

Dijsselbloem

van fiscale instrumenten; dat is namelijk een beetje het probleem met uw benadering. Enerzijds weet u nu al op welke wijze u een aantal zaken wilt oplossen, anderzijds kiest u definitief voor het fiscale instrument. Voor bijvoorbeeld de chronisch zieken zijn echter ook zeer wel andere instrumenten denkbaar. Het lijkt mij een heel goede benadering om op korte termijn in breder verband te bekijken welke instrumenten ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld voor chronisch zieken. Daar heb ik op dit moment vrede mee.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vraag dit uitgerekend aan u, omdat u hier namens de PvdA-fractie spreekt. GroenLinks, het CDA en de PvdA vormen een meerderheid. Wij hoeven niet weer te wachten op de resultaten van het denkwerk van het kabinet in het voorjaar. Wij kunnen nu spijkers met koppen slaan. Het gaat om het inkomensbeeld voor 2001. Als u, ik, de staatssecretaris en alle collega's hier in het voorjaar gaan denken, is 2001 voorbij. Wij moeten dus nu zaken doen. U moet morgen in het debat ja of nee zeggen. Daarom vraag ik u nu wat u van die amendementen vindt. Dat laat onverlet dat wij het debat dit voorjaar op alle terreinen voortzetten, met of zonder aanvaarding van de amendementen.

De heer **Dijsselbloem** (PvdA): Ik denk dat het duidelijk is wat ik heb gezegd. Het inkomensbeeld voor volgend jaar is een stuk beter dan u voorspiegelt, maar er zijn meer verbeteringen mogelijk, ook in de komende jaren. Ik denk dan aan een gerichte lastenverlichting. Daar zullen wij het snel over eens worden. Maar nogmaals, ik ben nog niet toe aan een definitief oordeel over alle ingediende amendementen. Daar komen wij morgenochtend wel aan toe. In het algemeen verkies ik de benadering om te bekijken wat er door de vakdepartementen kan worden aangedragen in de sfeer van subsidies en directe inkomensoverdracht boven de benadering om alleen naar snel toepasbare fiscale instrumenten te kijken. Bij die laatste benadering weet ik niet of wij het wel goed regelen, terwijl de eerste benadering een goede en verstandige werkwijze is.

Mevrouw **Giskes** (D66): U sprak net

over de autobelastingen. Er zijn twee amendementen ingediend over de auto van de zaak, bedoeld om de fiscale behandeling hiervan meer met het groene belang overeen te laten komen. Bent u van plan die amendementen te steunen?

De heer **Dijsselbloem** (PvdA): Daarvoor geldt natuurlijk hetzelfde antwoord. Ik wacht graag de reactie van de staatssecretaris af. Ik kan de amendementen nog niet helemaal doorgronden, maar ik krijg sterk de indruk dat u wilt schuiven in het onderscheid – dat natuurlijk in de systematiek zit – tussen woon-werkverkeer en privé-verkeer. Het lijkt mij goed om aan dat onderscheid vast te houden. Dat lijkt mij een heldere maatstaf. Ik zie niet helemaal wat u met die verschuiving beoogt. Het lijkt mij in ieder geval een verwarrende benadering. Iets is privé of iets is woon-werkverkeer.

Mevrouw **Giskes** (D66): Met dien verstande dat woon-werkverkeer gewoon privé-verkeer is, als men geen auto van de zaak heeft. Die amendementen maken dit voor iedereen gelijk: woon-werkverkeer is privé-verkeer. Ik kan mij voorstellen dat u daar, zonder de staatssecretaris gehoord te hebben, al een opvatting over heeft.

De heer **Dijsselbloem** (PvdA): Het is een buitengewoon ingewikkeld amendement. U hebt op zich gelijk dat wij spreken over de behandeling van de auto van de zaak. U schuift met het onderscheid in de regeling tussen kilometers voor woon-werkverkeer en kilometers voor privé-verkeer. Het lijkt mij een schimmige benadering, maar ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris. Misschien zie ik het verkeerd en is het een heel heldere en hanteerbare benadering.

De **voorzitter**: Mijnheer Vendrik, het is heel ongebruikelijk om in dezelfde ronde opnieuw te interrumpen. Ik neem aan dat het echt nodig is.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ja, voorzitter, al was het maar omdat mevrouw Giskes en ik op dit punt graag gezamenlijk optrekken. Als u het mij toestaat, zou ik een laatste vraag willen stellen.

Het punt is dit, mijnheer Dijsselbloem. Als u het amendement niet steunt – we zullen die vraag ook aan

de staatssecretaris stellen –, dan zou het eigenlijk logisch zijn, voor de mensen die niet in de luxe positie zitten dat zij een auto van de zaak krijgen, het onderscheid tussen woon-werkverkeer en privé-kilometers weer helemaal terug te halen in de wet en zo de kilometers die iemand aflegt met de eigen auto, volledig fiscaal te faciliteren. Dat gebeurt nu niet meer. Als u derhalve dat onderscheid wilt handhaven, zou u zichzelf er bijna toe verplichten met een eigen amendement te komen om de fiscale behandeling van de eigen auto die je gebruikt om naar het werk te gaan, weer te verruimen. Die amendementen zie ik niet en dan lijkt het me dat de argumentatie minder steekhoudend is dan u wellicht zou wensen.

De heer **Dijsselbloem** (PvdA): U duikt nu volledig in de techniek en dat is uw goed recht. Ik stel u voor dat wij eerst de reactie van de staatssecretaris afwachten en dan beloof ik u dat ik in tweede termijn – ik was overigens van plan dit ook voor andere amendementen zo te doen – een oordeel erover zal vormen. U pakt er nu een paar uit en vraagt mij specifiek wat daarover mijn oordeel is. Nu, ik heb er nog geen definitief oordeel over. Dat kunt u jammer vinden en als u mij nu zou dwingen, zou het misschien op een manier uitpakken die u helemaal niet wenst. Laten we nu dus even rustig de tweede termijn afwachten.

De **voorzitter**: Nee, ik sta u thans geen interruptie meer toe, mijnheer Vendrik, want laatste keer is laatste keer. En de heer Dijsselbloem zegt toch niets anders; dat kan ik u nu wel, hem driemaal gehoord hebbend, vertellen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 14.56 uur tot 15.00 uur geschorst.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) (26691).**



De heer Korthals, minister van Justitie

(Zie vergadering van 21 november 2000.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Korthals**: Mevrouw de voorzitter! Graag wil ik mijn bijdrage aan dit debat beginnen met het uitspreken van een woord van grote waardering, mede namens mijn collega van Volksgezond, Welzijn en Sport, voor de wijze waarop gisteren van de zijde van de Kamer een aanvang is gemaakt met de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel

In alle bijdragen klonk door dat de materie die het wetsvoorstel beoogt te regelen, onze hele samenleving raakt. Die bijdragen waren principieel, diepgaand en uitvoerig. Ik ben onder de indruk geraakt van de doorwrochte wijze waarop de verschillende thema's rond dit wetsvoorstel ter sprake zijn gebracht. Zonder in welk opzicht dan ook aan enige spreker tekort te doen, wil ik hier toch de heer Van der Vlies noemen.

Thema's zoals de rol van de overheid, het zelfbeschikkingsrecht, het zoeken naar de grenzen van wat een verantwoorde regeling is voor dit moeilijke onderwerp en vele andere verwante zaken zijn aan de orde gekomen. Wij menen dat de

discussie is gevoerd op een wijze die past bij dit onderwerp: evenwichtig, nauwgezet, indringend, beargumenteed en met respect voor elkaars overtuiging. Op deze wijze krijgen de woorden "gemeen overleg" daadwerkelijke betekenis. Wij van onze kant zullen ons ervoor inzetten het debat op eenzelfde goede wijze voort te zetten.

Voorzitter! Met de heer Rouvoet en enkele andere sprekers meen ik dat met dit debat niet het laatste woord is gezegd. Dat kan ook niet, gelet op het maatschappelijk belang van het onderwerp. Dit neemt niet weg dat wij vandaag staan aan de vooravond van de afsluiting van een debat dat al enkele decennia lang in ons land wordt gevoerd. Het kabinet heeft in dit verband gesproken van een sluitstuk. Verschillende sprekers spraken van een codificatie van reeds lang geldend recht. Dat onderschrijven wij. Ik kan mij dan ook niet vinden in het betoog van de heer Rouvoet waarin doorklinkt dat wij nu weer een stap zouden doen op een weg die, zo zei hij, bergafwaarts zou gaan.

Het kabinet bestrijdt deze stellingname. Het kan zich dan ook niet vinden in hetgeen hij heeft opgemerkt over de ontwikkelingen rond het euthanasievraagstuk gedurende de afgelopen jaren. Wij zijn van mening dat de afgelopen jaren door de politiek, door

maatschappelijke groeperingen en door de betrokken beroepsorganisatie met uiterste zorgvuldigheid, integer en prudent over dit delicate vraagstuk van euthanasie is gediscussieerd; een vraagstuk waaromtrent ieder vanuit zijn of haar godsdienstige of levensbeschouwelijke overtuiging een opvatting heeft.

In onze pluriforme samenleving is het niet anders dan dat over een vraagstuk als euthanasie heel verschillend wordt gedacht. Het debat dat wij nu voeren, getuigt daarvan. Ook in mijn inleiding ben ik daarop ingegaan. Het is niet aan het kabinet om de verdediging van dit wetsvoorstel te baseren op een bepaalde godsdienstige of levensbeschouwelijke opvatting. Voor het kabinet geldt dat dit wetsvoorstel gebaseerd is op waarden en vooronderstellingen waarin zich velen in onze samenleving kunnen vinden. Tot die waarden behoren de beschermwaardigheid van het menselijk leven, de rechtszekerheid voor de patiënt, de rechtszekerheid voor de arts en transparantie van de wettelijke regeling. Daarover debatteren wij vandaag. En ik voel mij niet prettig bij de suggestie van de heer Rouvoet dat wij nonchalant zouden zijn omgegaan met het aangeven van de grondslagen van dit wetsvoorstel. Wij respecteren uiteraard dat hij vanuit de opvatting van de politieke groepering die hij in deze Kamer vertegenwoordigt, dit wetsvoorstel op een andere wijze beoordeelt. Wij van onze kant vragen respect voor onze opvatting zoals die in de stukken een- en andermaal is vastgelegd.

Achterliggende grondslag van dit wetsvoorstel is de vrijwillige en weloverwogen wens van de patiënt. Zonder zo'n wens van de patiënt, een uiting van zelfbeschikking, komt gerechtvaardigd levensbeëindigend handelen helemaal niet in beeld. Maar daar is niet alles mee gezegd. Het wetsvoorstel stelt tegelijkertijd grenzen, wil levensbeëindiging met inschakeling van een arts gerechtvaardigd zijn. Die grenzen die gericht zijn tot de arts, zijn gebaseerd op een andere grondslag van het wetsvoorstel, namelijk de zorgvuldigheid. De zorgvuldigheid die bij de wijze waarop de arts met de wens van de patiënt moet omgaan, wordt gehanteerd. Derhalve geen "u vraagt, wij draaien". Anders gezegd, de oprechte stervenswens van de patiënt is weliswaar voorwaarde,

Korthals

maar niet de enige. In beide elementen, de wens van de patiënt en de wijze waarop de arts er mee moet omgaan, ligt de rechtszekerheid besloten die dit wetsvoorstel beoogt te bieden.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik denk dat het goed is de twee dingen die ik op dat punt gezegd heb uit elkaar te halen. Als ik dat misverstand mag ophelderen, graag. Ik heb het woord nonchalance gebruikt; ik heb zelfs het woord onverschilligheid gebruikt. Ik heb dat gedaan in relatie tot een ander deel van het debat, met name het wetgevingsoverleg. Het ging mij daarbij om de bejegening van voorstellen en amendementen van onder andere mijn fractie. Een ander punt is, en daar gaat de minister nu op in, waarvoor ik hem erkentelijk ben, dat ik het onduidelijk heb genoemd wat de grondslag van het wetsvoorstel is in deze fase. Ik heb hem in dat verband wel gehekelde dat in de memorie van toelichting die vraag niet eens gesteld werd en naar het initiatiefwetsvoorstel werd verwezen.

Minister **Korthals**: Goed. Ik neem hiervan kennis.

Voorzitter! De fractie van RPF/GPV en de fractie van de SGP wijzen dit wetsvoorstel echt principieel af. Daarvan hebben wij met respect maar wel met teleurstelling kennisgenomen. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid – mevrouw Swildens wees daar terecht op – om met betrekking tot zo'n moeilijk onderwerp zoals euthanasie, stelling te nemen en grenzen te stellen aan ongewenste ontwikkelingen waarover vervolgens met de volksvertegenwoordiging in een open debat kan worden gesproken. Het kabinet loopt niet weg voor zijn verantwoordelijkheid, niet wat betreft het wetsvoorstel en ook niet wat betreft andere vraagstukken van medisch-ethische aard. De doelstellingen van dit wetsvoorstel zijn tweërlei: beschermwaardigheid van het menselijk leven enerzijds en respect voor de stervenswens van de ernstig lijdende patiënt die verlangt om waardig te sterven anderzijds.

Voor de heer Rouvoet is er, zoals hij het uitdrukte, voor het doden van een ander in onze samenleving geen plaats. Door in dergelijke termen te spreken over de arts die zijns ondanks komt te verkeren in de

situatie waarvoor dit wetsvoorstel een voorziening beoogt te treffen, wordt naar onze mening onrecht gedaan aan de gewetensvolle wijze waarop artsen de afgelopen jaren, vaak zonder enig richtsnoer van de politiek, te werk zijn gegaan. Dit wetsvoorstel schept geen recht op euthanasie en geen arts wordt door dit wetsvoorstel verplicht om in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging. Daarmee respecteert het wetsvoorstel degenen in onze samenleving, zoals ook in de politieke groeperingen die de heren Rouvoet en Van der Vlies in deze Kamer vertegenwoordigen, die dit wetsvoorstel op principiële gronden afwijzen. Het is het goed recht van hen, zoals zij ook hebben gedaan, om dit wetsvoorstel te vuur en te zwaard te bestrijden. Wij van onze kant zullen ons best doen – daarvoor staan wij hier – om de Kamer ervan te overtuigen dat dit wetsvoorstel het verdient om wet te worden.

Voorzitter! Alle sprekers zijn ingegaan op de verwachting van het kabinet dat met dit wetsvoorstel de meldingsbereidheid zal toenemen. Mevrouw Swildens heeft met het kabinet deze stellige overtuiging. Ook mevrouw Halsema ging hierop in relativerende zin in. In antwoord op een vraag van mevrouw Ross kan ik zeggen, dat wij zeer optimistisch zijn over de toeneming van de meldingsbereidheid. Kort en goed, baseren wij deze opvatting op het gegeven dat met dit wetsvoorstel de strafbedreiging wordt opgenomen. Precies deze omstandigheid, zo bleek uit het evaluatieonderzoek van 1996, vormt voor artsen nog steeds de grootste belemmering om te melden. Hiermee hebben wij meteen een antwoord gegeven op een vraag van de heer Rouvoet. Wij zien dan ook geen aanleiding om, zoals de heer Vos vroeg, tussentijdse voorzieningen te treffen om de meldingsbereidheid te bevorderen. Ik breng nog eens in herinnering dat ook door de meest betrokken beroepsorganisatie, te weten de KNMG, op het zetten van deze stap reeds jarenlang wordt aangedrongen. Deze beroepsorganisatie, die zeer onlangs nog haar instemming met dit wetsvoorstel heeft betuigd, heeft tegenover haar leden steeds benadrukt dat levensbeëindigend handelen gemeld moet worden.

Zoals wij eerder hebben aangegeven, zal vanaf 1 maart 2001 opnieuw een onderzoek naar de meldings-

procedure euthanasie worden ingesteld. Het is niet nodig, zoals mevrouw Ross heeft gesuggereerd, om eerst de resultaten van dat onderzoek af te wachten alvorens een oordeel over dit wetsvoorstel te geven. Wij beschikken immers over het evaluatierapport van 1996, dat een voldoende basis vormt voor de nu voorgestelde wettelijke regeling. In dit verband beaam ik hetgeen mevrouw Kant naar voren bracht, namelijk dat het van belang is om de ontwikkelingen omtrent euthanasie op lange termijn te volgen. Daarop is ook de herhaling van het onderzoek van Van der Wal en Van der Maas, zoals voorgenomen in 2001, gericht. Uit het onderzoek van 1996 bleek dat de beoordeling van iedere melding door het openbaar ministerie voor veel artsen een bedreiging vormt en een reden kan zijn om niet te melden. Daarbij duurde het meestal vele maanden voordat artsen uitsluitel ontvangten over het oordeel van het openbaar ministerie. Niettemin gaven artsen aan dat zij toetsing van hun handelen gewenst achtten. Om de dreiging van een directe en uitsluitende beoordeling door het openbaar ministerie weg te nemen, is in overleg met de beroepsgroep zelf besloten om de toetsing in eerste instantie mede door de beroepsgroep zelf te doen plaatsvinden. Dit heeft geleid tot de instelling van de toetsingscommissies die een zwaarwegend advies geven aan het openbaar ministerie.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister noemde het door mij gevraagde onderzoek naar de maatschappelijke gevolgen van euthanasie. Kan hij aangeven wat de reikwijdte is van het onderzoek dat wordt ingesteld? Mijn vraag was heel breed: maatschappelijke gevolgen, culturele gevolgen, gevolgen voor verwerking, mogelijke gevoelens van spijt en gevolgen voor familie van mensen die door euthanasie een einde aan het leven hebben gemaakt. Kan de minister zeggen of het onderzoek zo breed wordt opgezet?

Minister **Korthals**: Of het zo breed wordt opgezet, weet ik niet precies. De bedoeling is natuurlijk om te kijken hoe het wetsvoorstel zich verhoudt tot euthanasie zoals wij ons dat voorstellen. Dat betekent inderdaad dat er wordt nagegaan op welke manier de familie en de naaste

Korthals

omgeving daarop reageren, of er meldingsbereidheid is en dergelijke. Het gaat echter niet direct over de sociale gevolgen. Die zouden in een ander onderzoek bekeken moeten worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn verzoek komt voort uit een gesprek dat ik gevoerd heb met dr. Zyllic, die veel ervaring heeft met mensen in de sterffase. Is de minister bereid om een onderzoek in te stellen naar de bredere maatschappelijke en sociale gevolgen?

Minister **Korthals**: Ik moet dat bekijken, want ik moet eerst de uitkomsten van dit onderzoek naar het voorkomen van euthanasie, het functioneren van de toetsingscommissie en alles wat daarmee samenhangt, afwachten.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat antwoord is toch niet genoeg. De procedure en alles daaromheen moet goed onderzocht worden. Een wetsvoorstel moet geëvalueerd worden. Mijn vraag gaat echter verder. Als er een wet gemaakt wordt over euthanasie en levensbeëindiging terwijl de maatschappij daar al heel lang ervaring mee heeft, wil je op zijn minst weten wat de maatschappelijke en sociale gevolgen daarvan zijn.

Minister **Korthals**: Wij gaan eerst het onderzoek uitvoeren zoals ik dat zojuist heb aangegeven. Indien er verder aanleiding toe is om de maatschappelijke gevolgen te onderzoeken, zal daar zeker naar gekeken worden.

De heer **Vos** (VVD): De minister zegt dat hij in de aanloop naar het nieuwe onderzoek van Van der Maas en Van der Wal geen aanleiding ziet om maatregelen te nemen ter bevordering van de meldingsbereidheid. Ik stel echter vast dat de zowel de minister als de KNMG de meldingsbereidheid wil bevorderen. Het zou verstandig zijn als die gezamenlijke intentie en die gezamenlijke krachten gebundeld worden. Voor gezamenlijke beleidsdoelstellingen tussen overheid en sector sluit je een convenant, dat zegt: tezamen zullen wij die beleidsdoelen trekken. Een en ander kan worden bewerkstelligd omdat het OM op het vinkentouw zit en omdat ik verwacht dat ook de

KNMG op het vinkentouw zit. Kan de minister daarop ingaan?

Minister **Korthals**: Voorzitter! Wat dat betreft, moeten de regering en de KNMG, maar ook het openbaar ministerie samen optrekken. Het is de bedoeling dat de KNMG er steeds op gewezen wordt dat zij een plicht heeft ten opzichte van de leden om ervoor te zorgen dat er gemeld wordt. Het is echter ook waar dat het openbaar ministerie alert is op degenen die weigeren, te melden. Een open, transparante methode is de doelstelling van dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Wat verstaat de minister precies onder een toename van de meldingsbereidheid? "Toenemen" is een nogal rekbaar begrip. Op dit moment meldt bijna 60% niet. Wat is de ambitie van de minister op dat punt? Mocht de meldingsbereidheid niet toenemen in de mate die de minister zich voorstelt, wat denkt hij dan op den duur te doen? Gaat hij wellicht de richting op van totale legalisering om artsen uiteindelijk tot het transparant maken van hun handelingen te brengen? Sluit hij dat niet uit of is dat altijd uit den boze?

Minister **Korthals**: Ik ben bezig met het huidige wetsvoorstel en ik ben bepaald niet zo ver zoals naar voren wordt gebracht door mevrouw Ross. Het zal duidelijk zijn dat wij dolgraag willen dat er meer gemeld wordt en dat er duidelijkheid komt. Vandaar dat voor een zorgvuldig handelende arts geen strafbaarheid geldt. Voor de artsen is er alle reden om nu ook daadwerkelijk te melden. Ik mag ervan uitgaan dat zij daar ook aan mee zullen doen. Dat zal ongetwijfeld enige werkzaamheden met zich brengen, maar de zaak is er belangrijk genoeg voor om dat te doen. Ik ga er dus vooralsnog van uit dat het aantal meldingen zal toenemen. Natuurlijk streven wij op termijn naar een percentage van 100.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Als artsen niet melden, zal het openbaar ministerie zich daar nadrukkelijk mee bemoeien, als het daartoe in de gelegenheid is. Kan de minister met meer nadruk uitleggen op welke wijze dat nagegaan kan worden? Als iemand niet meldt, hoe moet het openbaar ministerie daar kennis van krijgen?

Minister **Korthals**: In het rapport-Van der Maas/Van der Wal wordt het werkelijke aantal meldingen genoemd. Dat is nooit het precieze aantal, maar geeft wel een indicatie. Vervolgens geldt altijd bij misdrijven dat je er eerst achter moet zien te komen. Wij hebben daarvoor een goed opsporings- en vervolgingsapparaat. Ik ben overigens bezig met het verhogen van het ophelderingspercentage in algemene zin.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Wat is geruststellend aan de mededeling dat het openbaar ministerie alerter zal zijn ten aanzien van artsen die niet melden? Het OM kan daar toch niet actief alerter op zijn?

Minister **Korthals**: Ik ga ervan uit, en ik pleit ervoor dat iedereen dat doet, dat de artsen de bereidheid hebben om te melden. Dat is een van de belangrijkste doelstellingen van dit wetsvoorstel. In het rapport-Van der Maas/Van der Wal wordt gesteld dat die verwachting gerechtvaardigd is. Wij moeten nu niet spreken over "als, wat dan", maar eerst vaststellen of dit inderdaad niet gebeurt. Ik denk dat er wel degelijke een toename zal zijn van het aantal meldingen.

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw Ross zei zojuist dat 60% van de artsen niet meldt. Het is toch juist, zo vraag ik de minister, dat tweederde wel meldt?

Minister **Korthals**: Iets meer zelfs dan 60% meldt wel.

Voorzitter! In reactie op een vraag van de heer Van der Vlies meen ik dat niet alleen de meldingsbereidheid zal toenemen, maar ook dat de kwaliteit van het medisch handelen door de nieuwe regeling zal worden verhoogd. Dit zal worden bevorderd door de uitbouw van het SCEN-project, dus door de verdere professionalisering van de consultatie vooraf en door de nauwgezette toetsing door de commissies. Deze hebben bovendien een belangrijke mogelijkheid tot feedback naar de arts. Dit geheel zal ertoe leiden dat de inhoud van het gemelde een juiste weergave zal vormen van hetgeen daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

Voorzitter! Verschillende sprekers onder wie de heren Van der Vlies, Dittrich, Rouvoet en mevrouw Ross zijn wederom ingegaan op het

Korthals

vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie. Mevrouw Swildens en de heer Dittrich hebben terecht opgemerkt dat dit wetsvoorstel in geen enkel opzicht een aantasting van het vervolgingsmonopolie inhoudt. Ook mevrouw Halsema onderschreef dit standpunt. Het lijkt mij goed, nog eens aan te geven wat precies moet worden verstaan onder het vervolgingsmonopolie. Ik ben mij ervan bewust dat ik enigszins in herhaling val na hetgeen bij het notaoverleg is gezegd.

Het vervolgingsmonopolie behelst het alleenrecht van het openbaar ministerie om strafzaken bij de strafrechter aan te brengen. In het verlengde daarvan is het openbaar ministerie bevoegd een opsporingsonderzoek in te stellen. Tot het instellen van zo'n opsporingsonderzoek is slechts aanleiding bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dat geldt in het algemeen en niet alleen bij de toepassing van euthanasie. Ingevolge dit wetsvoorstel behoudt het openbaar ministerie in alle gevallen die het krijgt voorgelegd de bevoegdheid, tot strafvervolgning over te gaan. Wel leidt dit wetsvoorstel ertoe dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie terzake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Inderdaad wordt het openbaar ministerie, zoals mevrouw Ross opmerkte, op afstand gezet.

Dat is ook de strekking van het wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel strekt er namelijk toe, de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. Het is een bij de wet ingestelde toetsingscommissie die het handelen van de arts beoordeelt. Dat is in de woorden van de heer Dittrich gesproken een deskundigenoordeel en is niet aan te merken als een uitspraak van een lekenpanel, zoals mevrouw Ross naar mijn gevoel ten onrechte stelde. Dat hier sprake zou zijn van een juridisch monstrum, zoals de heer Rouvoet stelde, bestrijden wij overigens ten stelligste. Een dergelijke kwalificatie doet naar mijn mening onrecht aan de integere en nauwgezette wijze van werken van de toetsingscommissie. Het jaarverslag getuigt daarvan.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik zou

dit antwoord kunnen begrijpen als ik had gezegd dat het een monstrum is, maar ik heb gezegd dat het een juridisch monstrum is. Het ging mij erom dat de toetsingscommissie geen justitiële instantie is die zich een oordeel moet vormen over een bij uitstek justitiële, juridische vraag, namelijk of er een redelijk vermoeden is van een strafbaar feit en of de strafbaarheid kan vervallen. Misschien wil de minister op dat punt ingaan. Hij zal dan beter begrijpen waarom ik heb gesproken over een juridisch novum, om niet te spreken van een juridisch monstrum.

Minister **Korthals**: Voorzitter! De toetsingscommissie beoordeelt of is voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten. Als dat niet het geval is, komt pas de volgende stap aan de orde, namelijk of er sprake is van overtreding van de artikelen 293 of 294 van het Wetboek van Strafrecht.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): De minister en ik verschillen niet van mening over het feit dat als de regionale toetsingscommissie wel tot de conclusie komt dat is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, het openbaar ministerie niet meer toekomt aan de vraag of er sprake kan zijn van strafuitsluitingsgronden. De aanwezigheid van een strafuitsluitingsgrond wordt bij een positief oordeel in laatste instantie beoordeeld door een niet-justitiële instantie. Ik ken geen ander voorbeeld uit ons stelsel waarbij dat het geval is.

Minister **Korthals**: Dat laat de mogelijkheid onverlet voor het openbaar ministerie om welke reden dan ook tot opsporing en vervolging over te gaan. Een van de redenen kan zijn dat er aanwijzingen zijn door aangifte van familie of dat er een klacht is ingediend op grond van artikel 12 van het Wetboek van Strafvordering. Dan heeft het openbaar ministerie nog zijn volledige vrijheid.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Daarover verschillen wij niet van mening. Ik houd staande dat een niet-justitiële instantie zich een oordeel moet vormen over een justitiële vraag. Erkent de minister dat? Daar ken ik geen precedent van. Dit staat los van de eventuele bevoegdheid van het openbaar ministerie zelfstandig tot actie over

te gaan. In eerste instantie is de strekking van het wetsvoorstel het introduceren van dit nieuwe fenomeen, waarbij niet het openbaar ministerie, maar een andere instantie de vraag moet stellen of er sprake is van een redelijk vermoeden van een strafbaar feit.

Minister **Korthals**: Nee, zij moet de vraag stellen of is voldaan aan het zorgvuldigheidsvereiste.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daarbij maakt het OM zich toch afhankelijk van de bevindingen van de toetsingscommissie? Daarmee is toch als het ware een gordijn getrokken voor de werkelijkheid ten opzichte waarvan het openbaar ministerie een eigen verantwoordelijkheid heeft?

Minister **Korthals**: Voor alle duidelijkheid: wat de toetsingscommissie doet, is het geven van een medisch oordeel. Dat laat onverlet de mogelijkheid van het openbaar ministerie om desnoods zelfstandig, als er redenen voor zijn, of vanwege aangiften van anderen of op grond van artikel 12 van het Wetboek van Strafvordering een opsporingsonderzoek en vervolging in te stellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Zal dat ook de praktijk zijn? De minister zegt dat het openbaar ministerie dat kan doen.

Minister **Korthals**: Waarom zou het openbaar ministerie dat doen wanneer er goede grond is om aan te nemen dat aan de zorgvuldigheidsvereisten die wij hier zelf hebben vastgesteld, althans als het wetsvoorstel wordt aangenomen, is voldaan?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Omdat er een medisch oordeel aan ten grondslag ligt bij de toetsingscommissie. Dat is natuurlijk een relevant oordeel – dat ontken ik niet – maar het is geen juridisch oordeel.

Minister **Korthals**: Nee, het is een medisch oordeel. Als er naar medisch oordeel is voldaan aan alle zorgvuldigheidsvereisten is er, lijkt mij, voor het openbaar ministerie weinig grond om alsnog opsporingsonderzoek en vervolging in te stellen.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA):

Korthals

Hoe is de minister tot het oordeel gekomen dat het niet langer noodzakelijk is dat artsen in eerste instantie een beroep doen op het overmachtartikel 40 in het Wetboek van Strafrecht en dat kan worden volstaan met een medisch oordeel ten aanzien van hun handelen?

Minister **Korthals**: Dat was precies de situatie die wij hadden. Daar is de grote onzekerheid ontstaan voor de artsen. Het gevolg daarvan is geweest dat men niet erg bereid was om te melden. Ik weet niet wie dit gisteren zo zei, maar dat vond ik een heel goede benadering. Een beroep op een overmachtartikel is natuurlijk een uitzondering. De algemene regel is dat je strafbaar bent wanneer je bepaalde regels van het Wetboek van Strafrecht overtreedt, maar je kunt in bijzondere omstandigheden een beroep doen op het overmachtartikel. Zoals mevrouw Ross het voorstelt, is het in feite een algemene regel. Dan is het uit systematisch oogpunt fraaier om dat ook wettelijk vast te leggen.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik zou het niet graag hebben over een algemene regel. Is de minister het niet met mij eens dat ieder geval van euthanasie in wezen een uniek geval is en dat het absoluut geen algemene regel kan zijn, laat staan dat het een algemene rechtvaardigingsgrond in zich kan hebben?

Minister **Korthals**: Wanneer men zich houdt aan de zorgvuldigheidsvereisten, dan is dat een rechtvaardigingsgrond.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Daarmee zegt de minister dat de zorgvuldigheidsvereisten zoals die nu zijn neergelegd eigenlijk een invulling zijn van hetgeen artikel 40 voor dezelfde beroepsgroep zou kunnen betekenen, mocht men een beroep doen op overmacht.

Minister **Korthals**: Wij zijn zo'n beetje aan het codificeren wat er tot nu toe allemaal is gebeurd. Tot dusver gebeurde het allemaal via artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Als een toetsingscommissie heeft geoordeeld dat een arts niet zorgvuldig heeft gehandeld, dan lijkt het mij onmogelijk dat die arts

alsnog een beroep kan doen op artikel 40, aangezien dit artikel eigenlijk al gecodificeerd is in de wet die nu gemaakt is. Ik begrijp eigenlijk niet hoe de minister dan kan zeggen dat er altijd nog een beroep op artikel 40 gedaan kan worden.

Minister **Korthals**: Er staat nergens dat je dan niet alsnog een beroep kan doen op artikel 40. Alleen is de kans van slagen dan zeer gering, dunkt mij.

Voorzitter! Dit wetsvoorstel leidt ertoe dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie terzake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Inderdaad wordt het openbaar ministerie, zoals mevrouw Ross opmerkte, op afstand gezet. Dat is ook de strekking van het wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel strekt er namelijk toe de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. Het is een bij de wet ingestelde toetsingscommissie die het handelen van de arts beoordeelt. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts is er geen sprake van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. In die gevallen is er ook geen aanleiding de zaak aan het openbaar ministerie voor te leggen. Zonder bijkomende informatie zal er voor het openbaar ministerie geen aanleiding zijn voor het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Daarmee is het vervolgingsrecht van het openbaar ministerie overigens nog niet beperkt. Niet valt in te zien wat de taak van het openbaar ministerie is indien, zoals mevrouw Kant suggereerde in aansluiting op hetgeen zij in het wetgevingoverleg naar voren bracht, alle oordelen van de commissie, dus ook de positieve, nog naar het openbaar ministerie zouden worden gezonden. Zoals ik eerder aangaf, zou dat neerkomen op het toedelen aan het openbaar ministerie van een toezichhoudende taak, die verder gaat dan zijn wettelijke, namelijk strafvorderlijke, taak. Het is duidelijk dat wij daarom nog steeds grote bezwaren hebben tegen dit amendement op stuk nr. 9.

Voor de volledigheid wijs ik erop dat alleen aanleiding tot vervolging zou kunnen ontstaan als het openbaar ministerie zulks nodig acht, nadat de commissie het handelen van de arts als onzorgvuldig heeft

beoordeeld, of als een opsporingsonderzoek daartoe aanleiding zou geven. Zodanig opsporingsonderzoek zou kunnen worden ingesteld na aangifte door familie of na een mededeling van de gemeentelijke lijkschouwer, aanstonds na de melding van overlijden. In dit verband wil ik ingaan op hetgeen de heer Rouvoet zei over het doen van aangifte. Met de beste wil van de wereld zie ik niet in dat een nabestaande er verstandig aan doet om altijd aangifte te doen. Wat zou daar de zin van zijn? Het uitgangspunt is immers dat er sprake van een weloverwogen en oprechte stervenswens is geweest, dat bij de inwilliging van die wens door de arts en de overige betrokkenen uiterst integer en zorgvuldig is gehandeld en dat de wettelijk voorgeschreven procedure is gevolgd. Als het goed is, dan is de familie daarbij intensief betrokken geweest. Gelet hierop kan er dus voor de familie in het geheel geen aanleiding bestaan tot het doen van aangifte. Ook een beroep op artikel 12, Wetboek van Strafvordering lijkt mij niet voor de hand te liggen. Ten slotte wijs ik erop dat onder de huidige meldingsprocedure, waarbij het openbaar ministerie nog wel in alle gevallen het eindoordeel heeft, al jaren slechts in een enkel geval vervolging wordt ingesteld.

Ik kom nu bij het zelfbeschikkingsrecht. De leden Halsema, Dittrich, Rouvoet en Swildens hebben in verschillende bewoordingen het zelfbeschikkingsrecht in relatie tot dit wetsvoorstel aan de orde gesteld. Het maatschappelijk uitgangspunt dat mensen zoveel mogelijk hun leven naar eigen inzicht kunnen inrichten, komt in dit wetsvoorstel terug doordat het mogelijk wordt om gehoor te geven aan de uitdrukkelijke en weloverwogen stervenswens van een patiënt bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden. In zoverre kan dit wetsvoorstel worden opgevat als een tegemoetkoming aan de gedachte van zelfbeschikking voor de patiënt; dat willen wij toegeven aan de heer Rouvoet. Tegelijk kan dit uitgangspunt bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding nooit worden opgevat als een recht op zelfbeschikking. De heer Dittrich heeft daarop gewezen. Mevrouw Swildens wees er in dit verband op dat, waar het euthanasie en hulp bij zelfdoding betreft, er uiteraard geen sprake kan zijn van een afdwingbaar

Korthals

recht. De voorgestelde straffeloosheid geldt alleen voor de arts die zich houdt aan de normen en ethiek van zijn professie en die zich bovendien houdt aan strikte criteria, welke zijn vastgelegd teneinde te waarborgen dat levensbeëindiging zonder dat iemand daartoe een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan, niet mogelijk is. De voorgestelde regelgeving houdt op geen enkele wijze de plicht in om aan deze gewenste levensbeëindiging mee te werken.

De heren Rouvoet en Van der Vlies gingen in op de verenigbaarheid van het wetsvoorstel met bepalingen van internationale verdragen. In dit verband is genoemd artikel 3 van de Universele verklaring van de rechten van de mens en artikel 2 van het Europees mensenrechtenverdrag. Wij blijven van mening dat het wetsvoorstel niet strijdig is met dit laatste verdragsartikel. In de brief van 15 november jl. hebben wij aangegeven dat in geen enkel internationaal document sprake is van een expliciet erkend individueel recht op zelfbeschikking. Het gaat in artikel 2 van het EVRM om de bescherming tegen derden. De heer Rouvoet heeft een andere uitleg naar voren gebracht die door hem als "zeer gangbaar" werd aangemerkt. Dat laatste bestrijd ik. In artikel 2 EVRM is de verplichting neergelegd voor de verdragssluitende staten om het recht op leven bij wet te beschermen. Wij zien niet in dat met dit wetsvoorstel aan de nakoming van deze verplichting afbreuk wordt gedaan. Er zijn ook volgens eerdere adviezen – zoals van de staatscommissie euthanasie 1985 en van de Raad van State naar aanleiding van eerdere wetsvoorstellen – geen aanknopingspunten voor de opvatting dat dit verdrag zou verplichten tot bescherming van het recht op leven tegen de uitdrukkelijke en weloverwogen wil van de betrokkene. Wij bevinden ons dus in goed gezelschap.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De opvatting van de regering is duidelijk, maar geven de andere verdragspartijen eenzelfde uitleg aan artikel 2? In het wetgevingsoverleg is gemeld dat er op dit punt nog enkele problemen bestaan.

Minister **Korthals**: Het is in feite een juridische vraag. Wij denken dat onze opvatting de juiste is en daarin

worden wij gesteund door de staatscommissie euthanasie 1985 en de Raad van State. Het is natuurlijk altijd mogelijk dat men beroep aantekent en dan is het uiteindelijk de rechter die zijn oordeel moet geven. Dat neemt niet weg dat wij op goede gronden van mening zijn dat het zeer wel in overeenstemming is met de tekst van het EVRM.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Maar u hebt nog geen enkel signaal dat er elders anders over wordt gedacht?

Minister **Korthals**: Die wetenschap heb ik in ieder geval nu niet paraat.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik heb inderdaad gesproken over een andere, gangbare interpretatie van artikel 2 EVRM. Daarbij heb ik gewezen op het aan het EVRM ten grondslag liggende idee van de onvervreembare mensenrechten; ik heb een groot aantal gezaghebbende bronnen genoemd die uitgaan van een andere grondslag van het EVRM dan de ministers nu geven aan het wetsvoorstel. Mijn stelling is dat het wetsvoorstel op z'n minst onverenigbaar is met de geest maar ook met de tekst van artikel 2 EVRM. Ik heb het dus niet over de Nederlandse Raad van State, maar over gezaghebbende bronnen die zich hebben uitgelaten over de totstandkoming en de interpretatie van het EVRM.

Minister **Korthals**: Wij mogen aannemen dat ook de Nederlandse Raad van State toetst aan internationale verdragen. Er wordt toch altijd bezien of een wetsvoorstel strijdig is met internationale verdragen? In dit geval zijn wij tot de oprechte overtuiging gekomen dat dit niet het geval is.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Kunt u nog even ingaan op het uitgangspunt van de onvervreembare mensenrechten? Het wetsvoorstel introduceert ter vervanging daarvan het zelfbeschikkingsrecht, maar toch zegt u dat het verenigbaar is met het EVRM waaraan de idee van onvervreembare ten grondslag ligt.

Minister **Korthals**: Dat gaat over de bescherming van rechten tegenover derden, maar in ons wetsvoorstel gaat het om de wens van een individu voor zichzelf, die vrijwillig en weloverwogen is geuit.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): De essentie van het begrip "onvervreembare" is nu juist dat je er geen afstand van mag doen. Dat verdraagt zich toch niet met de bepalingen terzake in het wetsvoorstel?

Minister **Korthals**: Daarover verschillen wij van mening. Naar mijn stelling opvatting is dat wel het geval.

Dan kom ik nu op het punt van de wilsverklaring. Verschillende sprekers – ik noem de heer Van der Vlies, de heer Vos en de heer Dittrich – zijn ingegaan op en hebben vragen gesteld over de erkenning van de schriftelijke wilsverklaring. Met de heer Van der Vlies ben ik van mening dat een schriftelijke wilsverklaring nimmer als een volledige garantie kan en mag fungeren om aan eventueel lijden in de toekomst te kunnen ontkomen. Hij riep ons op om mensen in dit verband niet langer op het verkeerde been te zetten en het onderdeel "wilsverklaring" van het wetsvoorstel in te trekken. Het laatste overwegen wij echter niet. De reden hiervoor geef ik graag nog eens aan.

De concrete gevolgen van de erkenning van de schriftelijke wilsverklaring zijn dat de arts een zodanige verklaring kan beschouwen – ik leg de nadruk op "kan" – als overeenstemmend met de wil van de patiënt. De verklaring heeft dezelfde status als een concreet verzoek om levensbeëindiging. Anders gezegd, de schriftelijke wilsverklaring vervangt een actueel mondeling verzoek. Dit zijn overigens de woorden van de heer Dittrich. De aanwezigheid van een van beide, dus een mondeling of een schriftelijk verzoek, legitimeert de arts om het verzoek in te willigen. Hij moet dit nooit en hij mag dit alleen met inachtneming van de overigens in het wetsvoorstel genoemde zorgvuldigheidseisen. In wezen is er bij de schriftelijke wilsverklaring precies hetzelfde aan de hand als bij een mondeling verzoek. Ook daar kan er nimmer een garantie worden gegeven dat de arts aan het verzoek gevolg zal geven.

De heer **Vos** (GroenLinks): De minister zegt dat de schriftelijke wilsverklaring gelijk staat aan de mondelinge verklaring. Dat ben ik met hem eens. Deelt hij mijn opvatting dat bij de schriftelijke

Korthals

wilsverklaring de invoelbaarheid van de arts wat moeilijker vast te stellen is dan in de situatie waarin mondeling de wil verklaard is en dat dit eigenlijk het enige verschil is? Bij een normale verbale uitwisseling kan de arts vragen hoe betrokkene zich voelt, hoe dat komt, enz.

Minister **Korthals**: Hier kom ik nog over te spreken. Je zou het aldus kunnen zeggen: de schriftelijke wilsverklaring vormt een richtsnoer voor de arts. Hiermee bedoel ik dat de arts met de schriftelijke wilsverklaring een duidelijk aanknopingspunt heeft voor zijn verder handelen. Hoe concreter de verklaring, des te meer zal zij aanknopingspunten en duidelijkheid bieden voor de besluitvorming van de arts. Wil zij kunnen worden gevolgd, dan dient de schriftelijke wilsverklaring dus helder geformuleerd te zijn. Ik herhaal hierbij hetgeen mevrouw Swildens naar voren heeft gebracht. De verklaring moet een duidelijke beschrijving inhouden van de situatie waaronder de patiënt euthanasie wenst. Het is belangrijk dat de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts wordt besproken. Terecht heeft de heer Vos hiervoor aandacht gevraagd. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren naar aanleiding van het opstellen van de verklaring door de patiënt. In een gesprek tussen arts en patiënt, waarvan ook aantekening gemaakt wordt in het dossier, kunnen juist de inhoud van de verklaring en de precieze wensen van de patiënt met het oog op een eventueel in de toekomst zich voordoende situatie duidelijk worden. Zoals mevrouw Swildens zei: het is verstandig, de verklaring met de arts te bespreken en de verklaring regelmatig te actualiseren. De arts zal dan ook kunnen nagaan of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Als de patiënt wilsonbekwaam geworden is, legitimeert de wilsverklaring de arts naderhand om dit verzoek te volgen, maar slechts indien hij de overtuiging heeft gekregen dat de situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zich inmiddels voordoet.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind dit een heel moeilijk punt. Dat is ook de reden dat mijn fractie op dit punt een amendement heeft ingediend om het uit de wet te halen. De minister kan wel zeggen wat hij zegt, maar het

probleem is volgens mij toch dat je nooit en te nimmer kunt weten wat je wil in de toekomst zal zijn. Die situatie doet zich immers nog niet voor. Hoe kun je een wil hebben over omstandigheden die je niet kent? Je weet immers nog niet hoe je in die omstandigheden bent en hoe je je dan voelt. Hoe kun je bepalen, als je het de patiënt niet kunt vragen, wanneer zich de situatie voordoet dat een patiënt ondraaglijk lijdt?

Minister **Korthals**: Zo'n verklaring geeft daar toch wel een duidelijke indicatie over, zeker als je in staat bent om die situaties steeds duidelijker te formuleren. Dat moet in samenspraak met de arts gebeuren. Het hangt ook van de omstandigheden en van gesprekken met familie af hoe men daarop reageert als het zover is. Er kan ook sprake zijn van een geleidelijk verslechterende situatie, waarin de arts hier regelmatig contact over heeft met de betrokkene. Die verklaring is een belangrijk gegeven voor de arts; het verschaft hem in ieder geval legitimatie als hij actie wil ondernemen. Mijn collega van VWS zal ingaan op de specifieke situatie die ontstaat bij dementie.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar ik wil dit toch ook graag van u horen. Zo'n wilsverklaring leidt tot gesprekken tussen patiënt en arts en natuurlijk weten beide partijen zo hoe de ander erover denkt. Ik zeg ook niet dat die verklaring helemaal geen waarde heeft, maar u wilt het nu opnemen in de wet, waarbij u het woord "legitimatie" in de mond neemt. Dat vind ik heel moeilijk. De arts kent op dat moment de wil van de patiënt niet meer. Hij kan het de patiënt niet meer vragen; hij kan alleen maar bedenken wat voor situatie een patiënt voor ogen had. Heeft u de uitzending van Heilig Vuur gezien, waaraan ik in mijn bijdrage refereerde?

Minister **Korthals**: Nee.

Mevrouw **Kant** (SP): Die uitzending ging over een vrouw die in haar wilsverklaring heeft opgenomen dat er een einde aan gemaakt moet worden als zij dement wordt. Die situatie ontstaat op een gegeven moment; die vrouw wordt dement. De partner en de arts vinden echter dat mevrouw nog zo gezond is, dat er voor hen geen reden is om er een

einde aan te maken. Maar die partner worstelt daar wel mee, omdat die wilsverklaring er is. Worden mensen daarmee niet in een onmogelijke situatie gebracht? Legitimeert een wilsverklaring euthanasie in een dergelijke situatie?

Minister **Korthals**: Als je een schriftelijke wilsverklaring maakt, staat daarin je opvatting op dat moment over een mogelijke situatie in de toekomst. Die kun je opschrijven. Het hangt van de omstandigheden af of de arts, maar ook de mensen eromheen, denken dat dit inderdaad de situatie is die je indertijd hebt beschreven. Dat is natuurlijk moeilijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij kunnen al onze wensen op papier zetten. Ik vind het prima als mensen dat doen en misschien is het ook wel goed. Maar u neemt het op in een wet en u wilt dit een legitimatie laten zijn; u wilt het een vervanging van een mondeling verzoek laten zijn. Daar heb ik een probleem mee.

Minister **Korthals**: Een mondeling verzoek is in zo'n situatie vaak onmogelijk. Dat is het probleem. Daarom is het goed om dat schriftelijk van tevoren aan te geven.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): De minister vindt het heel belangrijk dat er overleg met de arts plaatsvindt als de wilsverklaring wordt opgesteld. Ik ben dat met hem eens. Het moet duidelijk zijn wanneer het euthanasieverzoek wel en wanneer het niet moet worden uitgevoerd. Dat staat niet echter niet in de wet. Er staat niet dat een wilsverklaring enkel geldingskracht heeft als er overleg is geweest tussen de behandelend arts en de patiënt.

Minister **Korthals**: Nee, maar de kracht van de wilsverklaring wordt alleen maar groter als daar met de patiënt over gesproken is. Dan weet je precies wat de patiënt ermee bedoelde.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dit is één van de zorgvuldigheidsvereisten. Moet daarom niet in de wet worden opgenomen dat de wilsverklaring alleen van kracht kan worden als deze is opgesteld in overleg met de arts die het euthanasieverzoek uitvoert? Anders kan de idiote situatie ontstaan dat er

Korthals

een duidelijke wilsverklaring wordt gevonden bij het leegruimen van een kamertje in een verpleeghuis, maar dat niemand precies weet – omdat er geen familie meer is – op welk moment de patiënt meende dat er sprake is van ondraaglijk lijden.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Naarmate het onduidelijker is wat de patiënt heeft bedoeld, zal de kans ook afnemen dat er inderdaad gevolg wordt gegeven aan een dergelijke wilsverklaring.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Maar op dat punt is de wet ook niet duidelijk. Immers, de wet zegt niet dat als er bijvoorbeeld een andere arts dan de behandelend arts is geweest met wie de wilsverklaring is opgesteld, deze daardoor minder waarde heeft dan een andere wilsverklaring. De wet schept hier dus onzekerheid voor zowel de arts, als de patiënt.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Laat ik het dan als volgt zeggen. Het kan ook voorkomen dat een arts wordt geconfronteerd met een wilsverklaring van een wilsonbekwaam geworden patiënt, terwijl hij niet over die verklaring heeft kunnen spreken met de patiënt toen deze nog wilsbekwaam was. Dat is het voorbeeld dat wordt genoemd. In dat geval zal hij van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek overtuigd kunnen zijn, indien hij geen aanleiding heeft om het tegendeel aan te nemen. Hij gaat daarbij af op zijn bevindingen bij de bestudering van de medische geschiedenis van deze patiënt en op gesprekken met – als die er zijn – familie en bekenden en een eventuele vertegenwoordiger van de patiënt. Dit is de rechtskracht die, zoals wij ook al hebben opgemerkt, het tweede lid ook aangeeft.

De heer **Dittrich** (D66): Is de regering bereid over deze hele kwestie van wilsverklaringen en de actualisering ervan contact op te nemen met de Nederlandse vereniging voor vrijwillige euthanasie, en te kijken hoe het publiek erover geïnformeerd kan worden, opdat een wilsverklaring zoveel mogelijk kracht zal kunnen krijgen, als deze is afgelegd? Ik denk dat dit heel belangrijk is.

Minister **Korthals**: Dat gebeurt ook

en er zijn mijns inziens niet alleen contacten over met de Nederlandse vereniging voor vrijwillige euthanasie, maar ook met andere verenigingen die zich hiermee bezighouden, om in ieder geval te zorgen dat deze wilsverklaringen zo zorgvuldig mogelijk worden weergegeven.

De heer **Dittrich** (D66): Mijn tweede vraag gaat over het amendement dat ik op dit punt heb ingediend. Mijn vraag aan u is hoe u er tegenover staat, daar waar ik geprobeerd heb wat duidelijker tot uitdrukking te brengen dat de zorgvuldigheidseisen uit het eerste lid onverkort gelden bij de wilsverklaring.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Ik kom daar nog op terug. Ik kan nu al een tipje van de sluier oplichten door te zeggen dat ik redelijk positief over dat amendement zal zijn. Ik kom trouwens ook nog op vragen van mevrouw Ross in dit verband terug.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! Ik zou nog in willen gaan op het weloverwogen verzoek, dat schriftelijk gedaan is en dat ter vervanging kan dienen van het concrete mondelinge verzoek. Stel nu dat er een schriftelijke wilsverklaring ligt, gemaakt in een periode dat de patiënt nog een redelijke waardering van zijn eigen belangen kon hebben, en dat die patiënt vervolgens in een toestand raakt die wij wilsonbekwaam noemen. Nu is de scheidslijn tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam vaak flinterdun, maar stel dat die patiënt inderdaad in een situatie is, waarvan de arts constateert: deze patiënt is eigenlijk niet meer in staat om zijn eigen belangen redelijk te waarderen. Is het dan toch zo dat de arts op het moment dat euthanasie zou worden toegepast – want er ligt een verklaring en alles klopt – aan die patiënt nog zou moeten vragen of hij het op dat moment wel wil? Immers, het gaat niet altijd om comateuze patiënten, maar het kan ook gaan om iemand die toch behoorlijk dement is en zijn eigen omgeving niet meer herkent. Stel dat die patiënt dan zegt: nee, ik wil het toch niet. Wat geldt dan: de concrete mondelinge toelichting die de patiënt dan nog geeft – want het is geen verzoek – of het schriftelijke verzoek dat voorligt?

Minister **Korthals**: Voorzitter! Dit lijkt

mij duidelijk: altijd geldt dan het laatste wat de patiënt mondeling zegt. Je gaat dan toch niet tegen zijn laatste wil of zin in, zoals je dat moet geloven, om hem toch maar eventjes te houden aan de wilsverklaring die hij misschien vijf jaar daarvoor heeft geschreven.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Maar dat betekent dus ook dat iemand die wilsonbekwaam is, toch in staat kan zijn om al dan niet een concreet verzoek of een afwijzing te doen?

Minister **Korthals**: Ja, in het geval zoals u dat zojuist aangaf, lijkt mij dat zeker het geval, maar de echte deskundige op dit punt, mevrouw Borst, komt hier nog over te spreken.

De heer **Vos** (VVD): Voorzitter! Ik zou nog één vraag hierover willen stellen. Is het systeem niet juist eigenlijk betrekkelijk vernuftig, doordat het oordeel over de ondraaglijkheid altijd een objectief randje houdt? Als er een patiënt is die een schriftelijke wilsverklaring heeft afgelegd en vervolgens juichend buiten zijn zinnen is gekomen en zich in uitbundige vreugde toont, dan kan hij de verklaring wel getekend hebben, maar dan zal het voor géén arts invoelbaar zijn dat dit de bedoeling is. Daarmee is het systeem zeer vernuftig.

Minister **Korthals**: Ik kan dit alleen maar beamen, voorzitter! De heer Vos zegt het wat dit punt betreft beter dan ik tot dusver heb gedaan.

Voorzitter! Over de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen bij de wilsverklaring heeft mevrouw Ross nog enkele vragen gesteld. In antwoord daarop kan ik zeggen, dat inachtneming van de in het eerste lid genoemde zorgvuldigheidseisen geboden is voorzover de overeenkomst tussen de situatie in het eerste lid, een wilsbekwame patiënt, en het tweede lid, een wilsonbekwame patiënt met een wilsverklaring, strekt. Maar dat spreekt voor zich.

De vraag of de patiënt ondraaglijk lijdt, zal de arts moeten beantwoorden aan de hand van de omschrijving in de wilsverklaring van de situatie waarin de patiënt levensbeëindiging wenst. Verder zal hij moeten afgaan op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een

Korthals

bepaalde gezondheidstoestand die verschillende vormen en gradaties kan hebben. Aan de hand daarvan moet hij beoordelen of er sprake is van een uitzichtloze situatie. Voorlichting aan de patiënt is slechts mogelijk voorzover de communicatie met de patiënt dit nog toelaat. Daarnaast zal het uit hoofde van zijn taak als goed hulpverlener wel op de weg van de arts liggen om familie en andere naasten, gelet op de aanwezigheid van een wilsverklaring, voor te lichten over de medische vooruitzichten en mogelijkheden van de patiënt. Ook de bespreking met de patiënt van een mogelijke redelijke andere oplossing is slechts mogelijk voorzover de communicatie met de patiënt dat toelaat. Heeft de arts niet met de patiënt over een redelijke andere oplossing gesproken voordat de patiënt wilsonbekwaam werd, dan is de vraag naar alternatieven niet meer aan de orde.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Daarmee zegt de minister eigenlijk dat, op het moment dat de patiënt wilsonbekwaam geacht wordt, dit soort zaken, voorzover de communicatie dat toelaat, ook niet meer met de patiënt besproken zouden kunnen worden. Het is wel een hele dunne scheidslijn waarover wij spreken. Ik moet mij even het beeld vormen. Als de arts op enig moment denkt: hier heb ik een wilsverklaring en die strekt met de situatie waarin ik denk dat de patiënt zich nu bevindt, wordt de patiënt dan alleen ingelicht of gaat de arts dan toch nog, voorzover de mogelijkheid er is, met de patiënt het gesprek aan over die wilsverklaring?

Minister **Korthals**: Natuurlijk zal die arts wanneer er maar enige mogelijkheid is, altijd het gesprek aangaan over die wilsverklaring. Hij moet een duidelijk geformuleerde wilsverklaring hebben, hij moet de situatie kunnen invoelen, de betrokkene moet zelf hebben aangegeven wat ondraaglijke situaties zijn en bovendien zal de arts met de naasten en familieleden zoveel mogelijk communiceren om een duidelijk beeld te krijgen. Dit zijn namelijk zaken waarbij niet over één nacht ijs gegaan wordt om een beslissing te nemen.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Op het punt van het ondraaglijk lijden bij wilsonbekwamen met een wils-

verklaring zou ik het volgende willen vragen. De minister heeft te uit en te na benadrukt dat dit element bij uitstek subjectief is, in tegenstelling tot uitzichtloosheid, maar daarover kun je van mening verschillen. Daarmee erkent hij ook dat dezelfde aandoening voor de ene patiënt ondraaglijk kan zijn en voor de andere niet. Dat element wordt bij wilsonbekwamen dus quasi geobjectiveerd, want het is de arts die moet vaststellen of het voor die patiënt ondraaglijk is. Dat is toch in zichzelf onmogelijk?

Minister **Korthals**: U sprak over dezelfde aandoening, mijnheer Rouvoet. Het heeft natuurlijk direct te maken met de verbondenheid die er is tussen de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid. Het is waar, voor de een is een bepaalde situatie ondraaglijker dan voor de ander. Vandaar dat iemand heel goed moet beschrijven wat voor hem een ondraaglijke situatie is. Het moet ook zo zijn dat de arts zich dat kan invoelen.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Maar daarmee wordt dus de beoordeling van de ondraaglijkheid voor de desbetreffende individuele patiënt in handen gelegd van de arts die moet beoordelen op welk moment het voor die patiënt ondraaglijk is geworden? Ik denk ook even aan hetgeen wij gisteren via de media tot ons kregen, namelijk dat artsen zeggen dat zij onder druk worden gezet omdat anderen zeggen dat het ondraaglijk is geworden. Het is voor een arts toch niet te doen om dat oordeel van ondraaglijkheid dat cruciaal is, over te nemen en quasi te objectiveren?

Minister **Korthals**: Als hij daarin niet gelooft en zich daar niet in kan vinden, dan weigert hij natuurlijk om gevolg te geven aan die wilsverklaring. Bovendien heb je dat ook bij handelingsbekwamen. Daarvoor geldt in feite dezelfde situatie. Daarbij kan het ook verschillen wat de een ondraaglijk noemt en wat de ander als ondraaglijk ervaart.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Het verschil zit daarin, dat bij een patiënt die wilsbekwaam is er wel sprake kan zijn van overleg over hoe de patiënt het ervaart en of er sprake is van een actuele stervenswens. Dat

kan niet meer bij een wilsonbekwame.

Minister **Korthals**: Dat is waar, maar dat hangt voor een belangrijk deel af van hoe de wilsonbekwame op het moment dat die bekwaam was, alles precies heeft geformuleerd, en van de omstandigheden van het moment waarop de arts de beslissing moet nemen.

De heer Dittrich heeft bij het amendement op stuk nr. 27 voorgesteld de redactie van de bepaling omtrent de wilsverklaring zodanig te wijzigen, dat daarin duidelijker tot uitdrukking komt dat de zorgvuldigheidseisen uit het eerste lid van overeenkomstige toepassing zijn bij de schriftelijke wilsverklaring. Dit amendement lijkt ons een verbetering. Wat dat betreft laten wij het oordeel over aan de Kamer.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat leek het mij ook in eerste instantie totdat de heer Rouvoet mij alarmeerde. De toelichting van het amendement zegt namelijk dat, waar er een wilsverklaring ligt, de zorgvuldigheidsvereisten zoveel mogelijk van toepassing zijn. Daar kun je uit afleiden, dat wanneer een mondeling verzoek ontbreekt, de zorgvuldigheidsvereisten minder van toepassing zijn, dan wanneer een dergelijk mondeling verzoek er wel ligt. Dat lijkt mij niet wenselijk.

Minister **Korthals**: Ik heb begrepen dat het op dezelfde manier gebeurt als bij het mondeling verzoek.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Bent u het dan met mij eens dat de toelichting op het amendement gewijzigd moet worden, omdat die nu een verkeerde indruk wekt?

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik kan daarbij aansluiten, omdat ik er inderdaad aarzelingen over kreeg. De toelichting spreekt over "voorzover mogelijk", maar ik hoorde de heer Dittrich zo-even in een interruptie zeggen dat de zorgvuldigheidseisen onverkort van toepassing zijn. Ik weet nu niet meer wat precies bedoeld wordt, terwijl ik dat wel van belang vind te weten in verband met de kenbaarheid van de wet.

De heer **Dittrich** (D66): In de oorspronkelijke tekst van het wetsvoorstel van de regering stond

Korthals

“overeenkomstig het eerste lid”, hetgeen heeft geleid tot allerlei misverstanden. Mijn amendement strekt ertoe die woorden te schrappen en er een nieuwe zin voor in de plaats te zetten, namelijk “de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing”. Waarom staat er nu “overeenkomstig”? Welnu, omdat in het eerste lid onder andere staat dat de arts met de patiënt tot de overtuiging moet zijn gekomen. Bij een wilsverklaring is het vaak zo, dat de patiënt eenmaal in de situatie gekomen die hij in de verklaring omschreven heeft, juist dat niet meer kan uiten en dan ook niet meer samen met de arts tot de overtuiging kan komen. Daarom staat er onderaan in de toelichting: voorzover mogelijk in de betreffende situatie van toepassing. Het betekent dat de zorgvuldigheidseisen van toepassing moeten zijn. Maar bij die ene kan het nu eenmaal niet anders dan dat het iets anders ingevuld wordt.

Minister **Korthals**: Naar mijn idee zijn er inhoudelijk en juridisch geen verschillen. Het overeenkomstige, waarover gesproken wordt, zie ik als een zoveel als feitelijk mogelijke gelijkenschakeling. Ik vermag dus niet in te zien wat de bezwaren zijn.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): De heer Dittrich herhaalt nu wat er in de toelichting op het amendement staat. Echter, zojuist toen hij vroeg om een reactie van de minister, gaf hij aan dat zijn amendement is bedoeld om er uitdrukking aan te geven dat de zorgvuldigheidseisen onverkort van toepassing zijn. Als hetgeen hij zo-even in het debat zei, niet de bedoeling is, zou ik hem willen vragen waarom hij dan niet in het amendement opneemt dat de zorgvuldigheidseisen voorzover mogelijk van toepassing zijn. Dan weet iedereen wat ermee bedoeld wordt. Ik heb tegen beide formuleringen bezwaren, maar ik wil wel dat de wet, en wat de wetgever bedoeld heeft, duidelijk is. Dat is het nu niet.

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw de voorzitter! Het verbaast mij dat de heer Rouvoet dit nu vandaag zegt, omdat hij gisteren al bezwaar had tegen het amendement. Toen had ik een en ander nog helemaal niet aan de minister gevraagd.

De **voorzitter**: De heer Rouvoet

heeft net uitgelegd waarom hij zijn vraag op deze manier stelt.

De heer **Dittrich** (D66): Ik wilde alleen maar zeggen dat zijn toelichting wat dit betreft niet helemaal klopt.

In mijn amendement staat “van overeenkomstige toepassing” om tot uitdrukking te brengen dat de zorgvuldigheidseisen zoveel mogelijk van toepassing zijn als feitelijk maar mogelijk is, precies zoals de minister dat heeft opgevat. Er is op dit punt dan ook geen verschil van mening tussen de regering en mij.

De **voorzitter**: Dat was niet helemaal de vraag van de heer Rouvoet, maar ik zie dat hij het voor het moment opgeeft.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb een vraag over hetzelfde punt. Wat zou de relatieve winst kunnen zijn als de laatste volzin van de toelichting gewoon verdwijnt? Volgens mij is die de oorzaak van het misverstand en heeft de heer Dittrich die niet nodig om te verklaren waarom hij tot zijn wijziging komt.

De **voorzitter**: Ik vraag de minister daarop te reageren.

Minister **Korthals**: Het betreft eigenlijk een vraag aan de heer Dittrich. Misschien is het op deze manier fraaier, maar dat moet hij dan maar overwegen voor zijn tweede termijn. Volgens mij wekt die volzin geen verwarring.

De **voorzitter**: De heer Dittrich denkt na en meldt ons daarover later.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik leg de volgende visie voor ter verheldering, met de vraag of de minister haar onderschrijft. Het gaat met name over onderdeel d, waarvan de tekst in het wetsvoorstel luidt dat de arts samen met de patiënt tot de conclusie moet zijn gekomen dat er geen alternatieven meer zijn. Als je stelt dat de zorgvuldigheidseisen in acht dienen te worden genomen, gaat het er naar mijn mening om dat ook de patiënt heel duidelijk de alternatieven bij zijn beoordeling betreft en die in zijn wilsverklaring neerlegt. Hij geeft aan wat hij niet wil, waarom niet en wat de situatie dan uiteindelijk is. Natuurlijk laat ook de arts bij zijn beoordeling de mogelijke alternatie-

ven de revue passeren. In die zin is het “samen met de patiënt” alleen in tijd uit elkaar gehaald en zou je kunnen stellen dat arts en patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen alternatieven zijn. Ik versta het amendement van de heer Dittrich in die zin, dat binnen de manier waarop met het zorgvuldigheidscriterium onder d wordt omgegaan, “zoveel mogelijk” betekent: voorzover de situatie dat toelaat. Ook als die wat verschilt, worden de zorgvuldigheidseisen uiteraard wel degelijk aan de orde gesteld. Op deze manier ben je gewoon van het probleem af.

Minister **Korthals**: Ik denk dat dit in grote lijnen aangeeft op welke manier ik er zelf over dacht. Misschien kan het nog wat fraaier gezegd worden in de toelichting door “zoveel als feitelijk mogelijk in de gegeven omstandigheden” ook op die manier aan te geven.

De **voorzitter**: Ik stel mij voor dat de indiener ons laat weten, eventueel aan het einde van de termijn van de minister, op welke manier hij er verder mee denkt om te gaan. Op dat moment kunnen anderen hun vragen aan hem of aan de minister stellen.

De heer **Dittrich** (D66): Ik heb erover nagedacht en ik wil het aanpassen op de manier zoals de minister dat zojuist heeft verwoord. Op die wijze wordt de bedoeling beter tot uitdrukking gebracht en ik denk dat iedereen zich daar dan in kan vinden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het blijft voor mij eerlijk gezegd onduidelijk. Ofwel het amendement dient alleen maar de kenbaarheid van de wet te vergroten, namelijk dat de zorgvuldigheidsvereisten onverkort van kracht zijn, want die blijven namelijk in stand, ook met de wijziging. Ofwel het doet juist wat aan de zorgvuldigheidsvereisten af: ze moeten, zo mogelijk, van toepassing zijn. Wat betekent dat bijvoorbeeld in een situatie waarin het ondraaglijk lijden niet meer vastgesteld kan worden? Dan kan het immers zijn dat dit amendement juist de legitimatie biedt om een wilsverklaring wel uit te voeren, terwijl het ondraaglijk lijden niet kan worden vastgesteld.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Als dat niet meer kan worden vastgesteld,

Korthals

kan er ook geen beslissing worden genomen door de arts. Ik zie het probleem niet, maar wellicht is het beter dat men er nog even over nadenkt en daarop in tweede termijn terugkomt.

Voorzitter! De heer Van der Vlies is ingegaan op het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Chabot in relatie tot het reële behandelingsalternatief. In overweging 6.3.3 van dit arrest sprak de Hoge Raad uit dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn als een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Deze rechtsoverweging moet naar onze mening als volgt worden begrepen: een patiënt kan iedere behandeling weigeren overeenkomstig geldend Nederlands recht. In dat opzicht ligt de beslissing om gebruik te maken van een behandelingsalternatief bij de patiënt, zoals de heer Van der Vlies opmerkte. Maar indien sprake is van een reëel alternatief, kan de arts niet tot de overtuiging komen dat aan het vereiste van uitzichtloosheid én ondraaglijkheid is voldaan. Hiermee heb ik ook de vraag beantwoord van mevrouw Kant. Het moet, zoals ik zei, gaan om een reëel alternatief. Hieronder wordt verstaan: een behandeling die naar huidig medisch inzicht zicht geeft op verbetering binnen afzienbare tijd en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Voor alle duidelijkheid: ik heb het hier dus over een behandeling gericht op genezing of aanzienlijke verbetering van de medische situatie van de patiënt.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar zit precies de crux. Uit wat u zegt, kan ik niet opmaken of een afwijzing van palliatieve zorg ook wordt gezien als het niet accepteren van een reëel alternatief. Valt palliatieve zorg ook onder een medische behandeling? De behandeling van de ziekte, de aandoening, staat centraal, maar kan het ook gaan om behandeling van de symptomen, zoals pijn, of een behandeling gericht op de omstandigheden waarin iemand zich bevindt?

Minister **Korthals**: Voorzitter! Indien het lijden uitsluitend bestaat uit pijn en de arts adequate pijnstilling beschikbaar heeft, zal hij, zo stel ik mij voor, indien de patiënt de

pijnbestrijding desondanks afwijst, niet tot de overtuiging kunnen komen dat er sprake is van ondraaglijk lijden. Maar in de praktijk is er in verreweg de meeste gevallen sprake van ondraaglijk lijden als gevolg van een samenstel van factoren. De zaak ligt dan niet zo simpel als mevrouw Kant met haar voorbeeld aangeeft.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik gaf volgens mij geen voorbeeld. Is afwijzing van palliatieve zorg in een situatie waarin er sprake is van lijden, een reden om niet in te gaan op het euthanasieverzoek? Is dat voorwaardelijk?

Minister **Korthals**: Voorzitter! "Palliatief" is volgens mij geen reëel behandelingsperspectief.

Mevrouw **Kant** (SP): Hoe kunt u dat zeggen? De arts stelt dat voor als een reëel behandelingsalternatief, niet voor genezing of bestrijding van de aandoening of ziekte, maar wel voor bestrijding van de pijn, van het lijden. Als er sprake is van een reëel behandelingsalternatief voor het lijden en dat wordt geweigerd, mag er dan toch euthanasie toegepast worden?

Minister **Korthals**: Dit is een van de onderwerpen waar minister Borst op zal ingaan.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ben nieuwsgierig naar hetgeen minister Borst hier op basis van haar deskundigheid over zal zeggen, maar ik kom nog even terug op de definitie van de minister. De woorden "verbetering van het ziektebeeld" speelden daarin een centrale rol. Daarnaast ging het om verbetering van de symptomen die de mens brengen tot het zich bevinden in een ondraaglijke situatie. Die palliatieve zorg is voor dat laatste wel degelijk een adequaat alternatief, maar het heeft niet het perspectief van herstellen van de ziekte die aanleiding gaf tot die pijnbeleving. Het woord verbetering zou ik toegelicht willen zien in deze context.

Minister **Korthals**: Verbetering wil dus zeggen dat er een behandeling is die uiteindelijk zal leiden tot een situatie waarin sprake is van meer herstel. Ik vind het altijd vervelend met voorbeelden te werken, maar ik zal dat nu toch doen. Iemand heeft kanker en heeft een paar chemoku-

ren gevolgd. Bij de derde chemokuur zegt de betrokkene – dat valt dan eigenlijk onder de c-voorwaarde – dat hij niet nog zo'n kuur wil. De arts geeft hem 10% kans dat de kuur nu wel aanslaat nadat dit de vorige keren niet gebeurde. Dan kan zo iemand dat weigeren. Er is dan geen redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Er is dan wel degelijk sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, terwijl er heel misschien nog wel een mogelijkheid was.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De minister zegt dat er dan sprake is van uitzichtloos lijden. Hoewel wij daar ten principale verschillend over denken, kan ik daar een heel eind in meekomen, want het is uitzichtloos. Er is geen genezing ingetreden. Het ziektebeeld woekert verder.

Minister **Korthals**: In theorie is het mogelijk dat de behandeling wel aanslaat. Dat is het punt. Niettemin aanvaarden wij dan dat zo iemand zegt geen behandeling meer te willen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter!...

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van der Vlies, ik heb u al te kennen gegeven dat het de laatste interruptie was. Ik vraag mij af of, als de minister van Justitie zegt dat de minister van Volksgezondheid straks nog op dit punt ingaat, het niet verstandiger is wanneer u, nadat zij gesproken heeft, beoordeelt welke vragen u nog wilt stellen. Het lijkt mij dat wij daar veel verder mee komen, maar ik zie dat mijn woorden de leden niet overtuigen.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Begrijp ik de minister goed en zegt hij dat wat aan de orde moet zijn in het gesprek tussen patiënt en arts specifiek gericht is op het medisch behandelen en dat er geen sprake kan zijn van een aanbod van palliatieve zorg wat ook als een redelijk alternatief gezien moet worden? Een dergelijk aanbod zou daar dus niet inpassen?

Minister **Korthals**: Het gaat erom dat die alternatieven worden bekeken en of iemand de mogelijkheid heeft, behandeld te worden en dus beter te

Korthals

worden of dat zijn situatie kan verbeteren. Daar gaat het om.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Voorzitter! Ik had graag op uw verzoek willen ingaan, maar ik kan moeilijk aan de minister van Volksgezondheid vragen of ik de minister van Justitie goed heb begrepen.

Hij zei dat als er sprake is van pijn, pijnbestrijding een goed middel ter verbetering kan zijn. Ik wil heel duidelijk van hem horen of hij het met mij eens is dat je daar heel genuanceerd tegenover moet staan, omdat pijnbestrijding haar grenzen heeft en tot versuffing kan leiden, wat een patiënt misschien uitdrukkelijk niet wil en afwijst.

Minister **Korthals**: Deze opmerking is juist en ik neem haar tot mij.

Voorzitter! De heer Vos is indringend ingegaan op het vonnis in de zaak-Brongersma. De omstandigheid dat deze zaak nog onder de rechter is, maakt het voor mij moeilijk, breedvoerig op deze zaak in te gaan. Evenals mevrouw Swildens heb ik niet de pretentie de zaak in concreto inhoudelijk te kunnen overzien. Met haar ben ik van mening dat ons daarvoor voldoende inzicht ontbreekt. Terecht merkte zij op dat individuele verzoeken en hulp bij zelfdoding niet door mij of anderen, maar door de arts, daarin geadviseerd door de consulent, moet worden beoordeeld. Ik kan niet direct iets zeggen over de in het vonnis gevolgde redenering waarom de heer Vos vroeg. Ik zal proberen, nog eens goed aan te geven wat de reikwijdte is van het criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals wij dat nu in de wet vastleggen.

Zoals verschillende sprekers hebben aangegeven, is voor de uitzichtloosheid van het lijden uiteindelijk het medische oordeel bepalend. Volgens geobjectiverde medische maatstaven moet worden nagegaan of de situatie van de patiënt nog te verbeteren is. Als deze vraag ontkennend moet worden beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Ik heb zojuist aangegeven wat de voorwaarden zijn voor een reëel behandelingsperspectief. Laat ik ze toch nog een keer noemen: wanneer er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is binnen afzienbare tijd en met een

redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.

Dan kom ik nu op het tweede element binnen dat criterium, namelijk de ondraaglijkheid. In tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden is dit een in hoge mate subjectieve en moeilijk te objectiveren factor. De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden achteraf komt in feite neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden. Maar daarbij mag niet voorbij worden gegaan aan het begrip "uitzichtloos" in de betekenis zoals ik die zojuist heb aangegeven. Ik wil hier goed benadrukken dat de begrippen "uitzichtloos" en "ondraaglijk" ook blijken jurisprudentie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zij vormen elk een noodzakelijke, maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding.

Dit laat onverlet dat wij volmondig beamen dat het, zoals de heer Dittrich bij interruptie van mevrouw Ross ook aangaf, altijd gaat om een gezamenlijke beslissing van arts en patiënt in goede samenspraak, waarbij de arts de patiënt op professionele wijze benadert en serieus neemt. Beiden hebben hierin een eigen verantwoordelijkheid. Zo is het aan de patiënt om aan te geven dat voor hem sprake is van een situatie van ondraaglijk lijden om een stervenswens te uiten. Wij aanvaarden, overigens anders dan de heer Van der Vlies zei, dus dat ondraaglijk lijdende patiënten een stervenswens kunnen uiten. Maar de wens van de patiënt, hoe oprecht ook, kan niet worden ingewilligd zonder dat de arts ervan overtuigd is dat ook sprake is van een naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht uitzichtloze situatie. Het gaat erom dat aan beide elementen, de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid, recht wordt gedaan.

Dit brengt mij bij het antwoord op de vraag, gesteld door verschillende sprekers, onder anderen mevrouw Ross en de heer Vos, waarom in de zaak-Brongersma hoger beroep is ingesteld. Dat is gedaan omdat naar het oordeel van het college van procureurs-generaal in deze zaak aan de zojuist door mij aangeduide

onlosmakelijke verbondenheid tussen beide elementen onvoldoende recht is gedaan in het vonnis van de rechtbank te Haarlem. Het is nu aan het gerechtshof om de gewenste duidelijkheid te bieden en om antwoord te geven op de vraag of de situatie die zich in deze zaak in concreto heeft voorgedaan past binnen de zorgvuldigheidseisen waaraan sinds jaar en dag wordt getoetst binnen de meldingsprocedure en die in het wetsvoorstel zijn neergelegd.

In dit verband ga ik nog in op de vraag van mevrouw Halsema of de arts die bij geestelijk lijden van de patiënt tot de slotsom komt dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en die ook aan de andere zorgvuldigheidseisen voldoet, nu met dit wetsvoorstel voldoende rechtszekerheid wordt geboden. Het antwoord op die vraag luidt bevestigend met de aantekening dat de arts moet hebben vastgesteld dat de geestelijke aandoening van de patiënt onbehandelbaar is. Sinds het arrest-Chabot bestaat hierover geen onduidelijkheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kan toch niet helemaal meekomen en dan doel ik op het punt waar de minister de stap maakt naar het psychisch lijden en de psychiatrische aandoening. Ik heb toch de indruk dat het criterium dat de minister noemde, de medisch wetenschappelijke inzichten van de uitzichtloosheid, er met name in de psychiatrie eigenlijk niet is.

Minister **Korthals**: Mij is verzekerd dat die er wel degelijk zijn en dat men die ook geobjectiveerd kan vaststellen. Daarom is het zo belangrijk dat een medicus hierover zijn oordeel geeft.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat laatste ben ik met u eens, maar ik sprak over medisch-wetenschappelijk inzichten. Vindt u een depressie een uitzichtloze psychiatrische aandoening?

Minister **Korthals**: Ik ben geen medicus en u moet mij die vraag nu juist niet stellen. Wellicht kom ik hierover nog te spreken bij het onderwerp levensmoeheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is nog een stadium verder. Bij psychisch lijden ontbreken vaak, in tegenstelling tot bij vele vormen van somatisch lijden,

Korthals

objectieve inzichten over uitzichtloosheid.

Minister **Korthals**: Ik geef toe dat zoiets in de psychiatrie moeilijker is vast te stellen, maar stel tevens vast dat de Hoge Raad in de zaak-Chabot heeft uitgesproken dat ook geestelijk lijden uitzichtloos kan zijn.

De heer **Dittrich** (D66): U gaf net uw uitleg van ondraaglijk lijden. Betekent dit volgens de regering expliciet dat de criteria die de Hoge Raad in het Schoonheim-arrest hanteerde, namelijk de vrees voor verregaande ontluistering, onverkort onder het begrip "ondraaglijk psychisch lijden" vallen?

Minister **Korthals**: Wij proberen juist alle criteria te codificeren die inmiddels in de rechtspraak zijn vastgelegd ten aanzien van euthanasie. Het antwoord is dus bevestigend.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Daarover heb ik ook een vraag gesteld. Ik citeerde de minister uit het wetgevingsoverleg, waarin hij het tegendeel stelde in reactie op de zaak-Brongersma. Hij vond toen dat dit er niet onder viel. Hij wilde toen niet over die zaak spreken, waarvoor ik begrip kon opbrengen. Hij zei: "enkel het vooruitzicht op lijden, ongeacht het voortvloeit uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan niet als uitzichtloos ondraaglijk lijden worden aangemerkt". Staat dat nog overeind?

Minister **Korthals**: Laten wij vaststellen dat op dat moment de uitspraak van de rechtbank net binnen was. Zojuist gaf ik aan waarom de hoofdofficier te Haarlem heeft besloten om hoger beroep in te stellen. De reden daarvoor was dat naar zijn oordeel toch een soort knip was gemaakt tussen uitzichtloosheid en ondraaglijkheid. Dat willen wij niet, want dat zou inderdaad een stap verder gaan. Vandaar het hoger beroep tegen dat vonnis.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Dat roept de vraag op die ik in algemene termen bij de begroting van Justitie aan de orde stelde. Nu sprake is van een ontwikkeling in de rechtspraak die de minister ongewenst vindt en wij bezig zijn met wetgeving over dit onderwerp, is het de vraag of de

minister het de verantwoordelijkheid van de wetgever vindt om in de wetstekst duidelijk te maken wat hij wel in dat artikel begrepen acht.

Minister **Korthals**: Vandaar dat ik net aangaf wat naar mijn oordeel onder uitzichtloosheid en ondraaglijkheid wordt verstaan. Wij hebben inderdaad te maken met open normen – daarover sprak u gisteren terecht – die naarmate de tijd vordert een andere interpretatie met zich zullen brengen. Met die open norm willen wij echter de stand van zaken tot dusver aangeven.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Ik had gedacht dat de minister ook nog zou ingaan op de suggesties van de heer Vos. Deze gaf duidelijk aan dat tekstwijzigingen in het wetsvoorstel eventueel te overwegen waren. Ik was daar erg in geïnteresseerd. Hij zei duidelijk dat hij daarmee de jurisprudentie wilde codificeren tot en met de zaak-Chabot, en niet verder. Nu klinkt het duidelijk anders.

Minister **Korthals**: Nee, ik heb aangegeven met elke criteria wij nu rekening hebben te houden. Ik heb begrepen dat de heer Vos niet wilde dat uitzichtloosheid en onverdraaglijkheid worden losgekoppeld van de medische aspecten. Hij heeft overwogen dat in de wet vast te leggen, maar heeft daartoe nog geen amendement ingediend. Ik heb al aangegeven dat wat mij betreft die loskoppeling er helemaal niet is en dat er beroep is aangetekend om vast te stellen dat de criteria niet verschuiven. Als wij de weg opgaan van de heer Vos, komen er weer nieuwe open normen die nieuwe interpretaties en dus nieuwe procedures vergen. Dat vind ik een groot nadeel, want wij willen nu juist vastleggen wat wij nu hebben. Ik vind voornamelijk dat wij daar niet aan moeten beginnen.

De heer **Vos** (VVD): Ik heb gisteren opgeroepen tot grote helderheid en ik heb ook gezegd: als die helderheid er niet komt, zorg ik er zelf voor. Dat zou ik hebben gedaan middels een amendement, maar ik word nu op mijn wenken bediend door de minister. Hij heeft uitermate helder aangegeven wat mijn plan was.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Diverse sprekers verzochten naar

aanleiding van de zaak-Brongersma om een duidelijk standpunt van het kabinet over de vraag of mensen, die "levensmoe" of "klaar met het leven" zijn, op grond van dit wetsvoorstel voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking komen. Het antwoord daarop luidt ondubbelzinnig ontkennend. Wij menen niet dat eenieder die geen levenswil meer heeft dan ook de geregleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te (doen) beëindigen. Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht wordt besteed aan dergelijke signalen waarachter een vraag om hulp of aandacht kan schuilgaan. Deze problematiek is een duidelijk maatschappelijk vraagstuk, maar valt buiten het bereik van dit wetsvoorstel. Anders dan de heer Rouvoet zien wij onvoldoende aanleiding om onze opvatting in de wetstekst duidelijker tot uitdrukking te brengen. Ik herhaal dat voor de gerechtvaardigde inwilliging van een verzoek om euthanasie niet alleen sprake moet zijn van ondraaglijk lijden, maar ook – naar het oordeel van de behandelend arts in het concrete geval – van uitzichtloos lijden. Mevrouw Swildens heeft hier terecht naar verwezen onder verwijzing naar een interview met de heer Hagenouw, voorzitter van het KNMG, in het dagblad Trouw van 3 november jl. Ook wij hebben met waardering kennis genomen van dat artikel. Ieder individueel geval vergt een uiterst zorgvuldige beoordeling door de arts en de consulent, waarbij aan het criterium van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals tot dusverre in de jurisprudentie wordt uitgelegd, recht wordt gedaan. Ik benadruk nogmaals dat het wetsvoorstel slechts beoogt te codificeren al die aspecten op grond waarvan volgens vaste jurisprudentie een beroep op noodtoestand is aanvaard.

De heer **Dittrich** (D66): In ongeveer 1500 gevallen per jaar is sprake van zelfdoding, soms op een gruwelijke manier. Zou het geen aanbeveling verdienen om samen met de stichting Vrijwillig leven of met andere organisaties na te gaan hoe dit maatschappelijke probleem kan worden aangepakt? Als mensen echt dood willen, maar geen hulp krijgen omdat het niet valt onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel, kunnen er situaties ontstaan die wij geen van allen willen.

Korthals

Minister **Korthals**: Het heeft natuurlijk directe raakvlakken met dit wetsvoorstel, maar het heeft er niet onmiddellijk mee te maken. Wij willen er best verder over nadenken, maar wij moeten er toch voor oppassen dat wij daarmee de suggestie wekken dat wij hiermee verder willen gaan in dit debat. Dat wil ik bepaald niet.

De heer **Dittrich** (D66): De regering heeft in antwoord op Kamervragen in het kader van dit wetsvoorstel zelf geschreven dat mensen van een gebouw springen, voor een trein springen, enz. Ik vraag de minister hoe daarmee omgegaan wordt, als wij willen proberen om dat te voorkomen. Er zijn stichtingen die zich daarmee bezig willen houden. Treedt de minister met hen in overleg? Wil hij bekijken wat de mogelijkheden zijn? Als hij deze vraag nu niet kan beantwoorden, is het wellicht goed om dat in een brief aan de Kamer te doen. Ik wil er toch verder over discussiëren met de regering.

Minister **Korthals**: Ik ben het er op zich mee eens om het zo te doen. Ik vind dat ik er nu geen antwoord op moet geven. Wij denken erover. Wij weten dat de mensen die zichzelf van het leven beroven, dat vaak zeer impulsief doen. Wat dat betreft zijn zij moeilijk te bereiken. Ik heb zojuist aangegeven dat er tevoren signalen moeten worden opgevangen, zo goed als mogelijk is. Als wij dat beter kunnen doen door bepaalde stichtingen daarbij behulpzaam te zijn, adviezen te geven of anderszins, dan ben ik daartoe bereid. Wij moeten er echter eerst over nadenken. Wij komen hierover nog wel met een brief naar de Kamer. Ik koppel het heel graag los van dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik ben buitengewoon blij dat de minister heeft opgemerkt dat levensmoeheid op zich niet alleen een reden kan zijn om euthanasie toegepast te krijgen, omdat het niet alleen valt te vatten onder uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Moet ik er tegelijkertijd uit opmaken dat de minister zegt dat iemand die ziek is, wel onder de werking van dit wetsvoorstel kan vallen en dat iemand die niet ziek is, er niet onder valt?

Minister **Korthals**: Het antwoord op deze vraag is: ja.

Voorzitter! De heer Rouvoet stond stil bij het nut van de consultatie, indien de arts ook bij een negatief advies van de consulent toch kan besluiten, het verzoek van de patiënt in te willigen. Kennelijk vond hij ons antwoord op deze vraag, zoals gegeven in onze brief van 15 november jl., niet bevredigend. Toch kan ik slechts herhalen dat het de behandelend arts is die verantwoordelijk is voor de beslissing om het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te willigen. De consulent geeft zijn eigen oordeel. Hij geeft geen toestemming voor de levensbeëindiging. Een negatief oordeel van de consulent zal ertoe leiden dat de arts zich ernstig bezint op het voornemen, het verzoek van de patiënt in te willigen. Een negatief oordeel van een consulent zal, indien de arts besluit het verzoek niettemin in te willigen, tot extra aandacht leiden bij de toetsing achteraf. Het ligt voor de hand dat de commissie dan kritische vragen zal stellen aan de behandelend arts en voorts de consulent om nadere inlichtingen zal verzoeken.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Dat begrijp ik, maar dat is een zekerheid achteraf, als de levensbeëindiging heeft plaatsgevonden. Uit hetgeen tot nu toe door de regering is geschreven, begrijp ik dat de arts toch nog tot levensbeëindiging kan overgaan, ook als een behandelend arts een tweede consulent inschakelt en als ook die arts negatief oordeelt. Er kan dan naderhand strenger getoetst worden. Als een behandelend arts een of twee keer een negatief advies krijgt van een consulent, ligt het dan niet voor de hand dat het eigenlijk niet mogelijk moet zijn dat alsnog tot levensbeëindiging wordt overgegaan. Immers, dan is kennelijk naar het oordeel van ten minste twee deskundigen niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Minister **Korthals**: Wij hebben heel duidelijk de beslissing in handen gelegd van de behandelend arts. De anderen zijn louter adviserend. Het lijkt mij niet of nauwelijks voor te komen dat twee deskundige consulerende artsen negatief adviseren, maar dat betrokkene niettemin doorgaat. In theorie is

echter alles mogelijk. Ik heb al aangegeven dat de arts dan heel wat uit te leggen heeft.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ja, maar dat is achteraf. Waarom in de wet niet een voorziening opgenomen dat een arts dan zelf ook tot de conclusie moet komen dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan? Je moet het toch voor zijn dat de arts zich achteraf moet verantwoorden voor iets wat niet had mogen gebeuren?

Minister **Korthals**: Nogmaals, ik kan mij dat bijna niet voorstellen. Het is in theorie mogelijk, maar ik ken de gevallen niet. Er zullen ongetwijfeld enkele gevallen zijn, maar ik kan mij dat nauwelijks voorstellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat vindt de minister van mijn voorstel van gisteren om in de consultatieprocedure ook de consultatie van een deskundig palliatief team op te nemen?

Minister **Korthals**: Daar komt minister Borst over te spreken. Uw vragen hadden überhaupt meer betrekking op haar terrein dan op mijn terrein.

Voorzitter! De heer Dittrich gaf aan dat beter geen onderscheid kan worden gemaakt in de sanctionering van de verschillende zorgvuldigheidseisen. Zoals wij in de schriftelijke behandeling van dit wetsvoorstel al hebben...

De heer **Dittrich** (D66): Voordat de minister naar een volgend onderwerp overgaat, herinner ik hem aan het volgende. Ik had een heel duidelijke vraag gesteld en ik neem aan dat de minister van Justitie daarop ingaat. Die vraag ging over de toekomstige verschuiving van toetsing achteraf naar toetsing vooraf als een SCEN-arts als consulent is ingeschakeld. Dit heeft namelijk direct te maken met de discussie die de minister zojuist met de heer Rouvoet voerde.

Minister **Korthals**: Wij zijn daar niet voor. Maar omdat ik het antwoord nu niet voor mij heb, lijkt het mij beter om daar in tweede termijn op terug te komen.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik begrijp dat de minister klaar was met het onderwerp

Korthals

consultatie en dat hij overging naar een ander onderwerp. Ik heb hem wederom gevraagd om in te gaan op het voorstel om een uitzonderingsbepaling te maken voor de uitzonderlijke situatie waarin de consulent de patiënt echt niet meer kan zien, omdat het voor de laatste een aflopende zaak is. Wil de minister van Justitie daarop ingaan?

Minister **Korthals**: Zo'n bepaling lijkt mij niet nodig. Ik zal aangeven hoe het werkt. Als de consulerend arts er niet daadwerkelijk bijgehaald is, is in feite niet voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Er is dan dus niet zorgvuldig gehandeld, waarmee de zaak wordt doorgegeven aan de inspecteur of het openbaar ministerie. Er zal overigens wel bekeken worden of het medisch allemaal verantwoord is gebeurd. De beoordelingscommissie beoordeelt dat. In die afweging kan onder heel bijzondere omstandigheden geconcludeerd worden dat er niettemin medisch zorgvuldig is gehandeld. Dan hoeft dit niet nog eens wettelijk geregeld te worden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): De minister zegt dat er kan worden besloten om het geval door te zenden naar het openbaar ministerie of de medisch inspecteur. In de wet staat dat in alle gevallen de zaak naar beiden moet worden gestuurd. Ik heb op dit punt een amendement ingediend.

Minister **Korthals**: Ik ben blij dat u deze opmerking maakt, want dan kan ik direct zeggen dat ik uw amendement niet wil overnemen. Het moet blijven zoals het is. De zaak wordt zowel naar de inspecteur als naar het openbaar ministerie gezonden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Maar dan is het dus ook niet vanzelfsprekend dat het slechts tuchtrechtelijk wordt afgedaan als een consulent een patiënt niet ziet?

Minister **Korthals**: Nee, er zal onderling overleg moeten zijn tussen de verschillende instanties over de wijze waarop dit wordt afgedaan. Maar de toetsingscommissie kan ook tot het oordeel komen dat het medisch niettemin verantwoord is gebeurd.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): In dat geval zal de zaak überhaupt niet

doorgezonden worden. Dat kan er wel eens toe leiden dat de toetsingscommissie de zaak wel degelijk wil doorzenden, maar ervan afziet omdat zij die zaak zowel naar het openbaar ministerie als naar de medisch inspecteur moet zenden en omdat zij strafrechtelijke vervolging een te zwaar middel vindt.

Minister **Korthals**: Denk niet dat het openbaar ministerie er niets van afweet, als de zaak alleen naar de inspecteur wordt gezonden. Over dit soort zaken bestaat natuurlijk regelmatig contact tussen de inspectie en het openbaar ministerie.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat vind ik een onvoldoende antwoord. U heeft er welbewust voor gekozen om hier een aanpassing aan te brengen ten opzichte van de huidige praktijk, waarin wel gekozen kan worden tussen openbaar ministerie en medisch inspecteur. U kunt niet alleen zeggen dat u dat nu niet meer wilt. Waarom wilt u dat niet meer?

Minister **Korthals**: Maar wie zou er dan moeten kiezen? Het is dan de toetsingscommissie die deze keuze moet maken. Het kan best zijn dat het openbaar ministerie, in de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de strafvervolging, vindt dat zij daarvan op de hoogte hadden moeten worden gesteld. Als zij het niet zo ernstig vinden of oordelen dat het meer tuchtrechtelijke aspecten heeft, dan laten zij het natuurlijk aan de inspectie over.

Mevrouw **Halsema** (Groenlinks): Voorzitter! Dit ondergraaft het hele argument van de toetsingscommissies en het op afstand zetten van het openbaar ministerie. Het kan immers in meerdere gevallen zo zijn dat het openbaar ministerie niet op de hoogte is gesteld en niet tot vervolging kan overgaan, omdat er geen strafbaar feit is geconstitueerd. Daar heeft de minister ook vrede mee. Dan is dus de vraag waarom hij niet een keuzemogelijkheid voor de commissies in het leven roept, waarbij er, voordat er alsnog strafvervolging moet worden ingesteld, een tuchtrechtelijke afdoening mogelijk is.

Minister **Korthals**: Voorzitter! Ik kom nog uitgebreider op dit punt terug en dan zal ik proberen mevrouw Halsema te overtuigen.

Voorzitter! De heer Dittrich gaf aan dat beter geen onderscheiding kan worden gemaakt in de sanctionering van de verschillende zorgvuldigheidseisen. Zoals wij in de schriftelijke behandeling van dit wetsvoorstel al hebben aangegeven, moet het niet in acht nemen van de ene eis ernstiger worden opgevat dan het niet in acht nemen van de andere eis. Een schending van een meer materieel vereiste is ernstig te noemen. Tegelijkertijd kan een tekortkoming in de procedurele sfeer ertoe leiden dat onvoldoende komt vast te staan of aan de als materieel te kenschetsen eisen wel is voldaan. Met andere woorden: ook procedurele eisen dienen volstrekt serieus te worden genomen. Daarom is een scherpe onderscheiding in het regime, waaronder niet-inachtneming van de onderscheiden zorgvuldigheidseisen, gesanctioneerd, niet wenselijk.

De heer Rouvoet vroeg in dit verband of de commissies gebonden zijn aan dit door ons aangeduide onderscheid. Ons antwoord op deze vraag is dat het verschil in zwaarte uit de aard van deze zorgvuldigheidseisen voortvloeit. De commissie beoordeelt of het handelen van de arts over het geheel genomen als zorgvuldig kan worden aangemerkt. Anders gezegd: indien er sprake is van één of meer omissies, moet de commissie bezien of dit tot de conclusie moet leiden dat aan één van de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan. Indien dit laatste het geval is, moet de commissie – dat is heel eenvoudig – tot de conclusie komen dat niet zorgvuldig is gehandeld. De toetsingscommissie spreekt in haar gemotiveerde oordeel uit of de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Inherent aan deze wettelijke taak is het gegeven dat zij het handelen van de arts in al zijn facetten beoordeelt aan de hand van wettelijke criteria. Zij beoordeelt dus ook hoe ernstig een eventuele afwijking van een bepaald zorgvuldigheidscriterium moet worden aangemerkt, met inachtneming van de betekenis die aan een bepaalde zorgvuldigheidseis wordt toegekend.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Voorzitter! Dit weegt voor mij heel zwaar, namelijk het punt of aan alle zorgvuldigheidseisen moet zijn voldaan om tot het oordeel te kunnen komen dat er zorgvuldig is gehandeld. Ik hoor de minister van

Korthals

Justitie die vraag nu bevestigend beantwoorden?

Minister **Korthals**: Ja.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik wil het namelijk scherp hebben. U zegt dat het antwoord in het gegeven voorbeeld heel eenvoudig is, namelijk dat er niet zorgvuldig is gehandeld. Welnu, als niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, moet de conclusie luiden: er is niet zorgvuldig gehandeld?

Minister **Korthals**: In beginsel is er dan niet zorgvuldig gehandeld. Nu kan uit de omstandigheden blijken dat het bijvoorbeeld te rechtvaardigen is dat het ten enen male onmogelijk was om de consulent er tijdig bij te hebben. Dan kan toch, wat er gebeurd is, medisch verantwoord geweest zijn.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Is het de conclusie dat als niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, er automatisch wordt doorgestuurd aan het openbaar ministerie?

Minister **Korthals**: Dat heb ik gezegd. Het lijkt me dat dit dan moet gebeuren, ook aan de inspectie. Dat was de interruptie met mevrouw Halsema.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Voorzitter! Dat vind ik een belangrijke constatering. Ik heb dan nog één vraag op dit punt. Ik heb namelijk van de kant van de regering tijdens het wetgevingsoverleg de volgende opmerking genoteerd uit de mond van de minister van Volksgezondheid, die zei: ik wil de commissies geen strobreed in de weg leggen om, ook wanneer niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, toch tot het oordeel zorgvuldig te komen. Ik begrijp dat de minister van Justitie daar nu een andere uitspraak naast legt, die ik waardeer, maar het spoort niet met elkaar.

Minister **Korthals**: Dat zullen wij dan nagaan, want natuurlijk moet hetgeen wij hier zeggen, sporen.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Maar ik mag de minister houden aan de uitspraak die hij hier in deze Kamer heeft gedaan, namelijk dat als niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, doorgestuurd moet worden

naar het OM? Wij hebben het dan niet over die hoogst uitzonderlijke situatie dat het tempo van het ziektebeeld de artsen overvalt.

Minister **Korthals**: Als niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, wordt het doorgestuurd naar het OM en naar de inspectie. Ondertussen kan de toetsingscommissie, alles afwegend, ondanks het feit dat er een criterium niet is voldaan, uiteindelijk tot de conclusie komen dat er niettemin zorgvuldig gehandeld is.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Daaraan verbind ik de volgende vraag. In de tekst van de wet staat ook, dat de commissie haar oordeel stuurt naar het college van procureurs-generaal en naar de inspectie voor de gezondheidszorg indien zij komt tot het oordeel: negatief, niet zorgvuldig. Dus in alle gevallen waarbij de commissie uiteindelijk tot het oordeel komt dat er zorgvuldig gehandeld is, zelfs – dat heeft de minister heel nadrukkelijk gezegd – als er misschien her en der een foutje gemaakt is in het toepassen van de zorgvuldigheidseisen, wordt de zaak niet naar het OM en de inspectie gestuurd? Zo heeft de minister het gezegd, zo heb ik het gehoord en zo staat het ook in de wet!

Minister **Korthals**: Het antwoord daarop is "ja". Wij gaan er in ieder geval wel van uit, dat, als er aan één van de criteria niet voldaan is, er in beginsel niet zorgvuldig is gehandeld.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik raak volledig in verwarring door deze uitspraken. Ik ga er vooralsnog van uit, dat, als de commissie oordeelt dat aan één van de zorgvuldigheidseisen niet voldaan is, zij het verslag doorstuurt naar de inspectie en het OM. Dat heb ik toch goed begrepen?

Ik hoor de minister nu zeggen dat de commissie toch tot het oordeel kan komen dat er wel zorgvuldig gehandeld is ondanks het feit dat niet aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan. Ik kan mij dat niet voorstellen want er is niet aan alle zorgvuldigheidscriteria voldaan. Maar in die situatie hoeft de commissie het volgens de wet dus niet door te sturen naar het OM en de inspectie? Wanneer moet dat dan wel gebeuren?

Minister **Korthals**: Het uitgangspunt is dat wanneer men niet heeft voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen, er dus niet zorgvuldig is gehandeld. Wanneer alle zaken bij elkaar gehaald worden, kan het zijn dat de commissie alles afwegend tot de conclusie komt dat het bijvoorbeeld onmogelijk was dat de consulent bijtijds aanwezig was. Hij is wel benaderd, hij is over de situatie ingelicht, hij heeft ook zijn mening gegeven, maar hij kon de patiënt echt zien. Dan kan de commissie tot de conclusie komen dat er uiteindelijk toch zorgvuldig is gehandeld.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Dat zou dan betekenen dat dat verslag niet naar het OM gaat?

Minister **Korthals**: In dat geval heeft mevrouw Ross gelijk en gaat het niet naar het OM.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Je kunt niet op twee toch verschillende situaties tegelijk "ja" zeggen. En dat gebeurt hier nu. Wij hebben het over het hart van het wetsvoorstel, anders zou ik niet zo volhouden. Als ik scherp luister, wordt er op twee wezenlijk verschillende situaties "ja" gezegd. In mijn perceptie is het als volgt: er zijn zorgvuldigheidseisen en daaraan is wel of niet voldaan. Als er aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan men tot het oordeel komen dat er zorgvuldig is gehandeld en blijft het dossier bij de toetsingscommissie. Als aan één zorgvuldigheidseis niet is voldaan...

Minister **Korthals**: ...kan de commissie niettemin, wanneer het een klein foutje betreft, tot de conclusie komen dat er zorgvuldig is gehandeld.

De heer **Van der Vlies** (SGP): En dan blijft het bij de commissie en gaat het niet naar het OM. Wat is dan een klein foutje? Dat is toch een hele moeilijke casus.

Minister **Korthals**: Dat is nu juist ter beoordeling van die toetsingscommissie.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik zou vinden van het OM. Dus is het veel zuiverder om, wanneer niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, het aan het OM voor te leggen. Of daar dan tot vervolging wordt

Korthals

overgegaan, kan daar worden afgewogen. Als het een klein foutje betreft, kan daar bezien worden of al dan niet tot seponeren wordt overgegaan. Anders krijg je de situatie dat een kleine afwijking beoordeeld wordt door een commissie die tot een medisch oordeel bevoegd is en niet tot een juridisch oordeel. Dan gaat het wel degelijk om een juridische beoordeling van de vraag of al dan niet is voldaan aan het pakket zorgvuldigheidsvereisten.

Minister Korthals: Dit is wel het systeem van de wet, zoals het nu voorgesteld is. Als u vindt dat het anders moet, dan moet u het amenderen in de andere richting.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ben mijns inziens niet de eerstgeroepene om dit wetsvoorstel te amenderen, want ik heb er principiële bezwaren tegen.

Minister Korthals: Mijnheer Rouvoet heeft ook principiële bezwaren tegen het wetsvoorstel...

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb ook amendementen ingediend, dus ik zal mij er in dit geval op beraden. Ik kan mij de constructie van de toetsingscommissie wel voorstellen, maar dan moet wel aan alle zorgvuldigheidsvereisten worden voldaan. Als ik het zicht daarop ook nog ga kwijtraken, dan heb ik nog minder fiducia in de wet.

Minister Korthals: Wat dat betreft ben ik toch niet erg hoopvol gestemd. Ik heb u al gezegd, dat wanneer aan een van de zorgvuldigheidseisen niet wordt voldaan, ervan uitgegaan mag worden dat dit een behoorlijke druk legt op de vraag of er zorgvuldig is gewerkt of niet. Maar het is en blijft een afweging die gemaakt wordt door de toetsingscommissie.

De **voorzitter:** Ik zie allerlei woordvoerders die al eerder over dit onderwerp geïnterrupteerd hebben, nu weer verschijnen voor de interruptiemicrofoons. Gezien de tijd stel ik echter voor, dat ze hierop zo nodig in tweede termijn nader ingaan.

Minister Korthals: Voorzitter! Mevrouw Halsema heeft benadrukt dat rekening moet worden gehouden

met het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarbij heeft zij gezegd, dat euthanasie kan worden bestraft met maximaal twaalf jaar gevangenisstraf en de hulp bij zelfdoding met maximaal drie jaar. Zij hecht overigens wel aan het hanteren van dezelfde zorgvuldigheidsnormen. Ik ben het met de zienswijze van mevrouw Halsema eens. Wel moeten wij bedenken dat met name in de gevallen waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding kunnen worden toegepast het verschil klein kan zijn. Ik denk daarbij aan de situatie waarin de stervende zelf een middel inneemt dat leidt tot de dood en de situatie waarin de arts dat middel toedient. Het is dan ook van belang dat de zorgvuldigheidseisen in deze situaties dezelfde zijn. De beoordeling van deze eisen is natuurlijk wel gerelateerd aan het concrete geval. Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding komt, zoals zij terecht aangeeft, heel duidelijk tot uitdrukking wanneer tot strafvervolgning wordt overgegaan. In de tenlastelegging moet dan duidelijk worden aangegeven om welk delict het gaat.

Voorzitter! Mevrouw Halsema heeft zich afgevraagd wat de strafrechtelijke positie is van de consulent. Zolang de consulent geen feitelijke handelingen verricht ter uitvoering van de levensbeëindiging kan hem strafrechtelijk niets worden verweten. Voor medeplichtigheid is een bijdrage, enige daadwerkelijke hulp bij de uitvoering van een misdrijf vereist. Voorts is vereist dat sprake is van opzet, gericht op zowel de eigen hulpverlening als het misdrijf ten aanzien waarvan hulp wordt verleend. Door het geven van een oordeel over het verzoek van de patiënt en de situatie waarin deze zich bevindt, verricht de consulent geen feitelijke handeling waarvoor hij kan worden vervolgd. De functie van de consultatie is die van een waarborg voor een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts met betrekking tot de toepassing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De behandelend arts is niet verplicht de mening van de consulent te volgen en de consulent hoeft het niet met de behandelend arts eens te zijn. Het is de behandelend arts die verantwoordelijk is voor de beslissing om het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te

willigen en hij is verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan. De consulent geeft zijn eigen oordeel en hij geeft geen toestemming voor levensbeëindiging. Daarom lijkt mij een afzonderlijke strafbaarstelling voor schending van de voorschriften over consultatie niet proportioneel. Dit is een reactie op een opmerking van mevrouw Halsema. Na ons oordeel kan de arts, indien uitsluitend sprake is van schending van het consultatievereiste, beter in de tuchtrechtelijke context worden aangesproken. Dit is op te vatten als een tekortschieten in het medisch-professionele handelen. Indien op de wijze van consulteren iets is aan te merken, kan in eerste instantie de toetsingscommissie de arts hierop aanspreken in een toelichtend gesprek. Als de nalatigheid op het punt van de consultatie leidt tot de conclusie, dat door de arts niet zorgvuldig is gehandeld, kan de meest passende reactie daarop het beste worden afgewogen door het openbaar ministerie en de inspectie voor de gezondheidszorg, elk overeenkomstig de eigen verantwoordelijkheden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter! De minister behandelt nu twee punten. Het eerste betreft de medeplichtigheid aan een misdrijf door de consulent. Volgens mij citeert de minister het medeplichtigheidsartikel maar deels. Iemand kan namelijk ook medeplichtig zijn aan een misdrijf als hij inlichtingen verschaft voor het plegen van een misdrijf. Dat betekent dat een consulent wel degelijk strafrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De vraag is of dat wenselijk is.

Minister Korthals: Voorzitter! De consulent neemt niet de beslissing. Hij kan nooit het oogmerk hebben iets verkeerd te doen en in die zin kan hij naar mijn gevoel nooit medeplichtig zijn. Ik meen overigens, dat het in de praktijk niet voor zal komen dat ook maar één officier van justitie ertoe over zal gaan om de consulent wegens medeplichtigheid te vervolgen. Daarom vind ik dat mevrouw Halsema spijkers op laag water zoekt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter! Hierop zal ik in mijn tweede termijn reageren, maar ik wil nu iets zeggen over het tweede punt. De minister wil niet, dat het

Korthals

niet-consulteren een andere strafbedreiging krijgt dan die van twaalf jaar, die nu op het levensdelict bij euthanasie staat. Het consulteren is een van de zorgvuldigheidsvereisten. Mijn redenering is, dat een dergelijke strafmaat buiten proportioneel is. Dat is de minister eigenlijk met mij eens. Dat heeft hij in zijn brief gezegd. De strafmaat zou veel proportioneeler zijn als het niet-consulteren lager bestraft werd dan bijvoorbeeld het niet wel overwogen naleven van een vrijwillig verzoek.

Minister Korthals: Voorzitter! Als je niet consulteert, leidt dat niet meteen tot de conclusie dat je een delict hebt gepleegd. Daarvan hoeft dan geen sprake te zijn. Je hebt alleen niet voldaan aan de zorgvuldigheidsvereiste en dat betekent dat er een kans is op vervolging op grond van de artikelen 293 en 294.

Mevrouw Halsema (GroenLinks): En dat betekent dat er een kans op een strafbedreiging van twaalf jaar is. U geeft zelf in uw brief aan, dat dit niet proportioneel is.

Minister Korthals: Voorzitter! Als het niet-consulteren met zich brengt dat je een verkeerd oordeel geeft over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, wordt dat niet-consulteren zwaarder aangerekend dan wanneer het alleen om de conclusie gaat: u heeft niet geconsulteerd. Het een heeft wel met ander te maken. Je moet daarom de nodige ruimte scheppen. Die ruimte is er doordat de strafmaat kan oplopen van nul tot twaalf jaar. Door meerderen is al gezegd, dat de rechter niet is gehouden de maximale straf op te leggen. Als het enige wat je verkeerd hebt gedaan het niet-consulteren is en je handelen daarom valt onder de delictomschrijving van de artikelen 293 en 294, zal het openbaar ministerie, de officier van justitie, uiteindelijk niet een hoge straf vorderen.

Mevrouw Halsema (GroenLinks): Ik vind dit een heel rare redenering. Natuurlijk mag de rechter altijd afwijken van het strafmaximum, maar u kiest als wetgever wel voor een proportionele straf. U zet bijvoorbeeld niet 40 jaar op diefstal; het moet in proportie staan tot het delict. U geeft zelf toe dat twaalf jaar niet in proportie staat. Waarom wilt u dan niet zoeken naar een meer

proportionele strafmaat en houdt u hieraan vast? Ik vind het heel gek.

Minister Korthals: Je moet het ook in combinatie kunnen zien. Als je je niet aan de procedure hebt gehouden, heb je je ook materieel schuldig gemaakt. In dat geval zal er iets anders ten laste worden gelegd en zal ook de eis van het openbaar ministerie hoger zijn.

Mevrouw Halsema hecht veel belang aan het opzetten van een databank waarin de oordelen van de commissie zijn opgenomen. Zij kan niet instemmen met onze toezegging om haar suggestie inzake de databank te betrekken bij het voorgenomen evaluatieonderzoek. Ik vraag mij af of zij onderkent dat bij ons wel degelijk de bereidheid bestaat om een dergelijke voorziening te realiseren. Wij stellen een aanpak langs de lijnen der geleidelijkheid voor. Ik kan mij voorstellen dat een databank waarin alle uitgebrachte oordelen zijn opgenomen in ieder geval kan bijdragen aan de bewaking van de eenheid van de oordelen van de toetsingscommissie. Wij willen evenwel eerst goed nagaan hoe een database eruit zal moeten zien. Het bouwen van een databasesysteem vergt dat zeer precies bekend is wat de reikwijdte van de opzet van het systeem moet zijn. Het voorgenomen evaluatieonderzoek kan hierin inzicht verschaffen. Inmiddels zullen wij wel een aanvang nemen met het opzetten van de database.

De vergadering wordt van 17.08 uur tot 17.18 uur geschorst.

□

Minister Borst-Eilers: Mevrouw de voorzitter! Ook ik wil, voordat ik op de concrete inbreng van de verschillende geachte afgevaardigden inga, nog een paar algemene opmerkingen vooraf maken. In het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, wordt geregeld dat een arts, als hij voldoet aan een verzoek van een heel ernstige zieke patiënt om het leven te beëindigen, niet strafbaar is, indien hij daarbij de uiterste zorgvuldigheid in acht neemt. Met dit wetsvoorstel wordt tegemoetgekomen aan een wens van de meerderheid van onze bevolking. Uit onderzoek is immers gebleken dat meer dan 80% voorstander is van een mogelijkheid waardoor ernstig

zieke mensen niet tot het bittere einde behoeven te lijden en waardoor artsen op verzoek het leven mogen beëindigen zonder strafbaar te zijn. Dat betekent overigens niet dat al die mensen, indien zij zelf in zo'n situatie komen en weten dat zij niet meer kunnen herstellen, hun arts ook om euthanasie zullen vragen.

Waar het om gaat, is een gereguleerde mogelijkheid waardoor mensen ervan overtuigd kunnen zijn dat zij het gesprek over actieve levensbeëindiging met hun arts kunnen aangaan, wanneer zij naar hun gevoel ondraaglijk lijden, wanneer hun situatie uitzichtloos is of wanneer zij dat zien aankomen. De mensen moeten ook weten dat zij dat gesprek kunnen aangaan zonder hun arts daarbij in strafrechtelijke problemen te brengen. Omgekeerd geeft het de arts de mogelijkheid om open met mensen over zo'n situatie te praten en ook goed te doorgronden wat de achtergrond van de vraag naar euthanasie is. Patiënt en arts moeten daarover niet alleen met elkaar in gesprek gaan, maar ook enige tijd in gesprek blijven. Zo gaat het meestal trouwens. In dat gesprek moet duidelijk worden of degene die om euthanasie vraagt, het lijden echt niet meer aan kan, of hij een bepaalde zware behandeling niet meer wil meemaken, of hij angst heeft voor pijn en of hij bang is om alleen gelaten te worden of juist om anderen te veel te belasten. Die dingen moeten allemaal in dat contact aan de orde komen. En dat gaat niet allemaal in een gesprek.

Voor de arts zijn het de aspecten die hij moet meewegen in zijn beslissing of hij aan het verzoek van de patiënt kan voldoen of dat er nog andere mogelijkheden zijn om de patiënt te helpen. Daarom is het van het grootste belang dat de arts duidelijk krijgt wat de echte motivatie van de patiënt is. Het blijkt immers vaak – dat is ook door diverse van de geachte afgevaardigden opgemerkt – dat als een aantal angsten van de patiënt of een aantal zaken waar de patiënt heel veel last van heeft, kunnen worden weggenomen en als de patiënt de zekerheid krijgt dat hij ondanks de uiterst moeilijke situatie waarin hij verkeert, toch veel aandacht en zorg zal kunnen krijgen, hij het verzoek om euthanasie niet herhaalt en uiteindelijk sterft zonder dat het leven actief is beëindigd. Uiteindelijk wordt slechts eenderde

Borst-Eilers

van de serieuze euthanasieverzoeken in Nederland ingewilligd. Ik denk dan ook dat wij kunnen stellen – ik hecht er ook aan om dat nog eens te zeggen – dat de euthanasiepraktijk in ons land als zorgvuldig kan worden gekenschetst.

Ik hecht er ook zeer aan dat er bij artsen een goede kennis en inzet van palliatieve zorg is. Ik kom daar zo nog uitvoerig op terug naar aanleiding van de vragen. Soms zal echter zelfs goede palliatieve zorg het ondraaglijk lijden niet kunnen voorkomen en opheffen. Daarom ben ik blij dat wij nu kunnen spreken over een regeling die aangeeft wanneer een arts aan het verzoek van de patiënt kan voldoen, en dat ook helder is verwoord met welke zorgvuldigheid dat dan omgeven moet zijn. Het zijn voor artsen moeilijke beslissingen; dat weten wij allemaal. Een arts neemt nooit lichtvaardig een beslissing tot levensbeëindiging. Als zo'n verzoek speelt, hoor je een arts heel vaak zeggen dat hij daar een paar slapeloze nachten van heeft. Die afweging wordt ook meestal gekenschetst als de moeilijkste beslissing in zijn praktijk.

Nogmaals, ik ben blij dat er nu een regeling voorligt. Ik hoop uiteraard dat de Kamer die zal aanvaarden. De regeling schept duidelijkheid en rechtszekerheid, niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de artsen. Er is sprake van een lijn van zorgvuldigheidseisen die indertijd ook mede door de eigen medische beroepsgroep zijn ontworpen en die door de KNMG ook steeds actief worden uitgedragen. Het is belangrijk dat we ons realiseren dat de centrale figuur in dit debat de lijdende mens is.

Voorzitter! Ik wil allereerst ingaan op de algemene inbreng van enkele woordvoerders die grote moeite hebben met dit voorstel; dit ter aanvulling op een aantal opmerkingen die collega Korthals daarover al heeft gemaakt. De heren Van der Vlies en Rouvoet baseren hun opvattingen over euthanasie op hun levensbeschouwing. Dat respecteren wij. Maar laten wij daar duidelijk over zijn: de meerderheid van het Nederlandse volk baseert thans zijn opvattingen over euthanasie en andere medisch-ethische vragen niet uitsluitend op een christelijke levensbeschouwing. De Nederlandse samenleving verandert door maatschappelijke ontwikkelingen als

secularisatie, individualisering en immigratie. Er is langzamerhand een pluriforme samenleving ontstaan, waarin de burgers met verschillende sociale, culturele, maatschappelijke en levensbeschouwelijke achtergronden zich bij het formuleren van hun normen en waarden en het naleven daarvan laten inspireren door verschillende levensovertuigingen. Maar er is in Nederland geen sprake van een normloze samenleving, of van een samenleving die zou afglijden langs een hellend vlak. Onze samenleving kent fundamentele en breed gedeelde waarden en normen die thans, zoals mevrouw Swildens gisteren zo duidelijk uiteen heeft gezet, hun oorsprong vinden in de joods-christelijke en de humanistische traditie. Het beleid van de regering wordt daarnaast ook gedragen door, zoals ik al zei, een grote meerderheid van de bevolking.

De heer Van der Vlies bracht de opvattingen over euthanasie in verband met het moderne levensbesef. Als er één tijdperk was waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding zeer gebruikelijk waren, was dat wel de klassieke oudheid. Nu zal hij direct zeggen dat dat ook het prechristelijke tijdperk was! Hiermee wil ik aangegeven dat de wens om het leven te laten beëindigen of zelf te beëindigen met de hulp van een arts er één van alle tijden is. De heer Van der Vlies verwacht dat euthanasie zal leiden tot verminderde inspanning van artsen om het leven van hun patiënten te behouden en tot een veranderende houding ten opzichte van handicaps, chronische ziekte en ontluistering. Hij vreest dat. Ik wil hem heel graag geruststellen: ik ben er op mijn beurt van overtuigd dat we die kant niet uitgaan. Ik zie ook geen signalen van een dergelijke ontwikkeling, in relatie tot de euthanasiepraktijk. Ik denk dat we met zo'n verwachting de beroeps-ethiek en de beroepsopvattingen van de Nederlandse artsen tekort zouden doen, die toch uitgaan van hun roeping om juist voor mensen in moeilijke omstandigheden goed te zorgen, ook vanuit een solidariteitsbeginsel. Barmhartigheid is gelukkig ook een eigenschap van de niet-gelovigen, zoals het verhaal van de barmhartige Samaritaan, die immers een heiden was, illustreert.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Die laatste opmerking houdt mij het meest bezig! Bij nader inzien denk ik

dat het beter is, in tweede termijn terug te komen op de opmerkingen van de minister. Maar door te zwijgen wil ik niet uitstralen dat ik instem met alle nuances in het betoog van de minister. Vanuit mijn opvatting valt daarover namelijk wel wat te zeggen. Overigens zullen we daarvoor, vrees ik, in tweede termijn niet meer alle tijd vinden. Maar goed, we vinden wel een gelegenheid.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik heb er toch behoefte aan om één vraag wel te stellen, namelijk over de opmerking van de minister dat er eigenlijk geen sprake zou zijn van een hellend vlak. Ik heb over het hellend vlak het mijne gezegd: ik heb het niet nodig om dit wetsvoorstel af te wijzen. Als twintig jaar geleden, bij de aanvang van de euthanasiediscussie rondom een wettelijk voorstel terzake, zou zijn geformuleerd dat dit ook zou kunnen gelden voor een 13-jarige die wilsonbekwaam was geworden, als toen duidelijk zou zijn gesteld dat het ook om psychische aandoeningen zou kunnen gaan, dan zou dit niet op hetzelfde brede draagvlak hebben kunnen rekenen, laat staan op acceptatie in de wetgeving, waarvan nu kennelijk sprake is. Dat is toch een verschuiving binnen het terrein van de regelgeving rondom euthanasie?

Minister **Borst-Eilers**: Ik geef zeker toe dat zich een verschuiving heeft voorgedaan en dat ons denken over euthanasie zich langzamerhand meer heeft verruimd, verbreed. Dat is iets anders dan een hellend vlak naar beneden. Ik heb het altijd vreemd gevonden, als wij het hadden over ondraaglijk en uitzichtloos lijden, dat je per se iets aan je lijf moest mankeren om erkend te kunnen worden als iemand die ondraaglijk en uitzichtloos leed. Hoewel ik absoluut van mening ben dat die zaken op het gebied van de psychische aandoeningen veel moeilijker liggen, omdat wij daarvoor een minder sterke wetenschappelijke basis hebben en omdat sommige ziektebeelden zich ook weer ten goede kunnen keren, heb ik geen moeite met deze verruiming.

Een aantal opmerkingen van de heer Rouvoet heeft mij wat verbaasd. Dat geldt ook voor het verhaal over de 13-jarige. Mijns inziens betreft het een nogal theoretische constructie.

Borst-Eilers

Het gaat om iemand van 13 jaar die een ongeluk krijgt en een jaar daarvoor een wilsverklaring heeft geschreven. Stel je voor, een kerngezond kind van 12 jaar gaat even opschrijven dat hij, als hij in coma raakt, zijn leven beëindigd wil hebben. De ouders moeten er ook nog achter staan. Je construeert dan iets waarvan je formeel kunt zeggen dat het een theoretische mogelijkheid is. Ik vind echter dat de heer Rouvoet daarmee een beeld schetst dat een negatieve aureool legt om de euthanasiepraktijk. Zoiets is in Nederland nog nooit voorgekomen. Het zal denk ik ook nooit voorkomen. Ik vind dit te theoretisch. Dat geldt voor meer opmerkingen van de heer Rouvoet.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik ga niet in discussie over casuïstiek. Daarvoor heb ik die niet aangevoerd. Het is mij wel opgevallen dat de regering vaak zegt dat iets haar niet voor de hand lijkt te liggen, dat het niet geheel en al valt uit te sluiten, maar dat het nogal theoretisch lijkt. Je maakt niet alleen een wetsvoorstel voor gevallen die zich al hebben voorgedaan, maar ook ter bescherming van toekomstige situaties.

De minister en ik zijn het erover eens, als het gaat over het hellende vlak, dat er wel degelijke steeds nieuwe stappen zijn gezet. Mijn conclusie is dat dit een doodlopende weg is. Die kwalificatie neemt de minister niet over, maar zij erkent met mij dat in die discussie steeds nieuwe stappen zijn gezet.

Minister **Borst-Eilers**: Het is de vraag of dit zo door zal gaan. Het gaat om mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat heeft zijn begrenzing. Wij zijn begonnen met de meest harde categorie, namelijk met iemand die kanker heeft en die vreselijk veel pijn heeft. Vroeger was daar vaak minder aan te doen. Later kwam ook het lijden door een psychische ziekte erbij. Lichaam en geest zijn overigens niet zo gescheiden in de mens. Ik ben het ermee eens dat ook jonge mensen deze wens kunnen hebben. Ik heb dat al eerder verdedigd. Je moet wel ergens een grens stellen. Naar analogie van de WGBO hebben wij die op 12 jaar gesteld. Ik heb het in mijn loopbaan helaas ook enkele keren moeten meemaken dat kinderen van die leeftijd aan een dodelijke ziekte leden en geruime tijd

in dat proces zaten. Ook ik ben altijd verbaasd geweest over hoe snel deze kinderen volwassen werden, in het licht van de naderende dood. Het lijkt wel alsof je kort vóór je overlijdt toch heel snel kunt rijpen, ook als je nog jong bent. Ik vind dus dat zo'n kind een dergelijke wens mag uiten. Wij mogen niet zeggen dat dit absoluut niet kan en dat dit onbespreekbaar is. Ik vind dat winst. De heer Rouvoet vindt dat wij wat dat betreft nog verder naar beneden gaan, maar ik vind het een beetje meer naar boven.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter! Nog een vraag over de schriftelijke wilsverklaring bij kinderen tussen 12 en 16 jaar. De minister zegt dat zij zich eigenlijk niet kan voorstellen dat het in Nederland voorkomt dat een kind van 12 jaar dit opschrijft. De wet maakt het echter wel mogelijk. Volgend uit het betoog van de minister is het logisch de mogelijkheid van de wilsverklaring bij 12- tot 16-jarigen te schrappen. Hecht de minister daaraan? Als dat zo is, waarom dan?

Minister **Borst-Eilers**: U spreekt nu misschien over een kind dat niet ziek is en dus niet zo rijp, maar die dat wel op gaat schrijven. Als het echter gaat om een kind met bijvoorbeeld leukemie dat een hele lijdensweg door heeft gemaakt, kan ik mij voorstellen dat een klasgenootje zegt: nu ik dit zo heb meegemaakt, ga ik opschrijven dat als mij dat overkomt, de dokter er op een gegeven moment een eind aan mag maken. Daarmee is niet gezegd dat het kind zoiets zal overkomen en als dat wel gebeurt, dat de dokter het zal honoreren en dat de ouders erin mee zullen gaan. Daarmee is het dus nog geen gepasseerd station. Het is echter wel een valide wens die iemand van die leeftijd kan uiten.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het gaat er natuurlijk om of het wel valide is dat bij een kind beneden de 16 jaar euthanasie wordt uitgevoerd op basis van een schriftelijke wilsverklaring.

Minister **Borst-Eilers**: Wij laten het aan de arts over om te beoordelen of die verklaring aan alle criteria voldoet. Wij zeggen echter niet: wij gaan die mogelijkheid schrappen voor kinderen van die leeftijd.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**

(PvdA): De situatie die de minister als theoretisch kwalificeerde ging om een gezond kind van 12 jaar dat een situatie beschrijft dat het een ongeluk zou krijgen. De situatie waarop de interruptie van mevrouw Halsema betrekking had, is echter een heel andere. Dan gaat het om een kind dat bijvoorbeeld al leukemie heeft en het dan wil vastleggen.

Minister **Borst-Eilers**: En dan kan zo'n kind een euthanasieverzoek doen. Het kan dat mondeling en schriftelijk doen.

Voorzitter! Ik vond het jammer dat de heer Rouvoet het beeld schetst van een dodende dokter. Die dodende dokter leek in zijn verhaal wel de hoofdfiguur. Dat is echter niet de primaire actor. De primaire actor in deze processen is de patiënt die de dokter vraagt om zijn dood te bespoedigen. Dat vind ik een zuiverder beeld.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik heb ook gezegd waarom ik dat gedaan heb. Ik heb erop gewezen dat in de considerans van uw eigen wetsvoorstel alleen de arts figureert. Wij hebben met elkaar vastgesteld dat de patiënt niet eens in de definitiebepalingen voor komt. U moet dan ook niet zeggen dat ik zo de nadruk heb gelegd op de positie van de arts. Dat is een deel van mijn kritiek op het wetsvoorstel waarin de positie van de arts zo centraal blijkt te staan.

Minister **Borst-Eilers**: Maar bij u is de dokter toch degene die dood. Dat is natuurlijk ook zo, maar je kunt ook zeggen dat de dokter de patiënt met een dringend en dramatisch verzoek, helpt. Het beeld dat u neerzette, vond ik niet helemaal evenwichtig. Wij verschillen echter op een aantal punten in dit dossier van opvatting en dit is er één van.

Mevrouw Ross en mevrouw Kant hebben een verband gelegd tussen het gebrek aan zorg en euthanasie. Ik heb moeite met die opstelling. Mevrouw Halsema heeft ook gezegd dat een dergelijk verband niet moet worden gelegd. De vraag naar levensbeëindiging bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden is zo oud als de mensheid en die wordt overal gesteld, ongeacht de staat van de gezondheidszorg. Waarom denkt u bijvoorbeeld dat men in België, een land zonder wachtlijsten en met een overvloed aan artsen en verpleegkundigen, zo intensief bezig is met

Borst-Eilers

een wettelijke regeling voor euthanasie?

Er zijn wat opmerkingen gemaakt over de verwaarlozing van de zorg onder de paarse kabinetten. Toen Paars 1 aantrad, troffen wij een situatie aan in de verpleeg- en verzorgingshuizen die echt dringend verbetering behoefde. Er was een gebrek aan privacy en er waren 5- en 6-persoonskamers. U kent het beeld. Wij hebben ons toen direct ingezet – en wij zijn dit de laatste zes jaar blijven doen – om de capaciteit en de kwaliteit van de verpleeg- en verzorgingshuizen te verbeteren. Dit is gedaan door het verminderen van de meerpersoonskamers en door het stimuleren van andere vormen van zorg. Ik noem het belevingsgericht verplegen van patiënten met de ziekte van Alzheimer, waar de desbetreffende verzorgenden nu ook een opleiding in krijgen. Naar mijn mening is de kwaliteit van leven van de bewoners van verzorgings- en verpleegthuizen verbeterd. Volgend jaar zijn alle 5- en 6-bedskamers weg. In 2004 zijn alle 4-persoonskamers verdwenen. Dat kost een boel geld, maar dat hebben wij er graag voor over gehad.

De wachtlijsten in de thuiszorg lopen terug. Er zijn nu drie – en wellicht zelfs vier – grote instellingen zonder wachtlijsten. Wij zijn bezig, de zorg zodanig in te richten dat je niet meer kunt spreken van een dramatische situatie. Daar is nu ook geld voor. Bij het aantreden van Paars was de leefsituatie van iemand met een verpleeghuisindicatie slechter dan nu.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! Ik heb begrepen dat de minister niet alleen moeite had met de relatie die ik heb gelegd tussen een gebrek aan zorg en het opmaken van een wilsverklaring, maar zij heeft mij zelfs demagogie verweten. Ik vraag haar, daar iets voorzichtiger mee te zijn. Mij kan absoluut geen demagogie verweten worden, zeker niet in het licht van het volgende. Ik heb de minister horen zeggen dat bij zeer zwaar lijden een goede palliatieve zorg, een adequate pijnbestrijding en de eigen omgeving soms de grenzen voor het vragen om toepassing van euthanasie kunnen verleggen en ook kunnen voorkomen. Ik noem het Nivel-onderzoek van 13 oktober 2000, waarin staat dat zich vooral in ziekenhuizen en in de thuissituatie

nog steeds schrijnende gevallen voordoen van terminale patiënten die met een kwalitatief onvoldoende verzorging de laatste fase van het leven doormaken. De kennis en ervaring van zorgverleners is niet altijd toereikend om aan de complexe zorgvraag te voldoen, aldus dit onderzoek. Hierop gelet, kan de minister toch niet stellen dat ik de relatie die ik legde tussen angst voor gebrek aan zorg en het opmaken van een wilsverklaring, demagogisch is?

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Natuurlijk is het nog niet ideaal, maar er zijn wel duidelijke verbeteringen. Straks zal ik ingaan op de palliatieve zorg, waar ook nog het nodige moet verbeteren. Dat is echter iets anders dan te stellen dat behandeling van het wetsvoorstel moet worden uitgesteld omdat het op dit punt zo slecht gesteld is. Het gaat steeds beter, maar het is een proces. Ik ben het met mevrouw Ross eens dat sommige verzoeken om euthanasie weer worden teruggenomen wanneer er een extra inspanning wordt gedaan om beter voor iemand te zorgen. Ik heb ook al gezegd tweederde van de verzoeken niet wordt ingewilligd.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Het heeft mij gekwetst dat de minister mij demagogie verweet. Ik hoor dan graag van haar dat zij mij op dit punt goed begrepen heeft en dat mij dat verwijt in ieder geval niet treft.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb u wel goed begrepen. In het debat van gisteren werd een beeld geschetst dat naar mijn gevoel niet terecht was. Er werd te veel een soort schuldvraag op het huidige beleid gelegd die vervolgens in verband werd gebracht met het te vroeg behandelen van dit wetsvoorstel. Daar neem ik afstand van.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Bij het aanbod aan redelijke alternatieven hoort ook de palliatieve zorg. De minister heeft zelf gezegd dat het aanbod nog niet optimaal is. Hoe kan zij dan zeggen dat in het licht van de huidige situatie – nog los van het wetsvoorstel – mijn opmerkingen getuigen van enige demagogie? Ik kan er alleen maar realiteitszin in zien. Volksmennerij is mij volkomen vreemd en ik snap niet dat de minister, na alles wat wij hierover

gewisseld hebben, die overtuiging nog kan zijn toegedaan.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal uw inbreng daar nog eens goed op nalezen, want ik kreeg gisteren wel een gevoel dat mij tot deze term heeft gebracht.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb gisteren ook gezegd dat je bij de huidige stand van de zorg en de toestanden op dit moment in de verpleeghuizen niet kunt uitsluiten dat een verzoek tot euthanasie mede ingegeven wordt door die omstandigheden van die zorg en om de wens geuit in een wilsverklaring. Dan begrijp ik niet goed hoe de minister later buiten deze Kamer mensen van demagogie kan betichten. Het gaat hier om mensen die het misschien wel willen, maar het niet los kunnen zien van het debat over euthanasie van vandaag. Ik heb gisteren ook gehoord dat de minister heeft gezegd dat de zorg in de verpleeghuizen iedere dag verbetert. Kan de minister echt volhouden dat die situatie iedere dag beter wordt als zij terugkijkt op het beleid van de afgelopen zes jaar en ziet wat de gevolgen daarvan zijn voor de verpleeghuizen?

Minister **Borst-Eilers**: Er zijn twee verschillende invloeden. Ten eerste wordt beleid gevoerd gericht op het verbeteren van de leefomstandigheden. Daarmee doel ik op de privacy van de patiënt, het beter trainen van het personeel in het omgaan met mensen in verpleeghuizen, met name van Alzheimerpatiënten. Ten tweede is er een stroom de andere kant uit veroorzaakt door het groeiende probleem om voldoende personeel te krijgen. Dat gebrek aan personeel kan in sommige situaties invloed hebben op de kwaliteit van de zorg. Daarom is alle inzet erop gericht om met name in die sector met voorrang te zorgen voor voldoende handen aan het bed. Te zien is dat dit hier en daar in Nederland al effect begint te krijgen.

Mevrouw **Kant** (SP): De oorzaken van die problemen zullen wij nu niet analyseren. Die liggen in het beleid van de afgelopen jaren. Het gaat mij om de feitelijke situatie in verpleeghuizen, waar mensen laat uit bed gehaald worden, soms pas in de middag, waar mensen soms al om 18.00 uur in bed worden gelegd en

Borst-Eilers

waar mensen niet tijdig naar het toilet gebracht kunnen worden en daarom een luier om krijgen. Die situatie, waarin er geen aandacht is voor de patiënten, doet zich nu voor in verpleeghuizen. Ik heb u in het vorige debat gevraagd of u een relatie tussen de te kort schietende zorg en het verzoek om euthanasie kunt uitsluiten. Daarop zei u tegen mij: neen, ik kan dat niet uitsluiten. Blijft u daarbij?

Minister **Borst-Eilers**: Je kunt in een individueel geval niet uitsluiten dat iemand een euthanasieverzoek doet omdat hij angst heeft voor een toekomst die u nu zo kleurrijk, zoals wij dat van u gewend zijn, schetst. Maar dat betekent nog niet dat wanneer zo iemand dan maar kiest voor euthanasie, de dokter zegt: groot gelijk, dat doen we. Zo gaat het niet. Dan is het de taak van de arts om voor die mensen een betere zorgsituatie te creëren. Ik heb er al op gewezen dat het in de thuiszorg beter gaat. Er zijn persoonsgebonden budgetten. Er zijn hospices in Nederland en terminalezorgunits. Een dokter zal echt alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat de situatie voor de patiënt verbetert. Bij euthanasie gaat het in 80% van de gevallen om mensen met kanker en in 90% van de gevallen gaat het om mensen die thuis zijn omdat zij uitbehandeld zijn in het ziekenhuis en naar huis gaan voor de laatste levensperiode. In de verpleeghuizen wordt er door het personeel alles aan gedaan om de kwaliteit van de zorg zo goed mogelijk te laten zijn. Ik ben ervan overtuigd dat men daar klachten over de situatie niet met euthanasie beantwoordt.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat mij erom of je het kunt uitsluiten. Ook ik ben ervan overtuigd dat elke arts, elke verzorgende en verplegende het maximale doet om mensen te helpen. Maar het probleem is dat het maximale niet altijd gedaan kan worden gezien de problemen die er zijn in de gezondheidszorg. Dan wil ik u tot slot nog graag een reactie vragen op de uitspraak van mevrouw Sorgdrager, nu voorzitter van een toetsingscommissie, een jaar geleden. Zij zei: soms zien wij in de toetsingscommissie een dossier waarbij het vermoeden rijst dat er om euthanasie is gevraagd omdat er niets anders is, omdat het ziekenhuis de patiënt naar huis stuurt met de

mededeling dat er niets meer gedaan kan worden en er vervolgens op korte termijn geen thuiszorg en geen bed in een verpleeghuis is. Dat is een constatering van een voorzitter van een toetsingscommissie. Reageert u daar eens op.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb die uitspraak van mevrouw Sorgdrager uiteraard ook gelezen.

Als dit soort gevallen zich in Nederland voordoen, is dat een reden temeer om alles in de openbaarheid te brengen. Denk eens aan de situatie in Groot-Brittannië. Ik weet niet of mevrouw Kant iets weet over de verpleeghuizen, ziekenhuizen, wachtlijsten en ouderenzorg daar of over de totale zorgverschraling die daar inmiddels is opgetreden, maar daar worden euthanasieverzoeken gedaan en ingewilligd zonder dat iemand daar ook maar iets van te horen krijgt. Dat gaat allemaal onder de grond. Als ook in Nederland oneigenlijke euthanasiegevallen voorkomen, is dat een reden temeer om er alles aan te doen om ervoor te zorgen dat wij weten wat er gebeurt.

De staatssecretaris en ik zouden niet in het kabinet voor miljarden extra voor de zorg gevochten hebben als wij van mening waren dat de zorg in Nederland perfect op orde was. Dat is ook helder. Wij zijn bezig met verbeteringen. Hoe eerder die tot stand komen, hoe beter.

Voorzitter! Mevrouw Kant sprak over de wenselijkheid van de verplichting tot het raadplegen van een supportteam en mevrouw Ross vroeg of in de zorgvuldigheidseisen opgenomen kan worden dat de arts een aanbod doet voor pijnbestrijding en andere vormen van palliatieve zorg omdat er anders geen sprake kan zijn van een weloverwogen verzoek.

Een arts moet met de patiënt de mogelijkheden bespreken die er in de situatie van de patiënt nog zijn. Daarbij zal vaak het onderwerp palliatieve zorg aan de orde komen. Het kabinet is wel van mening dat deze mogelijkheden niet met name moeten worden genoemd. De begrippen "weloverwogen" en "uitzichtloos" zijn er wel. Met name onder het "weloverwogen" – zo staat het ook in de toelichting – wordt begrepen dat alle alternatieven, waaronder de palliatieve zorg, met de patiënt besproken zijn. Die alternatieven kunnen van patiënt tot

patiënt verschillen. Als je dat nu gaat benoemen, als het ware limiteren, krijg je een soort hiërarchie van mogelijkheden en dat willen wij niet. Wij hebben bewust voor de open formulering gekozen.

Het is belangrijk dat de mogelijkheden van palliatieve zorg bij artsen genoegzaam bekend zijn. Daarvoor is het nodige in gang gezet, zoals de centra voor ontwikkeling van palliatieve zorg. Ik zal dat niet allemaal herhalen, want daarover hebben wij in een ander verband uitgebreid met elkaar gesproken. Ook zijn er de SCEN-artsen. Deze artsen hoeven niet zelf palliatiedeskundige te zijn. De huisarts wordt de weg gewezen. De SCEN-arts weet wel welke mogelijkheden er zijn, maar hij hoeft ze niet allemaal zelf te beheersen. Mij lijkt dat wij op deze manier het meest doelmatige systeem hebben gecreëerd.

Dan de palliatieve supportteams. Als wij nou een enorm overschot hadden aan verpleeghuisartsen en andere artsen die zich met palliatieve zorg bezighouden, zou je misschien aan hen kunnen vragen om een deel van hun tijd te besteden aan het vormen van een palliatief supportteam. Wij hebben nu gekozen voor een zo sober mogelijke oplossing, die in elk geval ervoor zorgt dat de huisarts de weg gewezen krijgt. Verder wordt in de artsenopleiding langzamerhand ook meer aandacht aan dit onderwerp besteed. Die is naar mijn mening vaak nog te veel gericht op pijnbestrijding; dat moet veel breder worden. Dat is onze keuze geweest en ik denk dat die in de huidige omstandigheden de beste is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een vraag over de SCEN-artsen. Is het juist dat de subsidie aan de KNMG voor de opleiding van SCEN-artsen in 2003 eindigt? Kan de minister de garantie geven dat, gelet op deze belangrijke ontwikkeling, de scholing van SCEN-artsen voortgezet kan worden en de subsidiestroom wordt gehandhaafd?

De minister noemt in haar antwoord op mijn vraag over de palliatieve supportteams zelf het tekort aan verpleegartsen. Maar dit is toch iets heel belangrijks? Als wij zo'n wet in Nederland invoeren en vinden dat artsen en huisartsen voldoende mogelijkheden moeten hebben om deskundigen op het terrein van palliatieve zorg te

Borst-Eilers

raadplegen, dan moet de minister vanaf nu toch alles op alles zetten om die palliatieve netwerken van de grond te krijgen?

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw Kant weet dat per jaar enkele duizenden verzoeken om euthanasie worden gedaan. Zij moet eens op een envelop uitrekenen hoeveel uren mensen van hun eigenlijke werk worden afgehouden als wij de arts verplichten om iedere keer een team in te schakelen. Ik denk dat het een efficiëntere oplossing is dat de huisarts, die in overleg met zijn consulent vindt dat hij er nog niet voldoende aan doet of er nog niet voldoende van weet, hulp en ondersteuning zoekt, dan dat de huisarts verplicht wordt om iedere keer een palliatief supportteam te raadplegen. Er zijn huisartsen die het perfect doen. Moeten wij hen dan verplichten om zo'n team te raadplegen? Dat vind ik eigenlijk een beetje zonde van de tijd van die mensen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! De echte deskundige in Nederland op het terrein van palliatieve zorg, de heer Zylic, geeft heel duidelijk aan dat er nog onvoldoende kennis onder de meeste huisartsen in Nederland is over palliatieve zorg. Nu komt de minister met een wetsvoorstel waarbij dit wordt geregeld. Ik vind dat zij dan ook een maximale inspanning moet verrichten om ervoor te zorgen dat er voldoende palliatieve netwerken zijn waar de huisartsen op z'n minst terecht kunnen. Het gaat dan niet om een verplichting, wat ik persoonlijk overigens wel een goed idee vind. Als er tekorten zijn, zoals de minister zegt, dan moeten we maar heel snel investeren in opleidingen van mensen voor palliatieve netwerken. Dat moeten extra mensen zijn, zodat dit niet ten koste van andere zorg gaat. Waarom zet de minister daarop vanaf nu niet maximaal in?

Mijn vraag over de subsidie voor de SCEN-artsen heeft zij nog niet beantwoord.

Minister **Borst-Eilers**: Laat ik daar dan maar mee beginnen, anders vergeet ik het weer in de hitte van de strijd. Ik heb er onlangs met de KNMG over gesproken en ik heb gezegd, dat ik zeer enthousiast ben over deze vorm van zorg en dat ik vind dat die regulier moet worden.

Het project duurt inderdaad tot en met 2003, maar wij gaan er nu over praten hoe wij het structureel kunnen financieren. Ik heb al toegezegd, dat het structureel gefinancierd gaat worden. Ik ben het met mevrouw Kant helemaal eens, voorzitter, dat dit moet blijven en moet worden uitgebreid. Het geld daarvoor moet prioritair ter beschikking komen. Wij zullen die belofte nakomen.

Mevrouw de voorzitter! Wij hebben een apart traject palliatieve zorg. De Kamer is op de hoogte van wat er allemaal gebeurt. Het leidt waarschijnlijk te veel af om weer in detail te herhalen wat er is gezegd in de AO's die wij erover hebben gehad. Ik wil nog wel een paar dingen zeggen over palliatieve zorg. Misschien kan mevrouw Kant daarna bekijken of haar vraag dan voldoende beantwoord is. Ik wil nu ook even ingaan op de opmerkingen van mevrouw Ross en de heren Van der Vlies en Rouvoet en de verontrusting die zij hebben uitgesproken over het feit dat de palliatieve zorg in Nederland nog niet overal optimaal is.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! Ik begrijp dat de minister tamelijk pragmatisch omgaat met het begrip palliatieve zorg, in die zin dat zij zegt: ik vind het zeer lovenswaardig dat deze zorg er is, ik wil deze ook verder bevorderen en daarmee zijn wij in een apart traject bezig, maar ik vind dat wij nu nog niet zover zijn dat aan iedere patiënt daarvoor een aanbod kan worden gedaan, hoewel ik dat graag zou zien. Zij heeft al eerder gezegd, dat het aanbod niet aan iedereen kan worden gedaan. Mijn bezwaar daartegen is, dat ik net van de minister van Justitie heb gehoord dat als het gaat om het redelijk alternatief dit steeds een behandelalternatief moet zijn. In wezen kan het dus voorkomen, dat een patiënt niet veel anders te kiezen heeft dan doorbehandelen en dat als die mogelijkheid niet bestaat, het redelijk alternatief voor euthanasie niet kan zijn palliatieve zorg. Ik zou zo graag zien dat de minister zichzelf de ambitie zou stellen om door het opnemen van het aanbod in de wetstekst, te bereiken dat iedere patiënt op z'n minst van de arts te horen krijgt wat er in de omgeving aan patiënt en naasten te bieden is als alternatief voor euthanasie, want daar gaat het om.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Er is toch een misverstand over palliatieve zorg. Mevrouw Ross zegt nu dat die zorg ergens in de omgeving beschikbaar moet zijn. Palliatieve zorg kan heel weinig en heel veel omvatten. Iedere goede pijnstilling door de huisarts bij een patiënt met kanker die pijn heeft, is natuurlijk ook al palliatieve zorg. Het is niet een soort aparte techniek die een arts opeens tevoorschijn haalt op het moment dat de curatieve zorg is uitgepraat en niet meer werkt. Er worden vanaf het begin allerlei behandelingen gegeven die niet gericht zijn op de genezing, maar op het verlichten van het lijden. Ook de palliatieve zorg wordt natuurlijk steeds geavanceerder. Artsen zijn steeds doeltreffender in staat om pijn, misselijkheid, darmklachten, infecties en dergelijke te bestrijden en doorliggen te voorkomen. De kennis van die geavanceerde palliatieve zorg wordt in Nederland nu zoveel mogelijk actief verspreid en het verwerven van die kennis wordt bevorderd. Wat de meeste mensen met kanker die thuis zijn, willen en gelukkig ook meestal krijgen, is dat die kennis naar hen toegebracht wordt. De huisarts en eventueel de verpleegkundige van de thuiszorg worden steeds meer ondersteund door palliatieve teams die van de ziekenhuizen uit naar de mensen thuis toegaan. Er zijn regio's in Nederland waar in het kader van de palliatieve zorg een verpleegkundige of soms ook een specialist op afroep naar de patiënt thuis gaat. Palliatieve zorg is constant in beweging, is nu niet op zijn hoogtepunt en zal dat over tien jaar ook niet zijn. Daarnaast is ook aandacht nodig voor andere vormen van zorg; ik doel nu op zorg in de psychologische en/of spirituele sfeer. Gelukkig hoeven patiënten niet naar plekken te worden geslept waar palliatieve zorg wordt verstrekt. Het is een continuüm: behandeling en verlichting van bijwerkingen gaan samen op. Op een gegeven moment is de behandeling klaar en is er alleen nog maar het andere.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik heb niet willen zeggen dat patiënten naar instellingen voor palliatieve zorg moeten worden geslept. Nu ik de minister beluister, zie ik echter helemaal niet meer in waarom in de tekst niet kan worden opgenomen dat er een aanbod van palliatieve

Borst-Eilers

zorg moet worden gedaan. Het gaat mij er niet om, zeker te stellen dat er nooit een verzoek om euthanasie zal worden gedaan. Als echter een patiënt de gelegenheid kan worden geboden, een natuurlijke dood te sterven en daarbij adequate pijnbestrijding en hulp te krijgen, kan dat zijn keuze beïnvloeden. Vandaar mijn verzoek om dit alles een plaats te geven in het gesprek tussen arts en patiënt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik weet niet beter of dit gebeurt ook in Nederland. Uit de toelichting bij het wetsvoorstel blijkt ook dat alle zaken aan de orde moeten komen die het lijden draaglijk kunnen maken. Het gaat natuurlijk om situaties waarin de pijn alles verdringt en dus ondraaglijk wordt. De huisartsen in Nederland laten hun kankerpatiënten niet zomaar liggen. Zij gaan er soms dagelijks naar toe. Het is niet voor niets dat huisartsen het zo druk hebben; vroeger lagen die patiënten in ziekenhuizen, maar nu gaan zij naar huis en de huisarts doet wat hij kan, samen met de thuiszorg. Hij kan daarbij hulp krijgen vanuit het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dat is nog niet in alle regio's zo geregeld, maar daar werken wij hard aan.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik ben er ook van overtuigd dat artsen al het mogelijke doen om de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. De minister van Justitie zei dat het bij een redelijk alternatief gaat om een behandeloptie. Natuurlijk zijn er ook andere vormen van zorg aan de orde, maar als de minister vaststelt dat het toch al gebeurt, hoeft zij toch geen bezwaar te hebben tegen mijn voorstel?

Minister **Borst-Eilers**: Het staat volgens mij ook in de toelichting, maar ik zal dat stuk tussen nu en de tweede termijn er nog eens op nalezen. Het mooiste alternatief is natuurlijk een andere behandeling die leidt tot genezing, maar in de wet wordt bedoeld op alternatieven die het lijden draaglijk kunnen maken. Daar horen ook niet-somatische zorgvormen bij die het leven zoveel aan kwaliteit kunnen doen winnen dat iemand het gewoon volhoudt.

De heer **Dittrich** (D66): Het zou raar zijn om in de wet op te nemen dat er altijd een aanbod van palliatieve zorg gedaan moet worden. Het kan heel

goed dat de patiënt al heeft geïnformeerd en vervolgens heeft besloten dat hij er geen gebruik van wil maken. Als de suggestie van mevrouw Ross gevolgd wordt, verplichten wij de arts iets aan te bieden waarvan de patiënt al heeft gezegd dat hij er geen gebruik van wil maken.

Mevrouw **Borst-Eilers**: In mijn waarneming bespreekt de arts per definitie de mogelijkheid van palliatieve zorg met de patiënt. Pijnbestrijding is in dit verband het meest bekende voorbeeld en patiënten zullen daar in het algemeen ook gebruik van maken. Als de bijwerkingen ernstig zijn, weet een goede dokter daar ook weer een middelje voor. Zo kunnen mensen met pijnbestrijding nog heel lang gewoon verder leven. Het kan gaan om iemand die zegt: het gaat mij niet om de pijn, maar om de totale ontluistering, het feit dat ik niet meer waardig kan sterven. Je kunt mijn pijn wel verlichten, maar dan zak ik weg in een soort van morfineroes. Ik wil bewust sterven. Ik ben er klaar voor. Het is iemand die die extra palliatieve zorg afwijst. Hij is toe aan het moment van inslapen, met zijn dierbaren om hem heen. In zo'n geval vind ik het reëel dat de arts dat inwilligt.

Mevrouw Ross-van Dorp vroeg of er meer geld beschikbaar kan komen voor het inrichten van aparte units in ziekenhuizen en verpleeghuizen ten behoeve van uitbehandelde patiënten. Recent is het onderzoek van Nivel afgerond: wat is de behoefte uitgaande van het aantal overlijdensgevallen aan dit soort plekken waar mensen goede terminale of palliatieve zorg kunnen krijgen? Tussen 1997 en 2015 zal dat met 20% toenemen; ongeveer 1% per jaar. Nagegaan wordt wat de consequenties zijn voor het zorgaanbod, zoals aparte units in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Overigens kunnen zorgverzekeraars met ziekenhuizen en verpleeghuizen afspraken hierover maken. Verder is staatssecretaris Vliegthart bezig met een gedifferentieerd tarief in verpleeghuizen naar zorgwaarde. Met name in de verpleeghuizen slorpt de terminale patiënt erg veel van het budget op. Wij vinden het reëel dat voor zulke mensen een hoger tarief geldt.

Verder is er de projectgroep integratie hospicezorg die bezig is

met pilotprojecten en het maken van een inschatting van de behoefte aan dit soort voorzieningen. Ik hoop daarin volgend jaar een goed inzicht te hebben. Wij kunnen er dan besluiten over nemen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Vrijdag jongstleden is door het ZON een studie gepresenteerd naar het niveau, de bereikbaarheid en de beschikbaarheid, over het land gespreid, van de intensieve terminale thuiszorg en mantelzorg. Kan de minister daarop op een goed moment schriftelijk terugkomen?

Minister **Borst-Eilers**: Dat wil ik graag toezeggen. Ik denk dat de staatssecretaris het al gezien en gelezen heeft. Ik heb het zelf nog niet gezien.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd of er morfineprotocollen bestaan. Die bestaan, in die zin dat er in de leerboeken richtlijnen zijn voor huisartsen en ziekenhuizen. Welke dosis bij welke pijn? Er is geen behoefte meer aan aparte protocollen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het is voor mij een gewichtig punt. Morfine toedienen, pijn bestrijden, morfine toedienen, dood naderbij brengen. Ik schematiseer het cru. Wordt de cesuur meegenomen in de protocollering? Die dosis hoort bij dat ziektebeeld. Is sprake van een scherpe cesuur, niet geïndividualiseerd, maar gestandaardiseerd.

Minister **Borst-Eilers**: Standaardisering is hierbij heel moeilijk. Twee patiënten met botuitzaaiing kunnen verschillende doses morfine nodig hebben om pijnvrij te zijn. Maar met een zekere bandbreedte ligt de hoeveelheid vast en is er voor iedere arts en gelukkig ook voor iedere verpleegkundige helderheid. Zij weten wanneer overgegaan wordt tot een morfinedosisverhoging meer dan nodig is om de pijn te bestrijden, een dosis die het leven kan bekorten. Daarop moet gelet worden.

Voorzitter! Mevrouw Kant vroeg om een reactie op de verklaring van de heer Baar. Ik zag hem zojuist nog op de tribune zitten, maar ik meen dat hij inmiddels is vertrokken. Die verklaring kregen wij pas vanochtend, maar ik heb haar nog kunnen lezen. In de verklaring staan tien punten, mooi en goed geformuleerd. Er staat in dat iedere burger recht

Borst-Eilers

heeft, zeg ik tegen de heer Rouvoet, op een terugtrekkende geneeskunde, omdat de geneeskunde in dienst moet staan van de patiënt zolang het mogelijk leven voor de persoon nog een goede zaak is. Zodra het leven voor die persoon geen goede zaak meer is, vindt ook de heer Baar met zijn collega's in Rotterdam dat de geneeskunde terug moet treden.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Voorzitter! Omdat de minister mij nadrukkelijk aanspreekt, merk ik nog op, dat het terugtreden van de geneeskunde iets anders is dan het optreden door middel van levensbeëindigend handelen.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter! Gisteren maakte de heer Rouvoet een opmerking over de arts die steeds meer leek te worden... Ik weet even niet meer hoe hij dat zei.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik heb gezegd, dat de arts een bestrijder van het lijden wordt, waarbij hij niet meer eenduidig aan de kant van het leven staat.

Minister **Borst-Eilers**: Toch vind ik dat dit met het geciteerde punt in de verklaring duidelijk wordt aangegeven.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik vind uw citaten eerder een bevestiging dan een bestrijding van mijn opvatting.

Minister **Borst-Eilers**: Dan zijn wij allebei tevreden. Ik onderschrijf deze stelling zelf ook graag. Er staat bijvoorbeeld in, dat iedere burger recht heeft op een overheid die verklaart zich in te spannen voor een samenleving waarin het ook menselijk goed gaat als ernstig zieken en hulpbehoevenden zich zo veilig en ondersteund weten, dat opzettelijke levensbeëindiging een erkende uitzonderlijkheid blijft. In die bewering kan ik mij vinden.

Mevrouw de voorzitter! Ik kom dan toe aan mijn opmerkingen over het onderwerp dementie. Ook bij vorige gelegenheden is daarbij uitvoerig stilgestaan. Ter aanvulling op wat de minister van Justitie over de wilsverklaring heeft gezegd, wil ik hierover ook enkele opmerkingen maken. Wij weten dat de meest voorkomende vorm van dementie de ziekte van Alzheimer is, die sluipend en progressief verloopt en waartegen

nog geen enkel kruid gewassen is. Zij eindigt in een staat van totale afhankelijkheid en in een gedrag dat door degenen die dat van dichtbij meemaken en die de persoon vroeger gekend hebben, als ontluisterend en onwaardig wordt ervaren. De ziekte kan in het begin afwisselend verlopen. Perioden van helderheid en verwardheid kunnen elkaar afwisselen, maar uiteindelijk gaat het altijd verkeerd.

Vroege signalering van de ziekte is niet altijd eenvoudig. Je zou wel willen dat een patiënt die in zo'n proces zit met zijn arts iets wisselt over de eventuele levensbeëindiging. Je ziet echter vaak, dat de mensen in de eerste periode proberen de signalen te maskeren en een soort façade ophouden. Zij houden zichzelf zo goed mogelijk overeind. Zij leggen bijvoorbeeld overal briefjes neer, maar zij raken die op een gegeven moment toch weer kwijt. Er is dus vaak bij de patiënt zelf gebrek aan openheid. Die wordt natuurlijk vooral ingegeven door angst en de menselijke wens: als ik er maar niet over praat, gebeurt het misschien ook niet. Dan zijn er nog andere vormen van dementie, dementie die is veroorzaakt door een hersenbloeding of een herseninfarct en die heel wisselend kan verlopen en uiteindelijk tot een stabiele situatie kan leiden.

Waar leidt dit toe als we de vraag trachten te beantwoorden hoe een arts om zou moeten gaan met een wilsverklaring opgesteld door iemand die volledig wilsbekwaam is en opschrijft dat hij of zij bij een bepaalde omschreven mate van dementie niet langer wil leven? Ik wil allereerst mevrouw Ross citeren. Zij zei gisteren: laten we onszelf toestaan om te erkennen dat het ingewikkeld is. Ik ben dat volstrekt met haar eens. Er is ook geen sprake van, zeg ik in de richting van mevrouw Ross, dat de wilsverklaring in zo'n geval een instructie is. Het is niet meer dan een indicatie van iemands beeld van dementie en van wat hij daarmee zelf wel of niet zou willen. Ik meen evenwel, dat er in feite in dat hele proces maar twee stadia zijn waarbij levensbeëindiging aan de orde zou kunnen zijn.

In het beginstadium kan de patiënt zeggen dat hij ondraaglijk lijdt onder het vooruitzicht van die geestelijke aftakeling. De ethicus-verpleegkundige de heer Van Dam heeft dat goed onder woorden gebracht. Demente-

ring kan voor iemand leiden tot een voor hem of haar onaanvaardbare levenssituatie. Doorslaggevend is dan niet de aard, de verschijningsvorm van de dementie, hoe iemand dement wordt of zijn situatie lijkt te ervaren, maar puur het feit dat iemand dementeert. Het karakter van die ziekte is voor sommige mensen onaanvaardbaar. De vraag of iemand dan straks misschien toch weer zit te lachen of leuke liedjes zingt, doet niet terzake. Het gaat er voor de persoon in kwestie gewoon om dat hij dement wordt. Het gegeven dat het verval van de geestelijke vermogens en de persoonlijkheid van iemand even gestaag als ingrijpend doorzet is voor sommige mensen onaanvaardbaar, ook al realiseer je je dat je dan misschien wel vrolijk bent. Het gaat erom dat mensen zeggen dat zij zichzelf kwijtraken in dat proces. Sommigen zeggen dat je dan toch in een situatie komt dat je niet meer lijdt. Dat is trouwens gewaagd, want ook dat valt niet echt te bewijzen. Het gaat ook niet om dat bewijs van lijden. Het gaat erom dat de persoon in kwestie de staat van dementie als onaanvaardbaar aanmerkt. Dan is wat men als een geruststelling bedoelt – je weet het straks allemaal niet meer – juist de pijn. Van Dam zegt: de pijn zit precies in wat anderen geruststelling willen laten zijn, dat ik het straks niet meer erg vind dat ik in mijn broek plas, dat ik knoei met mijn eten en dat ik mijn medebewoonster aanzie voor mijn overleden vrouw. Het als persoon uiteenvallen, zichzelf straks niet meer kennen, niks meer van zichzelf weten; dat besef is voor iemand erger dan erg, de ultieme ontluistering. Dat wil men niet tot het einde meemaken. Als iemand er zo over denkt, het zo voelt en in het begin tegen de arts zegt dat hij dat proces niet wil ingaan en vraagt om hem te helpen sterven, is dat heel moeilijk. De patiënt kan op dat moment ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Nogmaals, ik zou niet graag in de schoenen van die dokter staan, maar ik kan mij voorstellen dat zo'n verzoek op dat moment wordt ingewilligd.

Er is misschien pas een tweede mogelijkheid in het eindstadium, als de patiënt in de toestand is geraakt die hij in de wilsverklaring heeft bedoeld. Ook dan blijft het voor de arts moeilijk om het moment te kiezen, tenzij de demente patiënt zelf

Borst-Eilers

door verdrietig te zijn, het eten weg te slaan en het drinken te weigeren te kennen geeft dat hij lijdt. Ik ben het met mevrouw Ross eens dat het heel ingewikkeld is. Wij moeten de individuele artsen die hiermee worden geconfronteerd zelf een besluit laten nemen. Nogmaals, de wilsverklaring is absoluut geen opdracht aan de dokter, maar een indicatie.

De arts moet zichzelf op een gegeven moment de vraag stellen of aan de zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan. Dat kan in het begin zijn, als iemand het besef heeft dat ik zo eloquent met de woorden van Van Dam heb geprobeerd te beschrijven. Het kan ook aan het eind zijn, als de arts zegt dat deze totaal demente man of vrouw werkelijk lijdt. Vaak krijgen demente mensen een tussenliggende ziekte, bijvoorbeeld een longontsteking of een infectie, waaraan zij zullen overlijden als de arts hen niet behandelt. In zo'n geval komt een wilsverklaring misschien het mooist tot haar recht, omdat je dan weet dat iemand in die situatie niet verder wil leven. Je hebt de kans om een natuurlijke dood te laten intreden door terughoudend te zijn. Je probeert niet meer het leven te verlengen. Zoals mevrouw Swildens zegt, lijkt het mij wel heel verstandig dat iemand een wilsverklaring die betrekking heeft op deze situatie uitvoerig met de arts bespreekt, zodat de arts kan zeggen: het is niet zo eenvoudig; je kunt het nu wel opschrijven, maar dit kan er gebeuren en dit zijn mijn moeilijke momenten daarin.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! De minister beschrijft twee stadia waarin die vraag aan een arts kan komen. Bij het eerste stadium heb ik de toch wel eenvoudige vraag of je de ideevorming bij iemand – ik bedoel dit volstrekt ernstig en niet badinerend – wel altijd zo serieus moet nemen dat je het ook als grond gaat erkennen voor euthanasie. In de woorden van de minister klonk door dat zij dit voor mogelijk hield. Zij wilde weliswaar liever niet in de plaats van die arts staan, maar dan toch...

Minister **Borst-Eilers**: Ik doelde hier wel op een patiënt die al lijdt aan de ziekte van Alzheimer. In het beginstadium is de patiënt nog wel tot een waardering van zijn belangen in staat. Zo iemand kan, wetende dat

hij aan die ziekte lijdt en dus ook wetende wat zijn voorland is, zeggen dat hij ondraaglijk lijdt door dat vooruitzicht. Ik zal het allemaal niet herhalen. Ik vind dat Van Dam het indrukwekkend onder woorden heeft gebracht. De patiënt is dan al ziek en lijdt door het vooruitzicht hoe het verder zal gaan met zijn ziekte. Dat is inderdaad uitzichtloos. De patiënt beschrijft het als ondraaglijk. Vervolgens is het voor de arts de vraag of deze situatie aan de criteria voldoet.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De arts moet de ondraaglijkheid dan wel invoelen. Ik ben te weinig deskundig om hier een al te generalistische uitspraak over te kunnen doen. In mijn omgeving maak ik echter mee dat mensen die lijden aan de ziekte van Alzheimer, toch nog zeer onderscheiden en vaak ook langdurige trajecten kunnen ingaan. Objectief gesproken, zijn die trajecten helemaal niet ondraaglijk. Hoe iemand dat zelf ervaart, weet je natuurlijk niet. Op dit punt aarzel ik echter wel heel erg sterk.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb ook gezegd dat dit zeer ingewikkeld is. Ook al lijdt een patiënt in het beginstadium al ondraaglijk door het idee hoe het verder zal gaan, de arts kan besluiten dat hij niet de stap wil zetten om zo iemand in koelen bloede een injectie toe te dienen of – dit ligt psychologisch een slagje anders – hem iets te geven om zelf in te nemen. Als de arts een goed verhaal heeft bij dat besluit, dan kan je het hem niet kwalijk nemen. Ik heb daar best begrip voor. Kortom, het is een heel groot probleem.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik erken dat het een groot probleem is. Ik vind wel dat de minister te veel ruimte biedt voor de erkenning van het euthanasieverzoek op die gronden in dat stadium. In de praktijk zie je namelijk – dat geldt natuurlijk niet voor ieder geval; daar treed ik ook niet in – dat het wel eens anders is. Dat perspectief moeten wij dan ook niet loslaten. Dat zou namelijk kunnen leiden tot een verkeerde incentive voor de verpleging en de verzorging van mensen die door die ziekte zijn bevangen.

Minister **Borst-Eilers**: De arts zal hier natuurlijk ook niet het initiatief

toe nemen. Wij hebben echter wel te maken met iemand die een ziekte heeft. Het is een lichamelijke ziekte die uiteindelijk dodelijk is. Het heeft iets te maken met die eiwitten in de hersenen, maar ik kan dat niet uitleggen. Die ziekte is onbehandelbaar. De patiënt kan daar in dat stadium al door lijden. Het bijzondere is alleen dat dit lijden niet zozeer te maken heeft met de ervaringen op dat moment, maar met het weten waar het toe zal leiden. Dat is het springende punt. Daarom is het ook moeilijker om zo'n verzoek te honoreren dan het verzoek van iemand die in het eindstadium van kanker verkeert.

De heer **Vos** (VVD): Voorzitter! Ik vind dat de minister het zeer boeiend en goed beschrijft. Dit roept bij mij gedachten op aan de Schoonheim-criteria. Ik heb hier nog wel een vraag over. De minister heeft over het begin- en het eindstadium gesproken. Waarom kan iemand echter niet in het glijdende stadium, wanneer hij in de draaikolk van de dementie verzeild raakt, om euthanasie vragen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat dit ook kan. Het was Van Dam die zei dat dit soort situaties zich in het begin voordoen en op het moment dat iemand echt gedementeerd is. Als men eenmaal een eind op weg is, is men meestal niet meer in staat om zo te articuleren waarom men dat proces niet in wil. Men zit er dan al te ver in en is dan al in verhoogde mate wilsonbekwaam geworden. Desalniettemin kan men dan verbaal of non-verbaal aangeven dat men ernstig lijdt. Dat kan dan ook een indicatie zijn, zeker als er ook een wilsverklaring ligt.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister zegt heel terecht dat het een heel moeilijk dilemma is. De reden waarom veel mensen in Nederland een wilsverklaring hebben getekend, is de angst voor wat de minister net beschreef. Ik wil haar goed proberen te begrijpen. Vindt zij dat het mondelinge verzoek in het beginstadium van de dementie een moment is om in te gaan op een euthanasieverzoek? Of bedoelt zij dat een op dat moment opgestelde wilsverklaring voor een later moment in de dementie een mondeling verzoek kan vervangen? Of bedoelt zij allebei?

Borst-Eilers

Minister **Borst-Eilers**: Het laatste zou zeker kunnen, maar het eerste acht ik zeker niet uitgesloten. De dokter komt dan toch tot de conclusie dat iemand op dat moment al ondraaglijk lijdt aan een lichamelijke ziekte, hoewel dat lichamelijke proces nog niet ver is voortgeschreden. Ik hoorde mevrouw Swildens net iets zeggen over Schoonheim-criteria. Je komt dan inderdaad terecht in een andere situatie dan wanneer de patiënt lijdt door de lichamelijke verschijnselen. Je ziet dan toch ook het lijden door de wetenschap en het vooruitzicht hoe het zal gaan. Je zult jezelf, zoals het zo mooi wordt gezegd, kwijtraken in dat proces, wat je dan niet wilt. Zover wil je het uiteraard niet laten komen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat bijna iedereen zich iets kan voorstellen bij die angst en dat vooruitzicht. De vraag die nu voorligt, is of die angst en het lijden aan het vooruitzicht genoeg kunnen zijn om een euthanasieverzoek toe te staan. Ik vind dat toch wel heel moeilijk. Ik heb de neiging daarin wat terughoudend te zijn. Je kunt daarvoor immers wel bang zijn – velen van ons zullen dat ook zijn – omdat je absoluut geen idee hebt, wie je bent gedurende dat proces. Het is bekend dat dementen ook van persoonlijkheid veranderen en niet weten of ze inderdaad zullen gaan lijden.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is zo. Maar het gaat er nu niet om of wij, zoals we hier zitten en staan, bang zijn, maar of iemand bang is die de ziekte van Alzheimer heeft. In het beginstadium kun je nog redelijk communiceren met zo'n persoon. Dat is het moeilijke. Een arts die op dat moment al tot hulp bij zelfdoding overgaat, zal zonder meer door de toetsingscommissie worden uitgenodigd om grondig toe te lichten waarom naar de mening van die arts op dat moment al aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan. We hebben nu eenmaal besloten, dit aan die kleine moral community over te laten. Maar ik denk dat artsen absoluut niet staan te trappelen om hierop heel enthousiast in te gaan. De meeste artsen hebben er moeite mee, in zo'n vroeg stadium al dergelijke hulp te bieden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat de minister daarin gelijk heeft. De

verpleeghuisartsen hebben in meerderheid al heel duidelijk aangegeven, hier absoluut niet aan te willen. Er zijn vele reacties gekomen, ook van de Landelijke vereniging van huisartsen. Het criterium is "uit ondraaglijk uitzichtloos lijden". De vraag die aan de orde is, is of het vooruitzicht van de angst op dat wat komen gaat als je dement wordt, daaronder valt. Ik vind dat een moeilijke vraag. Ik zou iets terughoudender kunnen zijn. Misschien kan de minister proberen nog eens aan te geven, of zij het vooruitzicht op en de angst voor voortschrijdende dementie wil laten vallen onder genoemd criterium.

Minister **Borst-Eilers**: De ene persoon is de andere niet. Maar in het algemeen is het kabinet hierbij terughoudend. Nogmaals, iemand kan zo in elkaar steken dat je kunt zeggen dat sprake is van ondraaglijk uitzichtloos lijden, zonder alternatieven die dat lijden kunnen verminderen. Nogmaals, artsen zullen hiermee buitengewoon zorgvuldig omgaan.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! De situatie dat iemand uitzichtloos ziek is, doet zich niet alleen voor bij mensen met de ziekte van Alzheimer. Deze kan zich ook voordoen bij mensen met een zeer progressieve vorm van kanker of een andere ziekte. Als ik de minister goed begrijp, dan wil zij een en ander niet beperken tot mensen die in de toekomst de ziekte van Alzheimer krijgen en met alle narigheid van dien worden geconfronteerd. Het geldt ook voor mensen die te maken hebben met het voorstadium van andere ziekten die uitzichtloos genoemd kunnen worden.

Minister **Borst-Eilers**: Eigenlijk is dit een onderstreping van de noodzaak om ook bij dementie terughoudend te zijn. Het aantal mensen dat op die manier tegen een dementeringsproces aankijkt, is niet zo groot. Heel veel mensen schrijven, alhoewel ze weten wat er met hen aan de hand is, niet zulke dramatische verhalen op als die welke ik zojuist heb voorgelezen. Het is een kleine minderheid. Iemand die aan een ziekte als kanker lijdt, of bijvoorbeeld aan de ziekte van Huntington of Parkinson, kan ook zeggen dat hij die niet wil meemaken. De praktijk leert echter dat de levenswens toch aanwezig blijft in de hoop dat men,

als men doorleeft, geneest door de behandeling. Men hoopt ook dat er iets wordt gevonden tegen de ziekte. Veel mensen met een chronische ziekte denken dat er over een jaar misschien een pil is. Laatst was er een Belgische hoogleraar op televisie. Hij had iets bedacht om iemand met Alzheimer nog heel lang behoorlijk te laten functioneren door middel van de computer. Dat is nog niet werkbaar, maar de hoogleraar was bezig met de ontwikkeling hiervan. De mens is over het algemeen zeer optimistisch en hoopvol. Hij hecht aan het leven. Ik voorzie absoluut niet dat mensen in het beginstadium van een bepaalde ziekte opeens zeggen dat de arts er een eind aan moet maken, omdat zij zo'n vreselijke ziekte hebben. Ik denk ook niet dat artsen daarop in zullen gaan.

Bij dementie is er echter sprake van een speciaal soort lijden in de zin van: ik weet niet wie ik ben, straks ben ik er niet meer, maar dan zit ik daar en dan zie ik de een voor de ander aan, ik ben weg! Dat is toch een ander soort lijden dan: ik heb kanker en misschien wordt het straks wel heel pijnlijk. De arts kan daar tegenwoordig heel veel tegenover stellen. Nogmaals, de hang naar het leven van mensen met kanker is indrukwekkend. Heel veel mensen overleven één of twee jaar langer dan de knapste arts voorspelt, gewoon omdat ze niet dood willen.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): De minister sluit niet uit dat, als men die hang naar het leven niet heeft, als het vooruitzicht van de ziekte hem of haar dermate ellendig voorkomt, men toch een terecht beroep op euthanasie kan doen.

Minister **Borst-Eilers**: Neen, ik denk dat artsen dat niet moeten doen. Artsen hebben in dat soort gevallen altijd voldoende alternatieven, al moeten zij er misschien wel veel tijd en energie in investeren om iemand de moed om door te leven terug te geven. Daar is een arts ook in de eerste plaats voor.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Voorzitter! Ik wijs op het enorme verschil tussen de beginfase bij andere zeer ernstige ziekten – daar wees mevrouw Ross op – en de ziekte van Alzheimer, namelijk het verdwijnen van de wilsbekwaamheid en het kunnen waarderen van je

Borst-Eilers

eigen belangen. Bij ernstige vormen van kanker kun je dit verzoek op ieder moment opnieuw bespreken.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, dat is ook een element. Je denkt: nu kan ik het nog willen, maar straks wil ik niets meer.

Dan kom ik op het onderwerp van de verpleegkundigen. Daarna nog een paar kleinere varia. Mevrouw Ross en de heer Van der Vlies hebben gevraagd of een verpleegkundige zitting moet hebben in de commissie. Mevrouw Ross overweegt zelfs een amendement in te dienen om in de wet op te nemen dat verpleegkundigen zitting moeten krijgen in de regionale toetsingscommissies. Wij zien voor de verpleegkundigen geen plaats in de commissie weggelegd. Misschien moet ik zeggen "nog niet", want wij gaan onderzoek doen naar de rol van de verpleegkundige. Onze redenen daarvoor zijn de volgende. In de eerste plaats zou hier een verkeerd signaal van uitgaan, omdat de verpleegkundigen geen formele positie hebben in de euthanasie. Het is de verantwoordelijkheid van artsen. Je moet niet de schijn wekken dat verpleegkundigen er op die manier iets mee te maken hebben. Er zitten overigens ook juristen en ethici in de commissies. Dit is dus niet het allersterkste argument. De toetsingscommissie moet toetsen of de arts zich bij de euthanasie aan de zorgvuldigheids-criteria heeft gehouden. Vandaar dat er ook een arts in de commissie moet zitten, want die kan dat goed invoelen. Verder moet er een jurist in zitten, omdat die juridisch denkt, en een ethicus, omdat die kan kijken of de argumenten van de arts de toets van de kritiek kunnen doorstaan. Ethici zijn namelijk mensen die goed zijn in redeneren, doorredeneren en conclusies trekken. De verpleegkundige heeft echter geen enkele verantwoordelijkheid voor de euthanasie. Wij zien dan ook niet in waarom die zitting zou moeten hebben in de commissie. Verder is een verpleegkundige er maar zelden bij betrokken. Dat is alleen in ziekenhuizen en verpleeghuizen het geval. Daar heeft iemand echter één behandelend arts en meerdere verpleegkundigen, die allemaal parttime werken en ook nog rouleren. Het gaat dus om een groep verpleegkundigen. Verpleegkundigen spelen uiteraard wel een belangrijke

rol bij het voortraject, maar daar kom ik nog op terug. Wij hebben dit overigens ook met de regionale toetsingscommissies besproken, omdat die wens af en toe wordt gehoord, ook uit de kring van verpleegkundigen. Die toetsingscommissies hebben echter het gevoel dat het niets zou toevoegen. Het is niet zo dat zij de verpleegkundigen er niet bij willen hebben, maar zij hebben het idee dat de commissie compleet is met de drie professies die zijn vertegenwoordigd.

Er is nog een ander aspect aan verpleegkundigen en euthanasie. Dat betreft de betrokkenheid bij de besluitvorming, de voorbereiding en de uitvoering. De uitvoerende handeling is voorbehouden aan de arts. Die draagt daar verantwoordelijkheid voor. Hij draagt eerst verantwoording voor de voorbereiding en moet vervolgens alle uitvoerende handelingen feitelijk zelf verrichten. Verpleegkundigen hebben wel vaak een rol in het proces van besluitvorming. Zij zijn namelijk degenen die vaak meer contact hebben met de patiënt en soms ook een intiemer contact. De drempel is lager. Een patiënt wil sommige angsten en gedachten eerder aan een verpleegkundige voorleggen, omdat hij het gevoel heeft dat die daar open voor staat en dat die tijd heeft om te luisteren. De verpleegkundige moet als het in die gesprekken gaat om levensbeëindiging, dat doorgeleiden naar de arts. Hij hoort ook tegen de patiënt te zeggen: u heeft het nu met mij gedeeld, maar ik kan er zelf niets aan doen; vindt u het goed dat ik dat met de dokter bespreek? In de meeste ziekenhuizen is er een klein team dat, voordat de arts een definitief een beslissing neemt, om tafel zit en de arts adviseert en informeert. Dat kan een maatschappelijk werker zijn of een pastor of een verpleegkundige. Zij reiken aan de arts allerlei dingen aan die zij van de patiënt hebben vernomen of hebben geobserveerd. Dat is heel belangrijk voor de besluitvorming van de arts. De arts beslist het dan dus niet helemaal alleen.

Wij denken niet dat wij dat moeten verplichten. In het meldingsformulier aan de commissie staat uitdrukkelijk de vraag: heeft u bij het besluit ook de mening van de verpleegkundigen betrokken? Zo ja, want vonden zij ervan? Zo nee, waarom heeft u dat niet gedaan? Artsen worden door de

commissies dus opgevoed om dat te doen. Wij denken dat dat voldoende is. Door de verpleegkundige verder geen rol te geven in de wet, geven wij niet het, verkeerde, signaal af dat er ook sprake is van verantwoording. Er is sprake van een verschil met de consulent, want dat overleg is wel verplicht. Het gaat om verschillende posities. De arts heeft op een gegeven moment een medisch oordeel en is dan verplicht om die overwegingen met een onafhankelijk collega te delen en dus een second opinion te vragen. Dat ligt anders bij een verpleegkundige.

De heer **Vos** (VVD): Ik heb gisteren al betoogd dat mij opvalt dat bij de verpleegkundigen grote onrust bestaat over de eventuele strafrechtelijke risico's. Die onrust is zo groot dat ik er vanochtend nadrukkelijk op gewezen ben dat men bang is en dat men angst heeft om risico's te lopen. Ik vraag mij af of van het abstractieniveau waarmee ik deze kwestie benader wel goed is en of de feiten reden geven voor deze opvallende angst. Kan daar meer helderheid over gegeven worden?

Ik onderschrijf dat de verpleegkundige geen rol kan spelen bij de besluitvorming zelf. Op een of andere manier moet de knowhow van verpleegkundigen echter wel gebruikt worden. In ziekenhuisprotocollen kan bijvoorbeeld de eigen rol van verpleegkundigen opgenomen worden. Vaak is verplegend personeel binnen de instelling georganiseerd. Het is duidelijk dat zij relevante vragen kunnen beantwoorden.

Minister **Borst-Eilers**: Dat lijkt mij een uitstekend idee. Ik geef dat graag door aan de ziekenhuizen en verpleeghuizen. In het verplichte protocol voor verzoeken tot levensbeëindiging staat vaak – maar blijkbaar nog niet altijd – dat de informatie en de knowhow van de verpleegkundigen betrokken moet worden bij het oordeel van de arts.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Eén van de argumenten van de verplegenden om te pleiten voor verankering in de wet is dat in de praktijk van de intensive care de voorbereidingshandelingen en de uitvoeringshandelingen in elkaar overlopen. In theorie is dit onderscheid er wel, maar in de praktijk blijkt dit niet werkbaar.

Borst-Eilers

Minister **Borst-Eilers**: Daar ga ik straks op in.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik heb een ander verband gelegd tussen verpleegkundigen en consulenten dan de minister aangeeft. Eén van de voornaamste bezwaren tegen het opnemen van een rol voor de verpleegkundige bij de zorgvuldigheidsvereisten in de wet is dat dit de verantwoordelijkheid van de arts doorkruist. Dat snijdt echter geen hout, omdat de consultant de verantwoordelijkheid van de arts ook niet doorkruist.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb niet gezegd dat het gesprek met de verpleegkundige de verantwoordelijkheid van de arts doorkruist. Integendeel, dit lijkt mij juist zeer nuttig. Dit neemt niet weg dat de verpleegkundige een informant is van de besluitvormer, namelijk de arts. De consultant heeft een geheel andere rol, namelijk die van een second opinion. Deze constructie is als een soort veiligheidsgarantie in de wet opgenomen.

De verpleegkundige hoeft geen eigen verslag in te sturen. Als de verpleegkundige een verslag heeft gemaakt van gesprekken met de patiënt kan de arts dit zonder meer ter nadere informatie meesturen. Ik heb begrepen van de toetsingscommissies dat dit in sommige gevallen ook gebeurt. Dit aanvullend verslag kan duidelijk maken waar de patiënt mee zat en wat het lijden precies inhield.

De leden Vos, Halsema, Van der Vlies en Swildens hebben gesproken over de grens tussen voorbereidings- en uitvoeringshandelingen. Tijdens de behandeling en de verzorging worden een heleboel handelingen uitgevoerd, van het geven van een injectie tot het inbrengen van een infuus. Dat zijn allemaal handelingen gericht op het bestrijden van de klachten van de patiënt. Een verpleegkundige weet tegenwoordig – want zij worden gelukkig niet meer dom gehouden door de artsen – precies waarom een bepaald middel wordt gegeven. Dat is ook zo geregeld in de regels voor het verpleegkundig beroep. Als verpleegkundigen een infuus inbrengen, weten zij ook welk middel de arts via dat infuus wil toedienen. Verpleegkundigen zullen ook bij de werkbesprekingen van de arts te horen krijgen hoe hij de behandeling

van de patiënt, ook medicamenteus, verder wil uitvoeren. Ik vind het ondenkbaar dat verpleegkundigen niet weten waarom bepaalde middelen worden gegeven en dat zij onkundig zouden zijn van het feit dat zij meewerken aan een euthanasie-handeling. Wat de uitvoering betreft is dat helemaal klip en klaar. Ik zie de AVVV tegenwoordig wat vaker, omdat wij afgesproken hebben regelmatig met elkaar overleg te hebben over allerlei verpleegkundige kwesties. Het moet toch hun eer te na zijn om te zeggen: wij maken van alles klaar, maar hebben geen idee waar het voor is. Dat is niet meer de werkelijkheid. Ik zal dit punt nog eens in het overleg met de AVVV naar voren brengen.

Moeilijk is het natuurlijk als het gaat om de voorbereidende handeling. Een infuus wordt ingebracht en via dat infuus worden eerst dagenlang genezende middelen toegediend, gericht op het verlichten van de klachten van de patiënt. Datzelfde infuus kan op een gegeven moment ook gebruikt worden om een dodelijke dosis van een middel toe te dienen. Overigens gebeurt dat praktisch nooit per infuus; dat gaat meestal per injectie. Anders werkt het niet echt euthanatisch. Dus ook dat is een beetje theorie. Maar wat dat betreft zou een situatie kunnen ontstaan, waarbij de verpleegkundige achteraf meent dat het om een voorbereidende handeling ging.

De heer **Dittrich** (D66): Tijdens het wetgevingsoverleg heeft u gezegd dat u zou gaan praten met de verpleegkundigen. Nu hoor ik u weer zeggen dat u hierover met de AVVV gaat praten. Het is toch al bekend dat zij dat een lastig grensgebied vinden, terwijl u zegt dat het klip en klaar is. Waar zit het verschil?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb de AVVV kort na het wetgevingsoverleg gevraagd naar de opvatting op dit punt. De AVVV heeft daar schriftelijk op gereageerd. Nu wil ik daar nog verder over spreken. Naar mijn mening is het bij de uitvoerende handelingen wel heel duidelijk, weten zij wat zij doen en moeten zij weigeren om mee te werken aan een uitvoerende handeling die in het kader van de levensbeëindiging plaatsvindt. Dat lijkt mij niet zo ingewikkeld. In een situatie zoals ik zojuist beschreef, waarbij de verpleegkundige achteraf constateert

dat het om een voorbereidende handeling ging, zal de verpleegkundige natuurlijk niet medeverantwoordelijk worden gesteld. Dan zou je ook de apotheker en de fabrikant medeverantwoordelijk kunnen stellen. Je kunt dan wel heel ver gaan en zeggen: die hebben allemaal meegewerkt aan de voorbereiding en alleen de arts mag het doen. Dus de grens tussen voorbereiding en uitvoering is meestal scherp en als die grens in een enkel geval niet scherp is, moet de verpleegkundige de mond open doen. De verpleegkundige kan altijd medewerking weigeren en zal daar altijd in gesteund moeten worden door de leiding van de instelling.

De heer **Dittrich** (D66): Bent u bereid toe te zeggen als uit het onderzoek blijkt dat er echte knelpunten zijn, dat de wet op dat punt aangepast kan worden?

Minister **Borst-Eilers**: Ik zeg in ieder geval toe dat ik dan zodanige maatregelen zal nemen dat die onduidelijkheid verdwijnt. Of dat via een wetswijziging moet is vers twee, maar daar moet natuurlijk wel een oplossing voor gevonden worden. Ik ben dan ook benieuwd naar de uitkomsten van dat onderzoek. De verpleegkundigen hebben mij echter nog steeds niet duidelijk kunnen maken waarom dat nu in de wet zou moeten worden opgenomen. Dat lijkt mij geen goede zaak.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): U richt zich nu sterk op de mondigheid van de verpleegkundige en de wijze waarop de verpleegkundige zich moet opstellen tegenover artsen of de leiding van de instelling. Daarbij moet natuurlijk wel in aanmerking worden genomen dat een verpleegkundige zich vaak in een hiërarchische verhouding bevindt. Als er maatregelen genomen worden, moeten deze vooral gericht zijn op de artsen en op de leidingen van instellingen. Zij moeten gewezen worden op het feit dat zij verpleegkundigen niet medeverantwoordelijk mogen maken en dat verpleegkundigen ook bescherming moeten kunnen genieten.

Minister **Borst-Eilers**: Dat ben ik absoluut met u eens. Als het daaraan ontbreekt, wil ik dat ook regelen. Maar die mondigheid stralen de verpleegkundigen almaar uit. Zij

Borst-Eilers

zeggen terecht: wij hebben een eigen professie. Zij zijn ook in de Wet BIG opgenomen en zijn dus zelfstandig geregistreerde professionals. Formeel hebben zij iemand boven zich die ook verpleegkundige is. Een verpleegkundige is in hiërarchische zin niet ondergeschikt aan een arts. Die tijden zijn voorbij.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat erken ik, maar formele hiërarchie is iets anders dan sociale hiërarchie en die wordt over het algemeen moeilijker doorbroken.

De minister zegt in feite dat de voorbereidende handelingen die een verpleegkundige verricht, door de rechter of het openbaar ministerie niet gezien mogen worden als de voorbereidingshandelingen die strafbaar zijn gesteld in het Wetboek van Strafrecht.

Minister **Borst-Eilers**: Inderdaad, tenzij de voorbereidende handeling eruit bestaat dat de verpleegkundige een injectie klaarmaakt met de dodelijke stof erin. Dan moet zij tegen de arts zeggen dat hij dat zelf moet doen. Dat is zozeer een voorbereidende handeling die onmiddellijk gevolgd wordt door het inspuiten, dat ik vind dat de arts dat spuitje zelf klaar moet maken. Dat moet hij niet aan de verpleegkundige vragen. Ik sprak over voorbereidende handelingen waarbij je je pas later realiseert dat ze uiteindelijk tot euthanasie kunnen leiden. Er is dus een grijs gebied.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het gaat mij niet om de voorbereidende handelingen waarbij men zich pas later realiseert dat ze tot euthanasie kunnen leiden. Het gaat mij juist om de handelingen waarbij men van tevoren wel weet dat ze tot euthanasie leiden. In strafrechtelijke termen is daarbij namelijk sprake van opzet. Het gaat erom dat verpleegkundigen zich op de een of andere manier onder druk gezet kunnen voelen om die voorbereidende handelingen te verrichten. Later, als euthanasie heeft plaatsgevonden, worden zij geconfronteerd met het strafrecht en bedreigd met een straf van drie of vier jaar.

Minister **Borst-Eilers**: Zij moeten zich niet onder druk laten zetten. Nogmaals, zij presenteren zich steeds meer als een groep zelfstandige professionals die voor de duvel

en zijn moer niet bang zijn, maar nu is het opeens "wij zijn zo afhankelijk en zo angstig". Daar klopt toch iets niet. Ik zou toch een brief schrijven aan de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Het lijkt mij goed om dit punt daarin duidelijk op te nemen en aan hun mening te staven. Ook van die kant moet het spel correct gespeeld worden. Mevrouw Halsema heeft volkomen gelijk: formeel kun je niet onder druk gezet worden, maar in de praktijk – sociaal noemt zij dat – kan zich dat toch wel eens voordoen en dat is absoluut onjuist. De arts moet er echt volledig voor staan.

Dan kom ik op de definitie van de "patiënt", een centraal figuur in dit geheel. Door enkele fracties is verzocht om een begripsomschrijving van de "patiënt" in het wetsvoorstel op te nemen. Mevrouw Ross deed zelfs een concreet voorstel: patiënt is degene die ziek is. Ik wil daarover het volgende opmerken.

Een begripsomschrijving in een wetstekst beoogt waar nodig duidelijkheid te verschaffen omtrent hetgeen met een bepaald begrip is bedoeld. Het gaat om de afbakening zodat over de betekenis in een bepaalde context geen misverstand kan bestaan. Het begrip "patiënt" in het onderhavige wetsvoorstel is naar onze mening niet vatbaar voor misverstand, evenmin als dat het geval is bij het begrip "levensbeëindiging op verzoek", dat ook niet in artikel 1 is opgenomen. De gevraagde begripsomschrijving zal, wil zij beantwoorden aan de eisen die eraan moeten worden gesteld, niets anders kunnen inhouden dan dat het een persoon betreft die een verzoek tot hulp bij zelfdoding of levensbeëindiging aan een arts heeft gedaan. Dat kan natuurlijk wel, maar de betekenis is naar onze mening dan zo symbolisch dat het geen toegevoegde waarde heeft. Ik denk dat het concrete voorstel van mevrouw Ross niet hanteerbaar is als begripsomschrijving omdat het een nadere uitleg vergt. Het is niet echt objectief en eenduidig. Ziek zijn is een rekbaar begrip. Dat hangt samen met de beleving van de patiënt. Vaak gaat iemand naar een arts toe met de gedachte "ik ben een patiënt, want ik heb iets". De arts zegt: u mankeert niets. Dan vinden wij toch dat iemand patiënt is omdat hij een arts raadpleegt vanwege klachten, maar het hoeft niet zo te zijn dat de arts zegt "u bent ziek".

Wij denken dat wij met die begripsomschrijving in de problemen komen en dat maar niet moeten doen.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Ik heb de minister van Justitie straks volmondig "ja" horen antwoorden toen ik vroeg: kan iemand die op basis van dit wetsvoorstel om euthanasie vraagt en wiens verzoek wordt ingewilligd, alleen iemand zijn die ziek is? Wij hebben het ook uitgebreid over ondraaglijk lijden gehad. Nu hoor ik de minister van Volksgezondheid zeggen dat je niet ziek hoeft te zijn om een verzoek om euthanasie te doen. Ik mag toch aannemen dat dit wel zo is als het gaat om het inwilligen daarvan.

Minister **Borst-Eilers**: Je hoeft niet ziek te zijn om een arts te consulteren. Dat heb ik gezegd.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voor alle duidelijkheid: Als iemand een verzoek om euthanasie ingewilligd krijgt, moet het toch gaan om iemand die daadwerkelijk ziek is.

Minister **Borst-Eilers**: De minister van Justitie heeft daar uitvoerig met uw Kamer over gesproken. Hij heeft een duidelijke afbakening gemaakt. U zult zich het debatje met de heer Vos herinneren. Die zei: het is in deze wet bedoeld tot en met Chabot, en dat hele verhaal van gezonde mensen die gewoon geen zin meer in het leven hebben, is een ander onderwerp, dat zetten wij even buiten dit wetsvoorstel.

Het lijkt mij, voorzitter, dat dit helder gewisseld is.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! Ik vraag het, omdat ik de tekst van het wetgevingsoverleg lezend, zag dat de uitspraak van de minister daar luidde: Die persoon, dus die patiënt, hoeft niet ziek te zijn, maar volgens de zorgvuldigheids-criteria moet de arts wel van mening zijn, dat deze niet-patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Vandaar mijn verwarring. Ik ben blij dat de minister hier heeft gezegd, dat de persoon in kwestie die het verzoek ingewilligd krijgt, wel ziek moet zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Als ik het nu weer anders ga formuleren, krijgen we interpretatieverschillen. Ik verwijs daarom zorgvuldigheidshalve nogmaals naar de omschrijving die de minister van Justitie heeft

Borst-Eilers

gegeven. Die zal straks in de Handelingen heel goed na te lezen zijn.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter! Ik had toch nog een vraag. De minister zegt, dat het niet nodig is om het op te nemen in de begripsomschrijving, omdat het voor zich spreekt. Toch is er wel voor gekozen om de arts op te nemen en "onze ministers", wat mij ook enigszins voor zich sprekend lijkt. Eerlijk gezegd, denk ik dat het debatje van zo-even juist demonstreert dat er wel verschil van mening kan zijn. Ik vind de definitie van de minister heel verhelderend en zou dan ook willen verzoeken om een nota van wijziging teneinde in de wet de omschrijving op te nemen van de patiënt als een persoon, die een verzoek tot euthanasie doet. Dat lijkt mij ook voor de toekomst verhelderend.

Minister **Borst-Eilers**: Wij zullen het tussen nu en de tweede termijn overwegen, mevrouw de voorzitter.

De heer Rouvoet heeft gevraagd om een herbeoordeling van het amendement van de leden Rouvoet en Van der Vlies op stuk nr. 14. Dat ging over het vastleggen van het verzoek om levensbeëindiging in een schriftelijke wilsverklaring als noodzakelijk vereiste en extra zorgvuldigheidscriterium. Je zou kunnen zeggen, dat de patiënt het zichzelf en de arts gemakkelijker maakt als zijn verzoek ergens vastligt. Dat kan de vorm hebben van een aantekening in het medische dossier of van een schriftelijke verklaring. Wij zijn van mening, dat het niet in alle gevallen zo hoeft te zijn. In de jurisprudentie is, zoals ik ook al in het wetgevingsoverleg heb gezegd, ook daarom die eis niet gesteld. Wij vinden het amendement dus te strikt. Ik begrijp de beweegredenen van de heer Rouvoet die zegt dat er niet genoeg zorgvuldigheidseisen kunnen zijn. Maar wij vinden deze zorgvuldigheidseisen te ver gaan. Het gaat ons om het weloverwogen verzoek. Dat kun je doen zonder dat je het zelf op schrift formuleert.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik heb daarom in mijn bijdrage ook gezegd, dat ik mij zou kunnen voorstellen, dat wij uitgaan van: in beginsel schriftelijk. Ik heb ook gewezen op het belang voor de arts die daarmee een sterkere illustratie in handen

heeft om zich te verweren tegen vermoedens achteraf dat het niet een verzoek van de betrokkene was. Ik vind het dus ook in het belang van de arts dat deze kan aangeven dat er wel degelijk een verzoek lag. Ik zou mij een formulering kunnen voorstellen in de geest van "in beginsel een schriftelijke verklaring". Dat lijkt mij een belangrijk gegeven voor zowel de rechtspositie van de patiënt als die van de arts.

Minister **Borst-Eilers**: Wij zullen in tweede termijn antwoord geven op de vraag of de toevoeging "in beginsel" ons tot een ander oordeel over het amendement zou kunnen brengen, mevrouw de voorzitter.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Voorzitter! Juist in een wet waarin wij helderheid willen creëren, zou volgens mij een term als "in beginsel" juist geen helderheid geven. Ik vraag mij ook af waarom die schriftelijke ondersteuning in de wet opgenomen zou moeten worden. Ik vraag mij dit temeer af, omdat die schriftelijke ondersteuning niet in alle omstandigheden mogelijk is, niet omdat men wilsonbekwaam is, maar bijvoorbeeld omdat men daartoe fysiek niet meer in staat is. Ik hoor hier zeggen, dat het met getuigen ook kan, maar het gaat hier om de samenspraak van arts en patiënt. Als je er een soort officiële handeling van gaat maken met getuigen alsof je bij de notaris zit, ga je te ver. Daar gaat het dus niet om. Ik geef de minister in overweging te bezien of het wel verstandig is.

Minister **Borst-Eilers**: Ik dank mevrouw Swildens voor deze inbreng, maar ik vind dat alle suggesties serieus moeten worden gewogen. De heer Rouvoet voegt de woorden "in beginsel" toe aan zijn amendement en ik vind het correct dat wij daar nog even over nadenken. Wij moeten niet meteen gaan roepen dat wij dat ook niks vinden.

Mevrouw Swildens heeft gevraagd of er voor overleg tussen arts en familie instemming van de patiënt nodig is. Het antwoord is bevestigend. De familie heeft echter niet per definitie inzage in het verslag van de arts. Het gaat om gegevens van een inmiddels overleden patiënt die onder het beroepsgeheim vallen. Als de patiënt tevoren heeft gezegd dat hij geen bezwaar heeft tegen inzage, kan het uiteraard wel gebeuren. De

vraag van de heer Rouvoet terzake wekt een beetje de indruk alsof er vaak sprake is van een slechte verstandhouding, maar in de praktijk zien wij toch overwegend het tegendeel. In het algemeen wordt de familie betrokken bij het verzoek, de voorbereiding en de uitvoering. Het algemene beeld is ook dat de familie na afloop erg dankbaar is.

Mevrouw Halsema heeft voorgesteld de familie inzage te geven in het verslag, tenzij de patiënt daartegen bezwaar heeft gemaakt. Dat lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk, maar in de praktijk kunnen er problemen ontstaan. De arts moet de patiënt wijzen op de bezwaarmogelijkheid, maar dan kun je net zo goed een systeem van toestemming hanteren. De familie heeft echt geen recht op inzage in een hoogst persoonlijk dossier. Ik ben al met al huiverig om een bezwaarsysteem in de wet op te nemen. Er zijn natuurlijk ook consequenties voor andere situaties. Laten wij ons gewoon houden aan de regels die wij nu hebben. Wij moeten ons bovendien niet door achterdocht laten leiden. Nogmaals, in veruit de meeste gevallen is de familie volledig betrokken bij de gebeurtenis. Als er iets is gebeurd wat de familie in het geheel niet bevalt, kan zij ervoor zorgen dat er een nader onderzoek komt, maar dat is echt een hoge uitzondering.

De heer **Rouvoet** (RPF/GPV): Ik laat mij in mijn overwegingen niet leiden door achterdocht, maar ik begrijp wel hoe de minister tot die opmerking komt. Als ik mij goed herinner, heeft mevrouw Halsema haar suggestie gekoppeld aan het amendement waar wij het zo-even over hadden. In dat licht is het niet zo vreemd, de familieleden het recht op inzage te geven. Als zij weten dat zij het verslag van de arts kunnen inzien, geeft dat een zekere rust. Op die manier kunnen zij toch een beetje zicht krijgen op een zaak die eventueel uit hun handen glipt.

Minister **Borst-Eilers**: Wat wij hier zeggen, komt in de Handelingen en ook tegen die achtergrond zeg ik nu dat de arts het in zijn overleg met de patiënt er daarheen kan leiden dat de familie wordt geïnformeerd. Maar nogmaals, meestal is de familie vanaf het allereerste begin bij het proces betrokken. Dan hebben de familieleden in het algemeen ook

Borst-Eilers

geen behoefte meer aan het verslag, ook al heeft de patiënt toestemming gegeven om het in te zien.

Mevrouw Swildens had het over de educatieve rol van de inspectie in het geval waarin de commissie een positief oordeel geeft maar waarin aan een bepaalde zorgvuldigheidseis niet volledig is voldaan. Het komt nogal eens voor dat de tweede arts die geconsulteerd is niet helemaal onafhankelijk is en op enigerlei manier een relatie heeft met de behandelend arts. Zo zijn er waarneemgroepen op het platteland waaraan nogal wat artsen deelnemen. Je kunt dan niet meer spreken van strikte onafhankelijkheid en in dat geval zou je de arts moeten vragen in een voorkomend geval iets meer moeite te doen om iemand te vinden die nog iets verder van hem afstaat. Ik denk dat de inspectie in meer algemene zin een educatieve rol kan spelen. Op grond van de jaarverslagen van de toetsingscommissies kan de inspectie zaken aan de orde stellen die niet helemaal goed lopen. Verder heeft de toetsingscommissie een duidelijke educatieve taak. In alle gevallen waarin er een vlekje op het geheel zit, roept zij de arts op om erover te praten. Ik denk dat wij daar maar vrede mee moeten hebben.

De heer Dittrich is van mening dat het minderheidsstandpunt van de toetsingscommissie als noot bij het oordeel moet worden gevoegd. De minister van Justitie heeft al gezegd, dat wij in principe geen moeite hebben met een databank. Het verslag van de toetsingscommissies moet ieder jaar worden geproduceerd. Wij en de andere leden van het kabinet zijn voor grote openheid, wel geanonimiseerd om geen privé-gegevens naar buiten te brengen. Er is geen bezwaar tegen, de verslaglegging de vorm van een databank te laten krijgen. Wij moeten er wel over praten hoe dat in zijn werk moet gaan en of het betaalbaar is. Dat laatste zal wellicht het geval zijn. Er kan worden opgenomen het aantal keren dat er een dissenting opinion was. Op 30 oktober hebben wij het meegedeeld en op 16 november nog eens aan de Kamer geschreven dat uit gesprekken met toetsingscommissies blijkt dat zij net zo lang doorpraten totdat zij het met elkaar eens zijn. Die dissenting opinion komt weinig voor. Wij hoeven er niet geheimzinnig over te doen.

De heer Dittrich heeft de suggestie gedaan dat geen toetsing achteraf meer hoeft plaats te vinden als de consultatie vooraf door de SCEN-arts zou worden gedaan. Ik vind dat het om twee verschillende zaken gaat. De consultatie vooraf is een aspect van de zorgvuldigheid van het handelen. Een aspect dat ook weer moet worden getoetst. Die toetsing heeft betrekking op de uitvoering. Je kunt de uitvoering pas beoordelen – het is niet onbelangrijk dat die beoordeling plaatsvindt – na het voltrekken van de euthanasie. Het kan niet zo zijn dat van tevoren met de SCEN-arts wordt gesproken. Het besluit is inwilligen. Dat is prima. Hoe gaat de arts het dan doen? Is het een arts die het zelf uitvoert, die erbij blijft, niet wegloopt als de stoffen hun werking doen, het niet geheel of gedeeltelijk aan de verpleegkundige heeft overgelaten. Ook dat moet getoetst worden en de arts moet weten dat achteraf al die zaken ter toetsing voor moeten liggen. Als je iets alleen vooraf doet, dan gaat dat verloren. Wij voelen er niet voor. Ik hoop de heer Dittrich overtuigd te hebben.

Mevrouw Halsema heeft gevraagd hoe wij aankijken tegen de situatie die prof. Den Hartog beschreef in Medisch Contact van 3 november. Hij vraagt zich af in hoeverre lijden in juridische zin ondraaglijk is als voor dat lijden behandeling is en de patiënt die behandeling weigert. Hij is van mening dat het ondraaglijk lijden aan een ziekte in principe grond is voor gerechtvaardigde levensbeëindiging, stelt vervolgens dat dit niet consequent is omdat het lijden kan worden verlicht, ook al kan de ziekte niet echt worden bestreden. Je krijgt dan de weigering van de patiënt, de pijnverlichtende behandeling te ondergaan. Daaruit concludeert Den Hartog, dat de patiënt andere motieven heeft dan het lijden om zijn verzoek ingewilligd te krijgen, omdat het lijden immers verholpen kan worden. Ik ben geen jurist, maar ik denk dat de ethicus hier geen gelijk heeft. Weigering van de behandeling is juridisch bindend voor de arts. Het gevolg daarvan is, dat het lijden ondraaglijk blijft en derhalve de weigering een inwilliging van het verzoek als zodanig niet in de weg hoeft te staan. Ik denk dat de auteur erg is gaan theoretiseren.

De heer Vos gaat in op de relatie arts-patiënt bij een verzoek om euthanasie en constateert daarbij

naar aanleiding van een uitspraak van de rechtbank van Haarlem een verschuiving van het accent naar de patiënt. Het is voldoende door de minister van Justitie beantwoord.

Volgens de heer Rouvoet zou ik gezegd hebben, dat het gebruikelijk is de arts voor een aanvullend gesprek uit te nodigen en dat daarom het amendement op stuk nr. 16 overbodig is. In het wetgevingsoverleg heb ik gezegd, dat artsen herhaaldelijk worden uitgenodigd. Dat gebeurt echter bij de minderheid van de gevallen. Misschien heb ik mij niet helder uitgedrukt. In de meeste gevallen vinden de toetsingscommissies het schriftelijk verslag voldoende. Daarbij gaat het om de patiënten in het eindstadium van kanker en met een heel duidelijk verhaal, waarvan in een euthanasiegeval meestal sprake is. Wij menen dat een algemene verplichting in de wet te ver gaat en de artsen en de commissies te veel zou belasten.

Voorzitter! Tot slot wil ik nog reageren op de opmerking van mevrouw Halsema dat in België een initiatiefwetsvoorstel van de meerderheid van de senaat in bespreking is. Het enige wat ik daarover, ook met het oog op de tijd, wil zeggen is, dat dat voorstel veel overeenkomsten met het Nederlandse vertoont, bijvoorbeeld op het belangrijke punt, dat euthanasie onderhevig blijft aan de bepalingen van het Wetboek van Strafrecht en dat het de constructie bevat, dat een arts die bij zijn handelen aan alle vereisten voldoet niet strafbaar is. Er zijn ook enkele verschillen, maar ik meen niet dat de teksten daarover nu voorgelezen hoeven te worden.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij aan het eind van het antwoord in de eerste termijn. Morgen in de loop van de dag gaan wij door met de tweede termijn.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 19.08 uur tot 20.35 uur geschorst.

Voorzitter: Dijkema

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet inkomstenbelasting 2001, de Invoeringswet Wet**