uitspraak van het Hof Den Bosch 31 januari 2018 (Heringa). NJB. 2018;13:639–869.
13. Delbeke E. Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde. Antwerpen/Cambridge: Intersentia; 2012.
14. Den Hartogh G. De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring. NJB. 2012;36:734–9.
15. Den Hartogh G. De wil van de wilsonbekwame patiënt. TvGR. 2018;42:431–54.
16. Dorscheidt JHHM. Een nieuwe Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. TvGR. 2016;40:356–68.
17. Duijst W, Naujocks T. Over lijken. De dood en daarna, vanuit juridisch-medisch perspectief. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu; 2015.
18. Duijst-Heesters WLJM, Das C, redactie. Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu; 2011.
19. Engberts DP. Annotatie bij HR 14 maart 2017 en Hof 's-Hertogenbosch 31 januari 2018 (zaak-Heringa). TvGR. 2018;42:510–7.
20. Engberts DP. Autonomie op de achtergrond. Over motieven en ontwikkelingen in het euthanasiedebat. Hoorn: Westfries gasthuis; 2012.
21. Engberts DP. In geleerdheid gesmoord. De commissie-Schnabel over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. TvGR. 2016;40,369–77.
22. Engberts DP. Lijden aan zelfbeschikking: over het recht op de verkeerde keuze. NTOG. 2010;123:214–9.
23. Engberts DP. Surplace: het debat over euthanasie en dementie. In: Achterberg WP et al., redactie. De Leidse Ouderengeneeskundedagen. Leiden: LUMC; 2016. pag. 105–13.
24. Gevers JKM. Beslissen over wel of niet reanimeren. TvGR. 1991;15:3–4.
25. IKNL. Multidisciplinaire richtlijn palliatieve sedatie. Herziene richtlijn 2022 – Versie 3.0. IKNL; 2022.
26. KNMG. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. KNMG; 2011.
27. KNMG. Handreiking Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. Utrecht: KNMG en V&VN; 2014.
28. KNMG. Richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht: KNMG; 2009.
29. KNMG. Standpunt Beslissingen rond het levenseinde; 2021.
30. KNMG. Standpunt medische beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen. Utrecht: KNMG; 2013.
31. KNMG. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. KNMG; 2004.
32. Legemaate J. Medisch handelen rond het levenseinde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
33. Matthijssen TJ. Cassatie in het belang der wet in euthanasiezaak. NJB. 2020;95:291.
34. Nederlandse Reanimatie Raad. Starten, niet starten en stoppen van de reanimatie. Najaar 2008, Gewijzigd in mei 2011 en oktober 2012.
35. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking: een handreiking. 2013. ► nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/diverse-publicaties/handreiking-levensbe-indiging.pdf.
36. NHG, Verenso, enkele specialisten verenigingen, het Forensisch Medisch Genootschap en de KNMG. Richtlijn Lijkschouw voor behandelend artsen, 2016.
37. NVK. Doen of laten? Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie. Utrecht: NVK; 1992.
38. NVK. Handelingsprotocol Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen (NODOK).
39. Openbaar Ministerie/Inspectie voor de Gezondheidszorg/Forensisch Medisch Genootschap/KNMG. Handreiking (Niet-)natuurlijke dood. Versie 1.0; januari 2016. 2016. ► www.igz.nl/Images/Handreiking-niet%20natuurlijke%20dood-versie%20definitief_tcm294-372365.pdf.
40. Pans E. De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht. Nijmegen: Wolf Legal Publishers; 2006.
41. Pijnakker P. In vertrouwen. Normatieve beschouwing over euthanasie, dementie en de schriftelijke wilsverklaring. Enschede: Ipskamp Printing; 2022.
42. Postma L. Misschien was het nog te vroeg, De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in artikel 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief. Den Haag: Boom Juridisch; 2021.
43. Rozemond N. De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring, de verplichte consultatie en het ondraaglijke lijden bij beslissingen over euthanasie bij patiënten met dementie. Delikt en Delinkwent. 2021;51:183–200.
44. Rozemond N. Euthanasie en dementie: het actuele verlangen en het reële alternatief. NJB. 2012;36:314–9.
45. Rozemond N. Het mensenrechtelijke tekort van het Nederlandse euthanasierecht. NTM- NJCMBull. 2020;45:365–76.
46. Rozemond N. Het zelfgekozen levenseinde. ISVW Uitgevers: Leusden; 2021.
47. Rozemond N. Mensen met dementie hebben het recht om euthanasie te weigeren. NJB. 2020;95:331–6.
48. Rozemond N. Wil of verklaring: Wat is de grondslag van levensbeëindiging bij patiënten met vergevorderde dementie? NJB. 2019;94:1864–71.

UNCORRECTED PROOF

49. Rozemond N. Zelfbeschikking en wilsbekwaamheid van mensen met dementie in verband met beslissingen over euthanasie. Filosofie & Praktijk. 2020;41:77–91.
50. Rütten Th. Medizinethische Themen in den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum. In: Flashar H, et al. Médecine et morale dans l'antiquité. Genève: Vandoeuvres; 1996.
51. Sutorius EPhR. Abortus en euthanasie. Medisch handelen tussen het respect voor menselijk leven en de vrijheid tot zelfbeschikking. In: Gedenkboek. Honderd jaar Wetboek van Strafrecht. Arnhem: Gouda Quint; 1986. pag. 395–423.
52. Van Beers B. Staat van verwarring. Ars Aequi. 2020;69:141–9.
53. Van Delden JJM. Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen, Den Haag: Gezondheidsraad, 1991 (Publicatie A91/4).
54. Van Thiel GJMW, Huibers AK, et al. Met zorg besluiten. Beslissingen rond het levenseinde in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Assen: Van Gorcum; 1997.
55. Van Veen EB. Meerderjarige wilsonbekwame patiënt. In: Legemaate J, redactie. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1995.
56. Van Willigenburg T, Kuis W, redactie. Op de grens van leven en dood. Afzien van behandelen en levensbeëindiging in de neonatologie. Assen: Van Gorcum; 1995.
57. Van Wolfswinkel ME, et al. Maternal mortality and serious maternal morbidity in Jehovah's witnesses in the Netherlands. BJOG. 2009;116(1):103–10.
58. Verenso. Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie, Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Verenso 2013.
59. Verhagen AAE, Soll JJ, et al. Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen in Nederland. Analyse van alle 22 meldingen uit 1997/'04. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:183–8.
60. Verhagen AAE. End-of-life decisions in Dutch neonatal intensive care units. Zutphen: Paris Legal Publishers; 2008.
61. Weyers H. Euthanasie: het proces van rechtsverandering. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2004.
62. ZonMw. Evaluatie centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag; ZonMw; 2013.
63. ZonMw. Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Den Haag; 2022.
64. ZonMw. Het PERSPECTIEF-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. Den Haag: ZonMw; 2020.
65. ZonMw. Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeeindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag; 2023.

UNCORRECTED PROOF

Layout: T5 Sophie_1C | 306948_5_NI | Chap No.: | 4 juni 2024 08:47 | ISBN: 978-90-368-3019-5 | Page: 177/177