

Juridische kanttekeningen bij drie euthanasievonnissen

door J.H.S. van Herten

In de naoorlogse jaren zijn drie strafrechterlijke uitspraken gepubliceerd die betrekking hebben op door een arts gepleegde vrijwillige euthanasie. In twee van deze drie gevallen had de arts een nauwe familierelatie met de patiënt enerzijds en bovendien was in deze twee gevallen de betrokken arts niet tevens de behandelend arts. In het meest recente geval was de arts die de euthanasie pleegde, de huisarts van patiënte; van een familierelatie blijkt uit het vonnis niets.

In het navolgende zal ik de drie casusposities nader analyseren waarna ik inga op de eisen die de strafrechter aanlegt om te komen tot toelaatbaarheid van euthanasie. Voorgesteld zij dat in het volgende steeds sprake is van vrijwillige euthanasie bij ernstig zieke patiënten, uitgevoerd door een arts.

Casusposities

1. *Utrecht*. De rechtbank te Utrecht oordeelde op 11 maart 1952 (NJ 1952, 275) voor het eerst in Nederland over euthanasie bij een ernstig zieke patiënt. Deze patiënt, die in een sanatorium werd verpleegd, verzocht aan zijn broer herhaalde malen om hem te helpen een eind aan zijn leven te maken. Deze broer was arts doch was niet betrokken bij de behandeling van de patiënt. Na twee schriftelijke en een mondeling verzoek om hem te helpen zich van het leven te beroven, over een periode van enige weken, gaf de broer de patiënt een doosje met een letale dosis medicamenten welke door de patiënt werd ingenomen. Direct hierop diende de broer de patiënt 60 mg morfine toe waarop de patiënt binnen een uur overleed. De arts werd veroordeeld tot een gevangenisstraf van een jaar voorwaardelijk met een proeftijd van een jaar. In hoger beroep (arrest niet gepubliceerd) is deze uitspraak bevestigd.

2. *Leeuwarden*. De Leeuwarder rechtbank oordeelde op 21 februari 1973 [NJ 1973, 183] over de navolgende casus. Een ernstig zieke patiënte vroeg bij herhaling en over een lange periode met aandrang aan haar dochter – die arts was – om haar van het leven te beroven aangezien zij niet langer wenste te leven vanwege de ernstige ziekte waaraan zij leed. De dochter, bekend met de ziekte, diende hierop aan de moeder 200 mg morfine toe, waarop de moeder direct overleed. De dochter werd veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een week met een proeftijd van een jaar.

3. *Alkmaar*. De rechtbank te Alkmaar sprak op 10 mei 1983 [NJ 1983, 407] vonnis in de derde casus. Een hoogbejaarde vrouw vroeg over een periode van enkele jaren verschillende malen aan haar huisarts of het niet mogelijk was om haar leven te beëindigen door middel van een medische ingreep. De vrouw gaf de arts bovendien een euthanasieverklaring, welke door de arts werd geaccepteerd. De laatste weken voor haar overlijden werd de vraag naar de levensbeëindiging steeds indringender; de algehele toestand van de vrouw deed die vraag ook verklaren. De geestelijke vermogens bleven intact doch lichamenlijk verminderden haar vermogens zienderogen. Toen hierbij het verzoek kwam van de zoon om de wens van de moeder in te willigen, besloot de arts tot euthanasie, die hierop per injectie werd uitgevoerd. De rechtbank ontsloeg de arts van rechtsvervolging; tegen het vonnis is hoger beroep aangetekend.

Analyse casusposities

De eerste twee gevallen onderscheiden zich van het derde geval in die zin dat in de eerste twee gevallen degene die de levensbeëindiging uitvoerde, in een zeer nauwe familierelatie tot de patiënt stond; in beide gevallen waren zij bovendien niet – althans zeker niet beleidsbepalend – bij de behandeling van de patiënt betrokken. Bij de beoordeling van deze eerste twee casusposities is de rechtbank overigens niet toegekomen aan de bijzondere omstandigheid van de nauwe familierelatie. In het volgende zal ik hierop ingaan.

Familierelatie arts-patiënt

Het bestaan van een familieband is een bijzondere omstandigheid die nadere beschouwing behoeft. Een familieband is vaak de oorzaak van de emotionele betrokkenheid bij het lijden van een naaste, een betrokkenheid die van geheel andere aard is dan de betrokkenheid die er bij professionele hulpverleners wordt aangetroffen. Als nu medische professe en bloed- of aanverwantschap samengaan, dan houdt dat niet automatisch in dat het rationele van de professe uitstijgt boven het emotionele van de familieband. Beïnvloeding, over en weer, is voor de hand liggend. Ik ga er voorshands van uit dat die beïnvloeding

in de praktijk ook daadwerkelijk bestaat, zeker daar waar de familiale verbondenheid zodanig is dat de patiënt aan de arts, tevens familielid zijnde, om levensbeëindiging vraagt. De kans dat de beslissing om tot euthanasie over te gaan in zo'n geval niet met de vereiste objectieve ogen wordt gezien, is wezenlijk aanwezig.

Indringend komt dan ook de vraag op hoe een nauwe familieband te duiden in de relatie tussen arts en patiënt, daar waar het gaat om het meest ingrijpende in een mensenleven, de zelfverkozen levensbeëindiging. Vooropgesteld de oprechtheid van de bedoelingen bij de arts wil ik toch niet nalaten te memoreren dat het door de dood verbreken van familiebanden vaak vermogensrechtelijke gevolgen heeft. Het overlijden van een familielid kan, via de regels van het erfrecht, doorwerken in het eigen vermogen. De weg naar apert misbruik kan beter a priori worden afgesneden dan dat achteraf getoetst moet worden of de intenties van de arts wel volkomen zuiver waren. Naast dit aspect is er het aspect van het belang dat de samenleving heeft bij goede onderlinge verhoudingen binnen familieverbanden. Gaat een arts – tevens familielid – in op het verzoek om euthanasie, dan is het zeer wel denkbeeldig dat andere familieleden de arts later gaan bekritisieren om zijn beleid. Of men wil medebeslissingsbevoegdheid bij de totstandkoming van het besluit om aan het verlangen tot levensbeëindiging tegenmoet te komen. Dat alles kan tot hevig gestoorde familieverbanden leiden, iets dat in principe vermeden moet worden.

Als derde en laatste punt memoreer ik de objectiviteit die de arts in acht moet nemen bij zijn beslissing om tot euthanasie over te gaan. De motieven die leiden tot het besluit om euthanasie uit te voeren, moeten objectief toetsbaar zijn, moeten vrij zijn van emotionele waarden die voortvloeien uit banden van bloed- of aanverwantschap.

De objectiviteit van degene die de beslissing moet nemen, kan door familiebindingen worden beïnvloed, zeker als men bedenkt dat het veelal zo zal zijn dat, hoe hechter de familieband, hoe intenser bij de familie het verlangen opkomt om de patiënt daadwerkelijk te helpen. En hoe groter dat emotionele verlangen is, hoe makkelijker vaak over rationele contra-indicaties wordt heengestapt.

Zeker besef ik dat een nauwe familieband een optimale voedingsbodem kan zijn voor een rijke en diepe vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Bij zo'n ingrijpende gebeurtenis als het beëindigen van het leven van een naaste is echter de kans dat men niet tot een zeer evenwichtige afweging van belangen komt, te manifesteren aanwezig. Het voordeel van de rijkere en diepere vertrouwensband weegt dan niet op tegen het nadeel van de kans op een niet geheel objectieve besluitvorming aan de zijde van de arts. Alsdan is aan het vereiste van uiterste zorgvuldigheid bij het nemen van de beslissing om tot euthanasie over te gaan, niet voldaan.

Let wel, ik bepleit niet een emotieloze of emotievrije beslissing

door de arts, wat ik voorsta is een beslissing die niet beïnvloed is door de emotionele gevoelens die nu eenmaal inhaerent zijn aan familiale bindingen.

Als een patiënt vrijwillig en weloverwogen besluit dat hij zijn leven beëindigd wil zien omdat de dragelijkheid van dit leven niet meer als zinvol door hem wordt ervaren, is dit een beslissing van de patiënt alléén. Als die patiënt met de vraag om levensbeëindiging komt bij een niet-familiegebonden arts en bij een familiegebonden arts, dan is de kans zeer wel aanwezig dat in het tweede geval de affectie die men nu eenmaal voor zijn naasten heeft, een rol gaat spelen binnen het besluitvormingsproces inzake het al dan niet ingaan op de vraag naar euthanasie. Dát element, dié beïnvloeding van de beslissing wil ik elimineren. Een affectieve relatie gebaseerd op familieverbanden mag niet leiden tot uitstellen van of tot het eerder ingaan op de vraag om euthanasie.

Geadstrueerd door het vorenstaande wijs ik derhalve de mogelijkheid dat een arts, tevens familiegebonden naaste, euthanasie mag toepassen, af.

Bij het afwijzen van de mogelijkheid dat een familielid-tevens arts euthanasie uitvoert heb ik mij mede laten leiden door de gedachte dat het voor dit familielid in het algemeen betrekkelijk eenvoudig moet zijn om een andere arts te vinden met wie de problematiek bespreekbaar is. Primair denk ik daarbij aan contacten met de behandelend arts, waarbij deze laatste zich wel moet realiseren dat het familielid, tevens arts zijnde, niet de status heeft van onafhankelijk persoon. De aanwezigheid van een redelijk alternatief heeft derhalve mede de afwijzing van door familiebanden gebonden artsen als uitvoerder van de wens tot levensbeëindiging in de hand gewerkt.

Behandelend arts

De vraag of euthanasie moet worden uitgevoerd door de behandelend arts, of dat ook een niet behandelend medicus deze taak op zich kan nemen, lijkt beslist te worden ten gunste van de laatste opvatting. Echter met dien verstande dat de tussen arts en patiënt bestaande relatie zodanig is dat die het zuiver overbrengen van de wens van de patiënt kan dragen. Tegen een ontwikkeling in deze richting zijn, naar mijn mening, geen zwaarwichtige bedenkingen in te brengen.

Mening van familieleden

In de derde casus valt op dat de huisarts tot euthanasie besloot toen het verzoek van de zoon van de patiënt kwam om aan de wens tot levensbeëindiging van zijn moeder, gevolg te geven. Dit verzoek van de zoon was, zo blijkt uit de tekst van het vonnis, een beslissend moment in het besluitvormingsproces bij de arts. Dit lijkt mij nu

onzuiver. Voor euthanasie is vereist dat de handeling van de levensbeëindiging uitsluitend wordt ingegeven door de wens van de patiënt. In het onderhavige geval was er weliswaar de wens van de patiënt, doch doorslaggevend is die kennelijk niet geweest. Doorslaggevend voor het besluit tot uitvoering van de levensbeëindiging is de benadrukking van die wens door de zoon geweest. De laatste twijfel wordt in dergelijke gevallen in feite door de familie weggenomen, de arts wordt als het ware over de streep getrokken, zo lijkt het dan. Dat kan de vraag oproepen of de wens van de patiënt inderdaad wel helemaal volgroeid was. Zoiets kan een gevaarlijke ontwikkeling inhouden, euthanasie is een zaak tussen patiënt en arts en voor de mening van een derde, die familiebanden met de patiënt heeft, is geen plaats. Men komt dan in de buurt van het schemerige gebied tussen levensbeëindiging op verzoek van de patiënt en levensbeëindiging waarbij een derde meebeslist, mede op verzoek van een derde zou men bijna kunnen stellen. Dat laatste tendeert naar moord. Niet voldoende kan gewaarschuwd worden tegen beïnvloeding door derden van het al dan niet nemen van de beslissing om tot euthanasie over te gaan. Vaak zullen de motieven van deze derden volkomen zuiver en oprecht zijn, doch het is niet aan de arts om de al dan niet aanwezigheid van deze zuiverheid of oprechtheid vast te stellen.

Overwegingen van de rechter

In de eerste casus – we schrijven 1952 – overwoog de rechtbank dat in de wet geen bepaling is te vinden die een vrijstelling of ontheffing geeft van het verbod op levensbeëindiging bij de evenmens, ook niet indien ernstig lijden van die evenmens iemands geweten tegen dat verbod in opstand zou brengen. Hieruit moet worden afgeleid, aldus de rechtbank, dat de wetgever in gewetensconflicten geen grond heeft gevonden voor uitsluiting van de strafbaarheid ingevolge het plegen van euthanasie. Omdat destijds nog geen sprake was van zelfs maar een begin van acceptatie van actieve euthanasie in brede lagen van de bevolking, heeft het verweer van verdachte zich niet kunnen uitstrekken tot deze, later gegroeide, acceptatie. In zoverre is deze uitspraak voor ons dan ook van minder belang.

Eenentwintig jaar later – de tweede casus, 1973 – heeft de rechter aanmerkelijk meer oog voor de maatschappelijke ontwikkelingen. De Inspecteur van de Volksgezondheid, die als getuige-deskundige was opgeroepen, verklaart:

‘dat de gemiddelde medicus in Nederland het niet meer als juist aanvaardt, het leven van een patiënt te rekken tot het bittere eind en dat, indien:

A. het gaat om een patiënt, die door ziekte of ongeval ongeneeslijk is – al dan niet gepaard aan korte of lange periode(n) van op- of neergang – of die medisch als ongeneeslijk valt aan te merken,

- B. zijn lichamelijk of geestelijk lijden subjectief voor de patiënt ondragelijk of ernstig is,
- C. de patiënt eventueel voorafgaand schriftelijk, te kennen heeft gegeven het leven te willen beëindigen, in elk geval uit zijn lijden verlost te willen worden,
- D. de stervensperiode van de patiënt naar medisch oordeel is ingegaan of zich heeft aangekondigd,
- E. door een arts, t.w. de behandelend arts of medisch specialist, dan wel in overleg met die geneesheer wordt ingegrepen, dan in medische kring in ons land en ook door hemzelf wordt aanvaard, dat aan de patiënt teneinde zijn lijden geheel of zoveel mogelijk te verzachten opklimmende doses worden toegediend, bij lichamelijk lijden veelal van morphine, bij geestelijk lijden van psychofarmaka en dat dan de toedienende medicus welbewust op de koop toe neemt dat het beoogde doel n.l. die verzachting levensverkorting voor de patiënt meebrengt en dat dan behalve dat toedienen overigens in elk geval ook als middel wordt aanvaard het (verder) nalaten van behandeling van zich eventueel voordoende gevallen als o.a. infecties.'

De rechtbank verenigde zich met dit standpunt van de getuige-deskundige, zij het dat ten aanzien van het punt van het zijn ingegaan of aangekondigd zijn van de stervensfase wordt opgemerkt dat aan dit vereiste in principe niet voldaan behoeft te worden. De rechtbank overwoog '... dat het de rb uit algemene wetenschappelijke ervaring bekend is, dat zich in vele gevallen ongeneeslijke ziekte of laesies door ongeval, gepaard aan een zeer ernstig lichamelijk en of geestelijk lijden, voordoen bij overigens vitale mensen, die in die toestand lange jaren in leven blijven en dat de rb niet van oordeel is, dat aan zodanige lijdens de door de getuige-deskundige boven omschreven verzachting zou moeten worden onthouden, vaak langdurig onthouden nog wel.'

De rechtbank stemde dus in met het toedienen van opklimmende doses medicamenten met als doel en gevolg verzachting van het lijden en bovendien met als gevolg verkorting van het leven van de patiënt. De vraag of het doel van het toedienen van de opklimmende doses uitsluitend levensverkorting enerzijds of levensverkorting en verzachting van het lijden anderzijds mocht zijn, is niet aan de orde gekomen in de verklaring van de Inspecteur van de Volksgezondheid; ook de rechtbank heeft zich destijds niet op dat pad gewaagd. Levensverkorting was slechts een geaccepteerd gevolg van de therapie, het was géén doel op zichzelf.

In casu had de betreffende arts evenwel geen opklimmende doses toegediend, doch één letale dosis. Dit ging de rechtbank dan ook te ver; nu er voor de dochter de keuze bestond tussen de opklimmende doses met als doel verzachting van het lijden en als geaccepteerd gevolg de levensverkorting enerzijds en een letale dosis ineens met als doel uitsluitend levensbeëindiging, anderzijds had de arts moeten kiezen, aldus de rechtbank, voor de eerste mogelijkheid. De letale dosis werd geen redelijk alternatief geacht voor het door de arts

beoogde doel, namelijk het bevrijden van het lijden van de patiënt.

In de derde casus ontslaat de rechtbank een huisarts van rechtsvervolging nadat gebleken was dat die arts aan het verzoek van een hoogbejaarde en ernstig zieke patiënte om haar leven te beëindigen heeft voldaan door die patiënte enkele injecties toe te dienen met een letale dosis medicamenten, als gevolg waarvan zij direct overleed. Het doel van het toedienen van deze injecties was uitsluitend levensbeëindiging.

Euthanasie, aldus de rechtbank, is niet strafbaar (wegens het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid), 'als het besluit tot levensbeëindiging door degene die om hulp vraagt weloverwogen en op grond van een duurzaam lijden is genomen en als voorts de hulpverlener zowel bij de beoordeling van de vraag of van bovenbedoelde situatie sprake is, als ook overigens bij zijn hulpverlening voldoet aan de eisen van de allergrootste zorgvuldigheid, alle omstandigheden van het geval in aanmerking genomen'.

Drie elementen dus: een weloverwogen besluit door de patiënt, een duurzaam lijden bij de patiënt en het voldoen aan de eisen van de allergrootste zorgvuldigheid door de arts. De twee eerste elementen zijn betrekkelijk concreet, het derde element is dat veel minder. Over dit derde element, de allergrootste zorgvuldigheid, thans meer.

De rechtbank zegt in het onderhavige geval dat het handelen van de arts de toets van de in deze te stellen eisen van allergrootste zorgvuldigheid kon doorstaan en wel nadat de rechtbank gebleken was dat:

1. patiënte, meer dan eens, ook tegenover de arts kenbaar had gemaakt dat door haar zeer hoge leeftijd en haar daarmee samenhangende zich gedurig en kennelijk definitief verslechterende gezondheidstoestand, zij het leven als ondragelijk ervoer;
2. het verlangen om te sterven patiënte reeds een aantal jaren vervulde terwijl dit verlangen steeds sterker werd;
3. patiënte het besluit tot levensbeëindiging vrijwillig en weloverwogen had genomen;
4. patiënte een goed besef had van de situatie waarin zij verkeerde;
5. niets hoegenaamd erop wees dat haar verzoeken tot hulpverlening bij de beëindiging van haar leven in feite als vragen om hulpverlening van andere aard hadden begrepen behoren te worden;
6. de arts de beslissing om de hulp te verlenen genomen heeft na overleg en beraad met een andere arts die bekend was met patiënte en haar verlangen tot levensbeëindiging;
7. de arts de beslissing om de hulp te verlenen genomen heeft in samenspraak met de naaste familieleden van patiënte, welke familieleden haar wens tot vrijwillige levensbeëindiging respecteerden en ook ondersteunden.

We zien nu het volgende beeld: een patiënte waarbij de geestelijke vermogens intact zijn en die weloverwogen het besluit tot levens-

beëindiging nam, daarbij besef hebbende van de situatie waarin zij verkeerde. Vaak zal het echter niet zo duidelijk zijn als in dit geval. De vraag is, hoe te oordelen in de gevallen waarin de geestelijke vermogens van de patiënt zijn verminderd, zodanig dat niet evident is dat gesproken kan worden van een vrijwillig en weloverwogen besluit tot beëindiging van het leven. In het element weloverwogen wil ik dan insluiten de waardering door de patiënt van zijn welbevinden. We krijgen dan drie groepen patiënten:

- (a) patiënten die een besluit tot levensbeëindiging vrijwillig en weloverwogen kunnen nemen omdat hun geestelijke vermogens zo'n besluitvorming mogelijk maken;
- (b) patiënten die op grond van hun geestelijke vermogens niet meer in staat zijn vrijwillig en weloverwogen een besluit tot levensbeëindiging te nemen;
- (c) patiënten die bij vlagen nog beschikken over adequaat functionerende geestelijke vermogens en patiënten van wie niet of vrijwel niet te beoordelen is of hun geestelijke vermogens nog zodanig adequaat functioneren dat zij een vrijwillig en weloverwogen besluit tot levensbeëindiging kunnen nemen, de grensgevallen dus.

Gelet op de ontwikkeling in rechtspraak en literatuur mag men aannemen dat algemeen aanvaard is dat euthanasie op een patiënt uit groep a, mits voldaan wordt aan de eisen van de allergrootste zorgvuldigheid, niet tot strafbaarheid zal leiden. Euthanasie op patiënten die onder groep b zijn begrepen, is nimmer toelaatbaar. Bij de grensgevallen, groep c derhalve, is euthanasie, gelet op de huidige stand van rechtspraak en literatuur, vrijwel zeker strafbaar. Euthanasie is in dit laatste geval alleen verantwoord indien overtuigend aannemelijk gemaakt kan worden dat het besluit tot levensbeëindiging door de patiënt is genomen op een tijdstip waarop aan de eis van een vrijwillig en weloverwogen besluit, voldaan is. In de meeste gevallen zal het dan gaan om een schriftelijke euthanasieverklaring die in het verleden is opgesteld en getekend. Een dergelijke verklaring kan zeer wel dienen om het verlangen aannemelijk te maken.

We zijn nu gekomen aan het punt dat de grens van het al dan niet in aanmerking komen voor euthanasie ligt bij het al dan niet hebben geuit van het vrijwillig en weloverwogen genomen besluit tot levensbeëindiging. Als dit besluit niet is geuit, is euthanasie niet mogelijk. Nu de mogelijkheid bestaat om reeds nu, voor de nabije maar ook voor de verre toekomst een euthanasieverklaring op te stellen en te ondertekenen, kan men niet stellen dat aan patiënten die niet meer over hun geestelijke vermogens beschikken, euthanasie wordt onthouden. Zij hebben immers, toen zij nog wél over hun geestelijke vermogens beschikten, niet gekozen voor euthanasie, om welke reden dan ook. Voor deze groep staat de weg open naar toediening van opklimmende doses medicamenten met als doel verzachting van het

lijden en bovendien met als gevolg levensverkorting. Een wilsuiting van de patiënt is hiervoor niet vereist.

Opgemerkt zij nog dat het buiten dit kader valt om in te gaan op de eisen die aan een euthanasieverklaring en aan het gebruik van een euthanasieverklaring gesteld moeten worden. Als in het voorgaande over een dergelijke verklaring wordt gesproken, is bedoeld een verklaring die aan de in deze te stellen eisen voldoet.

Zorgvuldigheidseisen

De rechtbank formuleerde in de derde casus de eis van de allergrootste zorgvuldigheid waarna, aan de hand van zeven feitelijke punten, werd geoordeeld dat aan deze zorgvuldigheidseis was voldaan. De eerste vier punten betroffen het als ondragelijk ervaren van het leven, het stervensverlangen, het vrijwillig en weloverwogen nemen van het besluit tot levensbeëindiging en, tot slot, het besef bij de patiënte van de situatie waarin zij verkeerde.

Het vijfde punt wijst op de mogelijkheid dat de vraag om euthanasie een verkapte hulpvraag is; de uiting van het stervensverlangen maskeert dan de dieperliggende roep om hulp van andere aard dan levensbeëindiging. Bij de beoordeling van de vraag of hier van een gemaskeerde hulpvraag sprake is kan van betekenis zijn de lengte van de periode waarin de patiënt om stervenshulp vraagt. Hoe langer deze periode is, hoe groter de kans dat het inderdaad een zuivere vraag naar levensbeëindiging betreft. De lengte van de periode kan daarbij ook het aspect van de weloverwogenheid profileren. Het zesde punt handelt over het overleg door de behandelend arts met een collega die met de patiënte en haar verlangen bekend is. Mij lijkt dat dit geen constitutief element is; als overleg mogelijk is lijkt me dit noodzakelijk. Het lijkt me echter niet vereist dat twee artsen, beiden bekend met de patiënt en met diens stervensverlangen, overleg moeten plegen voordat één van beiden het besluit neemt tot het toedienen van de letale dosis medicijnen. Als zevende punt is er de samenspraak met de naaste familieleden. Dit komt mij onjuist voor als een vereiste om tot euthanasie te besluiten. Vanzelfsprekend is dit overleg gewenst, een *conditio sine qua non* mag het evenwel niet zijn. Zoals al eerder gememoreerd is euthanasie in principe een zaak tussen arts en patiënt; naasten mogen weliswaar de wens van de patiënt ondersteunen, doch enige invloed op de beslissing, noch van de patiënt, noch van de arts, is hun beslist niet voorbehouden. In zoverre moet ook de beslissing van de arts vrijwillig en weloverwogen genomen worden.

De zeven punten zijn feiten en omstandigheden van dit concrete geval; in principe strekt de werking zich dan ook slechts uit tot dat concrete geval. In casu mag men evenwel aannemen dat de rechter in zijn vonnis een meerwaarde heeft gelegd, in die zin dat de uitspraak

mede de richting wil aangeven waarin de toelaatbaarheid van vrijwillige euthanasie zich ontwikkelt. Het is een zoeken naar een synthese tussen het zelfbeschikkingsrecht van de mens en de eerbied voor het leven. Ik meen dat de rechter tot op heden daarin goed is geslaagd.