



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken

*commentaar op de concepthandreiking van de KNMG*

den Hartogh, G.A.

**DOI**

[10.5553/TvGR/016508742014038003003](https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742014038003003)

**Publication date**

2014

**Document Version**

Final published version

**Published in**

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht

**License**

Other

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

den Hartogh, G. A. (2014). De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken: commentaar op de concepthandreiking van de KNMG. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 38(3), 192-200. <https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742014038003003>

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

# De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken

## Commentaar op de concepthandreiking van de KNMG

Prof. dr. G.A. den Hartogh\*

### De handreiking

Het nieuwe standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde dat de KNMG medio 2011 publiceerde bevatte twee verrassingen. Het meest opvallend was de verruimde interpretatie van de zorgvuldigheidseis uit het Brongersma-arrest: het lijden dat aanleiding geeft tot een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding behoeft alleen een 'medische grondslag' te hebben. De tweede doorbraak was dat de KNMG het tot de professionele taak van de arts rekende om iemand die besluit zijn levenseinde te bespoedigen door af te zien van eten en drinken de nodige palliatieve begeleiding te geven. Beide vernieuwingen kunnen worden gezien als een antwoord op het burgerinitiatief Uit Vrije Wil: de KNMG maakte met de vernieuwingen duidelijk dat er geen behoefte bestaat aan de stervenshulpverleners die UVW wilde introduceren. Bij zeer oude mensen die hun leven willen beëindigen, ook al lijden zij niet aan een dodelijke ziekte, is doorgaans sprake van een opeenstapeling van ouderdomskwalen en dus van een 'medische grondslag' van hun lijden. Als zij niettemin geen arts bereid vinden op hun verzoek om hulp bij zelfdoding in te gaan, kunnen zij altijd nog besluiten de realisering van hun wens in eigen hand te nemen door te stoppen met eten en drinken. Dan is een goede voorbereiding en een goed geregelde verzorging essentieel, en daarvoor weten zij nu dat ze niet alleen een beroep kunnen doen op familieleden en vrienden maar ook op hun arts.

Waaruit bestaat die begeleidende taak precies? Het was een logische stap voor de KNMG om daarvoor een richtlijn te ontwikkelen, en daar werd dan ook vrijwel meteen een commissie voor ingesteld. Een concept van die richtlijn, die om onduidelijke reden geen richtlijn mag heten maar alleen een 'handreiking', is onlangs gepubliceerd.<sup>1</sup> De tekst geeft een samenvatting van wat uit empirisch onderzoek bekend is over de fysiologische gevolgen van stoppen met eten en drinken en over de frequentie waarmee deze keuze wordt gemaakt, behandelt ethische en juridische aspecten van de problematiek en beschrijft vervolgens in detail de gewenste verzorging door naasten, vrijwilligers en professionals. Toegevoegd is een hoofdstuk over de omgang met demente of verstandelijk gehandicapte

\* Govert den Hartogh is emeritus hoogleraar ethiek aan de Universiteit van Amsterdam en was lid van een regionale toetsingscommissie euthanasie van 1998 tot 2010.

1 KNMG en V&VN handreiking, *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*, 8 januari 2014, [knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/140791/Concept-handreiking-Zorg-voor-mensen-die-bewust-afzien-van-eten-en-drinken-om-het-levenseinde-te-bespoedigen-2014.htm](http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/140791/Concept-handreiking-Zorg-voor-mensen-die-bewust-afzien-van-eten-en-drinken-om-het-levenseinde-te-bespoedigen-2014.htm).

patiënten die bij eten en drinken geholpen moeten worden maar die hulp afhouden. Op die problematiek zal ik hier niet ingaan.

Hoe vaak wordt het besluit om het leven op deze manier te beëindigen genomen en uitgevoerd? In het buitenland is daarnaar voor zover bekend nooit onderzoek gedaan. Wat Nederland betreft werd het pionierswerk verricht door Boudewijn Chabot.<sup>2</sup> Door uit een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking de getuigen te selecteren die tussen 1999 en 2003 zo'n proces van dichtbij hadden meegemaakt, kwam hij tot een schatting van 2800 gevallen per jaar, inmiddels bijgesteld tot 2100. In het vijfjaarlijkse sterfgevallenonderzoek, ditmaal in het kader van de Tweede Evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), komen Agnes van der Heide c.s. op basis van de rapportage van artsen (voor 2010) tot de veel lagere schatting van zeshonderd gevallen.<sup>3</sup> Deze discrepantie kan voor een flink deel worden verklaard door het feit dat artsen niet altijd van het besluit om te stoppen met eten en drinken op de hoogte worden gesteld, zeker niet als zij in een eerder stadium het verzoek van de betrokkene om hulp bij zelfdoding hebben afgewezen. Nu verwacht mag worden dat de frequentie door het nieuwe beleid van de KNMG zal worden beïnvloed, is het gewenst over een jaar of twee, drie, een nieuwe poging te doen om tot een betrouwbare schatting te komen.<sup>4</sup>

### De waarde van de handreiking

De commissie verdient veel waardering voor haar werk. Voor artsen en andere hulpverleners is deze problematiek een nieuw terrein waarop zij tot dusver tastend hun weg zoeken. De uitputtende beschrijving van de verzorging die altijd nodig is, of alleen bij het optreden van mogelijke complicaties, geeft hun nu het nodige houvast. En, wat nog belangrijker is, tegen de achtergrond van het duidelijke standpunt dat deze begeleiding tot de professionele taak van artsen en andere hulpverleners behoort, kunnen mensen die voor deze weg kiezen daaraan het vertrouwen ontnemen dat zij niet onnodig zullen hoeven lijden.

De commissie heeft als uitgangspunt gekozen dat er nu eenmaal mensen zijn die voor deze vorm van levensbeëindiging kiezen en heeft het niet tot haar taak gerekend die in vergelijking met andere vormen te evalueren. Het overzicht van de bekende empirische gegevens maakt echter zo'n evaluatie wel mogelijk, ook al is de omvang van het relevante onderzoek opvallend beperkt.<sup>5</sup> De onderzoeksgegevens bevestigen wat uit rapportages van casuïstiek uit binnen- en buitenland al wel bekend was. Duidelijk is in elk geval dat de nog veel gehoorde mening dat het hier om een inhumane of zelfs gruwelijke manier van sterven zou gaan onjuist is. Het hongergevoel is beheersbaar door de productie van ketonlichamen, en na enkele dagen van endorfines die zelfs een mild-euforische toestand teweeg kunnen brengen. Een belangrijke component van het dorstgevoel is de uitdroging van het mondslijmvlies die effectief kan worden tegengegaan door de mond vochtig te houden.

- 2 Boudewijn Chabot, *Auto-euthanasie: verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*, Amsterdam: Bert Bakker 2007.
- 3 Agnes van der Heide, Arianne Brinkman-Stoppelenburg, Hans van Delden & Bregje Onwuteaka-Philipsen, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Sterfgevallenonderzoek 2010*, Den Haag: ZonMw 2012.
- 4 Zo ook de *Kennisagenda Ouderen en het Zelfgekozen Levenseinde*, Den Haag: ZonMw/NWO 2014.
- 5 In de toch nog vrij omvangrijke literatuur keren telkens dezelfde verwijzingen terug. Dit geldt ook voor de ethische en de (vrijwel uitsluitend in Amerika verschenen) juridische literatuur.

Daarvoor is minder dan 50 ml vocht per dag nodig, waardoor het uitdrogingsproces nauwelijks wordt verlengd. Over verdere factoren die het dorstgevoel bepalen bestaan alleen onbevestigde hypothesen, maar het is duidelijk dat die factoren sterk variëren met leeftijd en gezondheid en bij heel oude en zieke mensen soms vrijwel geen rol spelen. Als slaap- en pijnmedicatie beschikbaar is, is de voornaamste complicatie waarmee rekening moet worden gehouden als de betrokkene in het eindstadium van het proces het bewustzijn verliest, het optreden van een delier. Dan kan intermitterende of continue sedatie nodig zijn.

Het gaat wel om een relatief langdurig traject, dat zeker in de beginfase van de betrokkene vastberadenheid, discipline en doorzettingsvermogen vraagt. Toch heeft maar ongeveer de helft van de betrokkenen eerst een arts om hulp bij zelfdoding gevraagd. De anderen zien van een verzoek af omdat zij om allerlei redenen een negatief antwoord verwachten, hun arts niet onnodig willen belasten of er een voorkeur voor hebben om een beslissing die zij zelf hebben genomen ook zelf uit te voeren.<sup>6</sup> De lange duur van het proces hoeft niet altijd een bezwaar te zijn. Ook voor de intimi kan deze periode verrijkend zijn, met name als zij een actief aandeel in de nodige verzorging nemen.<sup>7</sup>

Dat de uitvoering van het besluit om af te zien van eten en drinken tijd en inspanning vraagt, is maatschappelijk gezien een groot pluspunt van deze vorm van levensbeëindiging in eigen regie, omdat daardoor zowel het vrijwillige als het weloverwogen karakter van die keuze vergaand wordt gegarandeerd. Je kunt er impulsief toe besluiten maar dat besluit niet impulsief uitvoeren, en het is ook moeilijk voorstelbaar dat je het volhoudt als je er zelf niet achter staat. Hooguit is denkbaar dat de betrokkene ambivalente gevoelens heeft of ontwikkelt en de houding van zijn naasten de doorslag geeft om toch op de ingeslagen weg voort te gaan. In zulke gevallen is te verwachten dat het proces moeizaam verloopt.<sup>8</sup> Voor mensen die altijd zelf de regie willen blijven voeren kan het feit dat het proces eindigt met een periode van verlaagd bewustzijn of coma een bezwaar zijn.<sup>9</sup>

Ook mensen die niet in staat zijn om hun leven zelfstandig op een andere wijze te beëindigen kunnen deze route kiezen, bijvoorbeeld patiënten met een dwarslaesie of zelfs een locked-in syndroom. De methode is echter niet voor iedereen geschikt, in het bijzonder niet voor jonge (60-) en nog gezonde mensen. Van zeer fragiele ouderen zal de benodigde geestelijke inspanning te veel gevraagd zijn.

6 De conceptie van autonomie die uit deze voorkeur blijkt wordt gepropageerd door de Stichting de Einder, zie Ton Vink, *Zelfeuthanasie: een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*, Budel: Damon 2013, en de gedachtewisseling tussen Vink en mij daarover in *Filosofie & Praktijk*, herfst 2013.

7 Vgl. David M. Eddy, 'A conversation with my mother', *JAMA* 1994, 272, p. 179-81; Chabot (zie noot 2), p. 173-176.

8 Over de betekenis van zo'n ambivalente houding zie A. van Aarnhem, 'Stoppen met eten en drinken', *Pallium* 2011, nr. 2, p. 8-10 ('ik wil dood en ik wil drinken'); R.T.C.M. Koopmans en J.M. Dekkers, 'Versterven bij een psychiatrische patiënt: hindernissen voor patiënt, familie en behandelteam', *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2012, nr. 5, p. 98-102.

9 Een ander pluspunt is dat de methode kan worden gebruikt zonder dat iemand de Opiumwet overtreedt door medicijnen zonder doktersrecept te leveren of 'aanwezig te hebben'. Nu dit verbod in het geval van dodelijke pharmaca zo gemakkelijk kan worden omzeild, is er overigens reden om erover na te denken of de ratio van het verbod niet op andere wijze beter kan worden gerealiseerd.

## Een vorm van zelfdoding?

De commissie is van mening dat welbewust stoppen met eten en drinken niet als een vorm van zelfdoding moet worden beschouwd. Voor deze opvatting geeft zij drie argumenten.<sup>10</sup> Het eerste argument is dat deze vorm van levensbeëindiging zich in belangrijke opzichten van paradigmatische gevallen van zelfdoding onderscheidt. 'Zelfdoding is meestal impulsief en gewelddadig', en 'vindt vrijwel altijd plaats in eenzaamheid'. Zelfs als dit waar zou zijn, wordt niet ontkend dat zelfdoding soms niet impulsief en gewelddadig is, en soms niet in eenzaamheid plaatsvindt. Dus kunnen de genoemde aspecten geen definiërende kenmerken van zelfdoding zijn. Bovendien wordt over het hoofd gezien dat mensen die hun leven zelfstandig beëindigen met behulp van dodelijke medicijnen dat doorgaans niet impulsief en in eenzaamheid doen. Die methode kan ook niet als gewelddadig worden beschouwd. Toch zal niemand betwisten dat dit een vorm van zelfdoding is.

Het is juist dat de term 'zelfdoding' associaties oproept met inhumane methoden van uitvoering, en dat dit (mede) verklaart waarom mensen die hun leven beëindigen door te stoppen met eten en drinken zichzelf niet als suïcidant beschouwen. Dit publieke beeld van zelfdoding wordt in stand gehouden doordat een zelfdoding die goed wordt voorbereid, en met humane methoden uitgevoerd in samenspraak met intimi, zelden als een niet-natuurlijke dood wordt geregistreerd en dus niet in de suïcide-statistiek terechtkomt. Maar hieruit moeten we concluderen dat het publieke beeld van zelfdoding onjuist is en correctie behoeft,<sup>11</sup> niet dat humane vormen van levensbeëindiging per definitie geen zelfdoding kunnen zijn. Het gebruik van eufemismen voedt alleen maar het vooroordeel dat euthanasie altijd tot een mooie dood leidt maar zelfdoding niet, en dat je de realisering van de zelfgekozen dood daarom bij voorkeur aan een arts moet toevertrouwen.

Het tweede argument dat de commissie gebruikt is dat bewust afzien van eten en drinken vergeleken kan worden met het weigeren van een levensreddende behandeling, bijvoorbeeld met antibiotica, wat niet als zelfdoding wordt beschouwd. Het verschil zou alleen zijn dat in dit geval voedsel en vocht wordt geweigerd.

Is het wel zo vanzelfsprekend dat het weigeren van een behandeling geen vorm van zelfdoding is, ook als de weigering niet gemotiveerd is door het belastende karakter van die behandeling maar door de wens het leven te bekorten? Ethisch is het dat misschien niet,

10 Tot de auteurs die bewust afzien van eten en drinken niet als zelfdoding beschouwen behoren B.L. Bernat, B. Gert & R.P. Mogielnicki, 'Patient refusal of hydration and nutrition: An alternative to physician-assisted suicide or active euthanasia', *Archives of Internal Medicine* 1993, p. 2723-2728; Eddy (zie noot 7); N.L. Cantor, 'Twenty-five Years after Quinlan: A Review of the Jurisprudence of Death and Dying', *Journal of Law, Medicine and Ethics* 29 (2001); T.M. Pope & L.E. Anderson, 'Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Legal Treatment Option (sic) at the End of Life', *Widener Law Review* 17 (2011), p. 363-427; Boudewijn Chabot, *Taking Control of your Death by Stopping Eating and Drinking*, Amsterdam: Foundation Dignified Dying 2014, hfdst. 5. Van zelfdoding is sprake volgens Christian Walther in: Boudewijn Chabot & Christian Walther, *Ausweg am Lebensende: Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag 2010, hfdst. 5, en, als betrokkene niet lijdt aan een lethale aandoening, volgens L.A. Jansen & D.P. Sulmasy, 'Sedation, Alimentation, Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life', *Annals of Internal Medicine* 136 (2002): p. 845-849; L.A. Jansen, 'No safe harbor: the principle of complicity and the practice of voluntary stopping of eating and drinking', *Journal of Medicine and Philosophy* 2004, 29, p. 61-74.

11 Het heeft bijvoorbeeld geen zin beleid te voeren dat erop gericht is het aantal zelfdodingen terug te brengen, alleen het aantal impulsieve en gewelddadige zelfdodingen.

maar omdat het recht beide motieven respecteert, en een behandeling waarvoor geen toestemming is gegeven in beide gevallen het recht op lichamelijke integriteit en/of op zelfbeschikking van de betrokkene schendt, is het onderscheid voor het recht in elk geval irrelevant. Als het weigeren van een behandeling de dood tot gevolg heeft, geldt die daarom inderdaad als een natuurlijke dood.

Maar tussen het weigeren van antibiotica en het afzien van eten en drinken met het doel het levenseinde te bespoedigen, bestaan enkele relevante verschillen. Als je weigert antibiotica te gebruiken en daardoor sterft, is je dood het primaire gevolg van een al aanwezige levensbedreigende ziekte, de longontsteking. Je hebt alleen nagelaten te voorkomen dat die zich verder ontwikkelt. Door af te zien van eten en drinken initieer je echter zelf het proces waaraan je overlijdt, uitdroging.<sup>12</sup> Een tweede relevant verschil is dat voor een medische behandeling een hulpverlener nodig is die daarvoor medeverantwoordelijkheid moet nemen. Voor het onderhoud van je lichaam door eten en drinken ben je daarentegen zolang je daartoe in staat bent zelf verantwoordelijk, in vrije maatschappelijke interactie met je naasten en marktpartijen.<sup>13</sup> Zelfverzorging met voedsel en drank is om deze redenen iets anders dan ingrijpen in een zich ontwikkelend ziekteproces.

Waarom deze verschillen relevant zijn blijkt als we naar het derde en meest fundamentele argument van de commissie kijken. Eigenlijk is dat derde argument al in het tweede voorondersteld: zelfdoding is een handeling, maar wie stopt met eten en drinken, doet alleen iets *niet*. Maar het onderscheid tussen doden en laten sterven is niet zonder meer een onderafdeling van het onderscheid tussen handelen en nalaten te handelen. Zo is bijvoorbeeld het afkoppelen van een beademingsapparaat een handeling, maar toch, als voortzetting van de beademing zinloos is, geen vorm van doden, maar van laten sterven. Je hebt je activiteit, de behandeling, alleen geïnvesteerd in een apparaat, en dat apparaat moet je uitzetten als je wilt ophouden met die behandeling. Omgekeerd moet je van een moeder die haar pasgeboren kind geen eten geeft zodat het sterft, zeggen dat zij dat kind doodt. Hetzelfde geldt voor een arts die nalaat bij een overigens gezonde patiënt een longontsteking te behandelen met antibiotica. Dit zijn oneigenlijke omissiedelicten.<sup>14</sup> Wat deze voorbeelden laten zien is dat je een bepaalde gedragswijze die voorzienbaar tot de dood leidt moet classificeren als doden of als laten sterven door dat beleid te vergelijken met een standaardpatroon van normaal handelen. In de genoemde voorbeelden wordt dat ijkpunt bepaald door zorgplichten. Zolang de relevante zorgplicht bestaat, is de omissie die voorzienbaar tot de dood leidt een vorm van doden, maar zodra de zorgplicht ophoudt, kan de handeling die hetzelfde gevolg heeft een vorm van laten sterven zijn.

Als we het over dodelijke gevolgen van handelen en nalaten van de persoon zelf hebben, wordt het ijkpunt louter bepaald door prudentiële 'zorgplichten' of misschien alleen vanzelfsprekendheden. Het 'normale handelen' omvat eten, drinken, ademhalen en al die vor-

12 Pope & Anderson (zie noot 10), p. 420, ontkennen dat: 'The patient's natural state is to dehydrate unless fluids are affirmatively introduced.' Het is maar wat je 'natuurlijk' noemt. Als patiënten in een terminale fase bewust afzien van eten en drinken kan het, als het overlijden langer dan een dag of zes op zich laat wachten, onduidelijk zijn of zij overlijden aan uitdroging of aan hun ziekte, of aan een combinatie van beide factoren.

13 Het is daarom al misleidend het afzien van eten en drinken met de commissie te beschrijven als 'het weigeren van het aanbod van voedsel en drank'. Ook het argument dat dit aanbod een medische handeling zou zijn (Bernat e.a., (zie noot 10); Pope & Anderson (zie noot 10)) is behalve onjuist irrelevant.

14 J. de Hullu, *Materieel Strafrecht*, Deventer: Kluwer 2009, p. 76; J. Rummelink, *Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*, Arnhem: Gouda Quint 1994, p. 117-118.



men van elementaire zelfverzorging waardoor wij ons leven van ogenblik tot ogenblik en van dag tot dag in stand houden. Als je er door uiterste inspanning in zou slagen je adem definitief in te houden, zouden we dat uiteraard als zelfdoding beschouwen.<sup>15</sup> En als je bij opkomende vloed blijft zitten waar je zit terwijl je alleen maar hoeft weg te lopen, is dat niet minder een vorm van jezelf verdrinken dan wanneer je stilstaand water inloopt. Om dezelfde reden is het bewust afzien van eten en drinken een vorm van zelfdoding.

## Hulp bij zelfdoding?

Als het dat is, maken hulpverleners die zich kwijten van de taak die de KNMG hen toebeedelt zich dan niet schuldig aan het delict dat in artikel 294 lid 2 Sr strafbaar wordt gesteld, zonder een beroep te kunnen doen op de uitzonderingsbepaling die daaraan sinds de invoering van de WTL in 2002 is toegevoegd? Als 'hulp' bij zelfdoding moet volgens de Hoge Raad al dat handelen worden beschouwd dat 'het de ander mogelijk of gemakkelijker maakt zichzelf te doden', en het lijkt me onbetwistbaar dat het palliatieve handelen dat in de handreiking wordt beschreven, de uitvoering van het plan tot levensbeëindiging op zijn minst makkelijker maakt.<sup>16</sup>

Het gaat wel om hulp, maar niet om strafbare hulp. Als een patiënt een door zijn arts voorgestelde levensreddende handeling weigert, vervalt daarmee niet de behandelingsovereenkomst, de arts blijft verplicht tijdens de nu intredende stervensfase zorg te dragen voor de normale verzorging en pijnstilling. Als hij zich aan die plicht zou onttrekken, zou hij zich mogelijk zelfs schuldig maken aan overtreding van artikel 255 Sr. Precies hetzelfde geldt als de patiënt besluit zijn leven te beëindigen door af te zien van eten en drinken. Verzorging en palliatie zijn dan medisch geïndiceerd, zeker nu de KNMG dat zo duidelijk heeft bevestigd. Dat het daarmee in beide gevallen tevens gemakkelijker wordt gemaakt om de beslissing te nemen, doet dan niet ter zake. Het handelen van de hulpverlener valt onder de medische exceptie.

In de praktijk komt het voor dat artsen de betrokkene van tevoren toezeggen dat ze hem als hij het vasten de eerste dagen volhoudt, voor de rest van het traject zullen sederen. De handreiking wijst dat af omdat diepe en continue sedatie volgens de Richtlijn Palliatieve Sedatie alleen geïndiceerd is als er sprake is van refractaire symptomen. Daaraan had kunnen worden toegevoegd dat als die indicatie ontbreekt de arts ook geen beroep kan doen

15 Of zouden Pope & Anderson (zie noot 12) ademnood als de natuurlijke toestand beschouwen die we opheffen door te ademen? Het relevante verschil is niet dat 'nalaten' in dat geval (en bij afzien van eten en drinken) inspanning zou kosten. Het kan ook inspanning kosten om af te zien van agressie tegen iemand die je ten diepste krenkt of beledigt, Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart: Philipp Reclam 1995, hfdst. 6.1.

16 HR 18 maart 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC4463, NJ 2008, 264 m.nt. T.M. Schalken. Eerder had de HR al verklaard dat voor de betekenis van 'hulp' aangesloten moet worden bij het dagelijks spraakgebruik. De bedoeling van deze formuleringen is kennelijk om aan te geven dat de aard van de causale relatie tussen de hulp en het overlijden er niet toe doet. Dus niet alleen het verschaffen van middelen telt als hulp, maar ook het wegnemen van ongewenste neveneffecten. Daarom gaat het argument waarom R.T.C.M. Koopmans, J.P.C. Sindram & W.J.M. Dekkers, 'Bewust weigeren van vocht en voedsel in een verpleeghuis om te overlijden: een zaak voor dokter en patiënt?' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004, p. 536-539, menen dat er in dit geval geen sprake is van strafbare hulp bij zelfdoding niet op. Overigens omvat de hulp waarin de handreiking voorziet ook het geven van instructies, wat sinds het arrest Mulder-Meiss (HR 5 december 1995, NJ 1996, 322) expliciet als strafbare hulp wordt beschouwd.

op de medische exceptie. In dat geval is er dus wel degelijk sprake van hulp bij zelfdoding die via de lijkschouwer aan een regionale toetsingscommissie euthanasie moet worden voorgelegd, en door die commissie ongetwijfeld als onzorgvuldig zal worden beoordeeld.<sup>17</sup> Voor hulpverleners valt palliatieve begeleiding van het proces niet binnen het bereik van artikel 294 lid 2 Sr. Maar, zoals de handreiking duidelijk maakt, in normale gevallen zal in de eerste plaats van de intimi van betrokkene worden verwacht dat zij de gewenste zorg leveren, de hulpverleners hebben slechts een aanvullende en procesbewakende taak. De intimi kunnen echter geen beroep doen op de medische exceptie. Maar ook zij faciliteren door hun zorgverlening de uitvoering van het plan van betrokkene. Waarom zou ook dat niet in strijd zijn met artikel 294 lid 2?

Het is op dit punt onontkoombaar om naar de ratio van dat verbod te vragen. In 1886 was de wetgever van mening dat 'zelfmoord' op zichzelf een moreel verwerpelijke daad was, die alleen daarom niet strafbaar werd gesteld omdat strafbedreiging niet effectief zou zijn en bij een mislukte poging de straf alleen aan de toch al voornamelijk beklagenswaardige dader nog leed zou toevoegen. Voor zover die opvatting nog bestaat, kan die niet langer als publiek gezaghebbend worden beschouwd, zeker niet nu het Europese Hof voor de Rechten van de Mens heeft vastgesteld dat uit artikel 8 EVRM een recht op zelfdoding voortvloeit.<sup>18</sup> Evenals andere rechten moet dit recht 'concreet en effectief' zijn, niet alleen 'theoretisch en illusoir', en in beginsel moet het anderen daarom toegestaan zijn bij de uitoefening van dat recht behulpzaam te zijn. Dat geldt in het bijzonder voor intimi. Verzorging door intimi wordt immers, evenals het verlenen van morele steun door aanwezigheid bij een zelfdoding die wordt uitgevoerd met via internet verkregen medicijnen,<sup>19</sup> in beginsel door het recht op een privé- en gezinsleven beschermd.

'In beginsel', want een inmenging is toegestaan, voor zover bij wet voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Het lijkt dan geen twijfel waarom met betrekking tot hulp bij zelfdoding de toepassing van artikel 8 EVRM beperkt mag, of zelfs moet worden: om te garanderen dat het besluit van de betrokkene om zijn leven te beëindigen inderdaad vrijwillig en weloverwogen is, en niet door min of meer subtiele druk van anderen is bepaald. Dat beschermt de betrokkene zelf maar ook alle anderen die in een voor zulke druk kwetsbare positie verkeren. Dat is anno 2014 de ratio van artikel 294 lid 2 Sr.<sup>20</sup>

Maar we hebben al gezien dat bij het bewust afzien van eten en drinken de gewenste garantie in hoge mate wordt gegeven door de eisen die de uitvoering van zijn besluit aan de betrokkene stelt. En in het zeldzame geval waarin het vooral de vastberadenheid van zijn intimi is die hem tegen zijn eigen ambivalentie in doet volharden, zou dit toch de betrokken hulpverleners moeten opvallen. Kortom: het is juist bij bewust afzien van eten en drin-

17 Deze analyse geldt ook als het besluit tot levensbeëindiging zelf kan worden beschouwd als een respons op een complex van refractaire symptomen, al of niet van existentiële aard, zie G.A. den Hartogh, 'Palliatieve sedatie en euthanasie. Commentaar op een richtlijn', *TvGR* 2006/2, p. 109-119.

18 In EHRM 29 april 2002, nr. 2346/02 (*Pretty v. UK*) alleen verondersteld, in EHRM 20 januari 2011, nr. 31322/07 (*Haas v. Switzerland*), EHRC 2011/645 (m.nt. Den Hartogh) en EHRM 14 mei 2013, nr. 67810/10 (*Gross v. Switzerland*), EHRC 2013/152 (m.nt. Hendriks), bevestigd.

19 Wordt sinds het arrest Mulder-Meiss (zie noot 15) niet als strafbare hulp beschouwd.

20 Vgl. Rb. Gelderland 22 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:3976, *TvGR* 2014/5 (zaak-Heringa).



ken dat de ratio van het verbod op hulp bij zelfdoding niet of nauwelijks van toepassing is, en zulke hulp dus door het recht op een privé- en gezinsleven wordt beschermd.<sup>21</sup>

## Gewetensbezwaar

Het onderdeel uit de handreiking dat in de pers bijna alle aandacht kreeg is de paragraaf waarin hulpverleners de ruimte krijgen zich aan de in de handreiking opgelegde taak te onttrekken op grond van gewetensbezwaar. Zij moeten dan wel de zorg voor de betrokkene aan een collega overdragen.

Hiertegen zou kunnen worden ingebracht dat als dit, zoals de handreiking stelt, een intrinsiek onderdeel is van het takenpakket waarmee de hulpverlener uit hoofde van zijn profesie is belast, hij zich voor de uitvoering van die taak niet kan verontschuldigen. Als er taken bij zitten waartegen hij onoverkomelijke bezwaren heeft, moet hij maar ander werk gaan zoeken.

Dit lijkt mij in zijn algemeenheid te zwart/wit geredeneerd, zeker als de bezwaren niet voortkomen uit idiosyncratische opvattingen van de hulpverlener, maar uit een geloofsovertuiging die in een traditie van eeuwen staat, tot voor kort ook in Nederland dominant was, en nu nog gemeengoed is in grote delen van de wereld en in herkenbare geloofsgemeenschappen in Nederland. Dit geldt des te meer omdat de toepassing van die overtuiging in dit geval niet kan worden opgevat als een gebrek aan erkenning van de gelijke waardigheid van bepaalde groepen, zoals vrouwen of homoseksuelen. Daarin verschilt de casus van andere recente kwesties zoals die van de weigerambtenaren of het toelatingsbeleid van de SGP.

De commissie identificeert twee van zulke mogelijke gewetensbezwaren. Het eerste is het bezwaar dat eten en drinken meer is dan voeding. Het aanbieden van voedsel en drank kan constitutief zijn voor een zorgrelatie. Het aanbieden zeker, maar het opdringen ook? Dat de hulpverlener op grond van zijn eigen overtuiging bepaalde hulp niet kan geven is één ding, dat hij niet kan accepteren dat bepaalde 'hulp' niet langer welkom is, iets anders. Het laatste mag van elke hulpverlener worden verwacht.

Het tweede bezwaar dat de commissie noemt ligt voor de hand: de hulpverlener heeft het er moeilijk mee de betrokkene te faciliteren om zijn eigen levenseinde te bespoedigen. Dit bezwaar wint alleen aan kracht als we, zoals ik in de vorige paragraaf heb bepleit, erkennen dat het bespoedigen van het levenseinde door te stoppen met eten en drinken een vorm van zelfdoding is. In de alledaagse, niet-juridische zin van het woord is de uitvoering van de taken die de handreiking aan de hulpverlener toebedeelt dan hulp bij zelfdoding. Ook dan nog is het de vraag of de orthodox-gelovige christen, jood of moslim die daar bezwaar tegen heeft zijn eigen geloofstraditie niet misverstaat. Zou hij bijvoorbeeld als aanhanger van de leer van het dubbele effect niet tot het inzicht kunnen komen dat hij het ongewenste effect (facilitering van de zelfdoding) niet beoogt maar alleen accepteert als neven-effect van een handelen dat op verlichting van lijden is gericht?<sup>22</sup> Hij heeft er toch ook geen

21 In G.A. den Hartogh, 'De morele grondslagen van het gezondheidsrecht: de erfenis van Leenen', in: *Ethiek en Gezondheidsrecht, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2014, hfdst. 6, heb ik dit argument uitgewerkt en toegepast op hulp bij zelfdoding door intimi in het algemeen.

22 Jansen & Sulmasy (zie noot 10); Jansen (zie noot 10).

Prof. dr. G.A. den Hartogh

bezwaar tegen morfinedoseringen te gebruiken die als onbedoeld neveneffect het levens-einde bespoedigen? Vanuit zijn gezichtspunt is er echter een relevant verschil tussen beide intenties. In het ene geval gaat het om het verlichten van lijden dat de patiënt als gevolg van zijn ziekte, buiten zijn schuld, overkomt, in het andere geval om het verlichten van lijden dat ontstaat door de uitvoering van zijn besluit zichzelf te doden. Als de betrokkene de arts vraagt om zijn lijden te verlichten, kan die hem in elk geval in de beginfase voorhouden dat hij dat zelf kan doen door met het stoppen te stoppen. Als de hulpverlener in dat geval niet wil meewerken, lijkt me dat dus een respectabel gewetensbezwaar waarvoor in een tolerante samenleving inderdaad ruimte moet zijn. Zolang de betrokkene daar althans niet de dupe van wordt, dus de continuïteit van de verzorging gegarandeerd blijft.