VU Research Portal

Palliatieve zorg of moord: causaliteit is de crux

Rozemond, N.

published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
2009

DOI (link to publisher)

[10.1007/bf03081605](https://doi.org/10.1007/bf03081605)

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Rozemond, N. (2009). Palliatieve zorg of moord: causaliteit is de crux. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2009(3), 152-159. <https://doi.org/10.1007/bf03081605>

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 providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Palliatieve zorg of moord: causaliteit is de crux

Mr. dr. N. Rozemond¹

1 INLEIDING

Artsen die palliatieve zorg verlenen aan patiënten in de terminale fase van een ziekte worden in bepaalde gevallen vervolgd voor moord. Inmiddels zijn twee artsen vrijgesproken, maar de motiveringen van deze vrijspraken schieten tekort op het punt van het causaal verband tussen de palliatieve zorg en de dood van de patiënt. Een duidelijke motivering op dit punt is van groot belang voor de vraag waar palliatieve zorg overgaat in moord of euthanasie.

2 GEBREKKIGE MOTIVERINGEN

Op 4 januari 2008 sprak de Rechtbank Almelo een arts vrij die werd vervolgd wegens moord subsidiair poging tot moord op een patiënt die zich in de terminale fase van een ziekte bevond.² De arts had de patiënt morfine, dormicum en pethidine toegediend. Het argument voor de vrijspraak van de moord was dat niet was komen vast te staan dat de arts de dood van de patiënt had veroorzaakt. De rechtbank was er niet van overtuigd dat het verdachtes bedoeling was geweest het leven van de patiënt te beëindigen in plaats van de pijn te bestrijden. Ten aanzien van de poging tot moord overwoog de rechtbank dat de arts niet het opzet had om de patiënt te doden. De medicatie werd toegediend in het kader van de zogenaamde palliatieve zorg die primair tot doel had de pijn bij de patiënt te verzachten. Volgens de verklaringen van geraadpleegde deskundigen paste de toediening van de medicatie in een gebruikelijk medisch beleid van pijnbestrijding. Het gebruik van de middelen kan echter met zich meebrengen dat het leven van de patiënt wordt verkort. De Rechtbank Almelo baseerde de vrijspraak van de poging tot moord op de maatschappelijke aanvaardbaarheid van pijnbestrijding in de omstandigheden waaronder zij in deze zaak had plaatsgevonden.

De beslissing van de rechtbank vertoont een grote gelijkenis met een eerdere vrijspraak door de Rechtbank Breda vanwege het ontbreken van opzet bij de arts die palliatieve zorg verleende aan een terminale patiënt. De Rechtbank Almelo verwijst in haar vonnis ook naar die eerdere zaak die zij aanduidt als 'de zaak Vencken'. Het Hof 's-Hertogenbosch bevestigde in hoger beroep de uitspraak van de Rechtbank Breda in de zaak Vencken met de toevoeging dat volgens het hof niet was komen vast te staan dat de dood van de patiënt was veroorzaakt door de toediening van medicijnen.³

Naar mijn mening zijn de vrijspraken van de artsen in deze zaken hoogstwaarschijnlijk wel terecht, maar valt het te betreuren dat de strafrechters in hun uitspraken niet motiveren waarom een causaal verband ontbreekt tussen het toedienen van medicatie en de dood van de patiënt. Door het ontbreken van een duidelijke motivering inzake het causaal verband zijn de overwegingen inzake het ontbreken van opzet

1. Klaas Rozemond is universitair hoofddocent strafrecht Vrije Universiteit Amsterdam.

2. Rb. Almelo 4 januari 2008, TvGR 2008/2, p. 166 e.v., LJN BC1180.

3. Rb. Breda 10 november 2004, LJN AR5394 en Hof 's-Hertogenbosch 19 juni 2005, LJN AU0211.

ook niet goed te begrijpen. Bovendien is het causaal verband relevant voor het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een natuurlijke dood. Dat is weer van belang voor het afgeven van een schriftelijke overlijdensverklaring waarin de doodsoorzaak moet worden vermeld. De arts die opzettelijk een verkeerde doodsoorzaak meldt, kan worden vervolgd op grond van artikel 228 lid 1 Wetboek van Strafrecht (Sr; opzettelijk een valse verklaring afgeven over de oorzaak van overlijden), zoals in de zaak Vencken gebeurde. De Rechtbank Breda sprak Vencken ook van dat feit vrij, maar liet in het midden of Vencken een verkeerde doodsoorzaak had vermeld in de schriftelijke overlijdensverklaring. Volgens de Rechtbank Breda “kon de verdachte de overtuiging hebben” dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak was ingetreden, maar de rechtbank stelde daarbij niet vast dat die oorzaak inderdaad natuurlijk was. De overtuiging van de verdachte over de doodsoorzaak is immers iets anders dan de werkelijke doodsoorzaak.

In het recente vonnis van de Rechtbank Almelo begint de onduidelijkheid met de overweging van de rechtbank dat de oorzaak niet is komen vast te staan en dat het niet de bedoeling van de verdachte is geweest om het leven van de patiënt te beëindigen. Dat zijn twee verschillende strafrechtelijke kwesties: oorzaak en bedoeling. De Rechtbank Almelo maakt in haar vonnis geen duidelijk onderscheid tussen deze twee kwesties.

Het tweede probleem is dat de Rechtbank Almelo de maatschappelijke aanvaardbaarheid betreft bij de beoordeling van het voorwaardelijke opzet van de verdachte. De rechtbank citeert ter inleiding van deze redenering een overweging uit het eerste hiv-arrest van de Hoge Raad.⁴ Volgens de Hoge Raad is er sprake van voorwaardelijk opzet wanneer de verdachte zich willens en wetens blootstelt aan de aanmerkelijke kans dat een bepaald gevolg, bijvoorbeeld de dood van een ander, zal intreden. De Hoge Raad verbindt de aanmerkelijke kans op het gevolg nadrukkelijk aan ‘algemene ervaringsregels’ en juist niet aan ‘maatschappelijke aanvaardbaarheid’.

In haar redenering lijkt de Rechtbank Almelo er bovendien van uit te gaan dat het handelen van de arts wel ‘levensverkortend’ kon hebben gewerkt, maar dat zijn opzet niet daarop was gericht, ook niet in voorwaardelijke vorm. In de zaak Vencken volgde de Rechtbank Breda dezelfde redenering, waarbij de Rechtbank Breda de vrijspraak van opzettelijke levensberoving eveneens baseerde op de ‘maatschappelijke aanvaardbaarheid’ van het handelen. Strafrechtelijk opzet en maatschappelijke aanvaardbaarheid zijn echter verschillende kwesties die niet zonder meer samenvallen: bij opzet staat het willen en weten van de verdachte centraal en niet de maatschappelijke zorgvuldigheid.⁵

3 DE CRUX VAN HET CAUSAAL VERBAND

De kern van het probleem ligt bij de causaliteit: heeft het handelen van de arts de dood van de patiënt veroorzaakt? Wanneer dat inderdaad het geval zou zijn, bijvoorbeeld op grond van medische ervaringsregels over de gebruikte medicatie, dan zou daaruit ook vrij gemakkelijk het (voorwaardelijke) opzet van de arts kunnen worden afgeleid.

4. Overweging 3.6 in HR 25 maart 2003, NJ 2003, 552 (m.nt. YB).

5. In andere zin J. Legemaate, ‘Levensbeëindiging of

stervensbekorting’, *Rechtsgeleerd Magazijn Themis* 2006-1, p. 15, die het vonnis van de Rechtbank Breda ‘helder’ noemt.

Wanneer een arts medicijnen toedient waarvan hij op grond van medische ervaringsregels weet dat ze dodelijk zijn, dan heeft hij in strafrechtelijke zin opzettelijk gehandeld. Weliswaar is het bij palliatieve zorg niet het primaire doel van de arts om het leven van de patiënt te beëindigen, maar om de pijn te bestrijden. Een gevolg van die pijnbestrijding zou echter wel kunnen zijn dat het leven van de patiënt wordt beëindigd en de arts zou zich willens en wetens blootstellen aan het intreden van dat gevolg wanneer hij zich van die mogelijkheid bewust is. Gegeven het causaal verband tussen handelen en gevolg, de medische wetenschap waarover de arts beschikt en de welbewuste aanvaarding van het gevolg, lijkt het bewijs van (voorwaardelijk) opzet in strafrechtelijke zin derhalve geen probleem te zijn wanneer het causaal verband inderdaad kan worden vastgesteld op grond van medische ervaringsregels.⁶

De crux van de zaken ligt daarom niet bij het opzet, maar bij het causaal verband: er moet eerst worden vastgesteld of er inderdaad sprake is van causaal verband en daarna kan pas worden onderzocht of er ook sprake is van opzet. Volgens vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet het causaal verband worden vastgesteld met de leer van de redelijke toerekening.⁷ Helaas ontbreekt een argumentatie aan de hand van deze leer in de vonnissen van de Rechtbank Almelo en de Rechtbank Breda en ook in het arrest van het Hof 's-Hertogenbosch, hoewel het toch voor de hand ligt om bij de beoordeling van de betreffende zaken met de causaliteit en de redelijke toerekening te beginnen.

In de uitspraken van de Rechtbank Breda en de Rechtbank Almelo is het uitgangspunt dat de patiënt in de terminale fase van een ziekte verkeerde. In beide uitspraken lijkt het uitgangspunt ook te zijn dat de toegediende medicatie op zich niet dodelijk is voor een doorsnee mens, hoewel een duidelijke motivering op dit punt ontbreekt en uit de uitspraken ook niet blijkt of hierover eenduidige verklaringen zijn afgelegd door de geraadpleegde deskundigen. De eerste vraag die derhalve in dergelijke zaken moet worden beantwoord in verband met de causaliteit is: zijn de toegediende medicijnen op zich dodelijk voor mensen in het algemeen of hebben zij slechts een (mogelijk) levensverkortend effect bij specifieke patiënten die in de terminale fase van een ziekte verkeren? Wanneer de toegediende medicijnen op zich niet dodelijk zijn, maar wel een levensverkortend effect kunnen hebben bij terminale patiënten, dan zijn er (mogelijk) twee concurrerende doodsoorzaken: de ziekte die in een terminale fase is beland en de toegediende medicatie die op zich niet dodelijk is, maar wel levensverkortend kan werken bij een patiënt in de terminale fase.

Volgens de leer van de redelijke toerekening is het vaststellen van causaal verband niet alleen een *feitelijke*, maar ook een *normatieve* kwestie: bij de redelijkheid van de toerekening kunnen ervaringsregels en zorgvuldigheidsnormen worden gecombineerd.⁸ Wanneer het handelen van de arts zorgvuldig is te noemen in het licht van de palliatieve zorg, zoals de Rechtbank Almelo en de Rechtbank Breda op basis van deskundigenverklaringen hebben vastgesteld, dan ontbreekt het causaal verband in straf-

6. Zie Esther Pans, *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasiebeleid* (diss. Amsterdam VU), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006, p. 66. Hieraan kan worden toegevoegd dat een arts die zich over de dodelijke werking van toegediende medicijnen vergist, geen opzet heeft, maar wel schuld, zodat hij kan worden vervolgd voor dood door schuld (art. 307 en 309 Sr).

7. HR 12 september 1979, NJ 1979, 60 (m.nt. ThWvV).

8. Zie hierover J. de Hullu, *Materieel strafrecht*, Deventer: Kluwer 2006, p. 171 e.v. en Klaas Rozemond, *De methode van het materiële strafrecht*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2006, p. 53 e.v.

rechtelijke zin. Het is immers niet redelijk om de dood van de patiënt toe te rekenen aan de zorgvuldige gedragingen van de arts terwijl die gedragingen zonder de terminale ziekte niet tot de dood van de patiënt hadden kunnen leiden.

Met andere woorden: de terminale ziekte is in dit soort gevallen volgens medische ervaringsregels een noodzakelijke voorwaarde voor het intreden van de dood van de patiënt, terwijl de toegediende medicijnen volgens medische ervaringsregels op zich niet voldoende zijn om het leven van een mens te beëindigen en die toediening bovendien in overeenstemming is met medische zorgvuldigheidsnormen. Bij een dergelijke combinatie van medische ervaringsregels en medische zorgvuldigheidsnormen zou naar mijn mening vrijpraak van moord of doodslag moeten volgen wegens het ontbreken van causaal verband.⁹ De doodsoorzaak in strafrechtelijke zin is in een dergelijk geval de terminale ziekte en niet de toediening van medicijnen. Daaruit volgt ook dat in de overlijdensverklaring de ziekte als doodsoorzaak kan worden vermeld.

Een dergelijke causaliteitsredenering lijkt ten grondslag te liggen aan de KNMG-richtlijn *palliatieve sedatie* uit 2005. Volgens deze richtlijn is palliatieve zorg de zorg voor de patiënt met een levensbedreigende ziekte, die niet (meer) kan genezen en uiteindelijk aan zijn of haar ziekte zal overlijden. Deze zorg is ruimer dan alleen medische zorg en kan ook bestaan uit sociale en psychische begeleiding. De richtlijn definieert palliatieve *sedatie* als het opzettelijke verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Het doel van palliatieve sedatie is niet het leven te bekorten of te verlengen. Er is volgens de richtlijn ook geen sprake van palliatieve sedatie wanneer medicatie wordt toegediend om slapeloosheid of angst te verminderen en ook niet wanneer er sprake is van een onbedoelde bijwerking van medicatie die pijnbestrijding tot doel heeft.¹⁰ De richtlijn stelt als voorwaarden voor palliatieve sedatie dat de patiënt volgens de verwachting van de behandelend arts op redelijk korte termijn, dat wil zeggen binnen één of twee weken, aan zijn ziekte zal overlijden en dat het symptoom van zijn ziekte 'refractair' is, dat wil zeggen: onbehandelbaar of behandelbaar met onaantvaardbare bijwerkingen of behandelbaar zonder voldoende snelle effecten. Volgens de richtlijn zal bij 'diepe sedatie' geen vocht worden toegediend. Wanneer de sedatie langer dan één tot twee weken duurt, zal het sederen het moment van overlijden beïnvloeden door uitdroging, aldus de richtlijn.¹¹

Ook de KNMG-richtlijn maakt geen duidelijk onderscheid tussen opzet en causaal verband, maar de voorwaarden voor 'diepe' palliatieve sedatie lijken te zijn gebaseerd op een causaliteitsredenering: de richtlijn gaat ervan uit dat diepe palliatieve sedatie bij een patiënt met een refractair symptoom die naar verwachting binnen één of twee weken zal sterven, géén levensbekortend effect heeft. De veronderstelling daarbij is dat de toegediende medicatie op zich niet dodelijk is en ook geen levensbekortend effect heeft, maar dat de patiënt sterft ten gevolge van zijn terminale ziekte.¹²

9. In gelijke zin Pans 2006, p. 67 (zie noot 6).

10. KNMG-richtlijn *palliatieve sedatie*, Utrecht: KNMG 2005, p. 11-12. De Rechtbank Almelo betreft deze richtlijn helaas niet in haar vonnis van 4 januari 2008. Zie ook de herziene KNMG-richtlijn *palliatieve sedatie* 2009, p. 8, 13-14 en 59-61.

11. KNMG-richtlijn *palliatieve sedatie* 2005, p. 16 en de herziene richtlijn van 2009, p. 20 en 29.

12. Wanneer de sedatie langer dan één à twee weken duurt, kan uitdroging de doodsoorzaak zijn. In een

dergelijk geval is er sprake van opzettelijke levensbeëindiging, zodat het handelen en nalaten van de verantwoordelijke arts onder euthanasie of moord valt. Zie G.A. den Hartogh, 'Het Nederlandse euthanasierecht: is het barmhartig genoeg?', *TvGR* 2007, p. 189-192. Dit betekent echter nog niet dat de arts dan strafbaar is, aangezien hij zich in bepaalde gevallen kan beroepen op de strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 Sr of art. 40 Sr.

Deze redenering kan in bepaalde gevallen worden gebruikt voor de motivering van de vrijspraak van moord: de arts heeft middelen toegediend in een hoeveelheid die volgens medische ervaringsregels niet geschikt is om het leven van een mens te beëindigen en de arts heeft daarbij gehandeld in het kader van een palliatieve sedatie volgens de KNMG-richtlijn. Wanneer een patiënt in een dergelijke situatie overlijdt, heeft de arts niet de dood van de patiënt veroorzaakt.¹³ De Rechtbank Almelo maakt in haar vonnis echter niet duidelijk of er in dit geval inderdaad sprake was van palliatieve sedatie in de zin van de KNMG-richtlijn uit 2005. Uit de door de rechtbank weergegeven feiten en omstandigheden zou wel kunnen worden afgeleid dat de patiënt in dit geval binnen één of twee weken zou komen te overlijden (de arts werd volgens het vonnis gebeld met de mededeling dat 'het niet lang meer kon duren'), maar de rechtbank geeft in haar vonnis niet aan of er sprake was van opzettelijke bewustzijnsverlaging in de zin van de richtlijn. Wanneer er in dit geval sprake zou zijn geweest van palliatieve sedatie in de zin van de richtlijn, dan had de rechtbank dat duidelijk kunnen maken in haar vonnis en vervolgens kunnen vrijspreken van moord vanwege het ontbreken van causaal verband tussen de palliatieve sedatie en de dood van de patiënt.

Het is op grond van de informatie uit het vonnis van de Rechtbank Almelo echter niet uitgesloten dat zich in deze zaak een geval voordeed dat buiten de definitie van palliatieve sedatie volgens de KNMG-richtlijn viel. Een dergelijke geval zou zich kunnen voordoen wanneer de toegediende medicatie niet is gericht op bewustzijnsverlaging, maar op bestrijding van slapeloosheid, angst of pijn. Het is daarbij niet uitgesloten dat de medicatie levensbekortend werkt in combinatie met de ziekte waaraan de patiënt lijdt, zoals de Rechtbank Almelo in haar vonnis suggereert. In die situatie is er volgens de KNMG-richtlijn geen sprake van palliatieve *sedatie*, maar zouden minder vergaande vormen van medicatie in de vorm van de toediening van slaapmiddelen of pijnbestrijdingsmiddelen wel toelaatbaar kunnen worden geacht in het kader van de palliatieve *zorg*. De KNMG-richtlijn laat daarbij in het midden in hoeverre de toegediende medicatie levensbekortend kan werken. In verband met de strafrechtelijke beoordeling van het causaal verband tussen het handelen van de arts en de dood van de patiënt is het van groot belang om te kunnen vaststellen of een bepaalde medicatie levensbekortend kan werken en of een levensbekortend effect noodzakelijk samenhangt met de ziekte waaraan de patiënt lijdt. Wanneer dat laatste het geval is, kan de dood immers bij medisch zorgvuldig handelen van de arts aan de ziekte worden toegerekend volgens de leer van de redelijke toerekening en zou de arts om die reden moeten worden vrijgesproken.

Bij palliatieve zorg en palliatieve sedatie in overeenstemming met de KNMG-richtlijn is er sprake van *normaal medisch handelen*.¹⁴ Daardoor zou de arts ook een beroep kunnen doen op de medische exceptie¹⁵ wanneer de patiënt overlijdt en de

13. En ook geen poging tot moord gepleegd, aangezien het voornemen (in de zin van art. 45 Sr) om het leven van de patiënt te beëindigen bij de arts ontbreekt.

14. H.J.J. Leenen/J.K.M. Gevers & J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I: Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007, p. 334-338. Op dit punt verschilt de palliatieve zorg van de euthanasie die niet als normaal medisch

handelen wordt beschouwd vanwege het feit dat er bij euthanasie sprake is van 'opzettelijke actieve levensberoving'. Zie overweging 9.4 in HR 21 oktober 1986, NJ 1987, 607 (m.nt. GEM).

15. Zie hierover J. Wöretshofer, *Volgens de regelen der kunst* (diss. Universiteit Maastricht), Arnhem: Gouda Quint 1992, p. 48 e.v.

toegediende medicatie in combinatie met de terminale ziekte levensbekortend kan hebben gewerkt: bij normaal medisch handelen is er geen sprake van een strafbaar feit. Bij palliatieve zorg aan terminale patiënten werkt de medische exceptie door in de beoordeling van de causaliteit: wanneer de arts medicatie toedient in overeenstemming met de geldende medische zorgvuldigheidsnormen, kan de dood niet aan de arts worden toegerekend en moet de terminale ziekte als de strafrechtelijk relevante doodsoorzaak worden aangemerkt.

4 PALLIATIEVE ZORG, MOORD OF EUTHANASIE?

Er zou wel sprake zijn van causaal verband tussen het handelen van de arts en de dood van de patiënt wanneer de toegediende medicatie op zich dodelijk is voor een doorsnee mens. Een dergelijke situatie deed zich voor in de Van Oijen-zaak waarin de arts een patiënt een dodelijk middel toediende terwijl de patiënt waarschijnlijk *binnen enkele uren* zou zijn overleden zonder toediening van dat middel. Het uitgangspunt van het Hof Amsterdam en de Hoge Raad in de Van Oijen-zaak was dat het toedienen van een dodelijke dosis medicijnen niet onder palliatieve zorg valt.¹⁶ Naar mijn mening volgt dit uit het feit dat de terminale ziekte geen concurrerende doodsoorzaak is in het geval dat de middelen op zich dodelijk zijn volgens medische ervaringsregels. Dat betekent dat de dood in een dergelijk geval niet aan de ziekte kan worden toegerekend. Wanneer een arts weet dat hij dodelijke middelen toedient, dan is daarmee het causaal verband en ook het opzet in strafrechtelijke zin gegeven. Dat de arts de dodelijke middelen toedient bij een patiënt in de terminale fase van een ziekte doet aan het causaal verband en het opzet niet af.

Daarmee is de strafbaarheid van de gedraging echter nog niet gegeven. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord, is of de verdachte zich op een strafuitsluitingsgrond kan beroepen, hetzij de strafuitsluitingsgrond van artikel 293 lid 2 Sr, hetzij de overmacht van artikel 40 Sr. Ook in verband met deze strafuitsluitingsgronden is het derhalve van groot belang dat eerst duidelijk wordt beredeneerd of er causaal verband is in een bepaalde situatie: het causaal verband is in dergelijke gevallen eveneens de crux tussen palliatieve zorg, euthanasie of moord.

Wanneer er in een bepaald geval wel causaal verband aanwezig is en ook opzet, dan kunnen artsen hun handelingen daarop afstellen en alleen palliatieve zorg met levensbeëindigend gevolg verlenen wanneer de patiënt daartoe een uitdrukkelijk en ernstig verlangen heeft geuit, zodat het handelen van de arts een vorm van euthanasie is in de zin van artikel 293 lid 1 Sr. Een arts kan vervolgens in overeenstemming handelen met de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Wanneer aan deze zorgvuldigheidseisen is voldaan en de arts de levensbeëindiging bij de gemeentelijke lijkschouwer heeft gemeld, kan de arts met succes een beroep doen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 293 lid 2 Sr.

In bepaalde gevallen is het niet mogelijk dat de patiënt een uitdrukkelijk en ernstig verlangen tot levensbeëindiging uit, bijvoorbeeld doordat de patiënt reeds in coma verkeert. In dergelijke gevallen is er geen sprake van euthanasie in de zin van artikel

16. Overweging 3.9 in HR 9 november 2005, NJ 2005, 217 (m.nt. YB).

293 lid 1 Sr en daardoor is de strafuitsluitingsgrond van artikel 293 lid 2 Sr niet van toepassing. Ten aanzien van dergelijke situaties heeft de Hoge Raad in de Van Oijen-zaak beslist dat in uitzonderlijke gevallen nog wel een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand (art. 40 Sr) mogelijk is, waarbij de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt centraal staan. Is er geen sprake van een dergelijk lijden, bijvoorbeeld omdat de patiënt in coma zelf geen lijden ervaart, dan is levensbeëindiging volgens de Hoge Raad niet gerechtvaardigd op grond van artikel 40 Sr en kan een arts worden veroordeeld voor moord.¹⁷

5 CONCLUSIE: VONNISSEN MOETEN DUIDELIJK ZIJN

Het is voor artsen die palliatieve zorg verlenen van groot belang om te weten wat zij wel of niet mogen doen in welke omstandigheden en welke zorgvuldigheidseisen daarbij gelden. Daarom dienen ook de vervolgende en rechtsprekende instanties uiterst zorgvuldig te zijn in het nemen van hun juridische beslissingen. De strafrechtelijke zorgvuldigheid begint bij het beantwoorden van de juiste feitelijke en juridische vragen aan de hand van de geldende criteria uit wetgeving en rechtspraak. De eerste vraag bij palliatieve zorg aan terminale patiënten betreft het causaal verband tussen het handelen van de arts en de dood van de patiënt. Wanneer voor causaal verband geen overtuigend bewijs is volgens de leer van de redelijke toerekening, dient het openbaar ministerie van vervolging af te zien. Wanneer het openbaar ministerie toch vervolgt zonder overtuigend bewijs van causaal verband, dient de strafrechter in zijn uitspraak duidelijk aan te geven welke conclusies volgen uit de leer van de redelijke toerekening, zodat iedereen in vergelijkbare gevallen weet waar hij of zij aan toe is.

Naar mijn mening is er geen sprake van een causaal verband tussen het toedienen van medicijnen en de dood van de patiënt wanneer de patiënt zich in de terminale fase van een ziekte bevindt en de verwachting bestaat dat de patiënt op korte termijn zal overlijden. Wanneer de toegediende medicijnen op zich niet levensbeëindigend werken, maar volgens medische ervaringsregels wel een levensverkortend effect kunnen hebben in combinatie met de terminale ziekte, is de toediening van de medicijnen niet de doodsoorzaak, mits de arts bij die toediening zorgvuldig heeft gehandeld. In dergelijke gevallen is de ziekte volgens de leer van de redelijke toerekening de strafrechtelijke doodsoorzaak. De arts kan in de overlijdensverklaring de ziekte als natuurlijke doodsoorzaak vermelden.

In gevallen waarin wel een causaal verband kan worden bewezen tussen de toegediende medicatie en de dood van de patiënt, bijvoorbeeld op grond van medische ervaringsregels omtrent de dodelijke werking van bepaalde middelen, kan in de meeste gevallen ook het (voorwaardelijk) opzet van de arts op de dood van de patiënt worden bewezen. Op grond van zijn medische kennis weet de arts immers dat de toediening van medicijnen de dood van de patiënt kan veroorzaken en heeft hij dat gevolg bij de toediening van medicijnen willens en wetens aanvaard. Daaruit volgt echter niet zonder meer dat de arts in dergelijke gevallen strafbaar is. Hij kan zich bij de toediening van medicijnen houden aan de zorgvuldigheidseisen van de Wet toet-

17. Overweging 3,7.3 en 3,8 in HR 9 november 2005, NJ 2005, 217 (m.nt. YB).

sing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en de levensbeëindiging melden bij de gemeentelijke lijkschouwer, zodat hij zich kan beroepen op de strafuitsluitingsgrond van artikel 293 lid 2 Sr. In uitzonderlijke gevallen waarin de betrokkene geen uitdrukkelijk en ernstig verlangen kan uiten met betrekking tot de levensbeëindiging, is een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand (art. 40 Sr) mogelijk wanneer de levensbeëindiging de enige manier is om een einde te maken aan ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt.