

# HANDELEN EN NALATEN DOOR EEN ARTS BIJ EEN STERVENDE PATIËNT

Herman Nys\*

## 1. Inleiding

De titel van deze bijdrage is bewust nogal ruim gekozen. Stervensbegeleiding en palliatieve zorg<sup>1</sup> zijn geen klaar omschreven juridische concepten. Hetzelfde geldt voor euthanasie. Het handelen en/of nalaten van een arts bij een stervende patiënt kan zeer diverse vormen aannemen. Men zou deze diversiteit onrecht aandoen wanneer men haar zou samendrukken in één te enge titel.

Langs de andere kant is een juridische benadering van de wijze waarop artsen al dan niet handelen op het einde van het leven van een patiënt niet mogelijk zonder een bepaalde vorm van structurering aan te brengen in dat handelen of nalaten. Onvermijdelijk levert dat een deel realiteitsverlies op maar daar staat tegenover dat juridische uitspraken over wat geoorloofd is of niet, mogelijk worden.

Schematiserend kan men het zo voorstellen dat het handelen of nalaten van een arts bij een stervende patiënt zich tussen twee polen bevindt. De eerste pool wordt gevormd door het handelen of nalaten dat gericht is op het vermijden of minstens bestrijden en verlichten van pijn en lijden bij de stervende patiënt. De tweede pool bestaat uit het opzettelijk levensverkortend handelen door een arts. Op het eerste gezicht kan het lijken dat beide polen geheel elkaars tegengestelde zijn maar dat is niet helemaal zo. Binnen de krachtvelden van beide polen zijn krachten aan het werk die maken dat beide polen tot elkaar worden aangetrokken. Maar evengoed zijn er krachten die ervoor zorgen dat beide polen van elkaar verwijderd blijven. Dit wijst er op dat deze problematiek ook in juridisch opzicht niet simplistisch mag worden benaderd. Maar zonder schematisering komen we er evenmin uit.

In het onderstaande zal ik de houdingen die in beide polen tot uitdrukking komen meer in detail beschrijven en juridisch en deontologisch beoordelen.

---

\* Hoogleraar K.U. Leuven, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht

1. Art. 2 K.B. 19 augustus 1991 tot vaststelling van de voorwaarden waaonder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in de experimenten inzake palliatieve hulp, *B.S.*, 4 oktober 1991, definieert palliatieve hulp als: 'de pluridisciplinaire hulp en bijstand die thuis, in een collectieve instelling die geen ziekenhuis is of in een ziekenhuis worden verleend om globaal tegemoet te komen aan de fysieke, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en die ertoe bijdragen een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren'.

## 2. Het vermijden, bestrijden en verlichten van pijn en lijden

Opnieuw sterk schematiserend kan men hierin twee categorieën onderscheiden, namelijk niet aanvatten (nalaten) of beëindigen (staken) van een in medisch opzicht als zinloos ervaren handeling enerzijds en de bestrijding van pijn en lijden d.m.v. daartoe geëigende middelen anderzijds.

### 2.1. HET NALATEN OF STAKEN VAN EEN ZINLOZE MEDISCHE BEHANDELING

#### a. Een (ogenschijnlijk) terminologisch intermezzo

Het nalaten of staken van een zinloze medische behandeling wordt in de literatuur en de medische praktijk uiteenlopend benoemd. Franstaligen hebben het graag over 'orthothanasie', hetgeen betekent op de juiste manier sterven.<sup>2</sup> In Vlaanderen heeft deze notie veel minder ingang gevonden en m.i. is dat een goede zaak omdat zonder heel wat toelichting niemand precies zal begrijpen wat wordt bedoeld.

Zowel in de media, in discussies, in de literatuur als in de medische praktijk pleegt men, zij het al wat minder dan tot voor kort, het nalaten of staken van een zinloze behandeling als 'passieve euthanasie' te bestempelen. Persoonlijk heb ik mij, samen met enkele collega's al enkele jaren geleden gekant tegen deze benaming.<sup>3</sup> De redenen daarvoor zijn de volgende.

Laat ik eerst en vooral nog eens duidelijk stellen dat de term 'euthanasie' geen wettelijk omschreven definitie heeft. Iedereen heeft derhalve het recht om daaronder te verstaan wat hij of zij verkiest. Maar wanneer iedereen zijn eigen definitie hanteert zonder afspraken te willen maken met anderen, riskeert men een oeverloos debat en een grenzeloze spraakverwarring. In de internationale juridische en ethische literatuur rond euthanasie is er een groeiende tendens – ik zeg niet: consensus – om euthanasie voor te behouden aan een welomschreven optreden, nl. de opzettelijke levensbeëindiging door een arts op uitdrukkelijk verzoek van zijn patiënt. Sommigen zullen daarin de 'Nederlandse' definitie van euthanasie herkennen<sup>4</sup> en alleen al daarom geneigd zijn ze niet te aanvaarden. Nochtans zegt deze definitie nog helemaal niets over het geoorloofd zijn van euthanasie.

Als we bereid zijn van deze definitie van euthanasie uit te gaan, wordt meteen duidelijk dat het nalaten of staken van een medisch zinloze behandeling niet als euthanasie, ook niet in passieve zin, kan worden bestempeld. Van een opzettelijke levensbeëindiging is in het geheel geen sprake en van een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt in de regel al evenmin. Er ontbreken m.a.w. in het nalaten en staken van een medisch zinloze behandeling een aantal elementen die maken dat de definitie van euthanasie er niet op van toepassing is.

Een tweede, ook belangrijke reden om in dit verband niet over (passieve) euthanasie te spreken, is de volgende. Het juridisch geoorloofd karakter van euthanasie

2. GHOOS, J., *In de schaduw van de dood*, Leuven, Davidsfonds, 1986, p. 72.

3. NYS, H., *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Brussel, E. Story-Scientia, 1991, nr. 686.

4. Deze definitie luidt als volgt: 'euthanasie is een opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene op diens verzoek'; zie LEENEN, H.J.J., *Handboek Gezondheidsrecht*, Alphen aan den Rijn, Samsom, 1988, 2<sup>e</sup> druk, p. 277.

in de zin zoals het begrip hier wordt gebruikt, is zeer betwistbaar, om niet te zeggen dat het een misdrijf is (zie verder voor nadere toelichting). Daarentegen is het staken of nalaten van medisch zinloze behandeling een juridisch aanvaardbare vorm van medisch handelen zoals straks zal worden aangetoond. Of om het voorzigtiger uit te drukken: staken of nalaten van een zinloze medische behandeling is slechts met veel moeite als een misdrijf te kwalificeren. Als dan daarop het etiket euthanasie wordt geplakt, heeft dat zeer ongewenste gevolgen die in de praktijk onmiskenbaar tot uiting komen. Een eerste ongewenst gevolg (in maatschappelijk opzicht maar vooral voor de patiënten die er het slachtoffer van zijn) is dat artsen die gekant zijn tegen euthanasie huiveren (om morele en/of juridische redenen) om een medisch zinloze behandeling na te laten of te beëindigen. Met andere woorden, daardoor dreigt medische hardnekkigheid te worden bestendigd. Een ander ongewenst gevolg ligt elders. Als het etiket euthanasie wordt geplakt op een in se juridisch aanvaardbare praktijk zoals het nalaten of staken van een medisch zinloze behandeling dan dreigt 'normvervaging': als het ene is toegelaten, waarom dan het andere niet? Daar waar het eerst genoemde ongewenste gevolg zich vooral manifesteert bij 'tegenstanders' van euthanasie in de hier gebruikte betekenis, stellen we de 'normvervaging' voornamelijk vast bij 'voorstanders' van euthanasie. Op die manier hopen zij blijkbaar om zonder openbaar debat en zonder wetswijziging maar via een achterpoort en op sluipende wijze te bekomen dat euthanasie een juridisch aanvaardbare praktijk wordt. Een goede illustratie van deze houding vinden we bij VERMEERSCH.<sup>5</sup> Naar aanleiding van het advies van de commissie voor medische ethiek van de Leuvense faculteit geneeskunde over het stopzetten van voedsel- en vochttoediening aan patiënten die zich in een zgn. persistent vegetatieve toestand bevinden – een typisch voorbeeld van stopzetting van medisch zinloze behandeling – schrijft hij: 'bij consequente toepassing van het advies (kan) de afstand tussen 'passieve' – hetgeen een onjuiste kwalificatie is van wat het advies voorstaat – en "actieve" euthanasie heel gering worden'. Hoe deze conclusie te rijmen valt met wat VERMEERSCH de 'standaardvorm' van euthanasie noemt, nl. 'een patiënt die ten volle over zijn geestelijke vermogens beschikt, ervaart zijn situatie als uitzichtloos en vraagt bij herhaling aan zijn arts een dodelijke injectie', ontgaat mij.<sup>6</sup>

#### *b. Juridische en deontologische beoordeling*

##### *– Oordeel over de zin van het medisch handelen*

Of een medische handeling in een concreet geval als medisch zinloos kan worden beschouwd of niet, kan door een jurist niet worden beoordeeld. Het gaat om een medisch professioneel oordeel, hetgeen niet betekent dat iedere willekeurige arts op willekeurige wijze zou mogen besluiten dat een bepaalde handeling als zinloos (of juist niet) mag worden beschouwd. Het oordeel van een arts of het zin heeft een bepaalde handeling aan te vatten of voort te zetten zal zoals ieder medisch oor-

5. VERMEERSCH, E., 'Ethische problemen bij euthanasie', in *Ouderen in solidariteit. Vlaams Welzijnscongres 1993. Congreswerkboek*, Zaventem, Kluwer Editorial, 1993, 245.

6. Zie uitvoeriger over de opvatting van VERMEERSCH en mijn kritiek daarop, Nys, H., 'Euthanasie en het Leuvense advies over P.V.S.-patiënten', *Acta Hosp.*, 1993, p. 81-83.

deel moeten beantwoorden aan de zogenaamde medische standaard. Heeft de arts geoordeeld zoals een 'bonus medicus' geplaatst in dezelfde omstandigheden zou hebben geoordeeld of heeft hij dat niet gedaan? Bij de toetsing in een concreet geval zal worden rekening gehouden met de in de code van medische deontologie neergelegde opvattingen. Tot voor kort waren deze opvattingen niet erg duidelijk. Artikel 97 van de code bepaalde: 'De geneesheer moet vermijden een behandeling die geen uitkomst biedt, hardnekkig voort te zetten'. Iedereen kon in deze bepaling zijn gading vinden. Op 17 oktober 1992 wijzigde de nationale raad van de orde der geneesheren de bepalingen van titel 3, hoofdstuk 9 van de code. Het opschrift van dat hoofdstuk luidde 'Euthanasie' en werd gewijzigd in 'Het naderende levenseinde'. Dit is m.i. een bijzonder geslaagde titelwijziging omdat de nationale raad daarmee duidelijk aangeeft dat 'euthanasie' slechts één van de diverse vormen van handelen of nalaten bij het einde van het leven uitmaakt. Het gewijzigde artikel 96 bevat een tweede alinea die als volgt luidt: 'Wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert zal de geneesheer zich tot comfortzorgen beperken'.

Vergeleken met het vroegere artikel 97 brengt de nieuwe bepaling veel duidelijker tot uiting dat zogenaamde medische hardnekkigheid (vermits er bij hypothese geen therapie meer beschikbaar is vind ik de term therapeutische hardnekkigheid misleidend, alhoewel hij zeer algemeen ingang heeft gevonden) niet deontologisch is. Daarmee is niet gezegd dat deze bepaling glashelder zou zijn. Vooral de term 'comfortzorgen' is vatbaar voor diverse interpretaties. Daarop wordt nog teruggekomen.

Om uit te maken of het oordeel van een arts over de zinloosheid van een medisch handelen beantwoordt aan de medische standaard, is ook het nieuwe artikel 97 van groot belang. Dat bepaalt het volgende: 'Over de houding die hij zal aannemen in de sub art. 96 vermelde gevallen en over het (...) beëindigen van een behandeling zal de geneesheer beslissen nadat hij de raad van tenminste één collega heeft ingewonnen, de patiënt of desgevallend diens naastbestaanden of wettelijke vertegenwoordiger daarover heeft ingelicht en zijn (hun) mening heeft gevraagd'.

#### – Oordeel over het nalaten of staken van een zinloze medische handeling

Stel dat een arts op grond van een verantwoord medisch oordeel tot het besluit komt dat in een concreet geval doorbehandelen medisch zinloos is geworden en dat hij daarbij de procedure zoals neergelegd in artikel 97 van de code heeft gevolgd: overtreedt hij dan de Strafwet? Die vraag is nu aan de orde. Alvorens haar te beantwoorden moet klaar en duidelijk worden gesteld dat de deontologische opvattingen ter zake (die verplichten om zinloze behandelingen achterwege te laten) hier niet doordlaggevend kunnen zijn. Indien de strafwet zou dwingen tot voortzetting van die handelingen – maar dat moet nog blijken – dan primeert die verplichting op het deontologische verbod.

Wanneer wij nu de gestelde vraag opnieuw onder ogen nemen, dan zal blijken dat, althans op het eerste gezicht, een aantal bepalingen uit het Strafwetboek kunnen worden toegepast op de arts die een zinloze medische behandeling niet aanvat of beëindigt. Het betreft meer bepaald de artikelen 401*bis* en 420*bis* Sw. enerzijds en artikel 422*bis* Sw. anderzijds.

Beide bepalingen hebben dezelfde strekking: zij stellen strafbaar het opzettelijk (401bis) of door verzuim (420bis) onthouden van voedsel en verzorging aan een hulpeloze. Valt de arts die opzettelijk een medische handeling staakt of niet aanvat omdat hij tot het besluit is gekomen dat die handeling zinloos is (we gaan er daarbij van uit dat hij daarbij op medisch verantwoorde wijze heeft gehandeld; dit is een veronderstelling die we in het vervolg steeds zullen maken en we zullen ze derhalve niet meer herhalen) onder deze bepalingen?

Deze bepalingen zijn lang geleden, door een Wet van 15 mei 1912 in het Strafwetboek ingevoegd. Toen was er van medische hardnekkigheid en het vermijden van zinloos medisch handelen nog geen sprake. Men zou daaruit reeds kunnen afleiden dat die bepalingen op de problematiek die ons bezighoudt niet van toepassing kunnen zijn. Maar zo eenvoudig ligt dat niet. Weliswaar mag het strafprocesrecht niet extensief worden geïnterpreteerd maar een progressieve of evolutieve interpretatie mag wel. Daarmee wordt bedoeld dat de Strafwet mag worden toegepast 'op uitingen of technieken die door de historische wetgever niet voorzien zijn of niet konden worden'.<sup>7</sup> Het nalezen van de parlementaire discussies bevestigt wat men op grond van het voorgaande al kon vermoeden: de wetgever heeft niet zozeer gedacht aan medisch handelen maar aan essentiële, elementaire en dagdagelijkse verzorging zoals voeding, drank, huisvesting, kleding, enz.<sup>8</sup> Als we uitgaan van de gebruikelijke betekenis van verzorging, dan valt het medisch handelen daar niet onder. De arts die een medische behandeling niet aanvat of ze beëindigt valt niet onder het toepassingsgebied van een van beide bepalingen.

Moeilijker wordt het wanneer we ons afvragen of de stopzetting van de kunstmatige toediening van voedsel en vocht bij bepaalde categorieën comateuze patiënten een inbreuk inhoudt op deze bepalingen. Vanzelfsprekend moeten we het antwoord op deze vraag niet gaan zoeken in de parlementaire voorbereiding. Tot nu toe werd deze vraag niet voorgelegd aan een Belgische rechter. In Nederland wel, meer bepaald in de welbekende zaak Stinissen, een patiënte die jarenlang in coma lag, zelf ademde maar kunstmatig werd gevoed. De echtgenoot van Stinissen dagvaarde het verpleeghuis waar zij verbleef en vorderde de stopzetting van de kunstmatige voeding. Zowel in eerste aanleg als in beroep werd dit geweigerd door de rechtbank. De overweging dat kunstmatige voeding in een dergelijk geval als een medische handeling moet worden beschouwd zodat het oordeel over de zin ervan een medisch oordeel is, was daarbij doorslaggevend.<sup>9</sup>

In de zaak Tony Bland kwam het hoogste Engelse gerechtshof, het 'House of Lords' tot een soortgelijke conclusie: 'A large body of informed and responsible medical opinion was of the view that existence in the persistent vegetative state was not a benefit. The principle of the sanctity of life was not violated by ceasing to give medical treatment and care tot a PVS patient (...)'.<sup>10</sup>

7. DUPONT, L. en VERSTRAETEN, R., *Handboek Belgisch strafrecht*, Leuven, Acco, 1990, nr. 156.

8. Zie voor meer details NYS, H., o.c. (noot 3), nr. 692.

9. *Idem*.

10. Airedale NHS Trust v. Bland, (1993), 2 W.L.R. 316, *Medical Law Review*, 1993, 359-370, noot P.D.G. SKEGG.

Het advies van de commissie voor medische ethiek van de faculteit geneeskunde van de KU Leuven inzake het stopzetten van voedsel- en vochttoediening aan PVS-patiënten gaat eveneens uit van deze gedachte: 'De commissie beschouwt deze wijze van voedsel- en vochttoediening dus als een medische act, die vanaf een bepaald stadium uitzichtloos is'.

Als we deze gedachtengang aanvaarden en we eveneens aannemen dat de artikelen 401*bis* en 420*bis* geen betrekking hebben op medisch handelen, dan volgt daaruit dat het stopzetten van kunstmatige voeding en vocht niet in strijd kan zijn met die bepalingen. Hier kan zich in de toekomst een probleem van interpretatie van artikel 96 van de code van medische plichtenleer stellen. Daarin is sprake van 'comfortzorgen'. In hoeverre valt kunstmatige toediening van voedsel en vocht daaronder?

\* 422*bis* Sw.

Deze bepaling stelt strafbaar het opzettelijk verzuimen hulp te verlenen aan een persoon in groot gevaar. Die bepaling is recenter dan de twee artikelen die pas ter sprake kwamen maar dateert toch ook al uit 1961. De wetgever beoogde met deze bepaling vooral de morele verplichting zich te gedragen als een Barmhartige Samaritaan (en dus hulp te verlenen aan b.v. een slachtoffer van een verkeersongeval) om te zetten in een juridisch afdwingbare plicht. Tevergeefs zal men daarom in de parlementaire voorbereiding van deze bepaling zoeken naar verwijzingen naar het stopzetten van medisch zinloze behandelingen. Belgische rechtspraak in dit verband is er omzeggens niet. Die ene gepubliceerde uitspraak die er wel is kan niet onvermeld blijven. Het betreft een zaak die bekend staat als de dood van de kunstschilder Luc Perot. Die leed aan de zgn. ziekte van Pick d.i. een dodelijk verlopende encefalopathie gekenmerkt door progressieve dementie en veroorzaakt door atrofie van de hersenschors. Tijdens een nacht werd hij opgenomen in een Naams ziekenhuis met symptomen die wijzen op de terminale fase van deze ziekte zoals ademhalingsstoornissen, deshydratie, inertie, ernstige graad van dementie, geen vraag begrijpend, stilzwijgend en extreem vermagerd. Zijn behandelende arts die door de arts van wacht was verwittigd besliste niet over te gaan tot reanimatie. Daarnaast gaf hij aan de verpleegkundigen de opdracht een dosis van een kalmerend middel toe te dienen. De patiënt overleed rond half twee in de ochtend. Zijn echtgenote verweet de behandelende arts twee fouten, nl. de beslissing niet te reanimeren en de toediening van het kalmerend middel. Op die laatste klacht wordt verder nog teruggekomen. Naar aanleiding van de eerste klacht werd de arts gedagvaard voor de burgerlijke rechtbank (niet de strafrechtbank omdat op strafrechtelijk vlak de feiten reeds verjaard waren) van Namen wegens het opzettelijk verzuimen hulp te verlenen aan een persoon in groot gevaar. De arts ontkende niet de beslissing niet te reanimeren te hebben genomen. In het medisch dossier van Perot kwam trouwens de aantekening NTBR voor (not to be reanimated). De terminale fase van de ziekte van Pick waarin de patiënt zich bevond rechtvaardigde volgens hem die beslissing. Het starten van kunstmatige beademing zou integendeel hebben geleid tot een ontoelaatbare vorm van medische hardnekkigheid. Zonder het met zoveel woorden te zeggen wordt de zinloosheid van de reanimatie ingeroepen om haar na te laten. De rechtbank volgde dit standpunt: 'eu égard à l'état de mr. Perot, au stade de sa maladie, il eût été humainement inacceptable de recourir à

des méthodes de réanimation qui n'auraient eu pour résultat que de conserver au patient une vie purement végétative'.<sup>11</sup>

Deze uitspraak sluit aan bij een strekking in de rechtsleer die van oordeel is dat het niet de bedoeling van de wetgever kan geweest zijn een arts te dwingen tot zinloze hulp en te handelen tegen de eigen professionele en gewetensovertuiging.<sup>12</sup> Het spreekt voor zich dat deze interpretatie van artikel 422bis van het Strafwetboek geen vrijbrief geeft om in het geheel niets meer te doen en een terminale patiënt aan zijn lot over te laten. Zie opnieuw artikel 96 van de code voor medische plichtenleer: 'de arts zal zich beperken tot comfortzorgen', hetgeen inhoudt dat die ook daadwerkelijk worden verstrekt.

– Het belang van het verzoek van de patiënt en diens familie

Heeft de arts die een zinloze medische handeling niet aanvat of stopzet daarvoor de toestemming nodig van de patiënt of, zo deze daartoe niet meer in staat is, van de familie?

Deze vraagstelling ligt in de praktijk bijzonder gevoelig. Zonder afbreuk te willen doen aan de in het geding zijnde emoties en belangen en zonder het belang van een oprechte houding naar de betrokkene toe en zijn directe omgeving te willen negeren, meen ik dat in juridisch opzicht deze vraag ontkennend moet worden beantwoord. En wel om de volgende reden.

Medisch handelen houdt zeer vaak een inbreuk in op de fysieke integriteit van de patiënt. De juridische rechtvaardiging voor deze inbreuk is gelegen in een combinatie van factoren waarover niet altijd eensgezindheid blijkt te bestaan. Onlangs heeft SUTORIUS de volgende factoren onderscheiden:

- a. de handelende persoon dient bevoegd te zijn de geneeskunde te beoefenen;
- b. de patiënt moet behoorlijk geïnformeerd zijn en heeft in de ingreep toestemd;
- c. er moet een medische indicatie zijn d.w.z. een naar de medisch-professionele standaard erkend uitgangspunt voor alle volgende medische handelingen;
- d. de arts moet een concrete behandelingsdoelstelling kunnen formuleren;
- e. en het handelen van de arts dient altijd te zijn gericht op het welzijn van de patiënt.<sup>13</sup>

Als een van deze elementen ontbreekt, dan is er geen juridische gerechtvaardigde inbreuk op de fysieke integriteit. Dat zal het geval zijn wanneer een arts zijn patiënt onderwerpt aan een handeling waarvan hij weet of diende te weten dat zij zinloos is (geworden). Zo'n ingreep ontbeert de door SUTORIUS onder c en d vermelde factoren. Wanneer de arts aan de grenzen van zijn mogelijkheden is gekomen, is er van een concreet behandelingsdoel dat past in een globaal behandelingsplan geen sprake meer. Als die situatie zich voordoet, dan is de arts gerechtigd, afgezien van de zgn. comfortzorgen, zijn medisch-professioneel handelen te beëindigen. Een arts is er immers niet toe gehouden op een onprofessionele wijze te handelen. Ook de patiënt kan dat niet van hem eisen en daarom kan de toestemming van de pa-

11. Rb. Namur, 25 oktober 1991, *Journal des Procès*, 31 oktober 1991, 27.

12. Zie voor meer details, Nys, H., o.c. (noot 3), nrs. 695-696.

13. SUTORIUS, E., *Manipuleren met leven. Deel II, Handelingen Nederlandse Juristenvereniging*, jrg. 123, Zwolle, Tjeenk Willink, 1993, p. 275-276.

tiënt geen voorwaarde zijn voor het mogen stopzetten van een medisch zinloze behandeling. Men kan nog een stap verder gaan en stellen dat een arts niet enkel gerechtigd is een zinloze behandeling stop te zetten maar daartoe zelfs verplicht is. Blijft hij een patiënt aan een zinloze behandeling onderwerpen, dan maakt hij zich schuldig aan het opzettelijk toebrengen van slagen en verwondingen. Dat de patiënt daar om zou hebben verzocht of zijn toestemming heeft gegeven is juridisch niet relevant. Dit is wel anders in de Verenigde Staten van Amerika waar de autonomie van de patiënt kan meebrengen dat een arts tot zinloos handelen kan worden verplicht.<sup>14</sup> In West-Europa wordt daarover in het algemeen anders gedacht. Illustratief is hier de Nederlandse zaak Jeremy. Deze was geboren in augustus 1989. Begin 1990 was geconstateerd dat hij zeer ernstige, onherstelbare hersenafwijkingen had. Door deze afwijking was hij blijvend zwaar gehandicapt en had hij ernstige ademhalingsproblemen. Het gevaar bestond dat, indien men startte met beademing, hij in de toekomst permanente beademing zou nodig hebben. De behandelende arts besloot daarom niet over te gaan tot reanimatie en Jeremy te laten sterven. Daarop vorderden zijn ouders in kort geding van het ziekenhuis en van de pediater dat hij tot beademing zou overgaan indien zich complicaties zouden voordoen. Die vordering werd door de voorzitter van de Rechtbank te Utrecht evenwel afgewezen. De rechter ging uit van de algemeen aanvaarde opvatting dat een arts niet verplicht is over te gaan tot medische handelingen die als zinloos moeten worden beschouwd. Bij het beoordelen van de vraag of er sprake is van medisch zinloos handelen dient de rechter zich terughoudend op te stellen, omdat het antwoord op die vraag op een medisch oordeel dient te berusten. In beginsel is het de arts die dat antwoord dient te geven aan de hand van de medisch-professionele standaard. De voorzitter oordeelde dat, op grond van de feiten en omstandigheden, de arts in redelijkheid tot de beslissing tot niet verder behandelen was kunnen komen.<sup>15</sup>

In het vonnis van de Naamse rechtbank in de zaak Luc Perot vindt men m.i. een geslaagde formulering van de hierboven geschetste gedachtegang: 'si le médecin a l'obligation de respecter l'intégrité physique de son malade, il doit s'abstenir de le mutiler inutilement; qu'ainsi une prestation de soins qui dans des circonstances données ne présenterait aucune utilité pour la conservation ou l'amélioration du malade, rend 'gratuites' les lésions qu'elle entraîne et les prive par là-même de toute justification objective'.<sup>16</sup>

Ik heb er begrip voor dat velen het met deze redenering moeilijk kunnen hebben. Sommigen zullen haar zelfs beschouwen als het rechtvaardigen van een ongecontroleerde medische machtsuitoefening. Omdat deze zich voordoet op het einde van het leven, roept zij een analoog verzet op als tegen het vaststellen van de hersendood door artsen. Ook hiervan vinden velen nog altijd dat het gevaar aanwezig is dat te snel zal worden beslist iemand hersendood te verklaren. Zo ook wordt gevreesd dat te snel (of in andere gevallen juist te traag) zal worden besloten dat een bepaalde handeling zinloos is geworden. Het wantrouwen tegenover de medische professie dat hieruit blijkt zal echter niet worden weggenomen door aan de patiënt of zijn familie een beslissingsrecht toe te kennen over respectievelijk de zin van

14. Zie 'The case of Helga Wanglie: a new kind of "right to die" case', *New England. J. of Med.*, 1991, 511-512.

15. Rb. Utrecht in kort geding, 11 januari 1991, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1991, 180.

16. Rb. Namur, 25 oktober 1991, *Journal des Procès*, 31 oktober 1991, 27.

het medisch handelen en de aanwezigheid van de hersendoodcriteria. Nog afgezien van een groeiend aantal vorderingen tussen artsen en patiënten en hun familie over de juiste interpretatie van de wil van de patiënt en de discussies of de ziekteverzekering wel mag tussenkomen als de zinloosheid van de behandeling vaststaat is het gevaar groot dat zeer uiteenlopende en willekeurige interpretaties ontstaan waarin emoties het halen op objectieve benaderingen.

Wanneer de toestemming van de patiënt geen doorslaggevende factor is in de beslissing een zinloze medische behandeling niet te starten of ze te beëindigen dan geldt dat nog meer voor de toestemming van de naaste familieleden: zij kunnen namens de patiënt niet meer rechten uitoefenen dan hij zelf heeft.

Het voorgaande mag niet verkeerd worden begrepen. Dat de toestemming van de patiënt niet vereist is om een zinloze medische behandeling te beëindigen betekent niet dat de patiënt als een onmondig wezen mag worden behandeld. Zo blijft de verplichting de patiënt te informeren over zijn ziekte en de prognose onverkort bestaan. Ook in de nieuwe bepalingen van de code voor medische plichtenleer omtrent het naderende levenseinde komt dat treffend tot uiting. Artikel 97 van de code – dat hierboven reeds werd weergegeven – verplicht de arts de patiënt of desgevallend diens naastbestaanden of wettelijke vertegenwoordigers in te lichten en hun mening te vragen alvorens te beslissen een behandeling te beëindigen. Het vragen van iemands mening gaat minder ver dan het vragen van de toestemming. De vraag is of die deontologische verplichting wel altijd verenigbaar is met artikel 33 van dezelfde code. Krachtens dat artikel moet de prognose in principe aan de patiënt worden meegedeeld. Maar 'een erge prognose mag terecht voor de zieke verborgen worden gehouden. Een noodlottige prognose moet hem slechts uitzonderlijk en met veel omzichtigheid worden meegedeeld'.

## 2.2. HET BESTRIJDEN EN VERLICHTEN VAN PIJN

### a. De terminologie

Het toepassen van voornamelijk medicamenteuze behandelingen die erop gericht zijn de pijn en het lijden van de patiënt te verlichten maar met het overigens gekende gevolg dat het leven van de patiënt wordt verkort wordt in de literatuur ook nog wel eens 'indirecte' euthanasie genoemd.<sup>17</sup> In het licht van de hier gebruikte definitie van euthanasie is dat een benaming die meer verwarring schept dan duidelijkheid.

### b. Beoordeling van pijnbestrijding

Pijnbestrijding behoort tot het normale medische handelen. Het is zelfs een professionele plicht van de arts om pijn te bestrijden met de middelen die de hedendaagse geneeskunde ter beschikking stelt. Het nalaten dat te doen zou kunnen leiden tot zijn aansprakelijkheid. Met deze uitgangshouding zullen slechts zeer weinigen het moeilijk hebben.

---

17. Zie voor details, Nys, H., o.c. (noot 3), nr. 701.

Toegepast in bepaalde omstandigheden, nl. t.a.v. een terminale patiënt, kan pijnbestrijding er toe leiden dat het leven van de patiënt wordt verkort. Alvorens in te gaan op de juridische beoordeling daarvan onderzoeken we eerst de deontologische opvattingen ter zake.

#### – Pijnbestrijding in de code van medische plichtenleer

De code van medische plichtenleer heeft nog maar zeer recent het geoorloofd karakter van pijnbestrijding op het einde van het leven erkend. Een eerste keer is dat gebeurd door de wijzigingen in hoofdstuk 9 van titel 3 die hierboven reeds aan bod zijn gekomen. In de vroegere versie kwam geen enkele verwijzing voor naar pijnbestrijding. Nu bevat de eerste alinea van de nieuwe versie van artikel 96 de volgende bepaling: 'Wanneer het levenseinde van de patiënt nadert en hij nog in enige mate bewust is, moet de geneesheer hem moreel bijstaan en de middelen aanwenden die nodig zijn om zijn geestelijk en fysiek lijden te verzachten en hem waardig te laten sterven'.

De nieuwe versie van artikel 97 kwam ook al ter sprake. Niet alleen bij het beëindigen van een behandeling maar ook bij het op gang brengen van pijnbestrijding moet de raad van tenminste één collega worden gevraagd. Zie verder voor de rol van de patiënt of de familie.

De tweede keer dat de code voor medische plichtenleer pijnbestrijding op het einde van het leven heeft erkend als een geoorloofde vorm van medisch handelen was toen de nationale raad van de orde der geneesheren overging tot de wijziging van hoofdstuk 2 van titel 2 van de code, op 28 augustus 1993. Dat hoofdstuk draagt als opschrift 'Kwaliteit van de verzorging'. Artikel 37 is één van de bepalingen van dat hoofdstuk. Het stelde en stelt nog steeds strafbaar het veroorzaken van toxicomanie. Maar vergeleken met de oude bepaling is de nieuwe veel meer gedetailleerd. Over de achtergrond daarvan en meer bepaald de grondige meningsverschillen tussen diverse raden van de orde en artsen over de omstandigheden waarin substitutieproducten kunnen worden gebruikt bij het behandelen van drugverslaafden kan hier niet worden ingegaan. Voor wat ons nu bezig houdt, is alinea c van artikel 37 van groot belang. Die alinea bepaalt: 'De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de behandeling en de palliatieve zorgen van patiënten in naderend levenseinde'.

Een duidelijker erkenning van het deontologisch geoorloofd karakter van pijnbestrijding d.m.v. verdovende middelen en slaapmiddelen is niet denkbaar. Het voorschrijven en toedienen van dosissen die buiten het kader van pijnbestrijding voor terminale patiënten een deontologische fout uitmaken is dat niet binnen dat kader.

#### – Pijnbestrijding juridisch bekeken

Een eerste houding die we in de rechtsliteratuur aantreffen m.b.t. pijnbestrijding met levensverkortend effect is de volgende.

*Prima facie* maakt de arts zich schuldig aan een misdrijf, nl. het (on)opzettelijk veroorzaken van de dood. Maar ook de chirurg die een been amputeert begaat een misdrijf, want hij brengt opzettelijk slagen en verwondingen toe aan de patiënt. Toch wordt de chirurg niet vervolgd – niet omdat het Strafwetboek of een andere

wet hem een uitdrukkelijke strafrechtelijke onschendbaarheid of immuniteit zou toekennen – maar omdat zijn handelen, dat objectief bekeken beantwoordt aan alle elementen van het misdrijf en dus in strijd is met de Strafwet, niet strijdig is met het recht. Zijn handelen is niet wederrechtelijk omdat er een rechtvaardigingsgrond is waarop de chirurg zich kan beroepen. Die rechtvaardigingsgrond wordt noodtoestand genoemd. Noodtoestand is een situatie waarin het overtreden van een strafrechtsbepaling het enige middel is om andere – belangrijker – rechtsgoederen of rechtsbelangen te vrijwaren. De chirurg brengt opzettelijk slagen en verwondingen toe teneinde de gezondheid van de patiënt te vrijwaren. Men noemt die noodtoestand daarom ook wel de therapeutische noodtoestand.

Sommige juridische auteurs van wie X. DIJON de meest gekende is, hebben een analoge redenering gevolgd om de pijnbestrijding te rechtvaardigen.<sup>18</sup> De arts die aan een terminale patiënt pijnbestrijdende middelen toedient waardoor het leven van die patiënt wordt verkort, pleegt een misdrijf nl. opzettelijk of onopzettelijk – op dat punt heerst er onduidelijkheid – veroorzaken van iemands dood. Dat misdrijf is evenwel gerechtvaardigd door de zgn. sedatieve noodtoestand: de arts dient de pijnbestrijdende middelen toe om de patiënt erger pijn en lijden te besparen.

De analogie tussen therapeutische en sedatieve noodtoestand houdt een goedbedoelde poging in om de pijnbestrijding met levensverkortend effect buiten het strafrecht te houden. Toch is die poging niet overtuigend en in een zeker opzicht zelfs ongelukkig.

Vooreerst leidt de analogie tussen therapeutische en sedatieve noodtoestand tot zeer ongewenste resultaten. Bij een beenamputatie rechtvaardigt het nagestreefde doel (de gezondheid vrijwaren) het middel, nl. de vermindering van het lichaam door de amputatie. Als we nu het doel-middel schema toepassen op de pijnbestrijding, dan geeft dat het volgende beeld. Het doel, nl. de verlichting van de pijn, rechtvaardigt het gebruikte middel, zijnde de verkorting van het leven. Ten onrechte wordt door de analogie de indruk gewekt alsof pijnbestrijding en verkorting van het leven instrumenteel met elkaar verbonden zijn.

De analogie leidt niet alleen tot ongewenste gevolgen maar zij is ook overbodig, omdat zij uitgaat van een verkeerde premisse. Indien we toch een analogie wensen te maken tussen de chirurg en de arts die pijnbestrijdende middelen toedient, moeten we als volgt redeneren. Stel dat een neurochirurg een zeer riskante ingreep voorstelt aan een patiënt om een gezwel in de hersenen te verwijderen. Er is een belangrijk, gekend maar niet te vermijden risico dat de patiënt zal overlijden; zonder de ingreep is de prognose op korte termijn ook fataal. Stel dat de patiënt instemt in de ingreep: deze wordt geheel volgens de regels van de kunst uitgevoerd maar het gevreesde risico doet zich voor en de patiënt overlijdt. Zal men dan de neurochirurg (on)opzettelijke doding kunnen ten laste leggen en vervolgens op zoek gaan naar een rechtvaardiging voor zijn handelen? Als men zo zou redeneren, kwalificeert men het handelen van een arts vanuit het dikwijls zeer zeldzame risico dat inherent aan sommige ingrepen is verbonden, nl. dat de patiënt zal overlijden. Niemand die er aan denkt om zo te redeneren bij riskante ingrepen. Als men de neurochirurg een misdrijf kan ten laste leggen, dan is dat het opzettelijk toebrengen van slagen en verwondingen. Dat misdrijf is evenwel gerechtvaardigd door de therapeutische noodtoestand. Als men deze redenering aanvaardt voor chirurgi-

18. Zie voor details, Nys, H., o.c. (noot 3), nr. 704.

sche ingrepen met een groot risico op overlijden, waarom zou men dan niet op dezelfde wijze kunnen redeneren ingeval van pijnbestrijding bij een terminale patiënt? Ook in dit geval gaat het niet op het medisch handelen te kwalificeren vanuit het risico dat de patiënt zal overlijden. Zoals de meeste medische handelingen kan pijnbestrijding worden beschouwd als het opzettelijk toebrengen van slagen en verwondingen (de werking van een geneesmiddel beantwoordt inderdaad aan deze kwalificatie) maar dit misdrijf is gerechtvaardigd door de bedoeling de pijn van de patiënt te verlichten. Tegen deze analogie kan niet het bezwaar worden aangevoerd dat pijnbestrijding en levensverkorting als het ware op één lijn worden gesteld. Zij bevestigt bovendien het karakter van pijnbestrijding als normaal medisch handelen.

Een derde bezwaar tegen de opvatting dat pijnbestrijding het (gerechtvaardigde) misdrijf van (on)opzettelijk veroorzaken van iemands dood uitmaakt is het volgende. Dat misdrijf veronderstelt een oorzakelijk verband tussen de menselijke gedraging, nl. pijnbestrijding, en het overlijden. Het Belgisch strafrecht is zeer streng in verband met dat oorzakelijk verband: een bepaalde gedraging kan maar als oorzaak worden gekwalificeerd voor zover zij de 'conditio sine qua non' was van het gevolg. Als het gevolg zich ook zou hebben voorgedaan zonder de betwiste gedraging, dan kan die gedraging juridisch niet als oorzaak van het gevolg worden gekwalificeerd. Omdat een patiënt die zich in een terminale fase bevindt ook zonder de pijnbestrijdende middelen zou zijn overleden, zij het wellicht niet op hetzelfde ogenblik en in veel pijnlijker omstandigheden, kan die pijnbestrijding niet als oorzaak, althans niet in juridische zin, worden beschouwd. Van het misdrijf veroorzaken van de dood kan dan ook geen sprake zijn.

De zaak Luc Perot is hiervan eveneens een goede illustratie. De behandelende arts werd niet enkel gedagvaard wegens het verzuim hulp te verlenen aan een persoon in groot gevaar maar ook wegens het onopzettelijk veroorzaken van de dood van de patiënt door het toedienen van kalmerende middelen. De rechtbank sprak de arts vrij van deze beschuldiging wegens het ontbreken van een oorzakelijk verband tussen de toegediende middelen en het overlijden van de patiënt: 'le dossier ne permet pas d'établir une quelconque relation de cause à effet entre les calmants et la mort' en 'que le décès de mr. Perot, si l'on n'en connaît pas la cause exacte, apparaît comme étant la conséquence inéluctable de sa maladie de Pick'.<sup>19</sup>

#### — De toestemming van de patiënt

Anders dan voor het beëindigen van een zinloze medische behandeling is voor het toepassen van pijnbestrijding de toestemming van de patiënt wel degelijk vereist. Als pijnbestrijding als normaal medisch handelen wordt beschouwd, dan moeten alle juridische vereisten die aan dat handelen worden gesteld zijn vervuld. Dit betekent dat de patiënt moet worden ingelicht over de risico's verbonden aan de pijnbestrijding, de mogelijke alternatieven e.d. Ook is zijn toestemming vereist, zij het dat die mag worden verondersteld behoudens uitdrukkelijk verzet.

De code van medische plichtenleer behandelt pijnbestrijding en stopzetting van zinloze medische behandelingen op dit punt volledig op dezelfde wijze: het volstaat dat in beide gevallen de patiënt of desgevallend diens naastbestaanden of

19. Rb. Namur, 25 oktober 1991, *Journal des Procès*, 31 oktober 1991, 27.

wettelijke vertegenwoordiger daarover wordt ingelicht en dat zijn/hun mening wordt gevraagd (art. 97 code). De code gaat er aan voorbij dat tussen pijnbestrijding en stopzetting van zinloze medische handelingen een essentieel verschil bestaat, omdat bij pijnbestrijding de grens van het medisch handelen nog niet werd bereikt.

De moeilijke problematiek van de plaatsvervangende toestemming door de familie als de patiënt zelf daartoe niet meer in staat is overstijgt de grenzen van deze bijdrage. Wel moet worden gewezen op een merkwaardige passage in het vonnis in de zaak Luc Perot in dit verband. Op de aantijging van de weduwe van Luc Perot dat de kalmerende middelen tegen haar uitdrukkelijk verzet in werden toegevend, antwoordde de rechtbank: 'mr Perot n'étant pas en état de donner un quelconque consentement libre et éclairé, il appartenait au médecin de prendre ses responsabilités et certainement à la partie civile (= de weduwe) de s'y substituer'.<sup>20</sup>

#### – Artikel 3, alinea 3: Drugwet als uiterste grens voor pijnbestrijding

Een uiterste grens aan het toepassen van medicamenteuze pijnbestrijding wordt gesteld door artikel 3, alinea 3 van de Drugwet. Dit artikel verbiedt het maken van misbruik bij het voorschrijven van geneesmiddelen die slaapmiddelen, verdoovende middelen of psychotrope stoffen bevatten.<sup>21</sup> Voor het beoordelen van het misbruik zal de rechter het voorschrijfgedrag vergelijken met dat van een zorgvuldig en voorzichtig arts die werkt in gelijkaardige omstandigheden. Wanneer een arts die werkzaam is in de palliatieve afdeling van een dienst gezwelziken grote hoeveelheden slaap- en verdoovende middelen voorschrijft, dan houdt dat niet automatisch een misbruik in. Zijn voorschrijfgedrag zal moeten worden getoetst aan dat van de zorgvuldige en voorzichtige arts die werkt in gelijkaardige omstandigheden. Afhankelijk van het resultaat dat deze toetsing oplevert, zal al dan niet sprake zijn van misbruik. De code van medische plichtenleer is in dit opzicht merkkelijk minder streng: zoals we reeds konden vaststellen gelden de deontologische voorschriften in verband met het veroorzaken van toxicomanie niet ingeval van behandeling en palliatieve zorgen aan patiënten in naderend levenseinde (zie *supra*, art. 37, c code van medische plichtenleer).

#### – Pijnbestrijding en levensverkorting: een filterdunne grens

Voor iedere vorm van medisch handelen geldt de voorwaarde dat tussen het aangewende middel en het nagestreefde doel een redelijke verhouding moet bestaan: wanneer een chirurg een volledig been amputeert terwijl een voet voldoende ware geweest, dan is die redelijke verhouding zoek en is zijn handeling juridisch niet gerechtvaardigd. Dat geldt ook voor pijnbestrijding: een zwaardere dosis toedienen dan nodig om de pijn te verlichten waardoor het overlijden van de patiënt wordt versneld komt neer op het, naargelang van het geval al dan niet op verzoek van de patiënt, veroorzaken van diens overlijden. Het behoeft geen betoog dat de samenleving hier aan de artsen een zeer verstrekkende bevoegdheid heeft gegeven

20. *Idem*.

21. Zie voor details, Nys, H., o.c. (noot 3), nr. 1061.

waardoor zij letterlijk meesters worden over leven en dood. Bovendien beschikt de samenleving nauwelijks over middelen om *post factum* te controleren of deze bevoegdheid wel op een verantwoorde wijze werd gebruikt. De door de code voor medische deontologie gestelde voorwaarde, nl. dat het advies van ten minste één collega moet worden ingewonnen alvorens tot pijnbestrijding wordt overgegaan, is dan ook een absoluut minimum. Niet alleen bij het aanvatten van pijnbestrijding maar ook bij iedere verhoging van de dosis zou dat advies moeten worden ingewonnen.

### 3. Levensbeëindigend handelen door een arts

Met de voorgaande beschouwingen zijn we beland bij de andere pool van mogelijke houdingen van een arts tegenover het naderende levenseinde. Die beschouwingen hebben ook duidelijk gemaakt dat beide polen elkaar in de praktijk zeer dicht kunnen naderen. Dat neemt niet weg dat er conceptueel zeer duidelijke verschillen bestaan, die men zowel met het oog op een helder debat als voor het eventueel vaststellen van regels niet mag verdoezelen.

Binnen deze pool kunnen nog eens twee mogelijke houdingen worden onderscheiden, nl. het doden van een patiënt door een arts enerzijds en de hulp door een arts verstrekt bij de zelfdoding van een patiënt anderzijds.

#### 3.1. DODEN VAN EEN PATIËNT DOOR EEN ARTS

##### a. Juridische relevantie van het verzoek

De arts die zijn patiënt doodt maakt zich schuldig aan een misdrijf, nl. doodslag (art. 393 Sw.), moord (art. 394 Sw.) of vergiftiging (art. 397 Sw.). Doodslag is strafbaar met levenslange dwangarbeid; moord en vergiftiging zijn strafbaar met de dood.

Anders dan b.v. in Nederland, kent het Belgische strafrecht geen bepaling die het doden van iemand op diens verzoek als afzonderlijk, en minder zwaar strafbaar, misdrijf bestempelt.

Vermits in het strafrecht het beginsel geldt dat de toestemming van het slachtoffer (zijnde het verzoek van de patiënt) niet relevant is om uit te maken of een misdrijf werd gepleegd (men kan zijn recht op leven niet aan een derde afstaan door iemand de toestemming te geven om te doden)<sup>22</sup>, valt de arts die op uitdrukkelijk verzoek van zijn patiënt diens leven beëindigt toch onder een van de genoemde bepalingen. Met andere woorden, hetgeen overeenkomstig de 'Nederlandse' definitie als euthanasie kan worden beschouwd is naar Belgisch strafrecht op dezelfde wijze strafbaar als het doden van een patiënt die daar niet of niet uitdrukkelijk om heeft verzocht. Ook het feit dat de patiënt bij wijze van spreken op sterven na dood is, is hier niet relevant. Is de patiënt nog levend maar niet meer 'leefbaar' of levensvatbaar, dan blijft het doden strafbaar. Is de patiënt daarentegen reeds overleden, dan kan vanzelfsprekend geen doodslag, moord of vergiftiging meer worden gepleegd.

22. DUPONT, L. en VERSTRAETEN, R., o.c. nr. 392.

Volgens sommigen zou de toestemming of het verzoek van de patiënt toch relevant kunnen zijn b.v. als een verzachtende omstandigheid of zelfs als een element van niet te weerstane drang waardoor de schuld van de dader in een ander licht komt te staan. Zolang geen enkele Belgische rechter met een zuiver geval van doding door een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt werd geconfronteerd blijft dat echter speculatie (de weinige zgn. euthanasiegevallen die in het verleden voor een Hof van Assisen werden gebracht zoals de beruchte Softenon-affaire beantwoorden geen van alle aan de hier gebruikte definitie van euthanasie). Overigens is het evenmin uitgesloten dat wanneer een uitdrukkelijk verzoek ontbrak de rechter verzachtende omstandigheden zal aannemen.

#### *b. Onderscheid tussen handelen en nalaten*

Kenmerkend voor het Belgisch strafrecht is dat doodslag kan worden gepleegd door een nalaten. Wanneer iemand een juridische of morele verplichting heeft tegenover een ander om te handelen en hij laat dit na met het oogmerk om de betrokkene te doden, dan beantwoordt dat nalaten aan de kwalificatie doodslag. Nu zal het in de praktijk wel bijzonder moeilijk zijn om aan te tonen dat iemand een handeling nalaat met het oogmerk te doden. Juist omdat het om een nalaten gaat veruitwendigt dat oogmerk zich niet: het doet zich a.h.w. voor in de geest van de betrokkene en is daarom zeer moeilijk aantoonbaar. Niettemin is het in theorie denkbaar dat het misdrijf doodslag wordt gepleegd door een nalaten. Als dat dan gebeurt op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt kunnen we dat euthanasie noemen, meer bepaald 'passieve' euthanasie. Als we deze term nog willen gebruiken, dan kan dat enkel in deze context. Maar omdat het verschil tussen actief en passief (althans in juridisch opzicht) niet relevant is en omdat de 'passieve' mogelijkheid eerder theoretisch kan worden genoemd, heeft het niet veel zin de toevoeging 'passief' te gebruiken: het is euthanasie zonder meer, en even strafbaar als de zgn. 'actieve' vorm.

#### *c. De code van medische plichtenleer*

Recht en medische deontologie stemmen overeen wat de beoordeling van het doden van de patiënt door een arts betreft. Het vroegere artikel 95 van de code van medische plichtenleer was zelfs sterk juridisch getint: 'Bewust de dood veroorzaken van een zieke, om welke redenen ook, is een *misdaad*'. Artikel 96 voegde daar aan toe: 'Het uitdrukkelijk verzoek hierom vanwege een zieke, geeft volstrekt geen rechtvaardigingsgrond aan deze daad'.

De nieuwe versie van artikel 95, zoals gewijzigd door de nationale raad op 17 oktober 1992 luidt als volgt: 'De geneesheer mag niet met opzet de dood van zijn patiënt veroorzaken (...)'.

Deze bepaling komt inhoudelijk neer op de vroegere versie. Artikel 96 werd door een heel andere bepaling vervangen (de nieuwe versie kwam hierboven al uitvoerig ter sprake). Mag men daaruit afleiden dat voortaan het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt het doden wel rechtvaardigt? Voor deze interpretatie is geen enkel deugdelijk argument te geven. De regel in artikel 95 neergelegd is zonder meer duidelijk. Veeleer zou men het vroegere artikel 96 overbodig kunnen noemen.

Door VAN LOON<sup>23</sup> is wel een opmerkelijke poging ondernomen om aan te tonen dat de nieuwe versie van artikel 95, samengelezen met de artikelen 96 en 97, het doden van een patiënt geoorloofd maakt. Daartoe beperkt hij de interpretatie van de woorden 'met opzet' in artikel 95 tot 'met bijzonder of kwaadaardig opzet'. Wanneer een arts dan 'met het bijzonder opzet het fysiek en geestelijk lijden' van de patiënt te verzachten een behandeling op gang brengt die 'leidt tot de waardige dood, onder de zorgvuldigheidsvoorwaarden zoals voorzien, is hij niet strafbaar maar handelt hij volgens de specifieke verantwoordelijkheid die van een zorgvuldig geneesheer kan worden verwacht'. Voor de beperking van de woorden 'met opzet' tot kwaadaardig opzet geeft VAN LOON geen argumentatie. Hij zegt trouwens zelf dat 'men moet rekening houden met wat er staat: het *algemeen gestelde verbod* met opzet de dood te veroorzaken'. Vervolgens vraagt hij zich af: 'Zou men echter geen argumenten kunnen aanbrengen om dit begrip in het deontologisch reglement te lezen als 'bijzonder of kwaadwillig opzet'? Op die vraag komt geen antwoord.

Overigens kan men zich afvragen of de nationale raad van de orde der geneesheren, indien deze het voornemen zou hebben gehad om terug te komen op een algemeen geldend verbod van levensbeëindiging door een arts, ongeacht het motief van de arts en het verzoek van de patiënt, dit niet uitdrukkelijk zou hebben gedaan teneinde alle misverstanden daaromtrent van in het begin uit de wereld te helpen.

### 3.2. HULP VAN EEN ARTS BIJ ZELFDODING

#### a. Een terminologische bemerking

Zelfdoding noch zelfmoord zijn juridische begrippen. Hulp bij zelfdoding of zelfmoord ook niet. Op het mogelijke onderscheid tussen zelfmoord en zelfdoding hoef ik niet in te gaan, want als het al bestaat, dan heeft het geen juridische relevantie.<sup>24</sup>

Hulp bij zelfdoding kan meerdere betekenissen hebben en daarom is enige verduidelijking niet overbodig.

Met hulp bij zelfdoding kan worden bedoeld: hulp door een arts *nadat* een poging tot zelfdoding werd ondernomen, hetzij om te voorkomen dat de patiënt overlijdt hetzij om er voor te zorgen dat de poging alsnog slaagt. Indien in de context van euthanasie over hulp bij zelfdoding wordt gesproken, dan wordt daar noch het ene noch het andere mee bedoeld. Juridisch is er trouwens geen groot probleem. Wanneer een patiënt een zelfmoordpoging heeft verricht, waardoor hij zich in groot gevaar bevindt dan heeft de arts – op grond van artikel 422bis Sw. – de verplichting om daadwerkelijke medische hulp te verlenen voor zover dergelijke hulp nog zinvol kan worden genoemd (zie *supra*). De toestemming van de – naar grote waarschijnlijkheid bewusteloze patiënt – mag worden verondersteld. Indien de patiënt duidelijke en niet mis te verstane aanwijzingen heeft gegeven dat hij iedere medische hulp weigert, dan geldt de hulpverleningsplicht niet. Aan de wens van de familie om niet te behandelen kan juridisch geen enkel belang worden gehecht.

23. VAN LOON, T., 'Stervensbegeleiding: palliatieve zorgen of euthanasie: een valse tegenstelling', mei 1994, niet gepubliceerde tekst.

24. Zie voor details, Nys, H., *o.c.* (noot 3), nr. 712.

Hierop verder ingaan overstijgt de grenzen van deze bijdrage. Indien nu het weigeren van hulp aan een patiënt die een zelfmoordpoging heeft ondernomen in de regel strafbaar is, dan geldt dit des te meer voor het actief tussenkomen teneinde de poging alsnog te doen slagen. Daarop zijn de artikelen 393 of 394 Sw. toepasselijk.

Hulp bij zelfdoding kan ook betekenen: het verschaffen van de middelen aan een patiënt waarmee deze zelfdoding kan plegen. Het gaat dan om hulp *vóór* de (poging tot) zelfdoding. Indien in de context van euthanasie over hulp bij zelfdoding wordt gesproken, dan is het dat wat hiermee wordt bedoeld. De in Nederland gebruikelijke definitie van hulp bij zelfdoding is eveneens beperkt tot deze situatie, nl. 'het opzettelijk hulp verlenen bij een levensbeëindigend handelen door de betrokkene op diens verzoek'. Het levensbeëindigend handelen dient door de betrokkene zelf te gebeuren zodat het 'afmaken' van de poging door een derde daar niet toe kan worden gerekend.

#### *b. Juridische beoordeling van hulp bij zelfdoding*

Hoe moet nu deze hulp bij zelfdoding in zijn enge betekenis worden beoordeeld?

Zelfdoding of zelfmoord is geen misdrijf in het Belgisch strafrecht. Wanneer er geen dader is, kan er evenmin een medeplichtige of mededader zijn: als zodanig is hulp bij zelfdoding evenmin strafbaar als de zelfdoding zelf. Daarover bestaat eensgezindheid in de rechtsliteratuur. Anders dan b.v. in Nederland is hulp bij zelfdoding in België niet uitdrukkelijk strafbaar gesteld. Ook het aanzetten of aansporen tot zelfdoding, b.v. door het verspreiden van 'recepten' voor zelfdoding<sup>25</sup> is niet uitdrukkelijk strafbaar gesteld. In Frankrijk heeft de Wet van 31 december 1987 *tendant à réprimer la provocation au suicide* het aansporen tot zelfdoding of een poging daartoe en het maken van reclame of propaganda voor middelen waarmee zelfdoding kan worden gepleegd verboden.<sup>26</sup>

Om hulp bij (in de zin van voorafgaand aan) zelfdoding strafbaar te stellen zou men als volgt kunnen redeneren. De arts die op de hoogte is van de zelfdodingsplannen van zijn patiënt en die niets onderneemt om hem daarvan te weerhouden verzuimt hulp te verlenen aan een persoon die zich in groot gevaar bevindt en schendt artikel 422bis Sw. Het scharnierelement in deze redenering is het 'groot gevaar' waarin de kandidaat-zelfdoder zich bevindt: bevindt zo iemand zich daadwerkelijk in een groot gevaar? (Wanneer de poging reeds werd ondernomen kan daarover nauwelijks twijfel bestaan; vandaar het groot belang van het onderscheid tussen hulp voor en na de poging). Volgens DUON is de aanwezigheid van een 'groot gevaar' geenszins vanzelfsprekend omdat de betrokkene door het opgeven van de zelfmoordplannen ook het groot gevaar doet wijken.<sup>27</sup> Dat neemt niet weg dat in de periode tussen het beramen van de zelfmoord en het opgeven van de plannen een groot gevaar kan bestaan. In België ontbreekt rechtspraak in dit verband. De Franse rechtspraak neemt aan dat een potentiële zelfmoordenaar zich reeds omwille van het zelfmoordvoornemen in een groot gevaar bevindt.<sup>28</sup> Op

25. VERZELE, M., *De milde dood. Zelfdoding en euthanasie*, Berchem, EPO, 1994.

26. Zie voor meer details Nys, H., o.c. (noot 3), nr. 722.

27. DUON, X., *Le sujet de droit en son corps*, Bruxelles, Larcier, 1982, nr. 863.

28. Zie voor meer details Nys, H., o.c. (noot 3), nr. 720.

voorwaarde dat men aanvaardt dat een kandidaat-zelfdoder zich in een groot gevaar bevindt – hetgeen niet in het algemeen kan worden gesteld maar van geval tot geval zal moeten worden uitgemaakt – valt de arts die op de hoogte is van die plannen – of op de hoogte moest zijn, rekening houdend met de bonus medicus standaard – en niettemin verzuimt die plannen te verhinderen onder toepassing van artikel 422bis Sw.

*A fortiori* valt dan ook de arts die op een actieve wijze tussenkomt en het middel verschaft waarmee de plannen tot het gewenste einde kunnen worden gebracht, onder de toepassing van die bepaling: niet enkel verzuimt hij de plannen te verhinderen; door zijn actieve hulp vergroot hij nog de gevaarssituatie voor de betrokkene.

Op grond van deze redenering kan hulp bij zelfdoding juridisch strafbaar worden gesteld. Om tot een dergelijk besluit te komen moeten verscheidene 'indien-s' positief worden ingevuld hetgeen tot grote voorzichtigheid moet aanzetten bij het beoordelen van een casus. De bewijslast is niet gering: groot gevaar, kennis van dat groot gevaar, verstrekken van het dodend middel, gebruik ervan door de patiënt.

### *c. De medische deontologie en hulp bij zelfdoding*

In schril contrast met de juridische onduidelijkheid die hangt rond de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding, staat de recente deontologische bepaling omtrent hulp bij zelfdoding, opgenomen in artikel 95 van de code van medische plichtenleer. Daar waar de vroegere bepaling met geen woord repte over dergelijke hulp, luidt die bepaling nu: 'De geneesheer mag niet met opzet de dood van zijn patiënt veroorzaken noch hem helpen zich te doden'.

Deze bepaling houdt niet alleen een veel duidelijker verbod in van hulp bij zelfdoding dan in het strafrecht is neergelegd; zij houdt een opmerkelijke verstrenging in van de medische deontologie tegenover het fenomeen hulp bij zelfdoding, vermits de vroegere versie daarover met geen woord repte. Over de motieven die hebben geleid tot deze strengere houding tegenover hulp bij zelfdoding hebben we vooralsnog het raden.

## **Algemeen besluit**

Op het ogenblik dat dit besluit wordt geschreven (einde oktober 1994) is opnieuw een debat aan de gang over euthanasie. Opnieuw, want het lijkt wel traditie geworden om precies in deze periode van het jaar een dergelijk debat te voeren. Maar dat zal wel toeval zijn.

Om het debat tot 'zuiver' mogelijk te houden is het noodzakelijk uniforme definities te gebruiken en de mogelijkheden en grenzen van het (bestaande) recht en de deontologie te kennen. Voortbouwend op vroegere publikaties werd in dit artikel een poging daartoe ondernomen, wel beseffend dat de problematiek van het handelen en nalaten van een arts op het einde van het leven van een patiënt heel wat complexer is dan hierdoor wordt gesuggereerd.