

MASTER'S THESIS

Markering van de grens tussen twee medische handelingen

Een onderzoek naar het juridisch grijze gebied tussen terminale sedatie en euthanasie

van der Haven, Lea

Award date:

2024

Awarding institution:

Department of Public Law

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 04. Dec. 2024

Open Universiteit
www.ou.nl



Markering van de grens tussen twee medische handelingen

Een onderzoek naar het juridisch grijze gebied tussen terminale sedatie en euthanasie

Naam: Neeltje (Lea) van der Haven (email: lea.vanderhaven@student.ou.nl)

Studentnummer: 850662687

Master: Staatsrecht en Encyclopedie van de Rechtswetenschap

Cursuscode: RM 9906-232411M

Inleverdatum: 7 juli 2024

Aantal woorden: 13.960 (exclusief titelblad, voorwoord, afkortingenlijst en inhoudsopgave)

Begeleider: dhr. mr. dr. J. Doomen

Examinator: mw. prof. dr. C.M. Zoethout

Voorwoord

Graag wil ik dit voorwoord gebruiken om te reflecteren op het onderwerp dat ik gekozen heb en ook om enkele personen te bedanken. Palliatieve of terminale sedatie en euthanasie zijn onderwerpen die bij het dagelijkse leven horen, maar waar ook nog een taboe op lijkt te rusten. Het onderwerp boeit me omdat ik in mijn naaste omgeving enkele keren werd betrokken bij het nemen van een besluit over het uitvoeren van één van deze handelingen.

Door het schrijven van deze scriptie besef ik beter welke ingrijpende gevolgen het uitvoeren van één van deze behandelingen heeft voor artsen en verpleegkundigen. Ik heb daardoor meer begrip en respect gekregen voor artsen die betrokken zijn bij levenseindebeslissingen en begrijp ik beter welke afweging een arts moet maken alvorens een dergelijke behandeling in gang te zetten. Mede hierom wil ik een bijdrage leveren aan het verkleinen van de onduidelijke overgang tussen terminale sedatie en euthanasie, dat ik het juridisch grijze gebied noem.

In de eerste plaats wil ik mijn begeleider, de heer Jasper Doomen, bedanken voor zijn snelle reacties en zijn kritische commentaren en opmerkingen op mijn concepten gedurende het schrijfproces. Het hielp me om mijn ideeën en gedachten beter te structureren. Ook bij het formuleren van mijn onderzoeksvraag heeft hij geholpen om de hoofdvraag te concretiseren. Ook wil ik mijn echtgenoot bedanken voor het nalezen van de scriptie en zijn opmerkingen daarbij. Ook heeft hij er de afgelopen jaren voor gezorgd dat ik de tijd vrij kon maken om naast mijn werk deze studie te voltooien.

Het onderwerp dat ik onderzocht heb, heeft veel meer kanten dan ik me tevoren had kunnen bedenken. Ik vind het een ingewikkeld onderwerp. Hoewel ik me tijdens het schrijven meerdere malen afgevraagd heb of het wel zo verstandig was om dit onderwerp te kiezen, heeft het me ook veel voldoening gegeven.

Daarom, ieder die mij heeft ondersteund, heel veel dank voor jullie tijd en aandacht.

7 juli 2024

Lea van der Haven

Afkortingenlijst

BW	Burgerlijk Wetboek
EHRM	Europese Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GW	Nederlandse Grondwet
Hof	Europese Hof voor de Rechten van de Mens
HvGEU	Handvest van de grondrechten van de Europese Unie
OM	Openbaar Ministerie
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
WTL	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
WvSr	Wetboek van Strafrecht
WvSv	Wetboek van Strafvordering

Inhoudsopgave

Inhoud

Hoofdstuk 1	Inleiding	6
1.1	Doelstelling onderzoek.....	7
1.2	Hoofdvraag en deelvragen	8
1.3	Verantwoording methode	9
1.4	Maatschappelijke relevantie van het onderzoek	9
Hoofdstuk 2	Definities van twee medische handelingen.....	10
2.1	Euthanasie	10
2.2	Palliatieve sedatie	12
2.3	Welke definities hanteer ik in dit onderzoek?	15
Hoofdstuk 3	Juridisch kader.....	17
3.1	Het recht op leven	18
3.2	Onaantastbaarheid van het menselijk lichaam	21
3.3	Strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding.....	24
3.4	Beantwoording van deelvraag 2.....	25
Hoofdstuk 4	Het recht op leven versus terminale sedatie	27
4.1	De achterliggende problematiek van terminale sedatie	27
4.2	Het recht op leven en het zelfbeschikkingsrecht	28
4.3	Geven de huidige richtlijnen meer duidelijkheid?	30
4.4	Antwoord op deelvraag 3	32
Hoofdstuk 5	De juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie	33
5.1	Wat is normaal medisch handelen?.....	33
5.2	Wat is bijzonder medisch handelen?	35
5.3	De juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie.....	36
Hoofdstuk 6	Wordt de juridische grens bij terminale sedatie overschreden, als de patiënt eerder komt te overlijden?	38
6.1	De uitkomsten van de achtereenvolgende hoofdstukken	38
6.2	Een antwoord op de hoofdvraag	40
7.	Conclusie en aanbevelingen	42
	Literatuurlijst.....	46

Richtlijnen en andere regelgeving	51
Jurisprudentielijst	53

Hoofdstuk 1 Inleiding

In 2013 kwam het dorpje Tuitjenhorn (NH) landelijk in het nieuws door het handelen van een arts, dat werd gezien als een overschrijding van de normatieve grens tussen palliatieve sedatie en euthanasie. In deze zaak overleed een patiënt na het toedienen van hoge doses medicatie door een huisarts. Hoewel deze zaak primair ging over het handelen van de huisarts, heeft het ook geleid tot discussie over de praktijk van palliatieve sedatie. Mede naar aanleiding van deze gebeurtenis ben ik van mening dat de juridische begrenzing van palliatieve sedatie en euthanasie onvoldoende duidelijk is en dat, daarmee samenhangend, beide begrippen scherper afgebakend moeten worden. Inmiddels is een richtlijn opgesteld om de transparantie en zorgvuldigheid bij palliatieve sedatie te waarborgen.¹ De vraag die naar voren kwam is of er sprake was van een natuurlijke dood omdat de patiënt al ernstig ziek was, of dat zijn overlijden een direct gevolg was van de sedatie.²

De arts pleegde, na beschuldigingen door verschillende instanties, zelfmoord. Er werd vervolgens een onafhankelijke commissie ingesteld om het handelen van alle betrokken instanties in de zaak Tuitjenhorn te evalueren.³ Daaruit bleek dat ten aanzien van het handelen van de arts, de Inspectie voor de gezondheidszorg onzorgvuldig gehandeld had.⁴ Uit een onderzoek onder artsen, ingesteld na deze zaak, bleek dat het handelen van artsen op dit terrein vooral wordt bepaald door de concrete omstandigheden.⁵ Voor de toepassing van strafrechtelijke regels en voor de beoordeling van het optreden door het OM is die constatering van wezenlijk belang, omdat elke situatie uniek is en een standaard beoordeling niet mogelijk is.

Naar mijn mening is er nog te weinig duidelijkheid voor artsen waar de grenzen van palliatieve sedatie liggen en waar deze overgaan in euthanasie. In deze scriptie wil ik dat juridisch grijze gebied toetsen aan het recht op leven. In het verlengde daarvan bespreek ik ook het grondrecht van onaantastbaarheid van het menselijk lichaam.⁶ Dit omdat de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam mogelijk raakvlakken heeft met het recht op leven, maar dat dit recht een andere benadering vergt.

¹ Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie 2022.

² Rb. Noord-Holland 2 juli 2015, nr. 14/1328, ECLI:NL:RBNHO:2015:5480.

³ *Kamerstukken II* 2013/14, 32647, nr. 18 (Deze brief is gedateerd op 12 november en verwijst naar de geciteerde brief van '1 november', die echter in *Kamerstukken II* 2013/14, 32647, nr. 17 als datum 17 november 2013 vermeldt.); *Kamerstukken II* 2014/15, 32647, bijlage nr. 43 (*Rapport van de Evaluatiecommissie Tuitjenhorn*).

⁴ Hendriks 2016/230; ABRvS 1 juni 2016, ECLI:NL:RVS:2016:1502, m.nt. A.C. Hendriks.

⁵ Mevis 2014, p. 2.

⁶ *Kamerstukken II* 1979/80, 16086, nr. 1-5.

Het recht op leven van eenieder wordt volgens art. 2 EVRM beschermd door de wet. Dit artikel legt de nadruk op de bescherming van het recht op leven en beschermt niet het leven zelf. Het doel ervan is om individuen te beschermen tegen levensberoving door de overheid.

De onaantastbaarheid van het menselijk lichaam benadrukt in art. 11 GW het respect voor het menselijk lichaam en beschermt het leven zelf, hetgeen tot uitdrukking komt in het recht om te worden gevrijwaard van schendingen en inbreuken op het lichaam door de overheid of anderen. Dit recht mag, evenals het recht op leven, worden beperkt, onder meer door of krachtens een formele wet.

Het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam dient om burgers te vrijwaren van schendingen en inbreuken op het lichaam. Dit geldt in zowel horizontale (burgers onderling) als in verticale (overheid – burgers) relaties. Het recht op leven wordt als een op zichzelf staand recht beschermd en geldt in de relatie tussen overheid en burgers. Uit jurisprudentie van het EHRM blijkt dat de staat het leven van zijn burgers actief moet beschermen en maatregelen moet nemen, zodat dat recht niet geschonden wordt.⁷ De plicht van de overheid reikt echter niet zover dat de overheid een zorgplicht heeft ten aanzien van voeding of verzorging van zijn burgers.⁸ In hoofdstuk 2 ga ik verder in op de reikwijdte van het recht op leven en de raakvlakken met de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam.

Ik wil onderzoeken of in het licht van het recht op leven een juridische grens wordt overschreden als het overlijden van een patiënt wordt bespoedigd, als gevolg van palliatieve sedatie. Daaronder valt ook de term terminale sedatie.⁹

1.1 Doelstelling onderzoek

Voor palliatieve sedatie gelden de wettelijke voorwaarden voor normaal medisch handelen, zoals beschreven in de WGBO, en opgenomen in art. 7:446-468 BW. In de 'Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie' zijn aanbevelingen en voorwaarden opgenomen waaronder een arts mag besluiten tot palliatieve sedatie.¹⁰ Naar mijn mening zijn deze voorwaarden ruim uit te leggen omdat de definitie van palliatieve sedatie ruim is opgesteld. Bovendien is niet altijd duidelijk of het besluit van een arts om over te gaan tot palliatieve sedatie, in overeenstemming is met de wens van de patiënt.

Het doel van mijn onderzoek is om meer duidelijkheid te scheppen over de kwestie of een arts strafbaar is als een patiënt als gevolg van palliatieve sedatie eerder overlijdt dan wanneer geen sprake

⁷ Wijte 2004, p. 168.

⁸ BVerfG 17 december 1951 1 BvR 220/51, par. 39.

⁹ Richtlijn Palliatieve sedatie 2005, p. 9; *Kamerstukken II*, 2003/04, 29 200 XVI, nr. 268; Bood, 2004, p. 33-34.

¹⁰ Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie 2022, p. 34-37.

is van palliatieve sedatie. Is mogelijk sprake van een causaal verband tussen het overlijden van een patiënt en het handelen van de arts? Is het handelen van de arts naast verlichting van pijn tevens gericht op het bespoedigen van het overlijden van de patiënt, dan zou sprake kunnen zijn van voorwaardelijk opzet op het overlijden, in welk geval de arts strafbaar zou zijn op grond van art. 293 lid 2 WvSr.

1.2 Hoofdvraag en deelvragen

Om het juridisch grijze gebied tussen euthanasie en palliatieve sedatie te onderzoeken heb ik de volgende onderzoeksvraag en deelvragen geformuleerd:

Hoofdvraag:

Wordt, in het licht van het recht op leven, als bedoeld in art. 2 lid 1 van het EVRM, een juridische grens overschreden, indien een patiënt na toediening van palliatieve sedatie-medicatie overlijdt, waardoor mogelijk sprake is van euthanasie, als bedoeld in de WTL?

Deelvragen

1. In hoofdstuk 2 ga ik in op verschillende definities of interpretaties van de begrippen palliatieve sedatie en euthanasie in wetenschappelijke literatuur en binnen de kaders van nationale- en Europese wet- en regelgeving. Daarmee zal ik vaststellen welke definitie van beide begrippen ik gebruik in deze scriptie.
2. Aan de hand van het juridisch kader en de verschillende definities zal ik de vraag beantwoorden of er een onderscheid gemaakt moet worden tussen palliatieve sedatie met het oogmerk op overlijden en palliatieve sedatie met het oogmerk op pijnverlichting, eventueel gevolgd door overlijden (hoofdstuk 3).
3. In hoofdstuk 4 ga ik vervolgens in op de vraag hoe het recht op leven zich verhoudt tot palliatieve sedatie, wanneer deze sedatie het overlijden van de patiënt bespoedigt.
4. De vraag of de grens tussen palliatieve sedatie en euthanasie juridisch voldoende is afgebakend en wanneer normaal medisch handelen, zoals palliatieve sedatie wordt getypeerd, overgaat in euthanasie, dat als bijzonder medisch handelen wordt getypeerd, onderzoek ik in hoofdstuk 5.
5. De hoofdvraag of in het licht van het recht op leven, zoals dat is vastgelegd in art. 2 lid 1 van het EVRM, een juridische grens wordt overschreden, als een patiënt eerder overlijdt als gevolg van palliatieve sedatie, zal ik toetsen en beantwoorden in hoofdstuk 6.

6. Conclusie en aanbevelingen

Ik zal naar aanleiding van mijn onderzoek mijn conclusie trekken en enkele aanbevelingen doen op welke wijze naar mijn mening het juridisch grijze gebied kan worden verkleind (hoofdstuk 7).

1.3 Verantwoording methode

Ik heb evaluatief onderzoek uitgevoerd, waarbij ik de huidige stand van zaken heb beoordeeld en gewaardeerd, met het doel om het juridisch grijze gebied te kunnen duiden en naar aanleiding daarvan een aanbeveling te kunnen doen om dat gebied te beperken.¹¹ Daarvoor heb ik in hoofdstuk 2 kwalitatief onderzoek gedaan, gericht op de betekenissen en interpretaties van de begrippen palliatieve sedatie¹² en euthanasie¹³ vanuit de juridische invalshoek. In hoofdstuk 3 heb ik het theoretisch kader onderzocht aan de hand van Nederlandse en Europese wet- en regelgeving, van overheidsstukken en van jurisprudentie, met het doel om de ontwikkelingen en standpunten van de overheid over de periode vanaf de jaren '70 van de vorige eeuw tot heden in kaart te brengen.

Voor de beantwoording van vraag 3 in hoofdstuk 4 heb ik literatuuronderzoek gedaan door op systematische wijze wetenschappelijk bronnen te verzamelen en deze te evalueren. Hoofdstuk 5 betreft een verkennend onderzoek naar de belangrijkste aspecten van het juridisch grensgebied tussen normaal en bijzonder medisch handelen, omdat ik van mening ben dat dit gebied onvoldoende is afgebakend in de regelgeving. In hoofdstuk 6 ten slotte zal ik de hoofdvraag beantwoorden en daaruit in hoofdstuk 7 een conclusie trekken.

1.4 Maatschappelijke relevantie van het onderzoek

De meerwaarde van dit onderzoek is om te streven naar meer bewustwording bij artsen en patiënten dat palliatieve sedatie een aantasting van het menselijk lichaam of van het recht op leven kan zijn. Duidelijkheid over de juridische grens tussen palliatieve sedatie en euthanasie vind ik van belang voor artsen, patiënten en nabestaanden. Enerzijds voor artsen, zodat zij niet in een strafrechtelijke situatie belanden. Anderzijds voor patiënten en nabestaanden zodat zij voorbereid zijn op het overlijden van de patiënt na palliatieve sedatie.

¹¹ Van Dijck, Snel & Van Golen 2018, p. 59-60.

¹² Chabot, Den Hartogh & Van Delden 2005, p. 1464-1466.

¹³ Den Hartogh 2013, p. 3.

Hoofdstuk 2 Definities van twee medische handelingen

Inleiding

Voorafgaand aan het schetsen van het juridische kader ga ik in op verschillende definities of interpretaties van de begrippen palliatieve sedatie en euthanasie in wetenschappelijke literatuur en binnen de kaders van nationale- en Europese wet- en regelgeving. Daarmee zal ik vaststellen welke definities van beide begrippen ik hanteer in deze scriptie en deelvraag 1 beantwoorden.

Er blijkt een veelheid aan definities te bestaan van palliatieve sedatie en euthanasie. Al in de jaren '70 van de vorige eeuw heeft de wetgever uitleg proberen te geven aan het begrip euthanasie. Onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen veranderde volgens Van Tol de houding ten aanzien van euthanasie en veranderde daarmee de definitie van het begrip.¹⁴

Rond de eeuwwisseling kwam er meer aandacht voor palliatieve sedatie. Voor een uitleg van dit begrip en het begrip euthanasie heb ik diverse wetgevingsdocumenten, richtlijnen, maar ook Nederlandse - en Europese jurisprudentie geraadpleegd op zoek naar de uitleg van beide begrippen. Zonder volledig te willen zijn schets ik in de volgende hoofdstukken enkele ontwikkelingen rondom de definities van beide begrippen.

2.1 Euthanasie

Vóór de inwerkingtreding van de WTL moesten artsen bij het uitvoeren van euthanasie een beroep doen op art. 40 WvSr, hetgeen leidde tot een oneigenlijk gebruik van dat artikel. Art. 40 is bedoeld voor uitzonderlijke noodgevallen die zich opeens voordoen en waarbij iemand met een onverwacht conflict van plichten wordt geconfronteerd. Het was niet bedoeld voor het verschaffen van een juridische basis aan een gangbare praktijk. Er werd vanuit juridische hoek herhaaldelijk bezwaar gemaakt tegen het gebruik van art. 40 voor de legitimatie van euthanasie.¹⁵

In 1972 besloot de Staatscommissie euthanasie dat euthanasie een paraplu-begrip was, waar diverse vormen van medisch handelen rond het levenseinde onder vallen.¹⁶ Euthanasie werd onderverdeeld in:

- Euthanasie: het opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang.

¹⁴ Van Tol 2005, p. 73-81.

¹⁵ *Kamerstukken II*, 1997-98, 26000, nr. 3, p. 3.

¹⁶ Van Tol 2005, p. 37-41 (*Staatscommissie euthanasie De Vreeze*).

- Passieve euthanasie: het niet of niet meer toepassen van levensverlengende middelen of handelingen, waardoor de patiënt aan de ziekte overlijdt.
- Actieve euthanasie: het toepassen van levensverkortende middelen of handelingen, waardoor de patiënt overlijdt.
- Vrijwillige euthanasie: euthanasie met de uitdrukkelijke en geldige instemming van de betrokkene.
- Onvrijwillige euthanasie: euthanasie zonder uitdrukkelijke en geldige instemming van de betrokkene.

Leenen stelde in 1977 voor om het belang van de patiënt centraal te stellen en niet het verzoek. Hij vindt dat alleen de betrokkene zelf in staat is om over zijn eigen leven te beschikken. Als de betrokkene daartoe niet in staat is, mag een ander daar niet over beschikken. Er zou in dat geval volgens Leenen sprake zijn van onvrijwillige euthanasie, moord of doodslag.¹⁷ Ook het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie vindt hij niet houdbaar omdat een nalaten om te handelen volgens hem ook een actieve handeling is.

In een uitspraak van de rechtbank Leeuwarden in de eerste Nederlandse zaak over euthanasie, werden enkele zorgvuldigheidseisen gesteld. Het werd duidelijk dat de kloof tussen het WvSr en de medische praktijk groot was.¹⁸ De overheid besloot opnieuw een Staatscommissie voor euthanasie in te stellen.¹⁹ In 1985 definieert deze Staatscommissie het begrip 'euthanasie' in haar rapport als volgt: 'Het opzettelijk beëindigen of verkorten van het leven op verzoek en/of in het belang van de betrokkene'.²⁰ De definitie lijkt een optelsom van 'levensbeëindiging in het belang van de betrokkene' van de vorige Staatscommissie (1972) en Leenens voorstel, waarin het belang van de patiënt centraal staat.²¹ De Staatscommissie handhaaft het onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie, dat ook in het rapport van 1972 werd gehanteerd, maar door Leenen was afgewezen. Dat onderscheid moest worden gezocht in een onderscheid tussen handelen en nalaten, maar ook in "een verschil in tempo, in zekerheid van het gevolg en in het tijdstip waarop de dood zou intreden". In plaats van de termen 'vrijwillige' en 'onvrijwillige euthanasie' geeft deze Staatscommissie de voorkeur aan de "kenbaar gemaakte" en de "niet kenbaar gemaakte" wens om te sterven.²² In de Tweede kamer werd euthanasie vervolgens gedefinieerd als: 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek'.²³

¹⁷ Leenen 1977, p. 85.

¹⁸ Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973, 183 (*Postma*).

¹⁹ *Kamerstukken II 1983/84*, 18331, nrs. 1-3, p. 8-11.

²⁰ Van Tol 2005 p. 45-54, (*Staatscommissie euthanasie Belinfante*).

²¹ Leenen, 1977 p. 131.

²² Van Tol 2005 p. 45-54, (*Staatscommissie euthanasie Belinfante*).

²³ *Kamerstukken II 1991/92*, 20383, nr. 14, p. 2.

Bij euthanasie en hulp bij zelfdoding staat volgens Hendriks de intentie van de arts om het leven te beëindigen dan wel medewerking te verlenen aan zelfdoding centraal. Hij definieert euthanasie als: “het beëindigen van het leven van een persoon door een arts via het toedienen van dodelijke middelen, waarbij de arts handelt volgens de op artsen van toepassing zijnde professionele standaard”.²⁴ Hendriks vermeldt daarbij expliciet dat hij daaronder *niet* verstaat het overlijden van een patiënt als gevolg van het nalaten of het staken van een medisch zinloze behandeling. Ook het weigeren door de patiënt van een eventueel levensreddende medische behandeling of palliatieve sedatie valt volgens Hendriks niet onder euthanasie.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding worden aangeduid als bijzonder medisch handelen, omdat beide handelingen strafbaar gesteld zijn in art. 293 lid 1 respectievelijk 294 lid 2 van het WvSr en slechts onder voorwaarden die strafbaarheid vervalt. Het is geen plicht van de arts en geen recht van de patiënt. Als een patiënt overlijdt ten gevolge van euthanasie is er sprake van een niet-natuurlijke doodsoorzaak. Voor de definitie van euthanasie sluit ik me grotendeels aan bij Weyers, die in haar proefschrift het begrip euthanasie als volgt definieert: ‘opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek’.²⁵ Euthanasie wordt in deze definitie beperkt gedefinieerd en is ontstaan door een proces van uitsluiting van handelingen die niet als euthanasie worden gezien, namelijk het uitsluiten van overlijden als neveneffect van pijnbestrijding (‘indirecte euthanasie’) of het stoppen of niet inzetten van een levensverlengende medische behandeling (‘passieve euthanasie’). Dit laatste kan verschillende redenen hebben, namelijk medisch zinloos, buitenproportioneel handelen of weigering door de patiënt.

2.2 Palliatieve sedatie

In het derde empirische onderzoek inzake medische beslissingen rond het levenseinde, gepubliceerd in 2003, worden voor het eerst gegevens genoemd met betrekking tot terminale sedatie.²⁶ Als gevolg van de uitkomst van dit onderzoek kwam de eerste Richtlijn Palliatieve Sedatie tot stand.²⁷ Palliatieve sedatie wordt daarin omschreven als: ‘het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase’. In diezelfde richtlijn worden de verschillende begrippen, zoals palliatieve sedatie, sedatie in de laatste levensfase, palliatieve sedatie in de terminale fase, terminale sedatie of diepe sedatie, naast en door elkaar gebruikt, maar ook verschillend gedefinieerd. In deze richtlijn wordt ‘palliatieve sedatie’ als basisbegrip gebruikt voor al deze begrippen en includeert de term niet

²⁴ Hendriks 2014/13, p. 2.

²⁵ Weyers 2002, p. 345.

²⁶ Van der Wal e.a. 2003, par. 8, p. 75.

²⁷ Richtlijn palliatieve sedatie 2005, p. 12.

alleen diepe en continue sedatie, maar ook tijdelijke of intermitterende sedatie. Dat is naar mijn mening verwarrend. Den Hartogh merkt hierover op dat we op alle plaatsen waar de commissie de term ‘palliatieve sedatie’ gebruikt uit de context moeten opmaken of hier palliatieve sedatie bedoeld is in de ruime zin van de officiële definitie, derhalve ook de tijdelijke of intermitterende sedatie, of alleen continue sedatie tot het overlijden.²⁸ Bij dat laatste blijft het onduidelijk of het alleen over diepe sedatie gaat of niet.

In de huidige ‘Richtlijn Palliatieve Sedatie’ (2022) wordt de definitie van palliatieve sedatie aangevuld, en luidt deze als volgt: ‘Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase, met als doel om het lijden van de patiënt te verlichten.’²⁹ Ik sluit me aan bij deze laatste definitie omdat deze ook het doel van de sedatie weergeeft en ziet op het handelen in de laatste levensfase. Daarmee onderscheidt deze definitie zich van de tijdelijke sedatie. Deze richtlijn geeft de volgende voorwaarden voor palliatieve sedatie:

- De patiënt verkeert in de laatste levensfase, met zicht op spoedig overlijden binnen twee weken.
- Er is sprake van ernstig en ondraaglijk lijden, dat niet kan worden bestreden met conventionele medicijnen (refractair lijden).
- Het lijden kan zich openbaren op lichamelijk, psychisch of op sociaal en/of existentieel gebied.

In deze laatste richtlijn worden drie vormen van palliatieve sedatie onderscheiden, waarmee de term palliatieve sedatie opnieuw onduidelijk wordt:

- Intermitterende palliatieve sedatie, ter overbrugging van een bepaalde tijd of fase of tijdelijke, éénmalige sedatie.
- Continue palliatieve sedatie tot aan het overlijden, als de geschatte termijn tot overlijden relatief kort is, namelijk maximaal twee weken.
- Acute palliatieve sedatie in het geval van (sub)acuut ontstane, zeer ernstige refractaire symptomen in de laatste levensfase, waaraan de patiënt vrijwel zeker op zeer korte termijn (minuten-uren) zal komen te overlijden. Dit is in feite een bijzondere vorm van continue palliatieve sedatie (kortdurend maar tot aan overlijden).

Opnieuw ontstaat er onduidelijkheid omdat ook tijdelijke of intermitterende palliatieve sedatie volgens deze richtlijn binnen de algemene definitie van palliatieve sedatie valt. Deze vorm van sedatie zal naar mijn mening niet altijd in de laatste levensfase plaatsvinden, maar ook als de patiënt na bijvoorbeeld een ernstig ongeval of een zware operatie tijdelijk in slaap wordt gehouden. De

²⁸ Den Hartogh 2006, p. 90–96.

²⁹ Palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie, p. 20.

genoemde richtlijn beschrijft in deze definitie van palliatieve sedatie echter dat deze specifiek betrekking heeft op de laatste levensfase. Dit is naar mijn mening verwarrend.

De specifiekere term ‘terminale sedatie’ is het in diepe slaap brengen van een patiënt, in de verwachting die tot aan diens overlijden te handhaven. In deze situatie wordt in de regel afgezien van het kunstmatig toedienen van voeding en vocht.³⁰ Mijn onderzoek richt zich op dit specifieke grijze gebied bij toepassing van terminale sedatie. Immers in die situatie is de arts zich mogelijk niet altijd bewust dat hij zich bij zijn handelen op de uiterste grens tussen terminale sedatie en euthanasie bevindt, en het risico loopt dat de patiënt eerder zal overlijden door de sedatie. Dit begrip komt naar mijn idee het meest overeen met continue palliatieve sedatie, een diepe vorm van sedatie, waarbij wordt afgezien van het toedienen van kunstmatig voedsel of vocht.

Euthanasie is een actieve handeling waarbij een arts op verzoek van de patiënt het leven beëindigt, met als doel het lijden op te heffen. Dit is een uitzondering op het verbod van levensbeëindiging en is aan strikte wettelijke voorwaarden gebonden. Euthanasie is dus geen normaal medisch handelen en kan strafbaar zijn als er niet aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.

Het verschil tussen terminale sedatie en euthanasie bestaat uit het doel en de intentie van de handeling. Palliatieve of terminale sedatie bestaat eruit om het lijden door refractaire symptomen te verlichten en niet om het leven te bekorten of te beëindigen, zoals bij euthanasie wel het geval is.³¹ In beide gevallen is van belang dat zorgvuldig wordt gehandeld en dat de wettelijke en ethische richtlijnen worden nageleefd. Als terminale sedatie correct wordt toegepast, dus de medicatie is afgestemd op de mate van symptoomcontrole, wordt dat gezien als normaal medisch handelen.³² Hierin ligt volgens mij nu juist het knelpunt. Normaal medisch handelen sluit namelijk niet uit dat er in bepaalde gevallen toch sprake is van niet-natuurlijk overlijden. Normaal medisch handelen dient in mijn optiek bij te dragen aan het geneeskundig uitgangspunt van “weldoen en niet schaden” of het staken van handelen als zo’n bijdrage niet meer wordt verwacht. Normaal medisch handelen is niet strafbaar, ook als er wel schade wordt toegebracht, zoals bijvoorbeeld bij een operatie of het uitvoeren van levensverlengende handelingen zoals bestraling of chemotherapie.³³ In tegenstelling tot euthanasie is terminale sedatie een recht van de patiënt mits aan de binnen de beroepsgroep geaccepteerde indicatie en voorwaarden is voldaan. Om deze reden wordt terminale of palliatieve sedatie gekwalificeerd als normaal medisch handelen. Naar mijn mening zou normaal medisch handelen echter niet moeten leiden tot het

³⁰ Bood 2004 p. 31; Rietjens 2005, p. 12.

³¹ Palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie, p. 20-21.

³² Richtlijn Handreiking (Niet-)natuurlijke dood 2016, par. 4.

³³ Seldenrijk 2017 p. 19.

overlijden van de patiënt. Als het wél leidt tot (eerder) overlijden vind ik de handeling vergelijkbaar met euthanasie.

Een andere definitie van terminale sedatie geven Chabot e.a., waarbij de auteurs pleiten voor een enge definitie: 'het opheffen van het bewustzijn tot het overlijden volgt'. Zij motiveren dit door te stellen dat een enge definitie van terminale sedatie het meest geschikt is om begripsverwarring tegen te gaan.³⁴ Deze definitie geeft volgens hen descriptief aan dat het gaat over sedatie tot aan het einde van het leven. Een zo simpel mogelijke definitie kan de grenzen afbakenen van euthanasie. Door daarin geen voorwaarden of zorgvuldigheidseisen op te nemen, kan de definitie niet overlappen met die van euthanasie en legt deze de nadruk op de specifieke vorm van sedatie die voorafgaat aan het overlijden van de patiënt, aldus de auteurs. Als voorbeeld noemen zij de indicatie dat sprake is van existentieel lijden om terminale sedatie uit te voeren. Uit onderzoek is gebleken dat 63 procent van de respondenten dit aanvaardbaar vindt als het overlijden op termijn valt te verwachten.³⁵ Sommigen rechtvaardigen dit door existentieel lijden - in combinatie met fysieke symptomen - een 'refractair symptoom' te noemen. Dit begrip wordt dan door 'oprekking' of interpretatie vergelijkbaar met het 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden', dat een zorgvuldigheidseis vormt voor euthanasie. Dit laatste schept in mijn ogen nog meer verwarring omtrent het juridisch grijze gebied, omdat het geen éénduidige definitie geeft van wat refractair lijden inhoudt. Palliatieve sedatie heeft volgens de richtlijnen geen levensbekortend effect, maar als naast sedatie ook wordt afgezien van voeding en vocht, wordt het overlijden mogelijk wel bespoedigd. In het laatste geval is dan sprake van terminale sedatie. Ik kom hier in hoofdstuk 5 op terug.

2.3 Welke definities hanteer ik in dit onderzoek?

In dit onderzoek hanteer ik als definitie van euthanasie: 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen onder strikte voorwaarden, door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek'.³⁶ De definitie komt gedeeltelijk overeen met die van Weyers. Ik breid de definitie uit met de woorden: 'onder strikte voorwaarden' omdat naar mijn mening de voorwaarden waaronder euthanasie mogelijk is, zonder strafbaar te zijn, genoemd moeten worden om het grijze gebied tussen euthanasie en palliatieve sedatie af te bakenen.

In dit onderzoek zal ik de term 'terminale sedatie' gebruiken, omdat in de Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie (2022) is vastgelegd dat deze vorm van sedatie onder het paraplubegrip van

³⁴ Chabot, Den Hartogh & Van Delden 2005, p. 1464.

³⁵ Janssens 2001 p. 59-60.

³⁶ Weyers 2002 p. 345.

palliatieve sedatie valt. Deze vorm van sedatie gaat volgens de richtlijn *altijd* gepaard met het onthouden van voedsel en vocht.³⁷ Dit leidt uiteindelijk altijd tot het overlijden van de patiënt. Voor de definitie van terminale sedatie gebruik ik deels de definitie uit deze richtlijn:

‘Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase, tot het overlijden volgt, met als doel om het lijden van de patiënt te verlichten’.

Aan deze definitie heb ik toegevoegd: ‘tot het overlijden volgt’, omdat dit duidelijk maakt dat de patiënt buiten bewustzijn is tot het overlijden volgt. Deze toevoeging betrek ik uit de definitie die door Chabot e.a. wordt gehanteerd: ‘het opheffen van het bewustzijn tot het overlijden volgt’. Deze definitie vind ik te beperkt. Er blijkt niet uit dat betrokkene zich in de laatste levensfase bevindt en je zou daaruit de conclusie kunnen trekken dat terminale sedatie is toegestaan tot de betrokkene overlijdt, ook zonder dat deze zich in de laatste levensfase bevindt.

³⁷ Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie, 2022, p. 36 en 77; Rietjens 2005, p. 12.

Hoofdstuk 3 Juridisch kader

Inleiding

In dit hoofdstuk onderzoek ik het huidige juridische kader waarbinnen palliatieve (terminale) sedatie en euthanasie worden geplaatst. Als het kader duidelijk is, kan ik misschien de grens tussen terminale sedatie en euthanasie juridisch scherper afbakenen. In het verlengde daarvan kan ik mogelijk vaststellen of op grond van de bestaande definities een onderscheid gemaakt moet worden tussen terminale sedatie met het oogmerk op overlijden en terminale sedatie met het enkele oogmerk op pijnverlichting, gevolgd door overlijden (deelvraag 2).

De meningen over de strafbaarheid van palliatieve sedatie lopen uiteen. Zo betoogt Rozemond dat tussen het toedienen van medicijnen aan de patiënt door de arts (om pijn te bestrijden), gevolgd door de dood van de patiënt, een causaal verband moet bestaan om van strafbaar handelen te kunnen spreken. Is dat verband er niet, dan is sprake van palliatieve zorg.³⁸ Dit wordt bevestigd in verschillende uitspraken.³⁹ De mate van sedatie dient proportioneel te zijn ten opzichte van het lijden. Als oppervlakkige sedatie volstaat om het lijden draaglijk te maken, is sedatie tot volledig bewustzijnsverlies niet geïndiceerd.⁴⁰

In hoofdstuk 1 heb ik een algemeen kader geschetst van het recht op leven en het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. In dit hoofdstuk ga ik hier dieper op in. In hoofdlijnen komt het recht op leven neer op een recht dat in geen enkele situatie geschonden mag worden, en door de overheid moet worden beschermd. Uit jurisprudentie van het EHRM blijkt dat de staat het leven van zijn burgers actief moet beschermen en maatregelen moet nemen, zodat dat recht niet geschonden wordt.⁴¹ De onaantastbaarheid van het menselijk lichaam komt neer op het recht om te worden gevrijwaard van schendingen en inbreuken op het lichaam door anderen en het recht om over het eigen lichaam te beschikken.⁴² In paragraaf 3.1 ga ik in op het recht op leven en in paragraaf 3.2 op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Aan het einde van dit hoofdstuk zal ik mijn bevindingen samenvatten in paragraaf 3.3 en een antwoord geven op de tweede deelvraag.

³⁸ Rozemond 2009, p. 152-159.

³⁹ Rb. Almelo 4 januari 2008, ECLI:NL:RBALM:2008:BC1180; Rb. Breda 10 november 2004, ECLI:NL:RBBRE:2004:AR5394; Hof Den Bosch 19 juli 2005, ECLI:NL:GHSHE:2005:AU0211.

⁴⁰ Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie, 2022, p. 20.

⁴¹ Wijte 2004, p. 168.

⁴² *Kamerstukken II 1978/79*, 15463, nr. 2, p. 5.

3.1 Het recht op leven

Het recht op leven veronderstelt dat een persoon het recht heeft om zijn leven te behouden, ongeacht in welke situatie deze persoon verkeert. Het EVRM beschrijft het recht op leven in art. 2 lid 1 als volgt: 'Het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, behoudens door de tenuitvoerlegging van een gerechtelijk vonnis wegens een misdrijf waarvoor de wet in de doodstraf voorziet'. Dit recht mag worden beperkt voor zover de beroving van het leven niet in strijd met dit artikel is geschied, ingeval zij het gevolg is van het gebruik van geweld dat absoluut noodzakelijk is:

- a) ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld;
- b) teneinde een rechtmatige arrestatie te bewerkstelligen of het ontsnappen van iemand die op rechtmatige wijze is gedetineerd, te voorkomen;
- c) teneinde in overeenstemming met de wet een oproer of opstand te onderdrukken.

In het licht van euthanasie en terminale sedatie komt onder meer de vraag naar voren of een mens het recht heeft om een einde aan zijn leven te (laten) maken. Het recht op leven is een basisgrondrecht dat in verschillende mensenrechten-verdragen is opgenomen. Het ligt aan de basis van de andere mensenrechten, want zonder dit recht is het niet voor te stellen dat men andere (grond)rechten heeft.⁴³ Dit wordt benadrukt in art. 2 EVRM waaruit voor de staat een aantal positieve materiele verplichtingen kunnen worden afgeleid. Ten eerste een onthoudingsplicht, namelijk het respecteren van het recht op leven. Daarnaast moet de staat het risico op dodelijk geweld bij politieoperaties tot een minimum beperken en moet deze positieve stappen ondernemen om het verlies van leven te voorkomen.

Het recht op leven is niet vastgelegd in de Grondwet, maar wél in art. 2 EVRM. Dit artikel heeft als verdragsbepaling eenieder verbindende kracht in de Nederlandse rechtsorde. Om die reden moet de Nederlandse rechter Nederlandse wettelijke regels buiten toepassing laten als zij strijdig zijn met artikel 2 EVRM. De uitleg door het EHRM van dit artikel wordt door de Nederlandse rechter overgenomen. Verdragsstaten mogen meer bescherming bieden dan die uitleg biedt, maar in Nederland acht de rechter zich daartoe niet bevoegd als daardoor wetten in formele zin buiten toepassing moeten worden gelaten. Dat zou in strijd zijn met art. 120 Grondwet (toetsingsverbod).⁴⁴

⁴³ Mirgaux 2017, par. 1, p. 1.

⁴⁴ HR 10 augustus 2001 ECLI:NL:HR:2001:ZC3598, r.o. 3.9, NJ 2002/278; Peters e.a. 2009, p. 11.

Dat het recht op leven het meest belangrijke mensenrecht is, wordt volgens Mirgaux benadrukt in art. 15 EVRM. In lid 1 van dat artikel is vastgelegd dat in tijden van oorlog of noodtoestand afgeweken mag worden van verplichtingen en van grondrechten uit het EVRM, maar volgens lid 2 niet van het recht op leven.⁴⁵ Het recht op leven veronderstelt niet het recht op een zekere levenskwaliteit. In een arrest aanvaardde het EHRM een klacht omtrent de geboorte van een gehandicapt meisje niet.⁴⁶ De handicap was bekend bij de arts voor de geboorte, maar was niet duidelijk meegedeeld aan de ouders. Het EHRM overwoog dat een arts niet verplicht kan worden om abortus uit te voeren om de reden dat sprake is van een handicap bij een ongeborn kind. In 2015 sprak het Hof zich uit voor het stopzetten van een behandeling en overwoog het dat er geen sprake was van schending van art. 2 EVRM.⁴⁷ Het ging om een jongeman die na een ongeval al jaren in een vegetatieve toestand in het ziekenhuis lag. Op verzoek van zijn familie werd de behandeling stopgezet. Het Hof stelde vast dat er geen consensus was over dit artikel tussen de Verdragsstaten onderling en dat er dus een grote appreciatiemarge bestond, waarbij vooral naar de wens van de patiënt gekeken moest worden. De betrokkene, die zijn wens niet meer kenbaar kon maken, had zich in de loop van zijn leven meermaals uitgesproken tegen het nodeloos rekken van het leven.

Het EHRM overweegt in zijn arrest van 29 april 2002 (*Pretty*) dat het recht op leven niet ook een recht om te sterven omvat. Dat zou een “distortion” van de tekst van art. 2 zijn, aldus het EHRM.⁴⁸ Art. 2 EVRM is, anders dan veel andere fundamentele rechten, niet geformuleerd als een vrijheidsrecht. Het recht om te sterven moet in samenhang gelezen worden met het EVRM als geheel en kan niet worden afgeleid van het recht op leven. De overheid heeft de plicht deze beide rechten te beschermen. Uit het recht op leven kan ook geen verbod van – vrijwillige – actieve euthanasie worden afgeleid. Dat strookt met de inhoud van Recommendation 1418 (1999) van het Parlement van de Raad van Europa, waarin alle opzettelijke levensbeëindiging wordt afgewezen, maar waarin een expliciete uitzondering is opgenomen ten aanzien van euthanasie.⁴⁹ Het EHRM heeft uit art. 8 EVRM wel een beginsel van persoonlijke autonomie afgeleid, waarop een zeker recht op zelfbeschikking kan worden gebaseerd.

⁴⁵ Mirgaux, 2017, par. 1, p. 1; Art. 15 lid 2 EVRM luidt: ‘De voorgaande bepaling staat geen enkele afwijking toe van artikel 2, behalve ingeval van dood als gevolg van rechtmatige oorlogshandelingen, en van de artikelen 3, 4 eerste lid, en 7’.

⁴⁶ EHRM 30 november 1994, nr. 24844/94, ECLI:CE:ECHR:1994:1130DEC002484494 (*Reeve/Verenigd Koninkrijk*).

⁴⁷ EHRM 5 mei 2015 nr. 46043/14, par. 147, 148, ECLI:CE:ECHR:2015:0605JUD004604314 (*Lambert e.a./Frankrijk*).

⁴⁸ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39, 40 en 54 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

⁴⁹ Recommendation 1418 (25 June 1999) Parliamentary Assembly, Council of Europe.
[Rec. 1418 - Recommendation - Adopted text \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/t09/ta/1418/1418_Recommendation_-_Adopted_text_(coe.int).pdf).

Het recht om een behandeling te weigeren kan als element van het recht op zelfbeschikking worden beschouwd.

In de zaak Haas (in het kader van art. 8 EVRM) overwoog het EHRM dat er een verschil was met de zaak Pretty en oordeelde het dat het recht om te beslissen hoe en wanneer een persoon een einde aan zijn of haar leven wil maken, deel uitmaakt van art. 8 EVRM. Het EHRM erkent onder art. 8 het recht om te besluiten over het eigen leven en dood. Dit recht bestaat onder de voorwaarde dat de betrokken persoon uit vrije wil handelt en de lichamelijke capaciteit heeft om zijn leven zelfstandig te beëindigen. Hierin ligt ook het verschil met de zaak Pretty, waarin mevrouw Pretty niet meer de capaciteit had om zelfstandig haar leven te beëindigen.

De zaak Haas betrof een Zwitserse man die leed aan een bipolaire stoornis en een einde wilde maken aan zijn leven. Zwitserland staat hulp bij zelfdoding ook bij psychische aandoeningen toe, zolang degene die helpt dat niet doet uit eigenbelang. De regelgeving om aan de juiste medicijnen te komen werd door de klager als te beperkend beschouwd.⁵⁰ Het Hof wees zijn verzoek af omdat de staat zijn burgers moet beschermen tegen een overhaast en mogelijk ondoordacht besluit om een einde aan het eigen leven te maken. De staat moet zijn burgers behoeden voor het al te gemakkelijk nemen van zo'n besluit. Ook hier refereert het Hof aan het recht op leven uit art. 2 EVRM.

Het Hof weegt dus de belangen van betrokken partijen tegen elkaar af en concludeert dat de beperking op de toegang tot dodelijke medicijnen bestond in het belang van de volksgezondheid om misbruik tegen te gaan. Dit belang woog zwaarder dan het persoonlijk belang van de klager om zelf een einde aan zijn leven te maken. De Verdragsstaten hebben echter een appreciatiemarge met betrekking tot de wet- of regelgeving ervan.

Naast de materiële positieve verplichtingen heeft de staat ook procedurele positieve verplichtingen die tot doel hebben om het recht op leven effectief te beschermen, zoals het opstellen van efficiënte, effectief afdwingbare wetgeving. Deze bescherming geldt ook in situaties van onrechtmatig geweldgebruik door derden. Een andere belangrijke procedurele verplichting is de onderzoeksplicht, want zonder deze zou een bescherming van het recht op leven inefficiënt en zelfs nutteloos zijn.

In een onderzoek naar het Nederlandse systeem van postmortaal onderzoek in het licht van art. 2 EVRM schrijven de onderzoekers dat dit artikel door het EHRM als één van de meest fundamentele bepalingen van het EVRM wordt beschouwd.⁵¹ De andere mensenrechten veronderstellen het recht

⁵⁰ EHRM 20 januari 2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56, (*Haas/Zwitserland*).

⁵¹ Woudenberg-Van den Broek e.a. 2023/21, p.2.

op leven.⁵² Het recht op leven is 'een onvervreemdbaar attribuut van mensen en vormt de hoogste waarde in de hiërarchie van mensenrechten.'⁵³ Art. 2 EVRM legt volgens jurisprudentie ook de positieve verplichting op de staat om een adequaat onderzoek naar een overlijden in te stellen.⁵⁴ Als zo'n onderzoek naar de oorzaak van overlijden uitblijft, kan sprake zijn van een schending van art. 2 EVRM.⁵⁵ Volgens vaste jurisprudentie van het EHRM is vereist dat het onderzoek na overlijden onafhankelijk en doelmatig is, voortvarend wordt uitgevoerd en moet leiden tot identificatie van de verantwoordelijken.⁵⁶

Iedereen heeft het recht op respect voor zijn privé- en familielevens, zijn woning en zijn correspondentie, aldus art. 8 EVRM. De beperkingen op dat recht zijn vastgelegd in lid 2 van dat artikel. Onder andere mag dit recht beperkt worden ter bescherming van de gezondheid. Het recht op privacy richt zich op de onbevangenheid van de mens in verschillende situaties, op het afweren van inmenging van buitenaf en op de bescherming van de lichamelijke integriteit, ofwel de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Dit laatste is een wezenlijk onderdeel van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. In een resolutie van januari 1970 van de Raadgevende Vergadering van de Raad van Europa over het recht op privacy is opgenomen dat het recht op privacy mede de fysieke integriteit betreft.⁵⁷

3.2 Onaantastbaarheid van het menselijk lichaam

Het recht op onaantastbaarheid van het lichaam is het recht dat bescherming biedt tegen ongewilde bemoeienis met het lichaam door derden. De lichamelijke en biologische aspecten van het leven worden beschermd door meerdere fundamentele rechten, zoals het recht op leven, het verbod op slavernij, het verbod op foltering en onmenselijke of vernederende behandeling, het recht op menselijke integriteit, en de menselijke waardigheid. Bescherming van de lichamelijke integriteit is in een liberale rechtsorde een kerntaak van de overheid. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking via de strafrechtelijke en civielrechtelijke bepalingen rondom lichamelijk letsel.

⁵² EHRM 5 mei 2015 nr. 46043/14, ECLI:CE:ECHR:2015:0605JUD004604314 (*Lambert e.a./Frankrijk*).

⁵³ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39, 40 en 54 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

⁵⁴ EHRM 18 augustus 2021, 42329/11, ECLI:CE:ECHR:2021:0518JUD004232911 (*Bisar Ayhan e.a./Turkije*).

⁵⁵ EHRM 17 juli 2014, 47848/08, ECLI:CE:ECHR:2014:0717JUD004784808 (*Centre for Legal Resources on Behalf of Valentin Câmpeanu/Roemenië*).

⁵⁶ EHRM 11 oktober 2022, 61019/19, ECLI:CE:ECHR:2022:1011JUD006101919 (*Garrido Herrero/Spanje*).
EHRM 30 maart 2016, 5878/08, ECLI:CE:ECHR:2016:0330JUD000587808 (*Armani da Silva/Verenigd Koninkrijk*).

⁵⁷ Resolutie 428 (23 januari 1970) Council of Europe, Collected Texts 1974 p. 906-909. (Deze verklaring is opgenomen in *Kamerstukken II 1969/70*, 10373, nr. 3.)

Het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam is een afweerrecht tegen invloeden van buitenaf en is geen absoluut recht.⁵⁸ Het begrip kon niet duidelijk worden afgebakend, zo blijkt uit de relevante kamerstukken.⁵⁹ Uit onderzoek over de consequenties van opneming van deze tekst in de Grondwet werd in de geraadpleegde literatuur geen begripsomschrijving aangetroffen.⁶⁰

De onaantastbaarheid van het menselijk lichaam brengt met zich mee dat medische handelingen alleen mogen worden verricht met (eventueel veronderstelde) toestemming van betrokkene of met de toestemming van personen die voor hem mogen beslissen. Daarbij moet de betrokkene vooraf geïnformeerd zijn over de risico's en de gevolgen van de behandeling. Dit wordt aangeduid als *informed consent* van de betrokkene. Een arts die een patiënt behandelt tegen diens wil kan daarom strafbaar zijn.⁶¹

Het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam is een negatief geformuleerd recht.⁶² Het recht strekt er met name toe het opzettelijk doden van staatswege en gedwongen medische experimenten uit te sluiten. Het individu kan aan dit artikel geen recht op verzorging door de staat (recht op voedsel of kleding) ontnemen. Het recht strekt echter niet zover dat een onderzoek in het lichaam bij een verdachte van een strafbaar feit (misdrijf) niet uitgevoerd mocht worden.⁶³ De Hoge Raad oordeelde dat het in art. 56 lid 1 WvSv. en art. 9 lid 5 van de Opiumwet bedoelde onderzoek aan het lichaam ook een onderzoek van de natuurlijke openingen en holten van het lichaam omvat.

Het grondrecht dat in art. 11 GW is opgenomen mag worden beperkt door een formele wet.⁶⁴ Wetgeving die een inbreuk maakt op dit grondrecht moet voldoen aan de vereisten van relevantie, proportionaliteit en subsidiariteit. Daarnaast moet een deugdelijke inhoudelijke afweging worden gemaakt omdat het recht anders wordt gereduceerd tot een procedurele bepaling, waarmee het veel van zijn betekenis zou verliezen. De wetgever maakt deze afweging zelf.⁶⁵ Dit grondrecht werd na veel discussie opgenomen in de Grondwet vanwege zijn belangrijke betekenis in onze rechtsorde en om onzekerheid over de grondwettelijke bescherming weg te nemen.⁶⁶ In dat opzicht is art. 11 GW vooral

⁵⁸ *Kamerstukken II 1978/79*, 15463, nr. 2, p. 5; Van Beers 2021, p. 3.

(<https://www.nederlandrechtsstaat.nl/grondwet/inleiding-bij-hoofdstuk-1-grondrechten/artikel-11-onaantastbaarheid-van-het-lichaam/>).

⁵⁹ *Kamerstukken II 1978/79*, 15463, nr. 2, p. 4.

⁶⁰ *Kamerstukken II 1978/79*, 15463, nr. 2, p. 4.

⁶¹ *Kamerstukken II 1979/80*, 16086, nr. 3, p. 7.

⁶² BVerfG 17 december 1951, 1 BvR 220/51, par. 39; Nieuwenhuis 2012, p. 140-141.

⁶³ HR 8 november 1988, ECLI:NL:HR:1988:AC0609, zaaknummer: 83057, r.o. 5.2; Swart, AA 1989/ 38 nr. 9, p.780-788.

⁶⁴ *Kamerstukken II*, 1979/80, 16086, nr. 3, p. 4.

⁶⁵ Dute *TvCR* april 2017, p. 130.

⁶⁶ *Kamerstukken II 1979/80*, 16086, nr. 3, p. 3.

bedoeld als een explicatie ten opzichte van art. 10 GW. Het is te beschouwen als een *lex specialis* van art. 10 (eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer).⁶⁷

In Nederland wordt het recht om over het eigen lichaam te beschikken (een positief recht) soms in verband gebracht met het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam, terwijl het laatste een afweerrecht is (een negatief geformuleerd recht). Een positief recht betekent hier het recht waarvoor de overheid zorg moet dragen zodat het door zijn burgers kan worden benut. In de grondwetsgeschiedenis staat: 'Het recht op onaantastbaarheid van het lichaam betreft, aldus opgevat, twee terreinen: het recht te worden gevrijwaard van schendingen van en inbreuken op het lichaam door anderen; het recht zelf over het lichaam te beschikken.'⁶⁸

Deze laatste toevoeging scheidt verwarring. De vraag of men het recht heeft om over het eigen lichaam te beschikken, kan niet alleen worden beantwoord aan de hand van art. 11 GW.⁶⁹ Volgens Mendelts valt een zelfbeschikkingsrecht niet af te leiden uit jurisprudentie, maar dat betekent volgens hem niet dat mensen niet vrijelijk voor euthanasie zouden kunnen en mogen kiezen, maar slechts dat in de jurisprudentie een dergelijke keuze niet onder een grondrechtelijk zelfbeschikkingsrecht wordt begrepen.⁷⁰

Uit een uitspraak van de Rechtbank Den Haag blijkt dat het zelfbeschikkingsrecht een afweging is tussen het recht op privacy, dat wordt beschermd door art. 8 EVRM, en het recht op leven uit art. 2 EVRM.⁷¹ De staat maakt volgens de uitspraak een afweging tussen de verschillende belangen, namelijk het maatschappelijk belang van het beschermen van het leven en het beschermen van kwetsbare personen, alsmede het belang van degenen die hulp willen krijgen bij zelfdoding. Dit betekent dat niet iedereen die weloverwogen zijn leven voltooid vindt, hulp bij zelfdoding kan krijgen. Als geen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden met een overwegend medische oorzaak, komen zij immers niet in aanmerking voor euthanasie. Dat is naar het oordeel van de rechtbank niet in strijd met art. 8 EVRM.

De Hoge Raad heeft in een arrest het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt expliciet afgeleid uit art. 11 (en uit art. 10) van de Grondwet.⁷² In deze zaak hield een patiënt een dwarslaesie over aan een operatie aan de wervelkolom. Van tevoren was zij niet goed ingelicht over het risico op een dwarslaesie dat zij bij deze ingreep liep. Het onthouden van deze informatie was volgens de Hoge Raad een aantasting van het zelfbeschikkingsrecht van eiseres en bracht dit zelfbeschikkingsrecht bovendien in verband

⁶⁷ *Kamerstukken II 1978/79*, 15463, nr. 2, p. 7.

⁶⁸ *Kamerstukken II 1975/76*, 15463, nr. 2, p. 5.

⁶⁹ Mendelts 2003, p. 732-734.

⁷⁰ Mendelts 2002, p. 779.

⁷¹ ECLI:NL:RBDHA:2022:13394, r.o. 5.16 (*Staat/Coöperatieve vereniging laatste wil te Zutphen*).

⁷² HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, NJ 2002, 386 en 387, m.nt. Vranken.

met het recht op onaantastbaarheid van het lichaam. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt werd in verband gebracht met het niet verkrijgen van geïnformeerde toestemming.

In 1974 overwoog de Hoge Raad, in een zaak over een psychotherapeutische behandeling van iemand die ter beschikking van de regering was gesteld, dat belangrijke aspecten van het recht op lichamelijke integriteit als geldend zijn erkend.⁷³ Een medische ingreep op betrokkene was zonder diens toestemming niet toegestaan. Daarbij maakte het niet uit dat hij een straf onderging.

3.3 Strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding

In de artikelen 293 en 294 WvSr zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar gesteld, behalve als het door een arts wordt uitgevoerd en deze de levensbeëindiging heeft gemeld en hij aan de voorwaarden heeft voldaan die zijn genoemd in art. 2 van de WTL.⁷⁴ Volgens de toelichting op het wetsvoorstel van de WTL, is ervoor gekozen om in het WvSr uitsluitend de bijzondere strafuitsluitingsgrond te formuleren en in de WTL de zorgvuldigheidseisen op te nemen. De wijziging van het WvSr is daarmee beperkt gebleven, te weten de verbodsbepaling annex strafuitsluitingsgrond.⁷⁵

In Nederland is het niet strafbaar om zichzelf van het leven te beroven. Hulp bij zelfdoding is strafbaar als die hulp bestaat uit het actief gericht zijn op de concrete handeling en daartoe instructies geeft. Voor het begrip hulp bij zelfdoding is aansluiting gezocht bij het algemeen spraakgebruik.⁷⁶ Van hulp kan ook sprake zijn als het gaat om gedragingen die niet tijdens de uitvoering van de zelfdoding zijn verricht, maar daaraan voorafgaan, zoals het verstrekken van zelfdodingsmiddelen.

Volgens een uitspraak van de rechtbank Den Haag volgt uit de wetsgeschiedenis van art. 294 lid 2 WvSr dat het verbod op hulp bij zelfdoding zijn grondslag vindt in de bescherming van het menselijk leven en de eerbied die aan het menselijk leven in het algemeen is verschuldigd, zoals bedoeld in art. 2 EVRM. Verder volgt uit rechtspraak van het EHRM dat de staat verplicht is om het menselijk leven te beschermen, ook als iemand daar geen prijs op stelt en hierdoor spanning ontstaat met diens zelfbeschikkingsrecht. Deze positieve (inspannings)verplichting rust op de staat. Dit heeft in Nederland echter niet geleid tot een absoluut verbod op hulp bij zelfdoding. Hulp bij zelfdoding is binnen zekere grenzen toegestaan en gereguleerd in de WTL. Bij de regulering van de voorwaarden waaronder hulp bij zelfdoding is toegestaan, moest een evenwicht gevonden worden tussen de bescherming van het

⁷³ HR 14 juni 1974, ECLI:NL:PHR:1974:AB4771, m.nt. Th.W. van Veen (*Staat/X*).

⁷⁴ Beleidsregel Openbaar Ministerie 2017.

⁷⁵ *Kamerstukken II*, 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 2 (*MvT bij wetsvoorstel WTL*).

⁷⁶ *Kamerstukken II*, 1997/98, 26 000, nr. 3. p. 1-3 (*MvT*).

recht op leven in art. 2 EVRM en de bescherming van het recht op eerbiediging van het privéleven in art. 8 EVRM.⁷⁷

3.4 Beantwoording van deelvraag 2

Op grond van de geschetste juridische kaders en de besproken wetsartikelen wordt de grens tussen terminale sedatie en euthanasie mijns inziens onvoldoende afgebakend. Een reden kan zijn dat terminale sedatie in richtlijnen is vastgelegd en niet in een wet. Het betreft immers normaal medisch handelen en is niet strafbaar. Wanneer dit normale medisch handelen echter overgaat in euthanasie (bijzonder medisch handelen) is onduidelijk waar die grens ligt. Mogelijk ligt de beantwoording van deze vraag in het duidelijker afbakenen van de definities of in het verlengde van de vraag op grond waarvan een arts bij aanvang van terminale sedatie zou stoppen met het toedienen van voeding en vocht.

De nuancering ten aanzien van de zelfbeschikkingscomponent in art. 11 GW, waarover in de grondwetsgeschiedenis wordt gesproken, moet worden begrepen als het vereiste van informed consent.⁷⁸ Daarnaast blijkt uit jurisprudentie dat de rechter een afweging maakt tussen het recht op leven, dat door de staat beschermd dient te worden, en het recht op privacy, waaruit een zelfbeschikkingsrecht kan worden afgeleid. Van belang acht ik daarom de vraag of de patiënt enige vorm van toestemming heeft gegeven voor het onthouden van voeding en vocht voorafgaand aan de sedatie. Ook dienen de patiënt en zijn naasten duidelijk geïnformeerd te worden dat de patiënt hoe dan ook komt te overlijden, óf aan de ziekte, óf aan uitdroging (informed consent). Als de patiënt toestemming geeft voor deze vorm van sedatie, is de situatie van de patiënt die voor terminale sedatie kiest vergelijkbaar met die van de patiënt die voor euthanasie kiest. Dit zou betekenen dat terminale sedatie ook gekwalificeerd kan worden als een bijzondere medische handeling.

Het uitvoeren van euthanasie is vastgelegd in wetgeving, omdat euthanasie een bijzondere medische handeling is die in principe strafbaar is. Palliatieve of terminale sedatie is dat niet, maar beide handelingen kunnen elkaar wel overlappen.

De vraag of als gevolg van de bestaande definities een onderscheid gemaakt moet worden tussen palliatieve sedatie met het oogmerk op overlijden en palliatieve sedatie met het oogmerk op pijnverlichting, gevolgd door overlijden, beantwoord ik bevestigend. Bij de eerste definitie (oogmerk op overlijden) is de intentie van de arts (en van de patiënt) gericht op het overlijden en is sprake van

⁷⁷ Rb. Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394, r.o. 5.16 (CLW/Nederland).

⁷⁸ HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, NJ 2002/386 en 387, m.nt. Vranken.

causaliteit tussen het handelen van de arts en het overlijden van de patiënt. Naar mijn mening past de term terminale sedatie beter bij deze vorm omdat daarmee duidelijk wordt aangegeven dat deze vorm van sedatie gericht is op overlijden. Om te voorkomen dat sprake is van (voorwaardelijk) opzet zou terminale sedatie met meer waarborgen omkleed moeten worden.

In de tweede definitie (gericht op pijnverlichting) is geen sprake van die causaliteit, maar kan wel twijfel bestaan of het overlijden het gevolg is van de sedatie of van de ziekte van de patiënt. Daarom zou deze definitie eveneens moeten worden verduidelijkt. Naar mijn mening dient voor deze situatie de term palliatieve sedatie te worden gereserveerd. Het oogmerk van zowel de arts als de patiënt is gericht op pijnverlichting en niet op overlijden. Bij deze vorm van sedatie dient dan vastgelegd te worden in welke hoeveelheden de opbouw van de medicatie wordt toegediend, zodat achteraf kan worden vastgesteld dat er geen sprake kan zijn van een overlijden door de sedatie, maar het gevolg is van de ziekte.

Hoofdstuk 4 Het recht op leven versus terminale sedatie

Inleiding

Grondrechten die raken aan euthanasie en palliatieve sedatie zijn rechten die aan de basis staan van het menszijn. Nu we hierop medische uitzonderingen toestaan, zijn we beland in een juridische discussie. En daarmee in een grijs gebied. In de Grondwet staan deze rechten, behoudens in art. 11, niet expliciet genoemd. Ze hebben via het EVRM echter wel erkenning gevonden in wetgeving, rechtspraak en beleid.

Na in de vorige hoofdstukken in te zijn gegaan op de definities en het juridisch kader van beide medische handelingen, ga ik in dit hoofdstuk in op deelvraag 3, namelijk hoe het recht op leven zich verhoudt tot terminale sedatie, als deze handeling het overlijden van de patiënt bespoedigt.

4.1 De achterliggende problematiek van terminale sedatie

Om de achterliggende problematiek bij het uitvoeren van terminale sedatie te onderzoeken is het belangrijk om zich bewust te zijn van de waarde van het recht op leven. Zoals eerder beschreven, is dit recht zo belangrijk, dat we zonder dit grondrecht eigenlijk ook geen andere (grond)rechten hebben. Er bestaat een spanningsveld tussen het recht op leven, dat tot het uiterste dient te worden beschermd, en het feit dat we niet willen dat iemand aan het einde van zijn leven onnodig lijdt. Jochemsen plaatst palliatieve sedatie in het licht van een ethische en sociale verantwoordelijkheid van de samenleving.⁷⁹ Hij merkt op dat er verschillende niveaus zijn van ethische bezinning en dat achter elke ethische opvatting en keuze levensbeschouwelijke overtuigingen een rol spelen. Voor elk mens is de beoordeling van wat goed of slecht is, of wat de zin van het leven is, een andere. Niet elk mens komt in aanmerking voor euthanasie, of heeft de wens voor euthanasie. Daarom is het belangrijk om, onder andere in het licht van de eis van subsidiariteit, een alternatief te kunnen bieden voor ernstig lijdende personen.

Normatief-ethische perspectieven spelen een belangrijke rol. Er zijn verschillende theorieën die antwoord proberen te geven op vragen als wat het goede handelen is of wat in moreel opzicht het goede in het leven is.⁸⁰ Een voorbeeld van zo'n normatief-ethisch perspectief is de regel van het dubbele effect, die bewust of onbewust veelvuldig wordt toegepast in de medische wereld. Deze regel houdt in dat als de behandeling van een patiënt een goed en gewenst effect heeft, maar ook een voorzienbaar negatief en ongewenst effect heeft, de behandeling moreel aanvaardbaar is, zolang het

⁷⁹ Jochemsen 2008 nr. 3, p. 076.

⁸⁰ Jochemsen 2008 nr. 3, p. 077.

eerste effect groter is dan het tweede. Om een patiënt beter te maken moet deze soms een vervelende en schade toebrengende therapie ondergaan, bijvoorbeeld een schadelijke chemotherapie om een ziekte te bestrijden of een operatie. De intentie van palliatieve sedatie is om het lijden te verlichten en heeft als positief effect dat de patiënt niet langer hoeft te lijden. Dit geldt met name voor tijdelijke sedatie. Bij terminale sedatie heeft de behandeling als negatief effect dat de patiënt tot aan zijn overlijden niet meer bij bewustzijn is, maar ook dat de patiënt als gevolg van de sedatie eerder kan overlijden.

Als de arts, maar ook de patiënt en diens naasten, zich bewust zijn van het mogelijk eerder overlijden door de sedatie, en ook van het bewustzijnsverlies tot aan het overlijden en zij nemen dit besluit met de intentie om het ernstige lijden van de patiënt weg te nemen, is een eventuele bekorting van het leven volgens dit uitgangspunt (het dubbele effect) aanvaardbaar en proportioneel. Het slechte alternatief is ernstig lijden tot aan het moment van overlijden. Volgens Jochemsen zal dit besluit mede afhangen van de levensbeschouwelijke opvattingen van de patiënt over het leven en het lijden, en het aanvaarden van de sterfelijkheid. Dit laatste schetst de achterliggende problematiek. Hoe weet een arts wat voor deze specifieke patiënt de kern is van zijn bestaan of menszijn? Beseft een patiënt voldoende dat als hij kiest voor terminale sedatie, hij ervoor kiest om niet meer wakker te worden en daarmee zijn leven wordt beëindigd? En past die keuze binnen zijn kernwaarden als mens?

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat terminale sedatie niet wordt gebruikt als verkapte vorm van euthanasie? Met andere woorden, kunnen in de praktijk aanpassingen worden gedaan, om te zorgen dat de arts niet in een grijs gebied belandt, waarin hij aansprakelijk kan worden gesteld voor het (eerder) overlijden van de patiënt? Of waarbij de naasten van de patiënt zich achteraf realiseren dat het overlijden van de naaste sneller kwam dan verwacht? Naar mijn mening is het belangrijk om hierbij het zelfbeschikkingsrecht van de mens te betrekken. Ik licht dat in de volgende paragraaf nader toe.

4.2 Het recht op leven en het zelfbeschikkingsrecht

‘Het symbool van ultieme zelfbeschikking’, zo betitelt Hulst de WTL.⁸¹ Hij betoogt dat de WTL strikt genomen actieve levensbeëindiging niet heeft gelegaliseerd, ook niet met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. Hij meent dat de WTL tot stand is gekomen door de politieke erkenning van het zelfbeschikkingsrecht.⁸² De WTL heeft volgens hem enkele grondrechten onder druk gezet, onder meer het recht op leven ex art. 2 EVRM en het recht op lichamelijke integriteit ex art. 8 EVRM. Ten eerste vanwege de impact die zo’n beslissing over het levenseinde heeft op naasten, maar ook omdat het

⁸¹ Hulst 2005, p. 260.

⁸² *Kamerstukken 1 2000/01*, 26691, p. 49; Gevers 2003a, p. 314-315.

handelen van de arts wordt weggehouden van een controle door de overheid. Daarvoor in de plaats zijn er de Regionale Toetsingscommissies. Hulst noemt het onderscheid tussen euthanasie en onder andere terminale sedatie 'gekunsteld'.⁸³

Naar mijn mening staat niet zozeer de lichamelijke integriteit op het spel, maar gaat het om het vinden van een balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de mens en de plicht van de overheid om met name kwetsbare mensen te beschermen tegen een te gemakkelijk besluit voor een zelfgekozen dood.

Openbaar aanklager De Wijkerslooth betoogde in 2003 dat terminale sedatie, voor wat betreft het gevolg, gelijk is aan euthanasie.⁸⁴ Deze zienswijze bevestigt het bestaan van een juridisch grijs gebied tussen euthanasie en terminale sedatie, maar ook dat beide handelingen mogelijk als gelijkwaardig dienen te worden beschouwd. Misschien vinden we de grens in samenhang met het recht op lichamelijke integriteit. Uit literatuur blijkt dat het zelfbeschikkingsrecht uiteenlopend wordt geïnterpreteerd.⁸⁵ Onder andere als recht op autonomie, een rechtsbeginsel of een op de menselijke waardigheid georiënteerde benadering.

Leenen betoogde dat het zelfbeschikkingsrecht van de mens nog fundamenteler is dan het recht op (lichamelijke en psychische) integriteit of de eerbied voor het leven. Volgens hem heeft de mens het recht om te beschikken over zijn eigen leven of dood.⁸⁶ Daartegenover staat het gegeven van de menselijke waardigheid, als fundamenteel en kostbaar goed omwille van de mens zelf. Dit staat volgens andere auteurs bovenaan in de lijst van mensenrechten.⁸⁷ Het is geen verworven recht, maar een recht eigen aan de mens zelf. Zo is het ook verwoord in de Amerikaanse Declaration of Independence (1776): '... dat alle mensen in gelijkheid worden geschapen; dat zij door hun Schepper zijn begiftigd met zekere onvervreembare rechten; dat tot deze behoren leven, vrijheid en het streven naar geluk.'⁸⁸

Ook in het positieve recht vinden we belangrijke aanknopingspunten voor de erkenning van de menselijke waardigheid als rechtsbeginsel in bovenbedoelde zin. Dankzij een verwijzing in het Verdrag van Lissabon maakt het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie deel uit van het geldend recht.⁸⁹ Art. 1 van het HvGEU legt vast dat de menselijke waardigheid onschendbaar is en dat deze moet worden beschermd en geëerbiedigd. Dat sluit aan bij de verwijzing naar de menselijke

⁸³ Hulst 2005, par. 5-6.

⁸⁴ De Wijkerslooth 2003 (laatste alinea) <https://recht.nl/proxycache.html?cid=21754>.

⁸⁵ De Blois 2010/1, p. 002, 003.

⁸⁶ Leenen 1977, p. 28.

⁸⁷ Somsen, Bovenberg & Van Beers 2009, p. 5-61.

⁸⁸ Bongers 1951, p.28.

⁸⁹ Ook art. 6 van het door het Verdrag van Lissabon (2007) gewijzigde EU-Verdrag.

waardigheid in de preambules van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in een aantal belangrijke VN-mensenrechtenverdragen.⁹⁰

Gebaseerd op deze uitleg van menselijke waardigheid kan uit het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam geen beschikkingsrecht over het eigen leven worden afgeleid omdat art. 11 GW een negatief geformuleerd recht is. Daarom kan er grondwettelijk geen verankerde aanspraak op actieve stervenshulp door derden bestaan.⁹¹

Uit jurisprudentie van het EHRM blijkt dat het zelfbeschikkingsrecht opgevat wordt als het recht op autonomie van de mens, maar kan geen recht op hulp bij zelfdoding worden ontleend aan het recht op leven (Pretty).⁹² In dit eerder besproken arrest was de cruciale vraag of inmenging door de staat noodzakelijk was in een democratische samenleving. Daarbij houdt het EHRM rekening met een 'margin of appreciation' voor de Verdragsstaten. Het EHRM oordeelde dat het Engelse verbod niet disproportioneel was omdat er in praktijk voldoende flexibel mee werd omgegaan.

In de zaak Haas erkende het EHRM het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Het EHRM erkende duidelijk en expliciet dat het individu op grond van art. 8 EVRM het recht toekomt om zelf te bepalen op welke manier en op welk moment zijn leven een einde dient te vinden, mits het individu die beslissing vanuit een volledig vrije wilsbeschikking kan nemen.⁹³ Het recht op een zelfgekozen levenseinde lijkt hiermee duidelijk te zijn gevestigd, maar dit recht is niet absoluut, immers een Verdragsstaat kan ervoor kiezen dit recht niet ten volle te garanderen, bijvoorbeeld om de belangen van anderen te borgen, zoals in het arrest van het EVRM inzake Gross.⁹⁴

4.3 Geven de huidige richtlijnen meer duidelijkheid?

Berger geeft zijn visie op de bestaande (ook internationale) richtlijnen inzake palliatieve sedatie in zijn bijdrage in 2010.⁹⁵ In het algemeen merkt hij op dat de richtlijnen verschillend worden geïnterpreteerd om problemen op te lossen die naar voren komen in verschillende palliatieve zaken. Terminale sedatie gaat vrijwel altijd gepaard met het onthouden van voedsel en vocht. Een voorzienbaar gevolg van terminale sedatie is dat de patiënt aan uitdroging overlijdt. Berger acht het overlijden aan uitdroging

⁹⁰ Zoals het Internationale Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (1966) en het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (1966).

⁹¹ Verwaltungsgericht Karlsruhe 1987, p. 1537 (vertaling: Lieverse e.a., 2005, p. 174-175).

⁹² EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39,40 en 54 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

⁹³ EHRM 20-01-2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56 (*Haas/Zwitserland*).

⁹⁴ EHRM 27 juni 2013, 67810/10 (*Gross/Zwitserland*).

⁹⁵ Berger 2010, p. 32.

als bijeffect van terminale sedatie niet te rechtvaardigen, omdat daar medische oplossingen voor zijn. Verder is terminale sedatie onderworpen aan bepaalde restricties die niet gelden voor andere medische behandelingen, zoals de voorwaarden van ernstig lijden aan refractaire klachten en een beperkte levensverwachting. De medische autoriteiten hebben volgens hem geen overtuigende medische en ethische onderbouwing geformuleerd voor deze contradictie.

Berger betoogt dat een diversiteit aan opties voor behandeling van ernstige klachten ontbreekt. Er zou een betere afweging plaats moeten vinden tussen de medische behandeling en de werkzaamheid daarvan. De behandeling moet aansluiten bij het doel van de patiënt en er moet sprake zijn van proportionaliteit, dus een balans tussen de lasten van de behandeling en wat het oplevert voor de patiënt. Kan worden volstaan met een lichtere behandeling die minder belastend is voor de patiënt (subsidiariteit)? Als terminale sedatie een normale medische handeling is, waarom zijn er dan voorwaarden aan verbonden en waarom wordt deze behandeling dan niet vaker aangeboden, net als andere sedatievormen? Volgens Berger is het antwoord daarop dat terminale sedatie dodelijk is.⁹⁶ Dit geeft weer dat de grens tussen terminale sedatie en euthanasie in elkaar kunnen overlopen.

Als er de verwachting is dat een patiënt eerder komt te overlijden als gevolg van de sedatie, dient naar mijn mening zeer zorgvuldig te worden omgegaan met de ethische kant van de handeling. Eerst moet duidelijk worden hoe de patiënt aankijkt tegen het opzettelijk beëindigen van het leven door de sedatie. Berger meent dat in deze gevallen de terminale sedatie verboden zou moeten worden, omdat het volgens hem om bijzonder medisch handelen gaat.⁹⁷ Volgens Berger geven de bestaande richtlijnen hierover geen duidelijkheid. Dat komt volgens hem onder andere door de te ruime definitie van palliatieve sedatie, waaraan voorwaarden gekoppeld zijn die de indruk wekken dat het gaat om een bijzondere medische handeling.

Ik ben het met Berger eens dat terminale sedatie, in tegenstelling tot palliatieve sedatie, geen normaal medisch handelen is. Naar mijn mening is terminale sedatie gericht op - en leidt ook tot - het overlijden van de patiënt. Een behandeling die tot overlijden leidt, zou wat mij betreft niet een normale medische handeling moeten zijn omdat het indruist tegen de eed of belofte van de arts om patiënten te genezen. Terminale sedatie is omgeven met zorgvuldigheidsvoorwaarden, die lijken op voorwaarden die gesteld zijn aan bijzonder medisch handelen. Toch wordt terminale sedatie getypeerd als normaal medisch handelen, omdat een arts binnen het professionele kader zelf mag beoordelen of de patiënt in aanmerking komt voor terminale sedatie.

⁹⁶ Berger 2010, p. 34.

⁹⁷ Berger 2010, p. 36-37.

Er moet naar mijn mening vooraf duidelijk zijn of de patiënt instemt met het afzien van voeding en vocht en de gevolgen daarvan, zoals het overlijden van de patiënt op korte termijn. Daarnaast moet ook voor de nabestaanden duidelijk zijn dat de patiënt versneld kan overlijden aan de gevolgen van de sedatie, gecombineerd met het afzien van voeding en vocht (informed consent). Om die reden zou ik het een verduidelijking vinden om palliatieve sedatie, dat normaal medisch handelen is, te onderscheiden van terminale sedatie.

4.4 Antwoord op deelvraag 3

In dit hoofdstuk ben ik ingegaan op de deelvraag 3, namelijk hoe het recht op leven zich verhoudt tot palliatieve/terminale sedatie, als deze behandeling het overlijden van de patiënt bespoedigt. Het recht op leven houdt niet ook het recht in voor een zelfgekozen dood. Dat zou volgens het EHRM wel kunnen voortvloeien uit het recht op privéleven, vastgelegd in art. 8 EVRM.⁹⁸ Dit laatste artikel kan worden uitgelegd als een recht op persoonlijke integriteit of een zelfbeschikkingsrecht voor individuen. Voorwaarde is dat betrokkene deze keuze volkomen vrijwillig dient te maken. Verder kent het EHRM een zekere appreciatiemarge toe aan de Verdragsstaten om dit recht meer of minder te beperken op grond van lid 2 van art. 8 EVRM.

Hoe terminale sedatie zich verhoudt tot het recht op leven, hangt af van meerdere factoren. Ten eerste of voldaan is aan de zorgvuldigheidsvoorwaarden die in de Richtlijn palliatieve sedatie zijn vastgelegd. Ten tweede of de patiënt en nabestaanden goed geïnformeerd zijn over de behandeling en de gevolgen van terminale sedatie. En tot slot of er instemming is van de patiënt dat deze afziet van voeding en vocht. In het licht van art. 8 lid 1 EVRM heeft de patiënt dat zelfbeschikkingsrecht, voorzover dit door de Verdragsstaat wordt toegestaan en het de belangen van anderen niet schaadt.

Het antwoord op de gestelde vraag is naar mijn mening dat het recht op leven in art. 2 EVRM niet per definitie botst met het recht op een zelfgekozen levenseinde. Het recht op leven moet mijns inziens in samenhang worden gezien met het zelfbeschikkingsrecht van art. 8 EVRM. Individuen hebben onder voorwaarden het recht om te kiezen voor een zelfgekozen levenseinde.⁹⁹

⁹⁸ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39,40 en 54 (*Pretty/ Verenigd Koninkrijk*); EHRM 20-01-2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56 (*Haas/Zwitserland*).

⁹⁹ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39,40 en 54 (*Pretty/ Verenigd Koninkrijk*); EHRM 20-01-2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56 (*Haas/ Zwitserland*).

Hoofdstuk 5 De juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie

Inleiding

In het vorige hoofdstuk heb ik beschreven hoe terminale sedatie zich verhoudt tot het recht op leven. Volgens de uitleg van art. 2 lid 1 van het EVRM door het EHRM komt een Verdragsstaat een zekere 'margin van appreciation' toe om het recht, om te kiezen voor een zelfgekozen levenseinde, toe te staan. In dit hoofdstuk zal ik specifieker ingaan op deelvraag 4, wanneer normaal medisch handelen overgaat in bijzonder medisch handelen en of daarmee de juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie voldoende afgebakend is. Is er sprake van een strafbare handeling als normaal medisch handelen, zoals terminale sedatie wordt getypeerd, onbedoeld het overlijden van de patiënt bespoedigt? Zou er in dat geval sprake kunnen zijn van euthanasie, dat als bijzonder medisch handelen wordt beschouwd?

Hiervoor bespreek ik in de paragrafen 5.1 en 5.2 de termen normaal medisch handelen resp. bijzonder medisch handelen. In de laatste paragraaf (5.3) probeer ik daaruit die juridische grens te benoemen.

5.1 Wat is normaal medisch handelen?

In 2003 betoogde de openbaar aanklager De Wijkerslooth dat terminale sedatie, voor wat betreft het gevolg, gelijk is aan euthanasie. Een arts die diepe en duurzame (continue) palliatieve sedatie overweegt, en het vervolgens niet zinvol vindt om de patiënt nog vocht toe te dienen, moet een proportionaliteitsafweging maken.¹⁰⁰ Dat kan tot de conclusie leiden dat de sedatie de enige uitweg is (afgezien van levensbeëindiging) uit een situatie van zeer ernstig lijden, en dat de mogelijkheid van bekorting van het leven daarbij een aanvaardbaar neveneffect is, gezien ook het feit dat de patiënt aan dat leven niet meer als bewust persoon zal kunnen deelnemen. Dat dit neveneffect zal optreden is een reële mogelijkheid waarmee een arts rekening moet houden. Na deze publicatie ontstond een publiek debat, waaruit bleek dat zijn opinie niet breed gedeeld werd. Binnen de medische wereld werd het onthouden van een zinloze medische handeling, zoals het toedienen van voedsel en vocht in een dergelijke situatie, gezien als normaal medisch handelen. De publicatie van De Wijkerslooth was een belangrijke aanleiding om de eerste Richtlijn palliatieve sedatie (2005) op te stellen.

In 2011 schrijven enkele Nederlandse ethici dat zij palliatieve sedatie niet als normaal medisch handelen beschouwen.¹⁰¹ De auteurs stellen de vraag in hoeverre palliatieve sedatie, meer specifiek terminale sedatie, moreel acceptabel is, omdat het gevolg van terminale sedatie het overlijden van de

¹⁰⁰ De Wijkerslooth 2003, in Den Hartogh 2006, p. 90-96.

¹⁰¹ Janssens, Van Delden & Widdershoven 2012, p. 665.

patiënt is. Dit wordt in de tweede Richtlijn palliatieve sedatie 'continue sedatie' genoemd.¹⁰² Dit medisch handelen is volgens hen zeer afwijkend van enige andere 'normale' medische handeling. In deze richtlijn staat verder dat palliatieve sedatie niet tot doel heeft het leven te bekorten en dat om die reden geen verplichte controle door een onafhankelijke arts hoeft plaats te vinden.

Palliatieve sedatie heeft volgens deze richtlijn enkel tot doel om ondraaglijk lijden door refractaire symptomen te verlichten, zodat deze behandeling duidelijker kan worden afgebakend van euthanasie.¹⁰³ De verplichte toets kan achterwege blijven omdat palliatieve sedatie niet tot doel heeft het leven te bekorten en daarom niet vergeleken kan worden met euthanasie.¹⁰⁴

Juist dit laatste vinden de hiervoor bedoelde ethici moreel onjuist. De richtlijn beschrijft dat het van het grootste belang is om onderscheid te maken tussen palliatieve sedatie en euthanasie, terwijl erkend wordt dat de arts zich ervan bewust moet zijn dat continue sedatie een ver strekkende medische procedure is, omdat het bewustzijn van de patiënt verlaagd wordt tot aan het overlijden.¹⁰⁵ Het mag alleen worden geïndiceerd als een conventionele behandeling niet effectief is of een disproportionele bijwerking heeft.¹⁰⁶ De richtlijn erkent hiermee volgens deze ethici dat sprake is van een afwijkende en zeer ver strekkende medische behandeling.¹⁰⁷ Euthanasie veroorzaakt het overlijden van de patiënt, terwijl terminale sedatie het 'sociale overlijden' van de patiënt tot gevolg heeft. Voor geliefden en nabestaanden is het verschil niet heel groot.¹⁰⁸ Met de conclusie die deze ethici trekken, namelijk dat terminale sedatie kort voor het overlijden niet als normaal medisch handelen is te beschouwen, ben ik het eens.¹⁰⁹ Naar mijn mening wordt de grens naar euthanasie overschreden, omdat een arts weet dat een patiënt komt te overlijden na de sedatie en hij geen absolute zekerheid heeft over de doodsoorzaak. De genoemde ethici opperen de mogelijkheid om een onafhankelijk arts te raadplegen alvorens deze behandeling te starten.

Bij terminale sedatie is de handeling gericht op overlijden, omdat dit in de verwachting ligt van het ziektebeeld van de patiënt, terwijl bij palliatieve sedatie de handeling gericht is op pijnbestrijding. Ik ben van mening dat terminale sedatie vergelijkbaar is met euthanasie en daarom als bijzonder medisch handelen moet worden getypeerd. Deze gedachte wordt versterkt door het feit dat terminale sedatie

¹⁰² KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie 2009, p. 6.

¹⁰³ KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie 2009, p. 5.

¹⁰⁴ KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie 2009, p. 6.

¹⁰⁵ KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie 2009, p. 6.

¹⁰⁶ KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie 2009, p. 17.

¹⁰⁷ Zie ook Berger 2010, p. 32-38.

¹⁰⁸ Janssens, Van Delden & Widdershoven, 2012, p. 665.

¹⁰⁹ Janssens, Van Delden & Widdershoven, 2012, p. 667.

vrijwel altijd gecombineerd wordt met het afzien van voeding en vocht, zodat de patiënt op korte termijn altijd komt te overlijden.¹¹⁰

Ik merk hierbij op dat er een verschil bestaat tussen beide handelingen, namelijk bij euthanasie hoeft de patiënt niet in de terminale fase te verkeren, terwijl dat bij terminale sedatie wel een voorwaarde is. Het verduidelijken van de grens tussen terminale sedatie en euthanasie is van belang om te weten waar de juridische grens ligt. Daarnaast is duidelijke informatie aan de patiënt en zijn naasten van belang, zodat er na het overlijden van de patiënt geen twijfels ontstaan of het handelen van de arts volgens de regels is verlopen.¹¹¹

5.2 Wat is bijzonder medisch handelen?

Bijzonder medisch handelen is volgens de artsenfederatie KNMG: het opzettelijk beëindigen van het leven van iemand of hulp bij zelfdoding bieden op uitdrukkelijk verzoek.¹¹² Dit handelen is, naast medisch-professionele normen, omkleed met maatschappelijke normen, zoals een verplichte consultatie door de SCEN-arts en toetsing achteraf door de regionale toetsingscommissies euthanasie. Dit biedt de mogelijkheid voor euthanasie, beschermt patiënten en geeft artsen rechtszekerheid. Euthanasie is op zichzelf strafbaar en daarom bijzonder medisch handelen. Dat moet zo blijven naar mijn mening, want er wordt een fundamentele grens, namelijk het beëindigen van het leven van een mens, overschreden. Het is strafbaar, tenzij aan alle voorwaarden van de WTL wordt voldaan. Tijdens de kabinetsformatie in 1998 werd in het regeerakkoord vastgelegd dat de rol van artsen bij euthanasie in het WvSr zou worden vastgelegd. Als een arts aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult, vervalt de strafbaarheid.¹¹³ De zorgvuldigheidseisen werden in een aparte wet, de WTL, vastgelegd.

Een arts is gebonden aan zijn artseneed (voorheen de eed van Hippocrates). Daarin belooft of zweert de arts onder meer dat hij 'aan de patiënt geen schade doet'. Hieruit concludeer ik dat de arts in principe alles in het werk stelt om patiënten te genezen (normaal medisch handelen) in plaats van het leven te beëindigen (bijzonder medisch handelen). Als we terminale sedatie beschouwen als een vorm van euthanasie, zou dit een bijzondere medische handeling zijn met als gevolg dat het strafbaar zou zijn.

¹¹⁰ Rietjens 2005, p. 137-138.

¹¹¹ Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, ECLI:NL:TGZREIN:2021:43.

¹¹² KNMG, 2015, Artsenfederatie KNMG 'Euthanasie is bijzonder medisch handelen'.

[KNMG: euthanasie is bijzonder medisch handelen | medischcontact.](#)

¹¹³ *Kamerstukken II 1997/98*, 26 024, nr. 10, p. 47.

5.3 De juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie

Kan terminale sedatie gezien worden als een verkapt vorm van euthanasie? Medisch gezien is terminale sedatie in combinatie met onthouding van voeding en vocht in de terminale fase van het leven *geen* bespoediging van het overlijden. Het doel is om in deze laatste fase de pijn van refractaire symptomen te verlichten. Daarbij is het cruciaal dat een arts zich houdt aan de richtlijnen, zoals het toedienen van de juiste medicatie in de voorgeschreven hoeveelheden, in verhouding tot wat nodig is om de pijn te verlichten.

Met Rietjens ben ik het eens dat terminale sedatie in combinatie met het onthouden van voeding en vocht *juridisch* gezien wel het bespoedigen is van het overlijden van een patiënt en kan worden vergeleken met euthanasie.¹¹⁴ Rietjens betoogt in haar proefschrift dat in zo'n geval het afzien van voeding en vocht een separaat besluit van de arts en de patiënt en/of diens naasten moet zijn. Het zou moeten worden losgekoppeld van terminale sedatie. Als het overlijden van de patiënt niet op korte termijn (binnen enkele dagen) wordt verwacht, mag niet zonder meer overgegaan worden op het onthouden van voeding en vocht. Als dat wel gebeurt kan sprake zijn van sedatie met het doel op versneld overlijden van de patiënt.

De reden dat het afzien van voeding en vocht als apart behandelingsbesluit dient te worden genomen, is dat dit een besluit van de patiënt moet zijn in overleg met de arts. Feitelijk besluit de patiënt dan zelf om af te zien van levensverlengende behandelingen. Om het stervensproces te ondersteunen mag de arts, ter bestrijding van ernstig lijden en na instemming van de patiënt, besluiten de patiënt te sederen tot aan diens overlijden. In deze situatie is de terminale sedatie juridisch *niet* vergelijkbaar met euthanasie. De patiënt besluit zelf om af te zien van het ontvangen van voeding of vocht en de arts sedeert de patiënt als normale medische handeling. De patiënt overlijdt dan aan de ziekte of aan de zelfgekozen weigering om voeding en vocht te ontvangen.

Toch is terminale sedatie naar mijn mening ook een buitengewone (of bijzondere) behandeling in medisch opzicht. De behandeling, die bedoeld is om ernstige pijn te verlichten, gaat bij terminale sedatie zo ver dat de patiënt tot aan zijn overlijden niet meer aanspreekbaar is. Het sederen zorgt ervoor dat de patiënt weliswaar fysiek nog leeft, maar geestelijk al overleden is. De lijn tussen normaal medische handelen en bijzonder medisch handelen is daarmee bij terminale sedatie erg ondoorzichtig. Essentiële waarden van de patiënt kunnen op het spel komen te staan, zoals geen controle meer

¹¹⁴ Rietjens 2005, p. 137-138.

hebben over de laatste levensfase, mogelijk geen afscheid kunnen nemen van naasten, geen mogelijkheid meer om op het besluit terug te komen en geen invloed hebben op de hoeveelheid medicatie die wordt toegediend. De patiënt geeft de regie aan de arts. Daarom is het informeren van de patiënt en diens naasten voorafgaand aan de sedatie van het grootste belang (informed consent). Om elke schijn van verdenking tegen de arts te voorkomen is het naar mijn mening belangrijk om procedurele waarborgen te stellen, zoals een verslag van de behandeling en een second opinion door een onafhankelijke arts.¹¹⁵

In dit hoofdstuk heb ik geprobeerd om de juridische grens tussen terminale sedatie en euthanasie te verduidelijken. Naar mijn mening ligt deze grens bij de duiding van het gebied tussen datgene wat als normaal en wat als bijzonder medisch handelen wordt aangeduid.

¹¹⁵ Gevers 2003b, p. 359-367.

Hoofdstuk 6 Wordt de juridische grens bij terminale sedatie overschreden, als de patiënt eerder komt te overlijden?

Inleiding

In dit voorlaatste hoofdstuk wil ik, naar aanleiding van wat ik heb beschreven in de voorgaande hoofdstukken, een antwoord geven op de hoofdvraag, of in het licht van het recht op leven ex. art. 2 lid 1 van het EVRM een juridische grens wordt overschreden, als een patiënt eerder overlijdt als gevolg van palliatieve sedatie, of *terminale* sedatie, de term die ik in deze scriptie heb gebruikt. Ik zal hiertoe in paragraaf 6.1 achtereenvolgens de uitkomst per hoofdstuk kort bespreken en in paragraaf 6.2 de hoofdvraag beantwoorden.

6.1 De uitkomsten van de achtereenvolgende hoofdstukken

In hoofdstuk 2 heb ik besloten welke definities van de begrippen euthanasie en palliatieve sedatie ik zal gebruiken. Euthanasie definieer ik als: 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen onder strikte voorwaarden, door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek'.¹¹⁶ Deze definitie, die gedeeltelijk overeenkomt met die van Weyers, breid ik uit met de woorden: 'onder strikte voorwaarden' omdat naar mijn mening de voorwaarden waaronder euthanasie mogelijk is, zonder strafbaar te zijn, genoemd moeten worden om het grijze gebied tussen euthanasie en palliatieve sedatie af te bakenen.

Het begrip palliatieve sedatie vind ik ontoereikend in deze scriptie, omdat deze definitie in de verschillende richtlijnen te breed is gedefinieerd en verwarring oproept. Ik gebruik het begrip 'terminale sedatie', omdat in de huidige Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie is vastgelegd dat deze vorm van sedatie kort voor het overlijden wordt toegepast. Bovendien blijkt uit dit begrip dat de handeling dicht tegen euthanasie aanligt. Terminale sedatie gaat altijd gepaard met het onthouden van voedsel en vocht en leidt derhalve altijd tot het overlijden van de patiënt.¹¹⁷ Ik gebruik hiervoor de definitie uit de genoemde richtlijn: 'het opzettelijk verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase, (tot aan het overlijden) met als doel om het lijden van de patiënt te verlichten'. De engere definitie van Chabot e.a. ('het opheffen van het bewustzijn tot het overlijden volgt') vind ik te beperkt.¹¹⁸ Daaruit blijkt niet dat betrokkene zich in de laatste levensfase bevindt en je zou daaruit de conclusie kunnen trekken dat terminale sedatie is toegestaan tot de betrokkene overlijdt, ook zonder dat deze zich in de laatste levensfase bevindt.

¹¹⁶ Weyers 2002, p.345.

¹¹⁷ Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie, 2022, p. 36 en 77; Rietjens 2005, p. 137-138.

¹¹⁸ Chabot, Den Hartogh & Van Delden 2005, p. 1465.

In hoofdstuk 3 schets ik het juridisch kader. Het recht op leven is bedoeld om bescherming van de lichamelijke integriteit te bieden aan burgers. Het recht bestaat volgens jurisprudentie van het EHRM uit een positieve plicht voor de overheid om zijn burgers te beschermen. De Verdragsstaten hebben daarbij een appreciatiemarge met betrekking tot de wet- of regelgeving ervan. Dit leidt ertoe dat euthanasie niet in alle Verdragsstaten op dezelfde wijze wordt toegepast of is toegestaan. In de context van euthanasie of terminale sedatie staat naar mijn mening het recht op leven in nauw verband met het recht op privacy ex art. 8 EVRM. Uit dat laatste recht kan een zelfbeschikkingsrecht voor personen worden afgeleid. Personen mogen zelf besluiten of en op welk moment zij hun leven willen beëindigen, mits het een vrijwillig besluit is. Het zelfbeschikkingsrecht kan echter, in het belang van de volksgezondheid, beperkt worden door Verdragsstaten.¹¹⁹

De onaantastbaarheid van het menselijk lichaam is een negatief geformuleerd recht en is een afweerrecht.¹²⁰ Het recht strekt er met name toe het opzettelijk doden van staatswege en gedwongen medische experimenten uit te sluiten. Hieruit blijkt dat euthanasie of terminale sedatie slechts mogen worden uitgevoerd met uitdrukkelijke instemming van de betrokkene. Via wet- en regelgeving moet de staat een afweging maken tussen het maatschappelijk belang om het leven te beschermen, met name dat van kwetsbare personen, en het belang van degenen die hulp willen krijgen bij zelfdoding.

Er bestaat een spanningsveld tussen het recht op leven dat tot het uiterste dient te worden beschermd, en het feit dat we niet willen dat iemand aan het einde van zijn leven onnodig lijdt. Ik ben op dit dilemma ingegaan in hoofdstuk 4, omdat het mogelijk meer duidelijkheid geeft over het juridisch grijze gebied. Hulst noemt het onderscheid tussen euthanasie en onder andere terminale sedatie 'gekunsteld'.¹²¹ Openbaar aanklager De Wijkerslooth betoogde dat terminale sedatie, voor wat betreft het gevolg, gelijk is aan euthanasie.¹²²

Jochemsen beziet terminale sedatie in het licht van een ethische en sociale verantwoordelijkheid van de samenleving.¹²³ Hij vindt de normatief-ethische perspectieven van een patiënt belangrijk bij een besluit voor terminale sedatie of euthanasie. Dit heeft betrekking op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het zelfbeschikkingsrecht van de mens is volgens Leenen nog fundamenteeler dan het recht op

¹¹⁹ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39, 40 en 54 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*); EHRM 20 januari 2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56 (*Haas/Zwitserland*).

¹²⁰ BVerfG 17 december 1951, 1 BvR 220/51, par. 39; Nieuwenhuis 2012, p. 140-141.

¹²¹ Hulst 2005, par. 5-6.

¹²² De Wijkerslooth 2003, p. 90-96.

¹²³ Jochemsen 2008 nr. 3, p. 076.

de eerbied voor het leven. Hij vindt dat de mens het recht heeft om te beschikken over zijn eigen leven of dood.¹²⁴

De bestaande richtlijnen (palliatieve sedatie) geven geen duidelijk antwoord op de hoofdvraag. Dat komt volgens Berger onder andere door de te ruime definitie van palliatieve sedatie, waaraan voorwaarden gekoppeld zijn die de indruk wekken dat het gaat om een bijzondere medische handeling.¹²⁵

Tot slot ben ik in hoofdstuk 5 ingegaan op de termen normaal en bijzonder medisch handelen. Naar mijn mening zou terminale sedatie net als euthanasie onder bijzonder medisch handelen moeten vallen. Bij terminale sedatie wordt normaal gesproken geen voeding en vocht meer toegediend aan de patiënt. Als het afzien daarvan een besluit is van de patiënt zelf, kun je betogen dat dat besluit normaal medisch handelen is, omdat een patiënt het recht heeft om een levensverlengende behandeling te weigeren. Als dat besluit wordt gevolgd door terminale sedatie, dienen zowel de patiënt als de arts zich bewust te zijn van een mogelijke bespoediging van het overlijden van de patiënt. Daarom zou dit handelen zowel medisch als juridisch niet onder normaal medisch handelen dienen te worden begrepen.

6.2 Een antwoord op de hoofdvraag

Op grond van het recht op leven wordt naar mijn mening een juridische grens overschreden als de patiënt als gevolg van terminale sedatie (eerder) overlijdt. Mijn argumentatie daarvoor is dat bescherming van het leven en de menselijke waardigheid het belangrijkste mensenrecht is en uitgaat boven alle andere grondrechten. Artsen dienen het leven van mensen te beschermen en niet te beëindigen.

Ook op grond van het recht op leven ex art. 2 EVRM mag volgens jurisprudentie van het EHRM niet geconcludeerd worden dat het recht op leven ook een recht inhoudt om te sterven op een zelfgekozen wijze en tijdstip.¹²⁶ Daarom heb ik onderzocht wat de drijfveer is om mensen te helpen bij het stervensproces. Die hulp ziet op het behoud van de menselijke waardigheid in het stervensproces. De normen en waarden van het menselijk leven zijn in het stervensproces gericht op ondersteuning van de patiënt en kunnen in dit proces kennelijk afwijken van de wettelijke regels. Deze ondersteuning bestaat naar mijn mening in de eerste plaats uit de zorg voor de patiënt, zodat

¹²⁴ Leenen 1977, p. 28.

¹²⁵ Berger 2010, p. 32-38.

¹²⁶ EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602, par. 39,40 en 54 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*); EHRM 20 januari 2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207, par. 51, 54, 55 en 56 (*Haas/Zwitserland*).

deze niet hoeft te lijden. In de vertrouwenssfeer tussen arts, patiënt en diens naasten mag een arts, binnen de marges van wet-en regelgeving, en slechts na toestemming van de patiënt, overgaan tot terminale sedatie tot aan het overlijden. Hierbij wordt echter wel de grens tussen normaal en bijzonder medisch handelen overschreden. Om die reden zou ik terminale sedatie als bijzonder medisch handelen willen kwalificeren.

7. Conclusie en aanbevelingen

In deze scriptie heb ik de juridische grenzen verkend van het grijze gebied tussen terminale sedatie en euthanasie. Binnen het geschetste juridische kader en op grond van jurisprudentie blijkt dat uit het recht op leven niet ook een recht om te sterven kan worden afgeleid. Dat zelfbeschikkingsrecht zou volgens het EHRM wel kunnen worden afgeleid uit het recht op privacy (art. 8 EVRM). Het beschermen van het recht op leven, als plicht van de staat, kan soms lijnrecht staan tegenover het recht op zelfbeschikking, een grondrecht van individuen. Het recht op onaantastbaarheid van het lichaam speelt daarbij ook een rol, immers de staat is verplicht zijn burgers te beschermen tegen inbreuken van buitenaf. Gelet op dit recht is de staat verplicht om zijn burgers te beschermen tegen een te eenvoudige toegang tot middelen die bedoeld zijn voor zelfdoding of hulp daarbij.

Erkenning van de menselijke waardigheid speelt als rechtsbeginsel een belangrijke rol bij het recht op leven. Dit rechtsbeginsel maakt dankzij een verwijzing in het EU-verdrag naar het HvGEU deel uit van het geldend recht. In het HvGEU is in art. 1 vastgelegd dat de menselijke waardigheid onschendbaar is en dat deze moet worden beschermd en geëerbiedigd. Dat sluit aan bij de verwijzing naar de menselijke waardigheid in de preambules van de Universele Verklaring van de rechten van de mens en in een aantal belangrijke VN-mensenrechtenverdragen en blijkt ook uit de Amerikaanse Declaration of Independence (1776). Het gegeven van de menselijke waardigheid, als fundamenteel en kostbaar goed omwille van de mens zelf, staat volgens sommige auteurs bovenaan in de lijst van mensenrechten. De menselijke waardigheid is eigen aan de mens zelf. Hierop gebaseerd kan uit het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam geen beschikkingsrecht over het eigen leven worden afgeleid. Daarom kan er grondwettelijk geen verankerde aanspraak op actieve stervenshulp door derden bestaan.

Daartegenover staat het zelfbeschikkingsrecht van de mens, afgeleid uit het recht op privacy ex. art. 8 EVRM, dat volgens Leenen nog fundamenteeler is dan het recht op de eerbied voor het leven. De mens heeft volgens hem het recht om te beschikken over zijn eigen leven of dood. Het zelfbeschikkingsrecht van de betrokkene speelt eveneens een rol van betekenis in een levenseindebeslissing. Artsen dienen volgens de afgelegde artseneed echter het goede te doen, dus te genezen en niet te doden. Als genezen niet mogelijk is moet de arts hulp bieden aan patiënten in de laatste levensfase, door middel van goede medische zorg en ondersteuning. Daaronder valt pijnstilling, maar naar mijn mening *niet* het bespoedigen van het overlijden van de patiënt. Dat besluit is, onder voorwaarden, aan de patiënt zelf.

De patiënt moet zelf de afweging maken of hij zijn leven wil (laten) beëindigen. Vanuit dat uitgangspunt moet de patiënt ook zelf besluiten om al dan niet af te zien van voeding en vocht voorafgaand aan

terminale sedatie. Deze afweging moet volgens Rietjens losgekoppeld worden van de sedatie. Als het overlijden van de patiënt niet binnen enkele dagen wordt verwacht, mag niet zonder meer overgegaan worden op het onthouden van voeding en vocht. Ik ben dit met Rietjens eens, want als terminale sedatie wordt ingezet zonder voorafgaande instemming van de patiënt om te stoppen met het toedienen van voeding en vocht, kan sprake zijn van sedatie die is gericht op het overlijden van de patiënt en daarmee van euthanasie.

Gelet op het bovenstaande zou ik ervoor willen pleiten om terminale sedatie onder bijzonder medisch handelen te brengen. Daarmee ontstaat tevens een probleem. Als terminale sedatie wordt gezien als bijzonder medisch handelen is het, net als euthanasie, strafbaar. In het WvSr moet dan vastgelegd worden onder welke voorwaarden die strafbaarheid wordt opgeheven. Mogelijk kan terminale sedatie (alléén deze vorm van sedatie) als bijzondere vorm van euthanasie worden aangemerkt en kunnen de voorwaarden waaronder terminale sedatie mag plaatsvinden in de WTL worden vastgelegd.

Aanbeveling 1

Kwalificeer terminale sedatie als bijzonder medisch handelen en koppel voorwaarden aan deze handeling, zoals bij euthanasie. Leg dit vast in het WvSr en de WTL.

Nu ik geconcludeerd heb dat terminale sedatie een levensbeëindigende handeling is en daarmee vergelijkbaar met euthanasie, is de vraag aan welke voorwaarden dit medisch handelen dient te voldoen om de strafbaarheid op te heffen. Een belangrijk verschil tussen beide handelingen is dat de patiënt bij euthanasie niet in de terminale fase hoeft te verkeren en bij terminale sedatie wel.

Aanbeveling 2

Om een duidelijkere scheiding aan te brengen tussen terminale sedatie en euthanasie, stel ik voor om voorwaarden op te nemen in de WTL:

- *Er moet sprake zijn van ernstig en refractair lijden van de patiënt.*
- *De patiënt moet in de terminale fase verkeren met een uitzicht van maximaal twee weken tot aan het overlijden.*
- *Er is schriftelijke instemming nodig van de patiënt voorafgaand aan terminale sedatie om af te zien van het kunstmatig toedienen van voeding en vocht.*
- *Er dient een onafhankelijke arts te worden geraadpleegd ter bevestiging van het refractaire lijden van de patiënt.*

- *Er moet melding gedaan worden bij de gemeentelijke lijkschouwer dat het overlijden het gevolg is van afzien van voeding en vocht gevolgd door terminale sedatie. Het doel van deze voorwaarde is om een beter zicht te krijgen op deze vorm van sedatie.*

De in de Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie vastgelegde regels over palliatieve sedatie zijn mijns inziens te vaag. Daarom kunnen er vraagtekens rijzen na het overlijden van een patiënt bij het toepassen van terminale sedatie. Eén van de oorzaken is het gebruik van verschillende definities van palliatieve sedatie. Het oplossen van de verwarring rondom de definities kan helpen bij de afbakening van het grijze gebied. Nu valt terminale sedatie onder het paraplubegrip van palliatieve sedatie, waarbij het onduidelijk is of het gaat om tijdelijke, intermitterende, of continue sedatie.

Mijn voorstel is om in deze richtlijn alleen de term ‘palliatieve sedatie’ te gebruiken (en dus niet ‘terminale of continue sedatie’). Het vastleggen van een specifieke definitie voor deze term, namelijk de handeling die gericht is op pijnverlichting, biedt de mogelijkheid om het juridisch grijze gebied tussen terminale sedatie en euthanasie beter af te bakenen. De term ‘terminale sedatie’ dient te worden voorbehouden aan het bijzonder medisch handelen (als bijzondere vorm van euthanasie) en worden vastgelegd in het WvSr en de WTL.

Aanbeveling 3

Aan beslissingen rondom het levenseinde dient naar mijn mening duidelijkere wet- en regelgeving ten grondslag te liggen. Dit betekent dat in de Richtlijn multidisciplinaire sedatie de definitie van palliatieve sedatie dient te worden gebruikt, in de betekenis van het verlichten van pijn bij ernstig lijden. De term terminale sedatie dient te worden gereserveerd voor de in de wet gebruikte definitie, die betrekking heeft op de handeling welke vergelijkbaar is met euthanasie. Derhalve in de betekenis van het verlichten van pijn bij ernstig lijden wegens refractaire symptomen, tot aan het overlijden.

Mijn conclusie uit het onderzoek is dat op grond van de hiervoor besproken uitkomsten er een juridische grens wordt overschreden als een patiënt na palliatieve of terminale sedatie eerder dan verwacht komt te overlijden. Er bestaat ruimte binnen de huidige wet- en regelgeving die het juridisch grijze gebied veroorzaakt. Strengere wetgeving op dit gebied is niet de oplossing, maar om de arts meer juridische zekerheid te bieden, zou terminale sedatie naar mijn mening wel als bijzondere vorm van euthanasie moeten worden beschouwd.

De aanbevelingen die ik heb beschreven liggen op het gebied van aanpassingen in de wet en zijn gericht op een duidelijkere afbakening van de definities van beide termen. Daarbij heb ik geprobeerd een balans te vinden tussen het kostbare recht op leven en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het grijze gebied tussen terminale sedatie en euthanasie is hiermee echter nog niet opgelost, maar

slechts verduidelijkt. Er kan na het toedienen van palliatieve sedatie om pijn te verlichten immers nog steeds sprake zijn van eerder overlijden. Het informeren van de patiënt en zijn naasten hierover, evenals het raadplegen van een onafhankelijk arts, dragen mogelijk bij aan de oplossing van dit specifieke probleem.

Literatuurlijst

Van Beers 2021

B.C. van Beers, 'Artikel 11 - Onaantastbaarheid van het lichaam', in E. M. H. Hirsch Ballin, Eric Janse de Jonge & G. Leenknecht (red.), *Nederland Rechtsstaat, wetenschappelijk commentaar op de Nederlandse Grondwet*, Vakgroep Public Law and Governance, Tilburg: Tilburg University 2021.

Berger 2010

J.T. Berger, 'Rethinking Guidelines for the Use of Palliative Sedation', *Hastings Center Report* 40, no. 3, 2010, p. 32-38.

De Blois 2010

M. de Blois, 'Zelfbeschikking of menselijke waardigheid', *PVH*, 2010/1, 17e jaargang.

Bonger 1951

H. Bongers, *Leraar der Mensenrechten, Thomas Jefferson*, Arnhem: Van Loghum Slaterus, 1951.

Bood 2004

A. Bood, 'Terminale sedatie', *Signalering ethiek en gezondheid*, Den Haag/Zoetermeer: CEG, 2004, p. 31-56.

Chabot, Den Hartogh & Van Delden 2005

B.E. Chabot, G.A. den Hartogh & J.J.M. van Delden, 'Palliatieve zorg, een eng begrip. Sobere definitie palliatieve sedatie nodig', *Medisch contact* 2005/60 nr. 37, p. 1464-1466.

Van Dijck, Snel & Van Golen 2018

G. van Dijck, M. Snel & T. van Golen, *Methoden van rechtswetenschappelijk onderzoek*, Den Haag: Boom Juridisch 2018.

Dute 2017

J.C.J. Dute, 'Het initiatiefvoorstel over orgaandonatie is in strijd met artikel 11 Grondwet', *TvCR* 2017.

Gevers 2003a

J.K.M. Gevers, 'Zelfbeschikking rond het levenseinde', *TvGR* 2003, p. 314-315.

Gevers 2003b

J.K.M. Gevers, 'Terminal Sedation: A Legal Approach', *European Journal of Health Law* 10, p. 359-367, Leiden: Koninklijke Brill N.V. 2003.

Den Hartogh 2006

G.A. den Hartogh, 'Palliatieve sedatie en euthanasie. Commentaar op een richtlijn', *BJu, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, Springer 2006.

Den Hartogh 2013

G.A. den Hartogh, 'De definitie van euthanasie in het onderzoek naar medische beslissingen bij het levenseinde', *NJB* 2013/656.

Hendriks 2014

A. C. Hendriks, 'Recht op leven en recht op een zelfgekozen dood: een toetsing van de Nederlandse Euthanasiewet aan het EVRM', *NTM/NJCM-bull.* 2014/13.

Hendriks 2016

A. C. Hendriks, 'Bevel aan huisarts Tuitjenhorn onrechtmatig', *AB* 2016/230.

Hulst 2005

E. Hulst, 'Euthanasiewet zet druk op grondrechten', *NTM/NJCM-bull.* 2005, par. 5-6 (JCDI:ADS189321:1).

Janssens 2001

R. Janssens, *Palliative care: Concepts and ethics*, Nijmegen: Univ. Press. 2001.

Janssens, Van Delden & Widdershoven 2012

R. Janssens, J.J.M. van Delden & G.A.M. Widdershoven, 'Palliative sedation: not just normal medical practice. Ethical reflections on the Royal Dutch Medical Association's guideline on palliative sedation', *J Med Ethics* 2012, nr. 38 (doi:10.1136/medethics-2011- 100353).

Jochemsen 2008

H. Jochemsen, 'Palliatieve sedatie ethisch belicht', *PVH*, 2008 15e jaargang, nr. 3, p. 076-079 ([Palliatieve sedatie ethisch belicht - Katholieke Stichting Medische Ethiek \(medische-ethiek.nl\)](http://www.katholieke-ethiek.nl)).

Leenen 1977

H. J. J. Leenen, 'Euthanasie in het gezondheidsrecht', in: P. Muntendam (red.), *Euthanasie*, Leiden: Stafleu, 1977.

Legemaate 2006

J. Legemaate, 'Symptombestrijding en palliatie versus levensbeëindiging: een terugblik op de zaak Vencken', *NTG* 2006/150, p. 1689-1692.

Lieverse e.a. 2005

P. J. Lieverse e.a., 'Dood gewoon? Perspectieven op 35 jaar euthanasie in Nederland' (vertaling), Amsterdam 2005, p. 174-175. (Zie Verwaltungsgericht Karlsruhe 11 december 1987, *Neue Juristische Wochenschrift*, p. 1536-1539.)

Mendelts 2002

P. Mendelts, *Interpretatie van grondrechten. Grondrechtenclaims en verschuivingen in de reikwijdte van grondrechten* (diss. Utrecht), Deventer: Kluwer 2002, *Ars Aequi* 2002/10.

Mendelts 2003

P. Mendelts, 'De reikwijdte van grondrechten. Rechterlijke grondrechtsinterpretatie in een toetsingsmodel', *NJCM-Bulletin*, 2003/28 nr. 6.

Mevis 2014

P.A.M. Mevis, 'Naar aanleiding van Tuitjenhorn', Wolters Kluwer, *DD* 2014/8.

Mirgaux 2017

S. Mirgaux en K. Van Laethem, *Handboek Mensenrechten. De Internationale Bescherming van de Rechten van de Mens*, Antwerpen: Intersentia 2011, *Sdu* 2017, Online bijgewerkt 18 juli 2017.
<https://opmaat-sdu-nl.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/content/c-EVRM-N10008-2?tab=commentaar>

Nieuwenhuis 2012

A.J. Nieuwenhuis, 'De kernrechtbenadering bij de grondrechten', *TvCR* april 2012/2.

Peters e.a. 2009

J.A. Peters e.a., *Het recht op leven in de Nederlandse Grondwet. Een verkennend onderzoek*, Alphen aan de Rijn: Kluwer 2009.

Rietjens 2005

J.A.C. Rietjens, *Medical decision-making at the end of life: experiences and attitudes of physicians and the general public* (diss. Rotterdam Erasmus MC), Enschede: Ipskamp 2005, ISBN 9090201777. (Samenvatting in het Nederlands, Enschede: Ipskamp 2005.)

Rozemond 2009

N. Rozemond, 'Palliatieve zorg of moord: causaliteit is de crux', *TvGR/BJu* 2009.

Seldenrijk 2017

R. Seldenrijk, 'Wat is...? Uitleg begrippen rondom euthanasie', *Leef* 2017/33 nr. 5.

Somsen, Bovenberg & Van Beers 2009

J. Somsen, J.A. Bovenberg & B.C. van Beers, 'Humane Biotechnologie en Recht, in *Humane biotechnologie en recht*, Handelingen NJV 139, Deventer: Wolters Kluwer business, 2009-1.

Swart 1989

A.H.J. Swart, 'Onderzoek aan het lichaam', *Ars Aequi* 1989/38, nr. 9.

Van Tol 2005

D. van Tol, *Grensgeschillen, een rechtssociologisch onderzoek naar het classificeren van euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde* (diss. Groningen, RUG), 2005.

Van der Wal e.a. 2003

G. van der Wal e.a., 'Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie', Utrecht: *De Tijdstroom* 2003.

Weyers 2002

H. A. M. Weyers, *Euthanasie: Het proces van rechtsverandering*, Universiteit van Groningen 2002.

Woudenberg-van den Broek e.a. 2023

C.M. Woudenberg-van den Broek e.a., 'Het Nederlandse systeem van postmortaal onderzoek in het licht van artikel 2 EVRM', Wolters Kluwer, *NTM/NJCM-Bulletin* 2023/21.

De Wijkerslooth 2003

J.L. de Wijkerslooth, 'Twee lacunes in de euthanasieregeling' *Opportuun*, nr. 10, 2003, in: G. den Hartogh: 'Palliatieve sedatie en euthanasie, Commentaar op een richtlijn', *TvGR* nr. 30 2006

<https://recht.nl/proxycache.html?cid=21754>.

Wijte 2004

S.H.E.M. Wijte, 'Overheidsaansprakelijkheid en artikel 2 EVRM', *VRA* 2004.

Richtlijnen en andere regelgeving

Richtlijn palliatieve sedatie 2005

Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Utrecht 2005, p. 12 (vervangen door de laatste versie van 16 juni 2022).

Richtlijn palliatieve sedatie 2009

Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Utrecht 2009 (vervangen door de laatste versie van 16 juni 2022).

Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn 2010

Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Utrecht 2010, [Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#) (online vastgesteld april 2010).

Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland 2017

Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland, IKNL/ Palliactief 2017, [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland - Palliaweb](#) (online bijgewerkt op 23 maart 2023).

Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2021

Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) & Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), september 2021, [Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding | KNMP](#) (online bijgewerkt op 10 juni 2024).

Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie 2022

Richtlijn multidisciplinaire palliatieve sedatie, 16 juni 2022, <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-sedatie> (online bijgewerkt op 16 juni 2022).

Handreiking (Niet-)natuurlijke dood 2016

Handreiking (Niet-)natuurlijke dood. Wat moet u weten, wat moet u doen? Handreiking van het Openbaar Ministerie, Inspectie voor de gezondheidszorg, Forensisch Medisch Genootschap en KNMG, 2016. Par. 4 (vastgesteld januari 2016).

Beleidsregel Openbaar Ministerie 2017

Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding). Aanwijzing van het Openbaar Ministerie, van 17 mei 2017 (Staatscourant 2017, 27069).

Jurisprudentielijst

Europese Hof voor de rechten van de mens

EHRM 30 november 1994, nr. 24844/94, ECLI:CE:ECHR:1994:1130DEC002484494 (*Reeve/Verenigd Koninkrijk*).

EHRM 29 april 2002, 2346/02, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602 (*Pretty/Verenigd Koninkrijk*).

EHRM 20-01-2011, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207 (*Haas/Zwitserland*).

EHRM 27 juni 2013, 67810/10 (*Gross/Zwitserland*).

EHRM 17 juli 2014, 47848/08, ECLI:CE:ECHR:2014:0717JUD004784808 (*Centre for Legal Resources on Behalf of Valentin Câmpeanu/Roemenië*).

EHRM 5 mei 2015 nr. 46043/14, ECLI:CE:ECHR:2015:0605JUD004604314 (*Lambert e.a./Frankrijk*).

EHRM 30 maart 2016, 5878/08, ECLI:CE:ECHR:2016:0330JUD000587808 (*Armani da Silva/Verenigd Koninkrijk*).

EHRM 18 augustus 2021, 42329/11, ECLI:CE:ECHR:2021:0518JUD004232911 (*Bisar Ayhan e.a./Turkije*).

EHRM 11 oktober 2022, 61019/19, ECLI:CE:ECHR:2022:1011JUD006101919 (*Garrido Herrero/Spanje*).

Bundesverfassungsgericht Duitsland

BVerfG 17 december 1951 1 BvR 220/51.

Hoge Raad

HR 14 juni 1974, ECLI:NL:PHR:1974:AB4771, m.nt. Th.W. van Veen (*Staat/X*).

HR 8 november 1988, ECLI:NL:HR:1988:AC0609, zaaknummer: 83057.

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, NJ 2002, 386/387, m.nt. Vranken.

Gerechtshof

Hof Den Bosch 19 juli 2005, ECLI:NL:GHSHE:2005:AU0211.

Rechtbank

Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973/183 (*Postma*).

Rb. Breda 10 november 2004, ECLI:NL:RBBRE:2004:AR5394.

Rb. Almelo 4 januari 2008, ECLI:NL:RBALM:2008:BC1180.

Rb. Noord-Holland 2 juli 2015, nr. 14/1328, ECLI:NL:RBNHO:2015:5480.

Rb. Den Haag 14 december 2022, ECLI:NL:RBDHA:2022:13394NL:RBDHA:2022:13394 (*CLW/Nederland*).

Regionaal Tuchtcollege

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, ECLI:NL:TGZREIN:2021:43.