

Vergaderjaar 1999–2000

26 691

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)

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 13 juli 2000

ALGEMEEN

Met aandacht hebben wij kennis genomen van het omvangrijke verslag van de vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij hebben met voldoening vastgesteld dat de opzet en de hoofdlijnen van het onderhavige wetsvoorstel worden gesteund door het merendeel van de aan het woord zijnde fracties, maar wij hebben tegelijkertijd goede nota genomen van de indringende, door principiële overtuiging en bezorgdheid ingegeven, beschouwingen van de kant van andere fracties. Graag gaan wij hieronder wij in op de vele vragen en beschouwingen. Ten aanzien van de eerstbedoelde fracties gaan wij ervan uit dat deze uiteenzetting genoegzaam antwoord geeft op de vele vragen en – niet zelden kritische – kanttekeningen van hun kant. In reactie op de beschouwingen van de laatstbedoelde fracties spreken wij de hoop uit dat deze nota naar aanleiding van het verslag blijk geeft van een zorgvuldig afgewogen standpunt. Wij zijn ons bewust van de principiële, veelal onoverbrugbaar overkomende, verschillen van inzicht die binnen maatschappij en politiek bestaan omtrent deze problematiek. Wij brengen in dit verband in herinnering hetgeen de Minister-President hierover namens het kabinet naar voren heeft gebracht tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen: «De aard van de reacties en van de vragen maakt het nodig om heel zorgvuldig in de voorbereiding van de gedachtewisseling hieraan aandacht te geven» (Handelingen II 1999–2000, blz. 3–90). Dit vormde voor ons de leidraad bij de beantwoording van het verslag.

1. Inleiding

De leden van de PvdA-fractie wezen erop dat het ontbreken van uitvoerige beschouwingen in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel over de historische en maatschappelijke context van de euthanasieproblematiek, door velen als een gemis wordt beschouwd. Tegelijkertijd gaven zij aan dat de achtergrond van de voorgenomen regelgeving reeds gedurende jaren herhaaldelijk uitvoerig aan de orde is geweest in schriftelijke en mondelinge gedachtewisselingen met het parlement. Wij achten inderdaad de maatschappelijke context waarbinnen de vraag of, en de voorwaarden waaronder levensbeëindiging op verzoek en hulp

bij zelfdoding toelaatbaar zijn, genoegzaam bekend. Algemene beschouwingen over thema's zoals de voortschrijdende medische (technische) ontwikkelingen en de daarmee samenhangende mogelijkheden het leven te verlengen, de specifieke positie daarbij van de hulpvrager en de dilemma's waarvoor de arts zich gesteld ziet, meenden wij dan ook achterwege te kunnen laten. Specifieke aspecten van het voorliggende wetsvoorstel komen hieronder als vanzelf aan de orde naar aanleiding van vragen gesteld in het verslag.

Wél maken wij van deze gelegenheid graag gebruik om, naar aanleiding van de opmerkingen daarover van de leden van de PvdA-fractie, nogmaals te herhalen dat deze regelgeving nimmer de plicht inhoudt voor artsen om aan een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gehoor te geven noch de plicht – moreel of anderszins – voor wie dan ook om een dergelijk verzoek te doen. Wij benadrukken dat de medische zorg en liefdevolle verzorging van zieke en zwakke mensen, van welke leeftijd ook, voorop staat en zal blijven staan.

In onze samenleving mag nooit het klimaat ontstaan waarin mensen zich als het ware genoodzaakt zien om levensbeëindiging te verzoeken omdat zij zich overbodig en een last voor anderen voelen. Deze suggestie ligt, zo is onze stellige overtuiging, in het onderhavige wetsvoorstel ook geenszins besloten. Aan gerechtvaardigde levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding dient volgens het voorliggende wetsvoorstel altijd een uitdrukkelijk, vrijwillig en weloverwogen verzoek ten grondslag te liggen.

Wij onderschrijven het uitgangspunt van de PvdA-fractie, namelijk enerzijds bescherming van het menselijk leven en anderzijds het respecteren van de wens van ernstig lijdende mensen om op een voor hen waardige wijze te kunnen sterven.

Met genoegen hebben wij gelezen dat de PvdA-fractie kan instemmen met de gekozen wetstechnische opzet van het voorliggende wetsvoorstel. Wij verzekeren deze leden dat met de van het initiatiefvoorstel afwijkende formulering van de zorgvuldigheidseisen niet een in materieel opzicht andere regelgeving wordt beoogd of tot stand gebracht. Op de keuze voor het opnemen van de diverse zorgvuldigheidseisen en hun formulering gaan wij in het artikelsgewijze gedeelte van deze nota naar aanleiding van het verslag, onder artikel 2, eerste lid, uitvoerig in.

De leden van de PvdA-fractie vroegen vóór de inwerking van de wet een nader onderzoek te laten verrichten naar de meldingsbereidheid van artsen en naar de ervaringen die artsen hebben met het functioneren van de commissies.

Het is inmiddels vijf jaar geleden dat onderzoek is gedaan naar het functioneren van de meldingsprocedure en naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Nu intussen de toetsingscommissies werkzaam zijn, ligt het in ons voornemen om een onderzoek uit te doen voeren naar de werkwijze en het functioneren van deze commissies en naar de ervaringen die artsen met deze commissies hebben. Teneinde evenwel het functioneren van de commissies in de juiste context te kunnen beoordelen, is het naar onze mening noodzakelijk een zo volledig mogelijk inzicht te hebben in de factoren die van invloed zijn op de wijze van besluitvorming rond het levenseinde en in de meldingsbereidheid van artsen. Een herhaling in grote lijnen van de onderzoeken van 1990/1991 en 1995/1996 naar medische beslissingen rond het levenseinde lijkt daarom aangewezen om tot een goede vergelijking te kunnen komen met de gegevens uit die onderzoeksperiodes en om de veranderde omstandigheden rond de meldingsprocedure in de juiste context te kunnen beoordelen. Bij dit onderzoek zal tegelijkertijd worden betrokken de invloed van betere kennis over en de beschikbaarheid van palliatieve zorg in relatie tot de besluitvorming rond een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdo-

ding van een patiënt. Wij verwachten dat een dergelijk onderzoek op 1 januari 2001 een aanvang kan nemen.

Wij achten ook de rol die een verpleegkundige kan innemen in het proces van besluitvorming van zodanig belang dat, zoals wij al eerder hebben toegezegd (handelingen II 1997–1998, 62–4654), een onderzoek naar deze rol zal worden gedaan. Het onderzoek zal in dit kalenderjaar van start kunnen gaan. Op de begroting van het ministerie van VWS zijn daarvoor gelden gereserveerd en met onderzoeksinstanties en beroepsorganisaties is reeds overleg over onderzoeksvorstellen.

De leden van de PvdA-fractie onderkennen dat ook bij minderjarigen het oordeel des onderscheids aanwezig kan zijn om tot een verantwoord en weloverwogen verzoek om euthanasie te komen en verwezen in dat verband naar het initiatiefvoorstel, waarin eveneens de beslissingsbevoegdheid voor minderjarigen was opgenomen. Het advies van de Raad van State is voor ons een belangrijke reden geweest om de voorstellen met betrekking tot de categorie 12–16 jarigen te doen. De leden van de PvdA-fractie meenden dat terecht aansluiting is gezocht bij de WGBO, waarin voor wat betreft het vereiste van toestemming van de patiënt een onderscheid is gemaakt tussen 16 en 17-jarige – en 12–16-jarige patiënten. Wij waren van mening dat de voorgestelde regeling voor de – weinige – gevallen waarvoor zij nodig zou kunnen zijn, een passende voorziening zou betekenen die recht doet enerzijds aan de ouderlijke verantwoordelijkheid en anderzijds aan het hoogst persoonlijke rechtsgoed dat de integriteit van het lichaam nu eenmaal is en blijft. Dat de praktijk – anders dan de Raad van State kennelijk veronderstelde – thans aangeeft ook zonder de voorgestelde regeling te kunnen werken, is ons uiteraard niet ontgaan.

Intussen is ons duidelijk geworden dat voor het voorstel levensbeëindigend handelen ook mogelijk te maken indien beide ouders of een van hen (of de voogd) zich met het verzoek niet kunnen verenigen, thans niet op een zodanig draagvlak kan rekenen, dat het met vrucht kan worden gehandhaafd. Bij nota van wijziging wordt daarom voorgesteld in alle gevallen de toestemming van de beide ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen en of van de voogd, voorwaarde voor het inwilligen van een euthanasie verzoek van de 12–16 jarige minderjarige te doen zijn.

Hetgeen de leden van de PvdA-fractie opmerkten over de regeling betreffende de wilsverklaring, lazen wij met instemming. Deze leden vroegen uit oogpunt van de rechtszekerheid voor de patiënt en de arts nog wel aandacht voor de afbakening tussen de meldingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ingevolge dit wetsvoorstel enerzijds en de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten anderzijds, in het bijzonder met betrekking tot patiënten die aan vormen van dementie lijden. Laatstgenoemde procedure zal betrekking hebben op patiënten die niet in staat zijn hun wil te uiten, zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd, voorts op patiënten die, zonder eerdere wilsverklaring, een verzoek deden terwijl hun vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord was als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie. Wij lichten dit als volgt toe.

In het geval van de ernstig gehandicapte pasgeborenen is er nimmer een wilsverklaring geweest. Uit de aard der zaak niet. Bij comateuze patiënten kan er sprake zijn geweest van een tevoren voor handen zijnde wilsverklaring of niet. In het tweede geval geldt dat de betrokken patiënt als wilsonbekwaam wordt ongemerkt, waarvoor de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten gaat

gelden. Is er wel een door de comateuze patiënt tevoren afgelegde wilsverklaring, dan is op deze patiënt artikel 2, tweede lid, van toepassing.

In het geval van een patiënt wiens wilsuiting gestoord kan zijn als gevolg van een psychische stoornis dient eerst te worden vastgesteld – en hierop is door de KNMG terecht gewezen – of er sprake is van wilsbekwaamheid bij deze patiënt. Wordt deze vraag bevestigend beantwoord dan is de regeling van het onderhavige wetsvoorstel van toepassing. Bij een ontkennend antwoord is dit laatste eveneens het geval, mits er een tevoren afgelegde wilsverklaring is. Ontbreekt evenwel een schriftelijke wilsverklaring, dan geldt de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Die situatie is bijzonder omdat alsdan niet gesproken kan worden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Dit rechtvaardigt een toetsing achteraf van het levensbeëindigend handelen volgens de procedure die betrekking heeft op levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Kern van de zaak is dat er op het moment van de beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, duidelijkheid moet zijn over de vraag of er al dan niet wilsbekwaamheid is.

Deze leden vroegen voorts wanneer de indiening van het besluit, inhoudende de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele categorieën bijzondere patiënten, nu tegemoet kan worden gezien. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel hebben wij aangegeven te verwachten dat dit kort na indiening van dit wetsvoorstel zou plaatsvinden. Naar aanleiding evenwel van de discussie die intussen is ontstaan over de reikwijdte van het wetsvoorstel, in het bijzonder over de voorgestelde regeling met betrekking tot minderjarigen en over de afbakening tussen beide voorgenomen meldingsprocedures, hebben wij besloten met de vaststelling van bovengenoemd besluit te wachten totdat de gedachtewisseling met de Tweede Kamer over dit wetsvoorstel nagenoeg is afgerond. Wij gaan ervan uit dat het laatste dit najaar het geval zal zijn.

Zoals door de leden van de PvdA-fractie terecht is opgemerkt, gaat het in beide procedures, met betrekking tot levensbeëindiging op dan wel zonder uitdrukkelijk verzoek, om opzettelijk levensbeëindigend handelen. Uit het woord opzettelijk vloeit voort dat sprake moet zijn van de intentie om te doden. Deze intentie ontbreekt bij het niet instellen of staken van een behandeling op verzoek van de patiënt, het afzien van medisch zinloos handelen en het bestrijden van pijn of symptomen, ook als de arts er rekening mee houdt dat dit het levenseinde van de patiënt waarschijnlijk bespoedigt. Laatstgenoemde handelwijzen vormen geen euthanasie en behoren tot het normaal medisch handelen.

Met genoegen stellen wij vast dat de leden van de VVD-fractie in grote lijnen kunnen instemmen met dit wetsvoorstel. Wij zijn met deze leden ervan overtuigd dat de voorgestelde regelgeving, al betreft deze een moeilijke en emotioneel beladen kwestie, kan rekenen op een breed draagvlak in de Nederlandse samenleving. Nogmaals benadrukken wij dat met dit wetsvoorstel de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding op zichzelf niet wordt opgeheven. Het gaat om een beperking van de reikwijdte van de strafbaarstelling. Een uitzondering wordt gemaakt voor de arts die voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en die zijn handelen meldt aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig hetgeen daaromtrent is bepaald in de Wet op de lijkbezorging.

Uit de bewoordingen van artikel 293, tweede lid, blijkt reeds dat het gaat om de uitsluiting van de strafbaarheid van het feit, zodat de strafuitsluitingsgrond volgens de gangbare opvattingen over dit leerstuk moet worden gekarakteriseerd als een rechtvaardigingsgrond. De strafbaarheid

van het feit komt te ontvallen zodra is vastgesteld dat de pleger aan de geformuleerde specifieke zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan. Deze vereisten zijn van toepassing op allen, die de hoedanigheid van arts bezitten en tot wie de norm zich richt. Deze stand van zaken sluit nauw aan bij de uitleg die de Hoge Raad in zijn arrest van 27 november 1984 (NJ 1985, 106) aan het begrip overmacht in de zin van noodtoestand, eveneens een rechtvaardigingsgrond, heeft gegeven.

De consequentie van de classificatie van de strafuitsluitingsgrond als rechtvaardigingsgrond is dat de deelnemers daarop eveneens een beroep kunnen doen, met dien verstande dat het beroep daarop in de hoofdzaak terecht is gedaan. Dat geldt dus ook ten aanzien van de door de leden van de VVD-fractie genoemde verpleegkundigen en arts-assistenten. Indien het beroep van de arts op de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond door het ontbreken van de vereiste zorgvuldigheid niet wordt aanvaard, zullen de gedragingen van degenen die aan de euthanasie hebben meegewerkt telkens op het gewicht en de waarde van hun mogelijk aandeel in het strafbaar feit moeten worden beoordeeld.

Met betrekking tot de positie van de verpleegkundigen en arts-assistenten kunnen wij nog het volgende opmerken. Een arts-assistent is een basisarts die, na inschrijving overeenkomstig de Wet BIG, formeel bevoegd is tot het verrichten van die medische handelingen, waartoe hij zich bekwaam acht. Het geven van injecties en het aanbrengen van een infuus zijn medische handelingen die, in het verlengde van de bevoegdheid van de arts en in zijn opdracht, door een daartoe bevoegd en bekwaam verpleegkundige mogen worden gedaan. Het toepassen van pijn- en symptoombestrijding, al dan niet met een bewust aanvaarde kans op bespoediging van het overlijden, wordt gerekend tot normaal medisch handelen, waarvan de uitvoering in opdracht van de arts kan geschieden door een verpleegkundige. Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding behoren echter niet tot het normaal medisch handelen. De medisch-professionele standaard heeft niet alleen tot uitgangspunt dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van de arts, maar ook dat de uitvoering ervan door een arts geschiedt. Deze norm is ook vastgelegd in de richtlijnen die terzake zijn uitgegeven door het Hoofdbestuur van de KNMG en het Bestuur van NU'91 (Medisch Contact 1992, I, p. 29–32). Ook in de jurisprudentie is overwogen dat de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek een medische handeling is die een arts niet kan delegeren aan anderen (Hof Leeuwarden 21 september 1995, TvGr. 1995, nr. 8, p. 491–495).

De leden van de VVD-fractie haalden onze opmerking in de memorie van toelichting aan dat er een meldingsprocedure komt voor «levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten». Die procedure zal, zoals gezegd, betrekking hebben op patiënten die niet in staat zijn hun wil te uiten, zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd en voorts op patiënten die, zonder eerdere wilsverklaring, een verzoek deden terwijl hun vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord was als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie. Bij laatstgenoemde patiënten tekenden deze leden aan dat zij de indruk hadden dat wij als uitgangspunt zouden hanteren dat een patiënt die eenmaal gestoord is geweest, voor altijd als gestoord zou moeten worden beschouwd. Deze leden vroegen voorts naar het onderscheid tussen een psychische stoornis en een psychiatrische stoornis zoals in de zaak-Chabot aan de orde was.

In reactie op deze vragen van de VVD-fractie herhalen wij hier nogmaals, dat in het geval van een patiënt, ongeacht of deze lijdt aan een somatische ziekte of aandoening, wiens vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord kan zijn als gevolg van een psychische of

psychiatrische stoornis of zich ontwikkelende dementie, allereerst moet worden vastgesteld of er sprake is van wilsbekwaamheid bij deze patiënt. Wordt deze vraag bevestigend beantwoord dan is de regeling van het onderhavige wetsvoorstel van toepassing. Bij een ontkennend antwoord is dit laatste eveneens het geval, mits er een tevoren afgelegde wilsverklaring is. Ontbreekt evenwel een wilsverklaring, dan geldt de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. De situatie is dan aldus, dat de patiënt in beginsel als wilsonbekwaam moet worden aangemerkt. Toetsing volgens laatstgenoemde procedure van de hier bedoelde gevallen achten wij aangewezen met het oog op de bescherming die in het algemeen toekomt aan deze patiënten, die als gevolg van hun aandoeningen voor wat betreft hun vermogen tot vrije wilsuiting extra kwetsbaar zijn.

Een zich ontwikkelende dementie, dit in antwoord op een vraag hiernaar van de leden van de VVD-fractie, is – precies zoals de term aangeeft – een situatie waarbij bij tijd en wijle de verschijnselen van een dementieel syndroom zich openbaren. Bij dementie gaat het om een onomkeerbaar en progressief verlopend ziektebeeld. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer en deze ziekte kenmerkt zich door een sluipend begin met een geleidelijke progressie. In het beginstadium treedt vergeetachtigheid op, maar heldere momenten overheersen. In het verloop van de ziekte nemen de heldere momenten af. Het is dit in het begin wisselende ziekteproces, de leden van de VVD-fractie vroegen daar naar, dat de beoordeling van de wilsbekwaamheid in de verschillende fasen van de ziekte zo moeilijk maakt. De ernst van de geheugen- en cognitieve stoornissen bepaalt in hoeverre een patiënt in staat is tot een zelfstandige besluitvorming.

In antwoord op de vraag van deze leden of dergelijke patiënten geen onrecht wordt aangedaan door aan te nemen dat zij iedere geloofwaardigheid tot het uiten van een weloverwogen wil verliezen, verwijzen wij allereerst naar onze hierboven gegeven beschouwing omtrent de vaststelling van de al dan niet wilsbekwaamheid. Ook bij patiënten met een zich ontwikkelende dementie zal door de behandelend(e) arts(en) moeten worden vastgesteld vanaf welk moment de uitingen van de patiënt niet meer als vrijwillig en weloverwogen kunnen worden aangemerkt, ofwel doordat er gelet op de voortgang van het ziekteproces ernstig getwijfeld moet worden aan de echtheid van de wilsuiting ofwel doordat de patiënt zich in het geheel niet meer of nauwelijks nog uit. Met het bovenstaande hebben wij de volgende vraag van deze leden of het niet zo is, dat juist bij een beginnende dementieproces de patiënten ook nog heel heldere momenten kennen, reeds impliciet beantwoord. Wij beantwoorden deze vraag bevestigend.

Indien, dit in antwoord op een vraag van deze leden hierover, de euthanasieverklaring is afgelegd of opgesteld op een tijdstip dat de patiënt geacht kon worden zich nog vrijwillig en weloverwogen te uiten, mag de arts daaraan de betekenis hechten waarop artikel 2, tweede lid, het oog heeft.

Is er niet een tevoren afgelegde geldige wilsverklaring, dan is het zaak dat de arts bij een verzoek van een patiënt die, zoals deze leden het uitdrukten, «behept is met een psychische stoornis of zich in een beginnend dementieproces bevindt», nagaat of de patiënt (nog) als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. Luidt het antwoord op deze vraag ontkennend, of houdt de arts ernstige twijfel op dit punt, dan moet het er voor worden gehouden dat er sprake is van wilsonbekwaamheid. Indien de arts alsdan niettemin tot levensbeëindigend handelen overgaat, zal dit dienen te worden getoetst volgens de komende meldingsprocedure inzake levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

Hierboven gaven wij reeds aan dat wij onderschrijven hetgeen door de KNMG over het hierboven besproken punt betreffende de formulering «patiënten wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn» naar voren is gebracht. Naar aanleiding van deze opmerking van de KNMG erkennen wij dat de memorie van toelichting op dit punt nadere precisering verdient. Wij gaan ervan uit eventuele geschapen onduidelijkheid betreffende de scheidslijn tussen beide meldingsprocedures met onze bovenstaande uiteenzetting te hebben weggenomen. Wij onderschrijven geheel de opvatting van de KNMG dat de procedure inzake «melding zonder uitdrukkelijk verzoek» gevolgd moet worden, nadat een ter zake deskundige consulent heeft vastgesteld dat een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie van, of dementie bij de patiënt van invloed is of kan zijn op de (vrijwillige en weloverwogen) oordeelvorming van de patiënt.

De weergave door deze leden van de conclusies die uit het arrest-Chabot getrokken kunnen worden tenslotte, onderschrijven wij. Wij menen dat aan de door de Hoge Raad in dat arrest opgenomen overwegingen in alle opzichten recht wordt gedaan in dit wetsvoorstel. Dit geldt naar ons oordeel ook wat betreft het uit het arrest-Chabot af te leiden voorschrift betreffende consultatie. Een vereiste van dubbele, of in de bewoordingen van deze leden, versterkte consultatie, inhoudende de consultatie door meer dan één arts of door een arts die de hoedanigheid van psychiater bezit, kan evenwel uit het arrest-Chabot, noch uit enige andere jurisprudentie worden afgeleid. Wij wijzen erop dat de Hoge Raad de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3), in elk geval aangewezen acht in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeyde uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2). Aangezien wij in het wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt naar ons oordeel aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel voldoende recht gedaan.

Naar aanleiding van de vraag van deze leden met betrekking tot criteria voor levensbeëindiging bij psychiatrische patiënten merken wij nogmaals op, dat er op het moment van de beslissing om tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over te gaan, duidelijkheid moet zijn over de vraag of er al dan niet wilsbekwaamheid is. Kan de patiënt wilsbekwaam worden geacht, dan geldt, zo volgt uit het arrest-Chabot (zie met name rechtsoverwegingen 5.2 en 6.2), dat aan gerechtvaardigde levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding niet in de weg behoeft te staan, dat het lijden van de patiënt niet een somatische oorzaak heeft. Aan inwilliging van het verzoek zou wél in de weg kunnen staan de vaststelling dat van uitzichtloos en ondraaglijk lijden geen sprake kan zijn, bijvoorbeeld omdat door de patiënt een reëel behandelingsperspectief wordt afgewezen.

Komt de arts, ook na raadpleging van een tweede onafhankelijke arts, tot de slotsom dat de patiënt niet als wilsbekwaam kan worden aangemerkt, dan is, indien hij niettemin tot levensbeëindigend handelen zou overgaan, niet dit wetsvoorstel van toepassing, maar de voorgenomen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

De leden van de CDA-fractie toonden zich na kennisneming van de inhoud van dit wetsvoorstel verontrust omtrent de ontwikkelingen rondom het levensbeëindigend handelen. Wij hopen met onze uiteenzetting over de

verschillende onderdelen van het wetsvoorstel de grond voor de veront-
rusting van deze leden te kunnen verminderen of zelfs wegnemen.
Graag onderschrijven wij hetgeen door deze leden naar voren werd
gebracht omtrent de kracht van de argumenten zoals die in het gemeen
overleg tussen kabinet en Kamer gewisseld zullen worden en waardoor
deze leden zich bij hun uiteindelijke stellingname ten opzichte van dit
wetsvoorstel zullen laten leiden.

Wij hebben kennisgenomen van de indringende en uitvoerige beschou-
wing van de leden van de CDA-fractie over de uitgangspunten die voor
deze leden gelden bij de beoordeling van het onderhavige wetsvoorstel.
Wij hopen met onze beschouwingen in reactie op de concrete vragen en
opmerkingen van deze leden en de andere leden op overtuigende wijze
aan te tonen dat dit wetsvoorstel recht doet aan respect voor en rechtsbe-
scherming van het menselijk leven en daarmee past binnen onze
geldende rechtsorde.

Wij beamen de stelling van deze leden dat euthanasie niet is te beschou-
wen als een sluitstuk van vruchteloos gebleven behandeling. Van een
dergelijke stellingname gaat ten onrechte de suggestie uit dat op het
staken, niet instellen of niet voortzetten van een behandeling als vanzelf
levensbeëindiging zal volgen. In de praktijk wordt evenwel slechts in
uitzonderlijke gevallen een verzoek om levensbeëindiging ingewilligd. In
verreweg de meeste gevallen overlijdt de patiënt op natuurlijke wijze, ook
nadat palliatieve zorg in brede zin is ingezet.

De handhaving van de strafbaarstelling in de artikelen 293 en 294 Sr. heeft
betrekking op levensbeëindiging anders dan door een arts. Levens-
beëindiging op verzoek kan naar ons oordeel, en ook op grond van de
jurisprudentie terzake, uitsluitend als gerechtvaardigd worden beschouwd
indien deze plaatsvindt door een arts ten aanzien van een patiënt die
uitzichtloos en ondraaglijk lijdt – binnen een medische context derhalve
en dan nog onder strikte voorwaarden. Deze beperking brengt met zich
mee dat levensbeëindiging op verzoek wél is beschouwen als een medische
handeling, als een handeling die behoort tot het deskundigheidster-
rein van een arts. Er is echter geen sprake van *normaal* medisch handelen
waarop de WGBO van toepassing is. Dit is de essentie van het verwerpen
door de Hoge Raad van de medische exceptie. Een aanvaarding van de
medische exceptie zou inhouden dat levensbeëindiging op verzoek, als
zijnde medisch geïndiceerd en mits lege artis uitgevoerd, buiten de reik-
wijdte van de strafbepalingen zou vallen. De thans voorgestelde wetswijzi-
ging achten wij wenselijk, juist omdat levensbeëindiging op verzoek in het
algemeen wordt beschouwd als handelen, dat maatschappelijk – en tot
dusver ook strafrechtelijk – genormeerd is, terwijl levensbeëindiging op
verzoek door een arts inmiddels, zij het onder strikte voorwaarden, als
rechtens toelaatbaar kan worden beschouwd. Voor wat betreft het laatst-
genoemde handelen nu stellen wij voor in de strafrechtelijke normering
verandering te brengen door opneming van een uitsluitend op artsen
betrekking hebbende, bijzondere strafuitsluitingsgrond.

De leden van de CDA-fractie vestigden de aandacht op de mogelijkheid
dat iedere keer weer grenzen worden verlegd en versoepeld bij de beoor-
deling van individuele gevallen van levensbeëindigend handelen en refe-
reerden hierbij aan de uitspraak van de tweede ondertekenaar dat zij met
dit wetsvoorstel «tot haar grenzen is gegaan», in relatie tot uitspraken van
mw. mr. Sorgdrager in Trouw van 28 oktober 1999.

Opeenvolgende kabinetten – ook die waarvan ministers deel uitmaakten
die behoorden tot de fractie van deze leden – hebben in de loop der jaren
getracht een antwoord te formuleren op de vragen uit de maatschappij
om de mogelijkheid te scheppen levensbeëindiging bij uitzichtloos en
ondraaglijk lijdende patiënten mogelijk te doen zijn, zonder dat daar voor

de arts een gerechtelijke vervolging tegenover staat. Het betrof niet alleen vragen uit de maatschappij, doch ook uit de beroepsgroep zelf. Dit antwoord zou als het ware een synthese moeten bevatten tussen het overtreden van een strafrechtelijke norm strekkende tot bescherming van het leven in zijn algemeenheid en het voldoen aan een aanvaardbaar verlangen in een uitzichtloze situatie een patiënt niet onnodig te hoeven laten lijden. Een regeling terzake zou aan duidelijke voorwaarden moeten voldoen. Enerzijds heeft de beroepsgroep hierover vanuit de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar zelf voorwaarden geformuleerd, anderzijds heeft de rechter in de beoordeling van aan hem voorgelegde gevallen voorwaarden geformuleerd waaraan levensbeëindigend handelen in de bedoelde situaties moet voldoen. Dergelijk handelen zou voorts, zo luidde steeds het uitgangspunt van onze ambtsvoorgangers, transparant en toetsbaar moeten zijn. Op deze wijze is de huidige wettelijke regeling tot stand gekomen, terwijl nu een wettelijke vastlegging wordt voorgesteld die recht doet enerzijds aan de in de maatschappij en in de beroepsgroep levende opvatting met betrekking tot gerechtvaardigd geacht levensbeëindigend handelen door artsen, en anderzijds aan het behoud van de strafbaarstelling van het gronddelict. Wij menen dat in dit wetsvoorstel de hiervoor vermelde synthese op de meest aangewezen en consequente wijze gerealiseerd wordt.

De leden van het CDA zijn van mening dat in het verleden getrokken grenzen niet houdbaar bleken te zijn en steeds verder zijn versoepeld. De ondergetekenden wijzen erop dat de grenzen, vastgelegd in de zorgvuldigheidseisen, in de jurisprudentie zijn ontwikkeld en dat deze het wettelijk toetsingskader blijven voor het handelen van de arts in ieder individueel geval. Dit impliceert op zichzelf niet dat daardoor de regels versoepeld zullen worden. Er is geen grond voor de stelling dat door vastlegging van de veroorloevende norm in de wet, een situatie zal ontstaan die als zodanig weer noodt tot grensverlegging. Deze vastlegging bepaalt de uiterste grenzen die bij het handelen door een arts in acht genomen moeten worden en waaraan steeds getoetst wordt, in het uiterste geval door de rechter. Mw. mr. Sorgdrager heeft er in het boven aangehaald artikel terecht op gewezen dat bij elke wettelijke regeling jurisprudentievorming altijd zal plaatsvinden en nodig zijn.

Wij onderschrijven volmondig de door deze leden aangeduide grondregel dat menselijk leven, ziek of gezond, beschadigd of onbeschadigd, bescherming verdient. Van een aantasting van die grondregel of een ondermijning van de zekerheid van bescherming als gevolg van dit wetsvoorstel is naar ons oordeel echter geenszins sprake. Met behoud van het uitgangspunt van de bescherming van het menselijk leven beoogt dit wetsvoorstel te voorzien in een uitweg, onder strikte voorwaarden, voor ernstig lijdende patiënten overeenkomstig hun eigen, uitdrukkelijk kenbaar gemaakte wens. De voorwaarden die dit wetsvoorstel verbindt aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging waarborgen naar onze overtuiging voldoende, dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten. Voorts is voorzien in een zorgvuldige consultatie vooraf – welke consultatie door middel van het SCEN-project verder zal worden geprofessionaliseerd – en een nauwkeurige toetsing van ieder individueel geval van levensbeëindiging achteraf. Mede gelet op deze strikte voorwaarden zijn wij de overtuiging toegedaan dat dit wetsvoorstel niet strijdig is met de in artikel 2 EVRM neergelegde verplichting voor de verdragsluitende staten om het recht op leven bij wet te beschermen. Dit Verdrag beoogt het recht op leven te beschermen van de burger jegens de staat (ook wel aangeduid als de verticale werking van het de in het Verdrag neergelegde rechten) en dat van de ene burger jegens de andere burger (de zogenoemde horizontale werking). Er zijn, ook volgens eerdere

adviezen, zoals van de Staatscommissie Euthanasie 1985 en van de Raad van State naar aanleiding van eerdere wetsvoorstellen (kamerstukken II 1983–1984, 18 331, A, en 1985–1986, 18 331, nr. 43, C en D) 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. Ook overigens geldt dat de op grond van deze verplichting te bieden bescherming niet onbeperkt is. Zoals deze leden opmerkten, somt het Verdrag zelf, in artikel 2, tweede lid, situaties op waarin de in het eerste lid genoemde plicht niet wordt geacht te zijn geschonden. Voorts kent het Nederlandse strafrecht algemene – geschreven en ongeschreven – strafuitsluitingsgronden, bij aanvaarding waarvan straffeloosheid het gevolg kan zijn, zelfs wanneer aan iemand het leven is ontnomen.

De thans voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond komt in feite neer op de codificatie van criteria, op grond waarvan volgens vaste jurisprudentie tot dusver een beroep op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht in de zin van noodtoestand is aanvaard. Zij beoogt aldus de rechtszekerheid te vergroten van artsen én van patiënten, welke laatstgenoemden in dit verband zijn te beschouwen als de rechtssubjecten waarop de in artikel 2 EVRM vastgelegde bescherming van het recht op leven is gericht.

Er bestaat geen mogelijkheid om het Europees Hof voor de Rechten van de Mens om een advies te vragen over de verenigbaarheid van het wetsvoorstel met artikel 2 EVRM. Artikel 47, tweede lid, sluit van de bevoegdheid van het Hof om algemene adviezen te geven uit vraagstukken betreffende de inhoud en reikwijdte van de in het EVRM opgenomen rechten en vrijheden. Van een rapportage als door deze leden voorgesteld, kan dan ook geen sprake zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom het kabinet heeft gemeend te moeten aansluiten bij de WGBO, «om kinderen tussen 12 en 16 jaar zelfstandig te laten beslissen over euthanasie». Wij verwijzen deze leden voor het antwoord op deze vraag naar de memorie van toelichting, blz. 3, blijkens welke wij hier het standpunt van de Raad van State hebben onderschreven, dat inhoudt, dat ook bij minderjarigen het oordeel des onderscheid aanwezig kan zijn om zelf tot een verantwoord en weloverwogen verzoek om euthanasie te komen. De door deze leden geformuleerde vraagstelling «om kinderen tussen 12 en 16 jaar zelfstandig te laten beslissen over euthanasie» verdient overigens wel nuancering. Hoofregel is in het wetsvoorstel immers de instemming óók van de ouders of van de voogd. Alleen indien zodanige persoon toestemming blijft weigeren, mag de arts het euthanasieverzoek van het 12 tot en met 16-jarige kind volgen. Daarbij is als extra waarborg in de formulering opgenomen de voorwaarde dat is komen te vast te staan dat de arts de – toetsbare – overtuiging heeft gekregen, dat met inwilliging van het euthanasieverzoek ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen. Dat is dus niet hetzelfde als een buiten spel zetten van degene die het gezag over de minderjarige uitoefent bij een beslissing omtrent al dan niet medisch handelen, of zelfs een ontnemen van het gezag aan ouders ter zake. Het betreft veeleer een regel die noodzakelijk is als de toestemming van meer dan één persoon wordt vereist, en er dan een verschil van opvatting tussen die personen blijft bestaan. Het ligt dan voor de hand, dat, juist indien een – zo persoonsgebonden – grondrecht van de desbetreffende persoon aan de orde is, onder omstandigheden de wil van die persoon de doorslag kan geven. Daarbij hebben wij geenszins uit het oog verloren, dat levensbeëindigend handelen niet wordt gerekend tot normaal medisch handelen. Juist onder heel zware omstandigheden, zoals een ongeneeslijke ziekte, kunnen ook kinderen – dat zullen deze leden ook willen beamen – een rationele beslissing nemen, een serieus te nemen wens tot levensbeëindigend handelen uiten. De leden van de

CDA-fractie maakten nog de vergelijking met andere gebieden – criminaliteit, spijbelen en financiële verplichtingen. Wij menen bij deze vergelijking wel de kanttekening te moeten plaatsen, dat het hier telkens wel om bepaald andere rechten en verplichtingen gaat dan levensbeëindigend handelen. Het is zeker zo dat, juist vanuit hun verplichting het kind te verzorgen en op te voeden, ouders op het gedrag van hun kinderen zijn aan te spreken en dat het welzijn van hun kind hun eerste zorg en verantwoordelijkheid is. Daaraan doet op zich echter niet af dat er zekere terreinen des levens zijn, waarop het uiteindelijk kan aankomen op de beslissing van het kind zelf.

De leden van de CDA-fractie stelden vast dat zelfbeschikkingsrecht voor het kabinet niet altijd het leidende principe is, wanneer men het huidige wetsvoorstel vergelijkt met bijvoorbeeld de voornemens van het kabinet ten aanzien van het gebruik van alcohol en tabak door jongeren. Op laatstgenoemd beleidsterrein gaat het in vergelijking met de strekking van het voorliggende wetsvoorstel naar onze mening om volstrekt andere omstandigheden en belangen. Jongeren die alcohol en tabak gebruiken, doen dit dikwijls uit overwegingen om indruk te maken op leeftijdgenoten, om grenzen te verkennen of uit een bepaalde protesthouding. Het gebruik van alcohol en tabak is schadelijk voor jongeren. Het kabinetsbeleid is er daarom op gericht om jongeren te beschermen tegen de schadelijke werking van alcohol en drugs. Deze bescherming is een voorbeeld van een situatie waarin de tweede ondergetekende vanuit haar verantwoordelijkheid voor het kind aan de orde zijnde beleidsterrein van mening is geen beslissingsbevoegdheid aan jongeren te moeten overlaten, teneinde gezondheidsschade te voorkomen. Met het onderhavige wetsvoorstel beogen wij ernstig zieke jongeren onder bijzondere omstandigheden, overeenkomstig de zorgvuldigheidscriteria, te behoeden voor uitzichtloos en ondraaglijk lijden tegen hun uitdrukkelijke wens in. Het kabinet acht dit vanuit zijn verantwoordelijkheid ook een bescherming van jongeren.

Wij hebben niet gesteld dat het hier om een problematiek zou gaan die in niet weinig gevallen zich zou voordoen. In de regel is het juist zo, dat ouders en kind samen, en in overleg met de arts, tot een eensluidende beslissing komen. Naar onze indruk – die wordt bevestigd door de leden van de CDA-fractie en door anderen in door hun gegeven beschouwingen – gaat het hier – ouders en kind zijn het niet eens – om hoge uitzonderingsgevallen. Dit betekent overigens niet dat reeds dáárom een regeling maar achterwege zou moeten worden gelaten. Hoe met zulke situaties thans wordt omgegaan is niet eenvoudig te beantwoorden. Aan te nemen valt, dat de arts die de overtuiging heeft dat ernstig nadeel voor het kind zal moeten worden voorkomen, dus met het kind van oordeel is dat het uitzichtloos en vooral ondraaglijk lijden zonder goede reden voortduurt, in gesprek zal gaan en trachten te blijven met de ouders. Blijven dezen evenwel bij hun weigering, dan zal het er in beginsel voor moeten worden gehouden, dat levensbeëindigend handelen ten aanzien van het desbetreffende kind niet is toegestaan.

Het advies van de Raad van State is, zoals wij hierboven aangaven, voor ons een belangrijke reden geweest om de voorstellen met betrekking tot de categorie 12–16-jarigen te doen. De indruk bestond voorts dat de voorgestelde regeling voor de – weinige – gevallen waarvoor zij nodig zou kunnen zijn, een passende voorziening zou betekenen die recht doet enerzijds aan de ouderlijke verantwoordelijkheid en anderzijds aan het hoogst persoonlijke rechtsgoed dat de integriteit van het lichaam nu eenmaal is en blijft. Dat de praktijk – anders dan de Raad van State veronderstelt – thans in de regel aangeeft ook zonder de voorgestelde regeling te kunnen werken, is ons uiteraard niet ontgaan. Het hier bedoelde voorstel is wat ons betreft ook niet essentieel voor dit wetsvoorstel. Dit in tegenstelling

tot het door deze leden aangeduide punt betreffende de rol van het openbaar ministerie met betrekking tot gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek ingevolge dit wetsvoorstel. Op dit punt zullen wij hieronder, met name in paragraaf 5. Betekenis van de bijzondere strafuitsluitingsgrond, uitvoerig ingaan.

Het is in de voorgestelde bepaling de arts die tot de conclusie moet kunnen komen of de minderjarige tussen de 12 en 16 jaar tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van levensbeëindigend handelen in staat kan worden geacht. Hij is het immers die alsdan aan het verzoek van de minderjarige patiënt gevolg zou geven. Vanzelfsprekend zal die arts zijn bevinding toetsen bij anderen (waaronder de andere, onafhankelijke arts, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder e, van het wetsvoorstel).

Aan verzoeken van minderjarigen zijn – dit in antwoord wederom op een vraag van de leden van de CDA-fractie – in het wetsvoorstel dezelfde eisen gesteld als in het geval van meerderjarigen omdat nog andere zorgvuldigheidseisen dan die genoemd in artikel 2, eerste lid, van het wetsvoorstel, in beginsel niet goed denkbaar zijn.

De scheiding tussen 12 en 15-jarigen enerzijds en 16- en 17-jarigen anderzijds, is ontleend aan de artikelen 7:447, eerste lid, en 7:450, tweede lid, BW. Gevolgd is dus de systematiek van de burgerrechtelijke regeling van de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. Deze regeling gaat ervan uit, dat vanaf de leeftijd van 16 jaar in medische aangelegenheden volledige handelingsbekwaamheid voor de minderjarige bestaat. Overigens wil dit niet zeggen, dat beslissingen door deze categorie minderjarigen nu geheel buiten de ouders of de voogd plegen te worden genomen. Zij zullen, zeker indien het om meer ingrijpende medische beslissingen gaat, in de regel degenen zijn met wie de minderjarige zich verstaat. Een en ander neemt echter niet weg, dat een formele verantwoordelijkheid van de ouder of de voogd, te ontleen aan het over de minderjarige uitgeoefende gezag, door de handelingsbekwaamheid wordt doorbroken.

Het «ernstig nadeel», waarvan op blz.12 van de memorie van toelichting sprake is, ziet op het voortduren van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de minderjarige patiënt. Wij hebben geenszins willen verhullen, dat levensbeëindigend handelen van een arts bij een kind voor diens ouders, die zich hiermee niet hebben kunnen verenigen, buitengewoon ingrijpend kan zijn, zeker indien hun weigering van toestemming door godsdienstig-principiële overwegingen is ingegeven. Daar staat evenwel tegenover, dat de arts in ons voorstel tegenover de meest direct betrokken persoon gelegitimeerd zou worden datgene te doen wat deze wenst. Tevens moet hij de overtuiging hebben gekregen dat zulks in de gegeven omstandigheden ook de juiste weg is.

Wij hebben intussen goede nota genomen van het feit dat ons voorstel levensbeëindigend handelen ook mogelijk te maken indien beide ouders of een van hen (of de voogd) zich met het verzoek niet kunnen verenigen, thans niet op een zodanig draagvlak kan rekenen, dat het met vrucht kan worden gehandhaafd. Bij nota van wijziging stellen daarom voor in alle gevallen de toestemming van de beide ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of van de voogd, voorwaarde voor het inwilligen van een euthanasieverzoek van de 12–16-jarige minderjarige te doen zijn.

De vragen van de leden CDA-fractie met betrekking tot de situatie dat een der beide ouders instemt en de andere niet, behoeven, gelet op de hierboven door ons aangegeven wijziging in het wetsvoorstel, geen beantwoording meer. De arts die een verzoek tot euthanasie inwilligt waarmee

beide ouders of een van hen, dan wel de voogd, zich niet kan verenigen, zal dus in het gewijzigde voorstel wel degelijk zich in een tuchtrechtelijke procedure hebben te verantwoorden.

Vereist is, dat de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen (waaronder is begrepen de situatie van de partner die op de voet van artikel 1:253t BW het gezag samen met de ouder uitoefent) dan wel de voogd (of de beide voogden van artikel 1:282 BW) zich hebben kunnen verenigen met het verzoek van de minderjarige. Daaraan gaat dus, dit wederom in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, vooraf, dat die ouders of voogd door de arts bij de besluitvorming zijn betrokken én dat hun toestemming daarvoor ondubbelzinnig is gegeven.

Het verheugt ons dat de D66-fractie met waardering heeft kennis genomen van het wetsvoorstel. Deze leden vroegen allereerst naar de ontwikkeling van de meldingsbereidheid sinds de instelling van de regionale toetsingscommissies euthanasie op 1 november 1998. Hierover werden verder in het verslag ook vragen gesteld door de fracties van GroenLinks, de SP, de VVD, de RPF en het GPV.

Sinds de instelling van de regionale toetsingscommissies per 1 november 1998 tot 1 januari 2000 zijn 2565 meldingen binnengekomen: 349 in de periode november en december 1998 en 2216 in het kalenderjaar 1999. In het eerste kwartaal van 2000 zijn binnengekomen 495 meldingen. Aangezien de toetsingscommissies minder dan twee volledige kalenderjaren functioneren, kan vanuit hun gezichtspunt geen uitspraak gedaan worden over de vraag of sprake is van een toeneming van het aantal meldingen. Tegelijkertijd is het moeilijk een vergelijking te maken tussen cijfers van de toetsingscommissies en cijfers uit de periode voorafgaande aan hun oprichting. Vóór de instelling van de commissies op 1 november 1998 werd namelijk voor het inzicht in het aantal gemelde gevallen van levensbeëindigend handelen altijd uitgegaan van het aantal aan het openbaar ministerie ter kennis gebrachte meldingen. Het totaal aantal meldingen waarop door het College van procureurs-generaal in de loop der jaren is beslist, was als volgt.

Jaar	meldingsprocedure tot 1 november 1998	meldingsprocedure na 1 november 1998
In 1995:	1524	
1996:	1689	
1997:	1986	
1998 tot 1 november:	2238	
1999	140	2311

Bovenstaande cijfers betreffen uitsluitend gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Wij wijzen er evenwel nadrukkelijk op dat de cijfers vóór en na 1 november 1998 in wezen onvergelijkbaar zijn. Zo is de gang van zaken ter afdoening van een melding van levensbeëindigend handelen, en mede als gevolg daarvan de afdoeningsduur, onder de huidige meldingsprocedure een andere dan onder de vorige meldingsprocedure. Onze conclusie is, dat over de vraag of als gevolg van het instellen van de regionale toetsingscommissies al dan niet sprake is van een toeneming van het aantal meldingen, op dit moment geen duidelijke uitspraak gedaan kan worden. Hiervoor is het nodig een langere periode gedurende welke de toetsingscommissies functioneren, in ogenschouw te nemen. Tevens is voor een adequaat antwoord op deze vraag gericht nader onderzoek nodig. Op de aard van en het moment voor zodanig onderzoek zijn wij hierboven op verscheidene plaatsen in deze nota reeds ingegaan.

Deze leden vroegen naar de wijze waarop artsen omgaan met het modelverslag. In hun jaarverslag 1999, toegezonden aan de Tweede en Eerste

Kamer bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337 (handelingen II 1999/2000, blz. 73–4908), hebben de regionale toetsingscommissies hun eerste ervaringen weergegeven. Met betrekking tot de verslaglegging van de arts merkten de toetsingscommissies op, dat deze, met name wat betreft de omschrijving van het lijden van de patiënt, soms te beperkt is. Op de cruciale vraagpunten betreffende uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden werd in de praktijk vaak summier, soms zelfs alleen met ja en nee, geantwoord. De artsen gaven niet altijd onvoldoende aan, of er alternatieven ter verlichting van het lijden waren. In de gevallen dat de arts aan de hand van de in het formulier gestelde vragen een doorlopend verslag opstelde, kregen de commissies een beter inzicht. In dit verband merkten de commissies op dat het modelverslag niet uitnodigt tot het geven van een toelichting op het lijden. De hieruit naar voren komende aanbeveling van de commissies om het modelverslag aan te passen, zullen wij graag bij de eerstvolgende geschikte gelegenheid opvolgen.

De commissies constateerden dat de kwaliteit van de verslagen van de consultants zeer uiteenlopend was. Een minderheid gaf gemotiveerd antwoord op de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In veel gevallen kon dit met meer of minder moeite erin worden gelezen. Een niet gering aantal van de consultatieverslagen bevatte evenwel te weinig informatie of miste een conclusie, zodat de consultant om nadere toelichting werd gevraagd. Consultatieverslagen van SCEA of SCEN artsen waren in het algemeen zeer uitgebreid en gaven een goed inzicht in de toetsing door de consultant aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria. De commissies verwachten dan ook dat door uitbreiding van het SCEN-project de kwaliteit van de consultatieverslagen zal verbeteren.

Over het algemeen gaven de verslagen van de artsen, samen met het verslag van de consultant en eventuele bijlagen als journaal en specialistenbrieven, voldoende informatie om de uitzichtloosheid van het lijden te kunnen vaststellen. In ruim 200 gevallen werd, blijkens het jaarverslag van de toetsingscommissies, nadere informatie ingewonnen bij de arts of de consultant.

In 1999 werden de commissies geconfronteerd met vijf gevallen van levensbeëindiging tot beoordeling waarvan zij zich niet bevoegd achtten. Deze gevallen zijn teruggezonden naar de gemeentelijke lijkschouwer teneinde te worden gemeld volgens de meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Het ging in één geval om een pasgeboren baby, in twee gevallen om een late zwangerschapsafbreking en in één geval om levensbeëindiging op verzoek van een minderjarige. In één geval van levensbeëindiging bij een volwassene bleek, na een gesprek met de arts, sprake te zijn van levensbeëindiging zonder verzoek en heeft de commissie zich alsnog niet bevoegd verklaard.

De commissies kwamen, zo blijkt uit het jaarverslag, in bijna alle gevallen tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld. De regionale toetsingscommissie in Groningen oordeelde in het eerste kwartaal van 1999 in drie gevallen op strikt formele gronden dat de meldend arts onzorgvuldig had gehandeld. In deze gevallen was de commissie van oordeel dat de vereiste onafhankelijkheid van de consultatie niet, althans onvoldoende was. De aandacht van de inspectie voor de Gezondheidszorg is voor deze gevallen gevraagd en met de betreffende artsen is door de commissie gesproken.

Later is in soortgelijke gevallen door de commissie Groningen het oordeel zorgvuldig uitgesproken en zijn deze zaken onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht. Door de commissies Arnhem en Rijswijk is, ondanks het eindoordeel zorgvuldig, in twee

respectievelijk in drie zaken de nadere aandacht gevraagd van de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg.

De leden van de fractie van D66 verzochten om een nadere toelichting op onze keuze om in het Wetboek van Strafrecht uitsluitend de bijzondere strafuitsluitingsgrond te formuleren en de zorgvuldigheidseisen, anders dan het geval was bij het initiatiefvoorstel, in een afzonderlijke wet op te nemen.

Wij herhalen onze opvatting dat de thans gekozen opzet niet alleen uit oogpunt van wetssystematiek de voorkeur verdient, maar ook meer recht doet aan het eigen karakter van de onderwerpen die in de separate wet worden geregeld. De wijziging van het Wetboek van Strafrecht is hiermee beperkt tot datgene wat in dat wetboek thuishoort, te weten de verbodsbepaling annex strafuitsluitingsgrond. De zorgvuldigheidscriteria voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding omvatten specifieke onderwerpen, zoals de afwegingen die in de verhouding arts-patiënt moeten worden gemaakt omtrent de ernst van het lijden en het ontbreken van alternatieven ter verlichting daarvan. In de memorie van toelichting noemden wij al de beslissingsbevoegdheid van minderjarigen in dezen, en de status van schriftelijke wilsverklaringen als zijnde onderwerpen, die de strekking van het wetboek, dat in beginsel alleen verbodsbepalingen bevat, te buiten gaan. Ook de instelling en taakomschrijving van regionale toetsingscommissies kan naar ons oordeel beter worden geregeld in dezelfde afzonderlijke wet, waarin ook de zorgvuldigheidscriteria zijn opgenomen. De wijziging van de Wet op de lijkbezorging blijft daarmee beperkt tot een technische aanpassing van daarin reeds vastgelegde regels betreffende de melding. Deze wijziging strekt ertoe te verzekeren dat gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding na melding aan de gemeentelijke lijkschouwer, ter toetsing worden gezonden aan een van de regionale toetsingscommissies. Overigens vormen de artikelen 37 Sr. e.v. en 77h Sr. e.v. waarnaar deze leden verwezen, de uitwerking van de regeling van strafrechtelijke maatregelen, waarvoor het Wetboek van Strafrecht een geschikte plek is. Dit kan niet gezegd worden van de uitwerking van een regeling ter toetsing van handelen waarvan de strafbaarheid onder voorwaarden wordt opgeheven.

Voor de door deze leden uitgesproken vrees voor ondoorzichtigheid van de regelgeving of het ontbreken van samenhang, bestaat geen grond, zo menen wij. In de regelgeving wordt op de gebruikelijke wijze verwezen naar andere terzake toepasselijke wetsbepalingen. Ten behoeve van personen en organisaties die in de praktijk te maken krijgen met deze problematiek zal, zoals tot dusver steeds is gebeurd met betrekking tot wijziging van de meldingsprocedure, worden voorzien in duidelijke en ook voor niet-juristen toegankelijke voorlichting.

Het verheugt ons dat de leden van de GroenLinks-fractie het standpunt onderschrijven dat het onder voorwaarden niet langer strafbaar stellen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding tegemoet kan komen aan een maatschappelijke beoefte aan rechtszekerheid op dit punt. Wij hopen met onze uiteenzetting ter beantwoording van de vele vragen de twijfels die bij deze leden over de uitwerking van een en ander leven, weg te nemen.

Wij onderschrijven de opvatting van deze leden dat aan artsen en patiënten een zo groot mogelijke zekerheid moet worden geboden, ook voorafgaande aan de beslissing om een verzoek om levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in te willigen, over de toelaatbaarheid van het handelen. Wij menen deze zekerheid ook te bieden door de voorgestelde zorgvuldigheidscriteria, inclusief de eis van consultatie, en door de verdere professionalisering van de consultatie door middel van het SCEN-

project. Dit project strekt tot de landelijke invoering van een systeem van steunpunten voor overleg en advies door daartoe nader opgeleide artsen. De arts die wordt geconfronteerd met een verzoek om levensbeëindiging zal zich in de toekomst moeten kunnen wenden tot een dergelijk steunpunt. Uitgangspunt is, en moet ons inziens blijven, de afweging die arts en patiënt samen maken, gevolgd door de beslissing, zijnde de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de arts, om het verzoek al dan niet in te willigen. Een systeem van toetsing vooraf, waaraan deze leden refereerden, doet aan deze eigen beslissing van de arts afbreuk. Een beslissing die wordt ondersteund door het onafhankelijk oordeel van een collega, van wie – op termijn, indien het SCEN-project in heel Nederland ingang heeft gevonden – gezegd kan worden dat deze ter zake deskundig is en getraind juist om deze ondersteuning te bieden. Een beoordeling vooraf van het voornemen tot levensbeëindigend handelen door commissies zou neerkomen op toestemming vooraf, hetgeen in onze ogen afbreuk doet aan de autonomie van de arts als hulpverlener en aan de intimiteit rond het ziekbed. De met zodanige beoordeling vooraf onvermijdelijk gepaard gaande procedurele aspecten zouden voorts leiden tot een bureaucratisering van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek op zichzelf. Dit is onwenselijk, niet alleen met het oog op de preciaire situatie waarin de patiënt, diens familie en naasten zich bevinden, maar ook op heel praktische gronden. Wij willen hier nogmaals het belang benadrukken dat wij hechten aan de consultatie van een tweede, onafhankelijke arts als waarborg voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijke afweging van de arts die overweegt het verzoek van zijn patiënt in te willigen.

Op verzoek van de leden van de fractie van GroenLinks zetten wij hieronder uiteen hoe wij het begrip zelfbeschikking beschouwen in het licht van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Wij gaan uit van het gegeven dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft tegenover haar burgers, die onder meer inhoudt dat zij waarborgen geeft voor de inrichting van de staat en voor de bescherming het leven van haar burgers. Deze waarborgen zijn vastgelegd in de Grondwet en diverse andere wetten, waaronder het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Strafrecht. Binnen de grenzen van de wet heeft ieder individu zijn eigen verantwoordelijkheid voor de inrichting van zijn of haar leven. Een ieder heeft daartoe het recht op vele terreinen eigen beslissingen te nemen, rekening houdend met het feit hij een onderdeel vormt van deze maatschappij, hetgeen beperkingen inhoudt ten aanzien van het ongebreidelde eigen beslissingen kunnen nemen.

De maatschappelijke ontwikkelingen in de loop der eeuwen laten een verschuiving zien in het denken van de overheid over de grenzen van haar verantwoordelijkheid voor burgers en in de opvattingen van burgers over de grenzen van hun eigen verantwoordelijkheid. Er is sprake van een wisselwerking. Veel wat vroeger vanzelfsprekend was, is dat nu niet meer. De complexiteit van de maatschappij is veel meer manifest geworden en burgers zijn zich ook steeds meer van die complexiteit bewust. Zij willen in deze complexiteit ook zelf greep hebben en houden op wat er rond hen gebeurt en op wat zij zelf daarbij kunnen bevatten. De overheid moet daar oog voor hebben en trachten een balans te vinden tussen haar verantwoordelijkheid als beschermer van de burger en als inrichter van de maatschappij enerzijds en haar verantwoordelijkheid anderzijds om de burger, waar mogelijk, die greep te verschaffen opdat deze zijn eigen plaats in de maatschappij kan bepalen.

In dit licht moet ook het vraagstuk van medische beslissingen omtrent het eigen leven worden gezien. De essentie ligt in het feit dat het in casu gaat om actieve levensbeëindiging van iemand op zijn verzoek door een ander, een zaak die is geregeld in het Wetboek van Strafrecht, gelet op de verantwoordelijkheid van de overheid voor de bescherming van het recht op leven. De balans moet nu worden gevonden tussen het aanvaarden dat

een burger in de huidige maatschappij een eigen verantwoordelijkheid voor zijn leven mag hebben en de verantwoordelijkheid die de overheid moet bieden tegen aantasting van de bescherming van dit leven. Tegen deze achtergrond zijn de wettelijke regels ontstaan rond het thema van medische beslissingen rond het levenseinde. Het maatschappelijke uitgangspunt, zoals wij hierboven hebben uiteengezet, dat mensen zoveel mogelijk hun leven naar eigen inzicht kunnen inrichten, komt in het voorliggende wetsvoorstel terug, doordat het mogelijk wordt gehoor te geven aan de uitdrukkelijke en weloverwogen wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Dit uitgangspunt kan evenwel naar ons oordeel, waar het gaat om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, nooit worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking, en wel om twee redenen. In de eerste plaats geldt de voorgestelde straffeloosheid alleen de arts, die zich gehouden weet aan de normen en ethiek van zijn professie en die zich bovendien moet houden 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. In de tweede plaats houdt de voorgestelde regelgeving geenszins de plicht in aan de gewenste levensbeëindiging mee te werken. Aldus zal ook van een af te dwingen récht op levensbeëindiging nimmer sprake kunnen zijn.

De omstandigheid dat de regionale toetsingscommissies alleen het openbaar ministerie zal informeren over gevallen waarin de commissie een negatief oordeel of twijfel heeft, leidt er volgens deze leden toe dat het openbaar ministerie feitelijk wordt beroofd van de mogelijkheid van beoordeling van de overige gevallen. Het is juist dat het openbaar ministerie volgens dit wetsvoorstel geen oordeel meer zal geven over gevallen waarin het handelen van de arts door de toetsingscommissie zorgvuldig is geoordeeld. Opnemng van de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht houdt in, dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts, indien deze zich houdt aan de zorgvuldigheidseisen die daarvoor zijn gesteld in het onderhavige wetsvoorstel, niet langer strafbaar zal zijn. Terecht merken deze leden op dat de commissies een zware rol krijgen te vervullen. De voorgestelde regeling leidt ertoe dat in het overgrote deel van de aangeelde gevallen met het positieve oordeel van de regionale toetsingscommissie over de door de arts betrachtte zorgvuldigheid de zaak voor de arts is afgedaan. Zonder bijkomende informatie zal er voor het openbaar ministerie geen aanleiding zijn voor het instellen van strafrechtelijk onderzoek.

Dit neemt niet weg dat, zoals ook in de memorie van toelichting en in het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State is aangegeven, op grond van andere impulsen: de aangifte door familieleden of de mededeling van de gemeentelijke lijkschouwer, reeds aanstonds na de overlijdensmelding of later een strafrechtelijk onderzoek kan worden ingesteld. Het uiteindelijk oordeel over het instellen van een vervolging na de sluiting van het voorbereidend onderzoek met daarin begrepen een oordeel over de kans dat de rechter het beroep op de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond zal honoreren, blijft voorbehouden aan het openbaar ministerie. Aan het bestaande vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie wordt op geen enkele wijze afbreuk gedaan. De toetsingscommissies zullen de aandacht van het openbaar ministerie vestigen op die gevallen, waarin daartoe aanleiding bestaat.

De leden van Groen Links vroegen of de instelling van de toetsingscommissies heeft geleid tot een hogere meldingsbereidheid onder artsen en indien dit niet het geval is, of dan de oorzaak daarvan is onderzocht.

Uit het jaarverslag van de toetsingscommissies wordt duidelijk dat het aantal meldingen in het eerste jaar van het functioneren van de commissies in grote lijnen gelijk is gebleven aan het aantal meldingen van het jaar daarvoor. De instelling van de toetsingscommissies is een nieuw gegeven, waarmee iedereen, in het bijzonder de beroepsgroep vertrouwd moet raken.

Naar onze mening is één jaar te kort om reeds tot een afgewogen oordeel te kunnen komen over de consequenties van het instellen van de commissies in relatie tot de reactie van artsen daarop. Zoals reeds hierboven is aangegeven bij de beantwoording van vragen van leden van de PvdA, zijn wij voornemens een onderzoek in te stellen naar het functioneren en de werkwijze van de commissies, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan relevante factoren die van invloed zijn op de bereidheid van artsen om levensbeëindigend handelen te melden. Overigens moet hierbij ook worden bedacht dat juridisch de situatie zal veranderen wanneer het onderhavige wetsvoorstel in werking zal treden. De consequenties daarvan zullen pas in de periode na de inwerkingtreding duidelijk worden.

Eén van de doelstellingen van de instelling van de toetsingscommissies is het verkrijgen van een grotere meldingsbereidheid. Deze doelstelling werd mede ingegeven door de uitkomst van het onderzoek van Van der Maas en Van der Wal in 1995/1996, waarbij 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 ontvingen over het oordeel van het openbaar ministerie. Niettemin gaven artsen aan dat zij toetsing van hun handelen wel gewenst achtten.

Teneinde 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 plaats te doen vinden. Dit heeft geleid tot de instelling van de toetsingscommissies, die een zwaarwegend advies geven aan het openbaar ministerie.

In het onderhavige wetsvoorstel wordt de norm vastgelegd dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts onder bepaalde voorwaarden, te rechtvaardigen, en derhalve niet langer strafbaar, is. De toetsingscommissie stelt alsdan alleen wanneer zij van mening is dat er niet zorgvuldig is gehandeld, het openbaar ministerie in kennis. Wij zijn van oordeel dat als deze stap is gezet, levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding adequaat zijn geregeld. Wij verwachten bovendien dat als gevolg daarvan de meldingsbereidheid verder zal worden vergroot. Ook door de KNMG wordt op het zetten van deze stap reeds jarenlang aangedrongen. Deze beroepsorganisatie heeft tegenover haar leden ook steeds benadrukt dat levensbeëindigend handelen gemeld moet worden.

Door de fractie van GroenLinks werd in dit verband nog gewezen op het zogenoemde «Alkmaarse model». Hiermee wordt bedoeld op de situatie die bestond in het arrondissement Alkmaar onder de meldingsprocedure welke gold tot 1 juni 1994, waarbij aan artsen voorafgaand aan de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding na overleg met de officier van justitie een bepaalde mate van zekerheid kon worden geboden dat in voldoende mate aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Een dergelijke handelwijze strookt evenwel niet met het uitgangspunt van toetsing achteraf en wordt sinds de inwerkingtreding van de meldingsprocedure 1994 niet meer gevolgd. Ter vergroting van het vertrouwen van artsen dat zij aan de zorgvuldigheidseisen voldoen is nu juist de verdere professionalisering van de consultatie van een tweede, onafhankelijke arts, van groot belang.

De leden van de GroenLinks-fractie begrijpen de stelling van de Raad van State en het kabinet dat ook bij minderjarigen het oordeel des onderscheids aanwezig kan zijn om tot een verantwoord en weloverwogen verzoek om euthanasie te komen. Het wil ons voorkomen dat waar de arts in deze gevallen moet vaststellen of van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek sprake is, deze zeker mee in beschouwing zal nemen, dat het hier om een minderjarige patiënt gaat, en derhalve met nog meer omzichtigheid te werk zal gaan.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben begrip voor de aansluiting die is gezocht bij de WGBO, waarin voor wat betreft het vereiste van toestemming van de patiënt een onderscheid is gemaakt tussen 16 en 17-jarige – en 12–16-jarige patiënten. Deze leden achten de situatie waarin een arts aan het verzoek van de 12 tot 16-jarige gevolg kan geven, óók indien de ouders of een van hen daarmee zich niet kan verenigen, zo ongewenst, dat naar hun mening overeenstemming tussen ouders en kind vereist dient te zijn. Zoals wij hierboven reeds aangaven, stellen wij bij nota van wijziging deze opzet voor.

Voor het overige herhalen wij hier, dat de situatie dat verschil van mening bestaat tussen ouder/voogd en kind over levensbeëindigend handelen naar onze – door uitspraken uit de praktijk bevestigde – indruk slechts in zeer weinig gevallen voorkomt. Specifiek onderzoek hiernaar is ons echter niet bekend.

De concrete gevolgen van de schriftelijke wilsverklaring, bedoeld in artikel 2, tweede lid, zijn deze, dat de arts zodanige verklaring kan beschouwen als overeenstemmend met de wil van de patiënt. De verklaring heeft, dit eveneens in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks, dezelfde status als een concreet verzoek om levensbeëindiging. De aanwezigheid van één van beide legitimeert de arts, met inachtneming van de overigens in het wetsvoorstel genoemde zorgvuldigheidseisen, om aan de wens van de patiënt gevolg te geven.

De schriftelijke wilsverklaring dient, wil zij kunnen worden gevolgd, helder geformuleerd te zijn. Het ligt voor de hand, dat, indien het wetsvoorstel wet zal zijn geworden, maatschappelijke- en organisaties van patiënten een geïntensiveerde inspanning zullen leveren om modellen ter zake op te stellen, die dan in het gegeven geval kunnen worden benut.

Met de aanduiding «richtsnoer voor de arts», in de notitie Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg (kamerstukken II 1999–2000, 26 885, nr. 1, blz. 12) is eerst en vooral bedoeld, dat de arts met de schriftelijke wilsverklaring een duidelijk aanknopingspunt voor zijn verder handelen heeft. Het voorhanden zijn van de wilsverklaring ontslaat de arts evenwel niet ervan om, in het licht van de zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek, zijn eigen afweging te maken. Wij zien nog niet dat zulks tot gevolg kan hebben, dat op zeer uiteenlopende wijze met wilsverklaringen zal worden omgegaan. Hoe concreter de verklaring is, des te meer zal zij aanknopingspunten en duidelijkheid voor de besluitvorming van de arts bieden. Onverkort blijft evenwel gelden, dat de arts bij de hier aan de orde zijnde positieve wilsverklaring nooit verplicht kan worden gevolg te geven aan een verzoek tot levensbeëindiging. Juridisch gezien heeft hij immers geen rechtsplicht daartoe. Hij hoeft deze hulp niet zelf te bieden, maar hij zal de patiënt wel naar een andere hulpverlener dienen te verwijzen. Dit is tevens ons antwoord op de vraag van de leden van de fractie van Groenlinks, hoe zwaar het recht op zelfbeschikking in het voorliggende wetsvoorstel weegt. Wij achten het overigens niet op de weg van de overheid te liggen om in de wilsverklaringen uniformiteit te brengen.

Naar aanleiding van de vraag of het zelfbeschikkingsrecht in het voorliggende wetsvoorstel even zwaar weegt als dat op andere terreinen in de gezondheidszorg, met name in de WGBO, wijzen wij eerst en vooral op het in de notitie «Juridische status van wilsverklaringen in de gezond-

heidszorg» gemaakte onderscheid tussen negatieve wilsverklaringen en positieve wilsverklaringen. Bij de eerste wordt toestemming tot het ondergaan van een medische behandeling geweigerd, opdracht gegeven deze na te laten. Zodanige verklaring dient, mits deze niets aan duidelijkheid te wensen overlaat, te worden opgevolgd. Wij verwijzen hier naar de duidelijke bewoordingen van artikel 7:450 lid 3 BW. Alleen indien hij gegronde redenen aanwezig acht (hetwelk uiteraard, eventueel in rechte, moet kunnen worden gestaafd) is de hulpverlener bevoegd van de negatieve wilsverklaring af te wijken. De arts die in een negatieve wilsverklaring niet kan meegaan, dient de behandeling niet aan zich te houden, doch de patiënt naar een andere hulpverlener te verwijzen. De positieve wilsverklaring legitimeert slechts de arts tot een bepaald handelen. Hij is daarentegen niet verplicht hieraan ook gevolg te geven, te meer niet, omdat levensbeëindigend handelen niet wordt gerekend tot normaal medisch handelen.

Deze leden stelden diverse vragen met betrekking tot het besluit, inhoudende de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele categorieën bijzondere patiënten. Zoals gezegd hebben wij, naar aanleiding van de discussie over de reikwijdte van het wetsvoorstel, in het bijzonder over de voorgestelde regeling met betrekking tot minderjarigen en over de afbakening tussen beide voorgenomen meldingsprocedures, besloten met de vaststelling van bovengenoemd besluit te wachten totdat de gedachtewisseling met de Tweede Kamer over dit wetsvoorstel nagenoeg is afgerond, naar verwachting dit najaar. Een uiteenzetting over de inhoud en uitwerking van de in dat besluit op te nemen meldingsprocedure zullen wij bij die gelegenheid geven.

Ons voornemen is de toetsing van levensbeëindiging bij enkele categorieën bijzondere patiënten op te dragen aan één centrale commissie, die in voorkomende gevallen aan het openbaar ministerie een zwaarwegend advies over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts uitbrengt. Aangezien in de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen met betrekking tot deze categorieën patiënten geen wijziging wordt gebracht, blijft een beslissing door het openbaar ministerie over al dan niet vervolgen in deze gevallen aangewezen. De specifieke problematiek van beslissingen rond het levenseinde van zogeheten wilsonbekwame patiënten vergt een aparte, op die groepen toegesneden procedure, waarin de benodigde expertise betreffende de problematiek van de onderscheiden groepen patiënten, verzekerd is. De samenstelling van deze commissie zal ook multidisciplinair zijn, dat wil zeggen dat daarin in elk geval juridische, medische en medisch-ethische deskundigheid zullen zijn vertegenwoordigd. De medische inbreng in de commissie zal evenwel kunnen wisselen en zal specifiek gericht zijn op de problematiek die bij desbetreffende patiënten aan de orde kan zijn, bijvoorbeeld neurologie, psychiatrie, geriatrie, gynaecologie, neonatologie en kindergeneeskunde.

De vraag of de patiënt wilsbekwaam is moet, dit in antwoord op een vraag hierover van de leden van de fractie van GroenLinks, beantwoord zijn op het moment dat de arts besluit om het verzoek van de patiënt in te willigen. Het is de arts die deze vaststelling doet en terzake deskundig is. Ook de consulent dient zich uitdrukkelijk uit te spreken over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Dit laat onverlet dat het de arts vrijstaat, om met het oog op de wilsbekwaamheid, indien hij dit nodig of wenselijk acht, nog het oordeel in te winnen van een collega die over specifieke deskundigheid ter zake beschikt, bijvoorbeeld een psychiater of geriater.

Met betrekking tot de wilsverklaring wijzen wij op het belang van bespreking van de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts. 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 duidelijk worden. Ook de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het in de wilsverklaring opgenomen verzoek zal de arts dan kunnen nagaan. Van de opneming van de wilsverklaring in het medisch dossier van de patiënt of de bespreking van een verzoek om levensbeëindiging zal de arts aantekening maken in het dossier. Indien één van de toetsingscommissies wordt geconfronteerd met een melding van levensbeëindigend handelen bij een patiënt op wie dit wetsvoorstel niet van toepassing is, zal zij, dit in antwoord op een vraag van deze leden, de zaak terugzenden aan de gemeentelijke lijkschouwer teneinde te worden gemeld volgens de voorgenomen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele categorieën bijzondere patiënten, of zolang laatstbedoelde procedure nog niet tot stand is gekomen, volgens de thans geldende meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek.

De leden van de SP-fractie hebben eveneens met belangstelling kennisgenomen van dit wetsvoorstel en uitgesproken geen bezwaar te hebben tegen regelgeving die mensen in staat stelt te kiezen voor een menswaardige dood op het moment dat het leven gedomineerd wordt door pijn. Deze leden gaven evenwel te kennen dit wetsvoorstel als een verruiming te zien van de mogelijkheden voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en te vrezen voor een hellend vlak. Wij hopen deze vrees in de onderhavige nota te kunnen wegnemen. Voor wat betreft levensbeëindiging bij een patiënt die lijdt aan een psychische ziekte of aandoening, of bij een somatische patiënt wiens vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord kan zijn als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie, verwijzen wij naar hetgeen wij daarover hierboven hebben opgemerkt. Dit wetsvoorstel is alleen van toepassing indien een arts op het moment van zijn beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, heeft vastgesteld dat de patiënt wilsbekwaam kan worden geacht of indien er een wilsverklaring is afgelegd voordat sprake was van wilsonbekwaamheid.

In reactie op de vraag van deze leden of het voldoende is te verwijzen naar het recht op zelfbeschikking, verwijzen wij naar de uiteenzetting die wij hierboven naar aanleiding van een vraag van de GroenLinks-fractie hebben gegeven over dit begrip in relatie tot dit wetsvoorstel. Naar aanleiding van de vraag van deze leden of bij de beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding ook niet gekeken moet worden naar de maatschappelijke context, de sociale condities waarbinnen dit verzoek tot stand komt, merken wij op, dat de aard en de mate van het lijden van de patiënt, de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid daarvan, de maatstaf zijn voor de beoordeling van het verzoek. Het is aan de arts als goed hulpverlener om met de patiënt te bespreken op welke gronden hij tot zijn verzoek komt. Hij moet met de patiënt diens ziekteproces en prognose bespreken en tevens met hem bespreken welke mogelijkheden in behandeling, maar ook in zorg, er voor de patiënt nog zijn. Zonodig zullen ook de naasten van de patiënt daarbij betrokken worden. Dikwijls is er een jarenlange relatie tussen arts en patiënt, zodat de arts op de hoogte is van de sociale context waarin de patiënt verkeert. De zorgen van de patiënt, het gevoel anderen niet tot last te willen zijn, de angst om de eigen omgeving te moeten verlaten, opgenomen te moeten worden in een instelling, kunnen redenen zijn om een verzoek tot euthanasie te doen. Het is aan de arts om dit duidelijk naar voren te krijgen en ook aan de consulent om hier aandacht aan te besteden. Gebrek aan zorg, gebrek aan goede palliatieve zorg of angst om alleen gelaten te worden, kunnen nooit redenen zijn om een verzoek om levensbeëindiging in te willigen. Deze redenen moeten goed worden onderkend. Het kabinet is er zeer alert op dat de zorg in verpleeghuizen zo goed mogelijk is, dat er

aandacht is voor de patiënten, in soms heel moeilijke omstandigheden. Het kabinet is er zich van bewust dat de werkdruk soms hoog is. Aan de ontwikkeling van palliatieve zorg wordt alle aandacht besteed. Verderop in deze nota komen wij daar nader op terug.

De leden van de SP-fractie gaven aan het een belangrijk pluspunt te vinden dat de arts die voldoet aan de in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen niet strafbaar is. Wij begrijpen dan ook niet de daarop volgende opmerkingen van deze leden die ertoe strekken dat het OM de eindbeoordeling moet behouden over het handelen van de arts en dat de toetsingscommissies de adviserende taak moeten behouden die zij nu hebben. Hiermee zou de grond aan dit wetsvoorstel komen te ontvallen. Er is geen aanleiding om handelen dat niet strafbaar is indien een bij wet ingestelde toetsingscommissie aan de hand van wettelijke criteria heeft vastgesteld dat dit zorgvuldig was, in alle gevallen nog aan het OM ter beoordeling voor te leggen. Dat de toetsingscommissie in de plaats treedt van het OM kan niet gesteld worden. Het oordeel van de toetsingscommissie strekt tot een beoordeling van de vraag of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten die in artikel 2 van de wet zijn opgesomd. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, is er zonder nieuwe feiten geen sprake van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Alsdan is er ook geen aanleiding voor het openbaar ministerie om een opsporingsonderzoek in te stellen en alsdan gebruik te maken van zijn wettelijke bevoegdheden.

De leden van de SP-fractie, die grote bezwaren hebben tegen inwilliging van het verzoek om levensbeëindiging van een 12–16 jarige, waarmee zijn ouders zich niet hebben kunnen verenigen, zullen naar aanleiding van ons antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie, hebben geconstateerd dat wij dit voorstel niet hebben gehandhaafd. Daaraan doet overigens niet af dat de arts in een gegeven geval met een moeilijke situatie geconfronteerd kan blijven, namelijk indien het kind anders dan zijn ouders of voogd, wel het levensbeëindigend handelen blijft wensen. De constatering, dat er voor ons voorstel onvoldoende draagvlak lijkt te bestaan, heeft ons tot een andere benadering gebracht. Indien het kind in overeenstemming met zijn ouders de beslissing neemt, is als het ware ook van een gedeelde verantwoordelijkheid sprake.

De leden van de SP-fractie hebben zeer grote bedenkingen bij de bepaling van artikel 2, tweede lid, dat aan de schriftelijke wilsverklaring een wettelijke status geeft. Bij hun uitspraak «Het is onjuist aan een verklaring die in het verleden werd afgegeven doorslaggevende betekenis tot te kennen op het moment dat de betrokkene niet in staat is zijn vrije wil te uiten», plaatsen wij de volgende kanttekening. De wilsverklaring van een ten tijde van de opstelling daarvan nog wel wilsbekwame patiënt die een verzoek tot levensbeëindiging inhoudt, legitimeert slechts de arts om dit verzoek te volgen. Deze heeft, zoals wij eerder aangaven, geen rechtsplicht daartoe. Bovendien moet de arts de overtuiging hebben gekregen dat de situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zich inmiddels voordoet. Dát het in het gegeven geval om een «vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek» gaat, zal uit de bewoordingen van de verklaring, afgezet tegen de context van de actuele situatie van de patiënt, kunnen worden afgeleid.

Wij stellen vast dat de fracties van de RPF en het GPV dit wetsvoorstel op geen enkel onderdeel onderschrijven, maar het ten principale afwijzen. Hun rotsvaste overtuiging dat het niet aan de mens is om een medemens te doden, zelfs al is dit op diens uitdrukkelijk verzoek, respecteren wij, maar weerhoudt ons er niet van zo adequaat mogelijk antwoord te geven

op de vragen die deze leden hebben gesteld, al strekken deze antwoorden tot verdediging van dit wetsvoorstel. Een etikettering als zou sprake zijn van een «doodscultuur» in Nederland, zoals in de media wel gesuggered is en waarnaar deze leden verwijzen, wijzen wij echter met klem van de hand. Artsen worden geconfronteerd met moeilijke situaties, waarin mensen die zijn getroffen door dodelijke, ontluisterende ziekten langer in leven kunnen worden gehouden dan vroeger. Mede hierdoor worden patiënten er soms toe gebracht, de arts dringend te vragen om iets te doen wat strijdig lijkt met zijn roeping, namelijk het leven te beëindigen in plaats van het leven te redden en te beschermen. Wij spreken hier uitdrukkelijk van «strijdig lijkt», omdat geleidelijk het besef is gegroeid dat het ook de taak van de arts is om lijden te verlichten. En dat daar, waar het lijden zo ernstig is dat alleen de dood daaraan een eind kan maken, het mogelijk moet zijn dat de arts na zorgvuldige afweging kiest voor het inwilligen van het uitdrukkelijke en weloverwogen verzoek van de patiënt. Daarbij komt het gegeven dat de medisch-technologische ontwikkelingen het mogelijk maken dat de mens langer kan blijven leven, maar waarbij de laatste levensjaren soms bijzonder moeilijk kunnen zijn.

Juist vanwege het problematisch en strafbare karakter van dergelijk handelen, is een jarenlange maatschappelijke discussie gevoerd over de toelaatbaarheid, de rechtvaardiging en de voorwaarden voor dit handelen. Aansluitend op deze discussie heeft het kabinet nu bij het parlement een wetsvoorstel ingediend, dat ertoe strekt deze strafbaarstelling onder strikte voorwaarden op te heffen. Vanzelfsprekend moet de overheid prudent omgaan met wijzigingen in het wettelijk kader op dit punt. De overheid moet in deze moeilijke kwestie een normatief kader stellen: ruimte geven waar zij dat verantwoord acht en grenzen trekken waar zij dat nodig vindt. Het kabinet hanteert daarbij drie uitgangspunten. Ten eerste mag aan de beschermwaardigheid van het leven geen afbreuk worden gedaan. De strafrechtelijke norm ter zake van levensbeëindiging van iemand die daar niet zelf dringend om heeft verzocht, dient ongewijzigd te blijven. Ten tweede mag levensbeëindiging op verzoek nooit een automatisme zijn. Juist bij een vraag van de patiënt om euthanasie is het van groot belang dat alle beschikbare zorg en aandacht aan de patiënt gegeven wordt zodat de vraag niet voortkomt uit vermijdbare angst of eenzaamheid. Tenslotte dient levensbeëindigend handelen door artsen niet in het verborgene te geschieden. Openheid, melding en toetsing zijn geboden. De samenleving moet kunnen controleren of artsen handelen binnen het vastgestelde normatief kader.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV spraken hun vrees uit voor een «normalisering» van euthanasie. Dit wetsvoorstel beoogt weliswaar te regelen in welke omstandigheden en onder welke voorwaarden levensbeëindiging op verzoek mogelijk is, maar zal, zo is onze overtuiging, er niet toe leiden dat dit handelen door artsen en patiënten als normaal zal worden beschouwd. Levensbeëindiging zal altijd een laatste uitweg moeten zijn uit een zeer ernstige situatie die met medische hulp niet meer te verbeteren is. In dat verband achten wij de algemene informatieverstrekking over mogelijkheden van zelfdoding, zoals door de Stichting de Einder en via internetsites, onwenselijk, omdat deze informatie eenzijdig is en onvoldoende verwijzing naar de hulpverlening bevat. Het geven van algemene informatie over zelfdoding valt niet onder de delictomschrijving van artikel 294 Wetboek van Strafrecht en is derhalve niet strafbaar. Het kabinet hecht grote waarde aan het, in artikel 7 van de Grondwet beschermde, grondrecht informatie van welke aard ook te verspreiden en is terughoudend om de verspreiding van informatie bij wet in te perken. Gelet hierop voelen wij niet voor een verbod van de hier bedoelde informatie, zelfs al is deze onkies of eenzijdig.

Wij willen de stelling van deze leden nuanceren dat het wetsvoorstel en de memorie van toelichting geheel gebaseerd zijn op het uitgangspunt van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Wij wijzen deze leden erop dat in de memorie van toelichting zelfs, maar dit terzijde, met geen woord wordt gerept van zelfbeschikking. De oorspronkelijke aanvaarding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de jurisprudentie is gestoeld op de moeilijke situatie waarin de arts kan komen te verkeren indien hij wordt geconfronteerd met een ernstig lijdende patiënt wiens lijden hij niet kan verlichten en die een dringend beroep op hem doet om hem uit dat lijden te verlossen. Deze jurisprudentie heeft, door de erkenning van het beroep van die arts op overmacht, geleid tot de formulering van voorwaarden waaronder levensbeëindigend handelen juridisch toelaatbaar wordt geacht. De criteria zijn in de praktijk goed bruikbaar gebleken voor de toetsing achteraf van voorkomende gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Het wetsvoorstel beoogt nu deze voorwaarden te codificeren.

Ook de gedachte van zelfbeschikking komt in het voorliggende wetsvoorstel terug, doordat het mogelijk wordt gehoor te geven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. In een hierboven gegeven uiteenzetting naar aanleiding van een vraag van de fractie van GroenLinks over het begrip zelfbeschikking, waarnaar wij verwijzen, hebben wij evenwel aangegeven dat dit uitgangspunt, waar het gaat om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, nooit kan worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking.

De met dit wetsvoorstel beoogde codificatie beoogt de rechtszekerheid van artsen en patiënten te vergroten, hetgeen, zoals wij nader zullen toelichten, niet hetzelfde is als het verstrekken van garanties. De leden van de fracties van de RPF en het GPV wezen op de kwetsbare positie van ernstig zieke patiënten en vroegen naar de waarborgen zowel tegen beïnvloeding van deze patiënten als tegen levensbeëindigend handelen zonder hun verzoek.

De voorwaarden die dit wetsvoorstel verbindt aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging waarborgen naar onze overtuiging voldoende, dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten. Voorts is voorzien in een zorgvuldige consultatie vooraf – welke consultatie door middel van het SCEN-project verder zal worden geprofessionaliseerd – en een nauwkeurige toetsing van ieder individueel geval van levensbeëindiging achteraf.

De waarborgen voor de rechtszekerheid van patiënten, waarnaar deze leden informeerden, is dus gelegen in het feit, dat geen euthanasie wordt toegepast bij een patiënt, die daartoe niet een door de behandelend arts te verifiëren, vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan. Verdere rechtszekerheid voor patiënten is gelegen in het feit dat, indien eenmaal is besloten in te gaan op het verzoek van de patiënt, er een met alle vereiste waarborgen voor zorgvuldigheid omklede, wettelijk verankerde procedure zal worden gevolgd.

De keuze voor opnemings van een bijzondere strafuitsluitingsgrond sluit aan bij de uitleg die de Hoge Raad aan het begrip overmacht in de zin van noodtoestand, eveneens een rechtvaardigingsgrond, heeft gegeven in zijn arrest van 27 november 1984 (NJ 1985, 106). Het gaat om de uitsluiting van de strafbaarheid van het feit, zodat de strafuitsluitingsgrond volgens de gangbare opvattingen over dit leerstuk moet worden gekarakteriseerd als een rechtvaardigingsgrond. De strafbaarheid van het feit komt te ontvallen zodra is vastgesteld dat de pleger aan de geformuleerde specifieke zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan. Deze vereisten zijn van toepassing op allen, die de hoedanigheid van arts bezitten en tot wie de norm zich richt.

Zou in dit wetsvoorstel zijn gekozen voor een schulduitsluitingsgrond, dan zou door de wetgever vooral tot uiting worden gebracht dat op grond van persoonlijke omstandigheden die de pleger van het feit zelf betreffen, de rechter het opleggen van straf niet aangewezen kan achten. Door het opnemen van een rechtvaardigingsgrond echter, zoals in dit wetsvoorstel, beschrijft de wetgever een bepaalde categorie gedragingen die onder de door hem aangegeven omstandigheden niet onder het bereik van de algemene norm vallen. Dit laat onverlet dat de norm in ieder geval onverkort in stand blijft voor degenen die niet in de hoedanigheid van arts hebben gehandeld.

Voor degenen die geen beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 293, tweede lid, Sr. kunnen doen, omdat zij de noodzakelijke hoedanigheid van arts niet bezitten, resteert de mogelijkheid om een beroep te doen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Wij kunnen evenmin op voorhand uitsluiten dat een arts wiens beroep op de toepasselijkheid van de bijzondere strafuitsluitingsgrond faalt, zich alsnog op overmacht in de zin van artikel 40 (bij voorbeeld door middel van een beroep op overmacht als schulduitsluitingsgrond) kan beroepen.

De leden van de fracties van RPF en GPV verzochten ons in te gaan op de samenhang tussen palliatieve geneeskunde en de mogelijkheden die er liggen om een vraag naar euthanasie te kunnen voorkomen of weg te nemen.

Hieronder, in de artikelsgewijze toelichting op artikel 2, eerste lid, sub d, zullen wij uitvoerig ingaan op de verschillende maatregelen die het kabinet heeft genomen om te komen tot een verdere verbetering van de pijnbestrijding en van de kennis over en de ontwikkeling van palliatieve geneeskunde. Aan dit aspect wordt alle aandacht besteed en het kabinet heeft hiervoor de nodige financiële middelen ter beschikking gesteld. Het parlement wordt daarover met regelmaat geïnformeerd. Wij zijn ons ervan bewust dat bij een goede palliatieve zorg en een goede pijnbestrijding, waardoor mensen niet meer het gevoel hebben hun lijden alleen door te moeten maken en geen pijn te hoeven lijden, de vraag om euthanasie in sommige gevallen naar de achtergrond geschoven wordt en soms in het geheel niet meer wordt gesteld. Er zijn echter situaties waarin mensen zozeer moeten lijden en weten dat er geen hoop is op enig herstel, dat zij vragen om euthanasie. Deze mensen willen met een verdere ontluistering niet meer doorleven en overleggen dan daarover met hun arts. Een dergelijke situatie lag ook ten grondslag aan het oordeel van de Hoge Raad in zijn arrest van 27 november 1984 (NJ 1985, 106) dat een arts in een conflict van plichten kan komen en een beroep op overmacht kan doen, wanneer hij een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt niet kan helpen. Ook het niet verder laten lijden kan in zo'n situatie ten aanzien van de patiënt een professionele uiting zijn van het leven naar vermogen dienen en beschermen. Wij zijn ervan overtuigd dat in de medische beroepsgroep het honoreren van een verzoek om euthanasie tot de allermoeilijkste beslissingen behoort en een beslissing is, die zelden als «de gemakkelijkste weg» gekozen zal worden. Het is naar ons oordeel dan ook geen zaak van of – of, maar van en – en. Het kabinet streeft enerzijds naar het bevorderen van een optimale kennis en ontwikkeling van palliatieve zorg en pijnbestrijding en anderzijds naar het scheppen van de mogelijkheid dat een arts in de situatie waarin een patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, in een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces een verzoek levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding mag honoreren.

Op de argumenten om het voorliggende wetsvoorstel in te dienen zijn wij hierboven reeds uitvoerig ingegaan. Het feit dat deze problematiek in andere landen op een andere wijze wordt benaderd, doet aan deze argumenten niet af. Evenmin vrezen wij voor een afbreuk aan het internationale overleg en de samenwerking op het gebied van justitie- en

volksgezondheidsbeleid of de uitleg van mede door ons land ondertekende verdragen. Naar aanleiding van vragen van de leden van de CDA-fractie hebben wij hierboven al gemotiveerd uiteengezet dat wij de overtuiging zijn toegedaan dat dit wetsvoorstel niet strijdig is met de in artikel 2 EVRM neergelegde verplichting voor de verdragsluitende staten om het recht op leven bij wet te beschermen.

Ook voor wat betreft de betekenis van de voorgestelde wetswijziging in het licht van de totstandkoming van de artikelen 293 en 294 verwijzen wij deze leden naar onze bovenstaande opmerkingen over de taak van de overheid en de uitgangspunten die dit kabinet huldigt met betrekking tot de onderhavige regelgeving. Voor de betekenis van de genoemde wetsbepalingen kan, wat er zij van de normen en waarden die golden ten tijde van de totstandkoming ervan, niet voorbij worden gegaan aan de maatschappelijke ontwikkelingen in de afgelopen eeuw, in het bijzonder ook binnen de medische wetenschap, en in de opvattingen van burgers over de grenzen van hun eigen verantwoordelijkheid.

Wij herhalen hier nogmaals ons standpunt dat het onderhavige wetsvoorstel niet strijdig is met artikel 2 EVRM. Zoals gezegd zijn er 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.

De wettelijke vastlegging van zorgvuldigheidseisen, waaronder consultatie van een tweede onafhankelijke arts, en een nauwkeurige toetsing van ieder individueel geval van levensbeëindiging achteraf zijn voorts naar ons oordeel wel degelijk te beschouwen als passende maatregelen teneinde te waarborgen dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten.

Uit artikel 2 EVRM kan niet worden afgeleid dat de overheid in het kader van een wettelijke regeling omtrent levensbeëindiging op verzoek het oordeel over de zorgvuldigheid waarmee een arts heeft gehandeld, niet aan deskundigen zou kunnen overlaten. Evenmin kan uit het desbetreffende artikel worden afgeleid dat de vraag of de arts zorgvuldig heeft gehandeld in alle gevallen van opzettelijke levensbeëindiging aan het oordeel van de rechter zou moeten worden onderworpen. Daarbij merken wij op dat ook ingevolge dit wetsvoorstel het openbaar ministerie zijn bevoegdheid behoudt om, indien het dat nodig acht, binnen de daarvoor gegeven wettelijke kaders een opsporingsonderzoek in te doen stellen en het handelen van de arts aan de rechter voor te leggen.

Met betrekking tot de door de leden van de fracties van de RPF en het GPV genoemde Raad van Europa kan nog worden opgemerkt dat over de materie van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in het kader van de Raad van Europa destijds van Nederlandse zijde pogingen zijn ondernomen om tot een haalbaarheidsstudie te komen. Deze hebben niet tot het beoogde resultaat geleid.

Deze leden stonden voorts stil bij de relatie tussen het onderhavige wetsvoorstel en de aangekondigde algemene maatregel van bestuur inzake een meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Ons standpunt houdt in dat levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van een wezenlijk andere orde is dan levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De vraag naar de toelaatbaarheid van het eerstbedoelde handelen is nog niet ten volle beantwoord, terwijl dergelijk handelen, zo dit al toelaatbaar moet worden geacht, een andere rechtvaardiging zou behoeven dan de rechtvaardiging zoals deze in rechte is erkend voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In dit verband is het ook van belang de verschillen te onder-

kennen tussen de te onderscheiden groepen wilsonbekwame patiënten. Deze verschillen hebben betrekking zowel op de medische situatie waarin deze groepen zich kunnen bevinden als op de aard en oorzaak van hun wilsonbekwaamheid.

Aan de erkenning van de wilsverklaring bevattende een verzoek om levensbeëindiging in het onderhavige wetsvoorstel ligt de vooronderstelling ten grondslag – en dit is tevens een voorwaarde voor een eventuele inwilliging van het verzoek door de arts – dat de patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten, voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht. In dat geval kan de wilsverklaring, nadat de patiënt wilsonbekwaam is geworden, worden beschouwd als overeenstemmend met de wil van de patiënt. Voor de gerechtvaardigde inwilliging van het in de wilsverklaring neergelegde verzoek om levensbeëindiging is voorts de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid vereist. Onder deze voorwaarden is aldus bij de inwilliging van de in de wilsverklaring neergelegde wens tot levensbeëindiging wel degelijk sprake van levensbeëindiging op verzoek.

In het kabinetsstandpunt dat werd uitgebracht in januari 1997 naar aanleiding van de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie (Kamerstukken II, 1996–1997, 23 877, nr. 13), hebben de ambtsvoorganger van de eerste ondergetekende en de tweede ondergetekende aangekondigd de toenmalige meldingsprocedure te zullen splitsen in een meldingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en een meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Bij de uitwerking van laatstbedoelde procedure werd duidelijk dat de aanduiding «levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek» niet adequaat zou zijn. Deze meldingsprocedure zal namelijk enerzijds patiënten betreffen die in het geheel niet in staat zijn hun wil te uiten, zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd, maar anderzijds patiënten wier vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord was als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie. In de laatstgenoemde gevallen was wel sprake van een verzoek, maar heeft levensbeëindiging plaatsgevonden ondanks de vaststelling dat de patiënt niet (langer) wilsonbekwaam was. Gelet hierop achten wij de aanduiding meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten een meer adequate aanduiding. De laatstgenoemde meldingsprocedure is meer op de hier bedoelde groepen patiënten toegesneden omdat de toetsing van levensbeëindiging in deze zeer bijzondere gevallen wordt opgedragen aan een centrale multidisciplinaire commissie, waarin specifieke, op de alsdan aan de orde zijnde problematiek gerichte deskundigheid vertegenwoordigd zal zijn. De aan deze commissie voorgelegde meldingen zullen bijzonder zijn, in de eerste plaats omdat alsdan niet gesproken kan worden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Deze situatie zal in de tweede plaats heel bijzonder zijn, omdat een rechtvaardiging van levensbeëindigend handelen door de arts in dergelijke situaties alleen onder heel bijzondere omstandigheden voorstelbaar is.

Het uitgangspunt is inderdaad, zoals deze leden veronderstellen, dat voor levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek niet de thans voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond geldt. Met nadruk wijzen wij erop dat in de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen met betrekking tot deze categorieën patiënten geen wijziging wordt gebracht, zodat een beslissing door het openbaar ministerie over al dan niet vervolgen in alle gevallen blijft aangewezen. De beoogde centrale beoordelingscommissie zal evenwel in de hier bedoelde gevallen door haar brede, en met specifieke deskundigheid toegeruste samenstelling, naar

ons oordeel kunnen voorzien in een extra nauwkeurig advies aan het openbaar ministerie, dat vervolgens aan de hand van de alsdan geldende wettelijke norm en de jurisprudentie, zal beslissen of al dan niet vervolging wordt ingesteld.

Een ander uitgangspunt dat onverkort geldt, is dat levensbeëindigend handelen, of dat nu wel of niet op uitdrukkelijk verzoek is geschied, altijd gemeld moet worden ter toetsing. Aangezien dit uitgangspunt ook door een groot deel van de artsen, en in het bijzonder ook door de artsenorganisatie KNMG wordt gehuldigd, gaan wij ervan uit dat artsen ook de zeer bijzondere gevallen waarin zij zich genoodzaakt voelen om, ter leniging van een anderszins niet te lenigen nood bij hun patiënt, tot levensbeëindigend handelen over te gaan, zullen melden. Teneinde artsen de zekerheid te geven dat aan de daarop volgende beslissing van het openbaar ministerie een zorgvuldig en uitdrukkelijk ook door ter zake kundige medisch-specialisten tot stand gebracht advies vooraf gaat, menen wij dat de voorgenomen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten de meldingsbereidheid van artsen zal kunnen bevorderen.

De leden van de SGP-fractie hebben in de memorie van toelichting aandacht gemist voor de morele rechtvaardiging die de ene mens de bevoegdheid verschaft om op diens verzoek het leven van een ander mens opzettelijk te beëindigen of hem bij zelfdoding behulpzaam te zijn. Bij dit aspect spelen ook de beschermwaardigheid van het leven een rol en het feit dat het leven de mens wordt geschonken en men daarover niet zelf beschikken zal.

De geschiedenis van de discussies over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt vooral kenmerkt door de opvatting dat in onze samenleving in de loop van vele jaren velen de overtuiging hebben gekregen dat het niet noodzakelijk is om bij ernstig lijden, in de wetenschap dat er geen verbetering meer mogelijk zal zijn, dit lijden tot het bittere einde te moeten volhouden, terwijl de medische wetenschap zelf een factor is geworden bij dit lijden. Velen zien juist de mogelijkheid om de ultieme ontluistering tegen te gaan en iemand de mogelijkheid te geven om naar zijn eigen begrip op een waardige manier afscheid te kunnen nemen en te sterven als beschermwaardigheid van het leven. Deze mensen zien deze mogelijkheid veel meer als beschermwaardigheid van het leven dan het gegeven tot het uiterste te moeten lijden. Deze opvatting heeft in onze samenleving steeds meer aan betekenis gewonnen, ook onder de meest betrokken hulpverleners, de medici. De consequentie van deze opvatting, namelijk dat het in zulke situaties mogelijk zou moeten zijn om het leven van iemand te beëindigen, geeft echter een conflict met het strafrecht en de daarin neergelegde verantwoordelijkheid van de overheid voor het leven van haar burgers. Vanuit deze invalshoek zijn in de loop der jaren verscheidene gevallen van euthanasie aan de rechter voorgelegd en is jurisprudentie ontstaan ten aanzien van de geoorloofdheid van levensbeëindiging. Met verwijzing naar de normontwikkeling op dit terrein binnen de beroepsgroep zijn in de rechtspraak zorgvuldigheidscriteria geformuleerd, waarbinnen levensbeëindiging aanvaardbaar kan zijn. Wanneer vervolgens een wettelijke regeling wordt voorgesteld, die gebaseerd is op vaste jurisprudentie en wordt gedragen door een meerderheid van opvattingen in de samenleving, en waarbij de politiek, als afspiegeling van de opvattingen in deze samenleving, uiteindelijk de beslissende stem heeft, dan kan naar ons oordeel de tot stand gebrachte regeling als moreel aanvaardbaar worden beschouwd.

Dit geldt temeer, wanneer in een zodanige regeling de keuze is verzekerd zowel voor een patiënt als voor een arts om, in overeenstemming met eigen opvatting en geweten, van deze regeling geen gebruik te maken. Indien mensen van mening zijn dat het leven hun is gegeven en dat zij dit leven niet zelf mogen aantasten, ook niet in geval van uitzichtloos lijden,

dan wordt zulk een levenshouding vanzelfsprekend volledig gerespecteerd. Zij behoeven daar natuurlijk geen verantwoording van af te leggen, zoals de vragenstellers vrezen. Maar dat betekent niet dat geen rekening moet worden gehouden met de meerderheid van opvattingen die een andere houding voorstaan. Dit is een verworvenheid van onze democratische samenleving waar ruimte moet zijn voor verschillende inzichten. De overheid zal dan, met inachtneming van haar verantwoordelijkheid en binnen de grenzen die haar zijn gesteld, een regeling proberen te treffen die recht doet aan de meerderheid van de opvattingen, maar die tegelijkertijd ten volle andere opvattingen ten aanzien van het leven en het lijden dat daarbij kan behoren, respecteert. Een regeling, waarbij ook de eigen wens van een lijdende mens binnen grenzen een plaats kan krijgen. Het onderhavige wetsvoorstel is naar ons oordeel juist een waarborg voor het blijven nadenken over op zichzelf problematisch handelen en voor het behouden van normen en waarden ten aanzien van de besluitvorming bij medische beslissingen rond het levenseinde. Juist de discussie over de zorgvuldigheid die vereist is bij euthanasie en hulp bij zelfdoding, die in het algemeen wordt gevoerd en die, bij de toetsing achteraf in ieder individueel geval, zijn weerslag in een wettelijke regeling heeft gekregen, voorkomt een heimelijk handelen waarbij het risico van niet zorgvuldig handelen groot is.

Ook de leden van de SGP-fractie stelden het verband aan de orde tussen het wetsvoorstel en de in mensenrechtenverdragen neergelegde bescherming van het recht op leven. Naar aanleiding van vragen van de leden van de CDA-fractie hebben wij hierboven al gemotiveerd uiteengezet dat wij de overtuiging zijn toegedaan dat dit wetsvoorstel niet strijdig is met de in artikel 2 EVRM neergelegde verplichting voor de verdragsluitende staten om het recht op leven bij wet te beschermen. Wij mogen deze leden daarvoor verwijzen.

Het zelfbeschikkingsrecht van het individu over het eigen leven is als zodanig en met zoveel woorden niet in een internationaal verdrag opgenomen.

In antwoord op een vraag van de leden van de fractie van GroenLinks hebben wij hierboven uiteengezet hoe wij het begrip zelfbeschikking beschouwen in het licht van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en in hoeverre het uitgangspunt van zelfbeschikking zoals dit door ons wordt opgevat, in het voorliggende wetsvoorstel terugkomt. Een algemeen antwoord op de vraag, zoals door de leden van de SGP-fractie aan ons voorgelegd, of een wettelijke regeling van opzettelijke levensbeëindiging zonder de uitdrukkelijke wil van de patiënt in strijd is met internationale verdragen vermogen en wensen wij in het kader van het voorliggende wetsvoorstel niet te geven. Het antwoord op deze vraag zal namelijk afhangen van de concrete inhoud van een wettelijke regeling als waarop deze leden doelden. Opzettelijke levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek is in het kader van dit wetsvoorstel niet aan de orde.

De bezorgdheid van deze leden wordt, zo stelden zij, voorts ingegeven door onze opmerking in de memorie van toelichting dat dit wetsvoorstel is te beschouwen als een «sluitstuk» van het in de afgelopen jaren gevoerde beleid. Wij bevestigen deze vaststelling, omdat het opheffen van de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor de arts die zich aan de gestelde zorgvuldigheidseisen houdt naar ons oordeel inderdaad de codificatie inhoudt van een situatie die reeds geruime tijd rechtens is erkend. Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zullen naar onze overtuiging indien dit wetsvoorstel wet wordt, op adequate wijze, dat wil zeggen met voldoende waarborgen omkleed, geregeld zijn.

De verwijzing op bladzijde 4 van de memorie van toelichting naar de algemene maatregel van bestuur inzake een meldingsprocedure voor

levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten betreft geen uitbreiding van de nu voorgestelde regeling, zoals deze leden veronderstelden, maar heeft betrekking op een aanpassing van de reeds bestaande meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Deze aanpassing houdt in de oprichting van een centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën, zogeheten wilsonbekwame, patiënten. Deze commissie zal in voorkomende gevallen aan het openbaar ministerie een zwaarwegend advies over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts uitbrengen. Een voorstel om in de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen met betrekking tot deze categorieën patiënten enige wijziging aan te brengen, wordt door ons niet overwogen. Bij de melding van levensbeëindigend handelen in deze gevallen blijft een beslissing door het openbaar ministerie over al dan niet vervolgen aangewezen. Wij wijzen er overigens op dat zogeheten «wilsonbekwame» patiënten moeten worden onderscheiden van mensen die «klaar zijn met leven». Hiermee wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Op dit punt is inderdaad, zoals deze leden suggereerden, een vergelijking mogelijk met het voorstel zoals destijds door mr. Drion gedaan. Zijn voorstel strekte ertoe om mensen in de hierboven beschreven situatie de mogelijkheid te bieden tot het verkrijgen van een euthanaticum of een recept daartoe teneinde op een zelfgekozen moment hun leven te beëindigen. Deze situatie beoogt dit wetsvoorstel niet te regelen.

De leden van de SGP-fractie refereerden in dit verband aan uitspraken van prof. Sutorius in Trouw van 15 januari 2000 en vroegen of wij van mening zijn dat een vraag naar euthanasie wellicht een gevolg is van het feit dat mensen te lang leven dankzij de medische wetenschap en daardoor in een afhankelijkheidspositie verkeren.

Wij zijn ons ervan bewust dat sommige vragen om euthanasie of hulp bij zelfdoding kunnen voortkomen uit de negatieve gevolgen die mensen ondervinden van ouderdom, of uit vrees om afhankelijk te worden. Het is daarbij echter aan de arts om zorgvuldig de achtergronden van een verzoek met de betrokkene te bespreken en af te wegen of het verzoek voortkomt uit ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarbij de patiënt weet dat hij niet meer beter kan worden en tegelijkertijd ernstig lijdt, of dat de werkelijke reden voor het verzoek in feite een andere is. Dikwijls is zo'n verzoek dan een signaal van de patiënt om hulp en aandacht en een aanknopingspunt voor verder overleg over de situatie van de patiënt en tot het bespreken van andere hulp- en zorgmogelijkheden.

Ten aanzien van de opmerking dat de dood een keuze zou moeten zijn wijzen wij erop dat de voorgestelde regeling is gegrond op het eigen uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek van de patiënt, die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De patiënt heeft daarmee een keuze. De honorering van dit verzoek hangt evenwel mede van een aantal andere factoren af. De arts moet zelf beslissen of hij volgens zijn eigen professionele geweten aan dit verzoek zal kunnen voldoen met in achtneming van de vastgelegde zorgvuldigheidscriteria. Wij gaan uitdrukkelijk niet zover dat wij van mening zijn dat een ieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de mogelijkheid moet hebben om het leven te (doen) beëindigen. Wel is, zoals hierboven reeds aangegeven, het signaal ten aanzien van de achterliggende vraag om aandacht en hulp van wezenlijk belang. Daarop zal in de omstandigheden van het concrete geval met passende hulpverlening moeten worden ingespeeld.

Het komt voor dat mensen proberen om (huis)artsen onder druk te zetten om hulp en middelen te verschaffen teneinde te kunnen sterven, zonder dat zij uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de betekenis die daaraan in de jurisprudentie aangaande levensbeëindigend handelen door artsen is gegeven en in de betekenis die daaraan ingevolge dit wetsvoorstel toekomt. Het is aan de arts om aan zodanige druk om tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding over te gaan, niet toe te geven en te trachten andere hulp te bieden dan waarom deze mensen vragen. De opmerking van deze leden over de verwerpelijkheid van organisaties als de Stichting Vrijwillig Leven en de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie laten wij geheel voor rekening van deze leden. Wij stellen vast dat deze organisaties een standpunt huldigen dat op onderdelen veel verder gaat dan het beleid dat het kabinet met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding reeds sinds jaren voert.

Op de activiteiten van de Stichting Vrijwillig Leven gaan wij hieronder, bij de artikelsgewijze toelichting, onder artikel 1, nader in.

2. Voorgeschiedenis

De leden van de fractie van het CDA vroegen of er nog een evaluatie van de praktijk van de meldingsprocedure plaats zal vinden. Het antwoord op die vraag luidt bevestigend. Het kabinet is voornemens het functioneren van de toetsingscommissies te evalueren, en daarbij aandacht te besteden aan de ervaringen van artsen, aan het aantal meldingen, aan de kwaliteit van handelen door artsen en aan de relatie van de huidige praktijk tot het bredere terrein van medische beslissingen rond het levenseinde. Dit laatste zal geschieden in aansluiting op onderzoeken die zijn uitgevoerd in 1990/1991 en 1995/1996, teneinde een goede vergelijking te kunnen maken met de gegevens en resultaten uit die onderzoeken. Naar verwachting zal het onderzoek op 1 januari 2001 van start kunnen gaan.

Het is juist, zoals deze leden in herinnering riepen, dat in februari 1998 door het toenmalige kabinet werd uitgesproken dat een wetswijziging niet aan de orde was. Dit is een bij uitstek politieke uitspraak, die in het najaar van datzelfde jaar door een andersluidende politieke uitspraak werd achterhaald. Wij doelen hier op die welke is neergelegd in het Regeerakkoord dat ten grondslag ligt aan het huidige kabinet en die luidt: «Het kabinet acht het van belang de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van Strafrecht vast te leggen: een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet en de meldingsplicht vervult is niet strafbaar. Het kabinet neemt hiertoe, bij gelijktijdige intrekking daarvan, het initiatiefwetsvoorstel (dat reeds voor advies bij de Raad van State is ingediend) ongewijzigd over en zal het terstond als eigen wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State voorleggen» (kamerstukken II, 1997–1998, 26 024 nr. 10 blz. 47, punt 8).

Het initiatiefwetsvoorstel waarop in deze passage wordt gedoeld, betreft het op 16 april 1998 bij de Tweede Kamer ingediende initiatiefvoorstel van de leden Van Boxtel, M.M.H. Kamp en Swildens-Rozendaal (kamerstukken II, 1997–1998, 26 000).

De indiening van dit initiatiefwetsvoorstel, waarmee deze leden bekend zijn, was een uitermate belangwekkend politiek gegeven, omdat het initiatief afkomstig was van drie politieke partijen die een ruime meerderheid van het Nederlandse volk in de Tweede Kamer vertegenwoordigden. De indiening van het onderhavige wetsvoorstel is een rechtstreeks gevolg van dit initiatiefvoorstel. Hiermee hebben wij de vraag van deze leden naar mogelijk van belang zijnde ontwikkelingen gedurende de afgelopen twee jaar op het punt van het euthanasie-vraagstuk, naar wij vertrouwen, voldoende beantwoord.

Wat de overige vragen voor deze leden op dit punt betreft, merken wij op dat het juist is dat nog steeds een groot aantal gevallen van levensbeëindigend handelen niet wordt gemeld. Wij verwijzen hier naar het inmiddels verschenen jaarverslag van de toetsingscommissies, dat door de tweede ondergetekende aan de Tweede Kamer is gezonden. Terecht memoereerden de aan het woord zijnde leden dat melding nu één van de kern-elementen vormt van het voorliggende wetsvoorstel. Bij het door deze leden aangehaalde standpunt van het vorige kabinet tekenden wij aan dat een verschillend politiek inzicht het huidige kabinet ertoe gebracht heeft een regeling voor te stellen, waarbij de strafbaarstelling van euthanasie op zichzelf niet wordt opgeheven, maar beperkt en waarbij de arts die voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en die meldt, vrijuit gaat. Deze opzet zal naar de mening van de ondergetekenden ertoe bijdragen dat de meldingsbereidheid van artsen die euthanasie toepassen, substantieel zal verbeteren.

Wij baseren deze overtuiging op het feit dat ingevolge het voorliggende wetsvoorstel de arts die zorgvuldig handelt én meldt straffeloos is. Voor de wijze waarop de toetsingscommissies hun taak opvatten (en verrichten), waarvan deze leden verderop in hun betoog gewag maakten, verwijzen wij naar het hierboven reeds enkele malen door ons vermelde jaarverslag. Hetgeen in dit jaarverslag omtrent de werkwijze van de toetsingscommissies uiteengezet is, sterkt ons in de overtuiging dat de zorgvuldigheid en afgewogenheid waarmee de commissies te werk gaan, het vertrouwen van de medische stand in de commissies zullen doen toenemen en daarmee ook de meldingsbereidheid. Dat de toetsing zichzelf zou dreigen te ondermijnen, zoals deze leden meenden, ontgaat ons. Eveneens ontgaat ons de stelling van deze leden dat de toetsing in een pure formaliteit zou dreigen te ontaarden. De uiteenzettingen over de toetsing in het jaarverslag, die wij geheel kunnen onderschrijven, wijzen op het tegendeel.

In reactie op de hernieuwde verwijzing door de leden van de CDA-fractie naar opmerkingen van de voorzitter van de toetsingscommissie euthanasie in de regio Arnhem mevrouw mr. Sorgdrager, delen wij mee dat naar onze stellige overtuiging het onderhavige wetsvoorstel om de hierboven vermelde redenen ertoe zal bijdragen dat het door haar gesignaleerde probleem betreffende de nog steeds niet aan de maat zijnde meldingsbereidheid, zal worden ondervangen. Uit deze stellingname, zo kunnen de aan het woord zijnde leden opmaken, blijkt dat er geen aanleiding is de suggestie van mevrouw mr. Sorgdrager over een mogelijke bestraffing op het niet-melden, te volgen.

Overigens willen wij deze leden in dit verband wijzen op de bijdrage, getiteld «Toetsing bij euthanasie» van de hand van mevrouw mr. Sorgdrager in het Nederlands Juristenblad van 9 juni 2000, aflevering 23, waarin zij onder andere een lans breekt voor het melden van euthanasie door artsen. Artsen moeten bereid zijn hun handelen te laten toetsen. Wij kunnen ons geheel in haar standpunt vinden.

Wij hechten zeer aan de maatschappelijke discussie over de gehele problematiek rond levensbeëindigend handelen. Die discussie zal ook na de totstandkoming van de onderhavige wettelijke regeling niet verstommen. Dit neemt niet weg dat wij gelet op de maatschappelijke discussies, de jurisprudentie en de uitgebrachte rapporten van o.a. de KNMG, de materie voldoende uitgekristalliseerd vinden om met het onderhavige wetsvoorstel te komen.

Wij achten het weinig zinvol een reactie te geven op het door deze leden gememoreerde initiatiefvoorstel van de D66-fractie van destijds. In de toenmalige politieke constellatie vermocht dat wetsvoorstel geen parlementaire meerderheid te verkrijgen. Wij achten het eveneens weinig zinvol een vergelijking te beproeven tussen dat initiatiefvoorstel en het voorliggende wetsvoorstel, en de mogelijk identieke strekking van beide.

Op specifieke verschillen in de formulering van de zorgvuldigheidseisen gaan wij hieronder, in het artikelsgewijze gedeelte van deze nota, nader in. Thans is aan de orde de gedachtenwisseling tussen Kamer en kabinet over dit wetsvoorstel, dat naar wij hopen door deze leden op zijn eigen merites zal worden beoordeeld.

Zoals wij hierboven reeds naar voren brachten, komt naar ons oordeel het opheffen van de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor de arts die zich aan de gestelde zorgvuldigheidseisen houdt, neer op de codificatie van een situatie die reeds lange tijd rechtens is erkend. De voorgestelde regeling maakt duidelijk in welke gevallen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding toelaatbaar zijn en waarborgt dat al deze gevallen achteraf door bij wet ingestelde commissies van deskundigen worden getoetst. Het wetsvoorstel zal aldus de rechtszekerheid vergroten van artsen én van patiënten. Dat is de hoofdoverweging, zo beantwoorden wij de vraag daarnaar van deze leden, van het kabinet om dit wetsvoorstel in te dienen.

Naar aanleiding van een desbetreffende opmerking van de leden van de fracties van RPF en GPV blijven wij van mening dat het niet nodig is uitvoerige beschouwingen te wijden aan de algemene historische en maatschappelijke context van de euthanasieproblematiek. De achtergrond van de voorgenomen regelgeving is reeds gedurende jaren herhaaldelijk uitvoerig aan de orde geweest in schriftelijke en mondelinge gedachtenwisselingen met het parlement. Ook de leden van deze fracties hebben daaraan hun bijdrage geleverd. Wij achten de maatschappelijke context waarbinnen de vraag of, en de voorwaarden waaronder levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding toelaatbaar zijn, genoegzaam bekend. Algemene beschouwingen over thema's zoals de voortschrijdende medische (technische) ontwikkelingen en de daarmee samenhangende mogelijkheden het leven te verlengen, de specifieke positie daarbij van de hulpvrager en de dilemma's waarvoor de arts zich gesteld ziet, menen wij in het kader van dit wetsvoorstel achterwege te kunnen laten. Specifieke aspecten van het voorliggende wetsvoorstel komen daarentegen in deze nota aan de orde naar aanleiding van vragen gesteld in het verslag.

Deze leden verwezen voorts naar onze opmerking in de memorie van toelichting dat de strekking van dit wetsvoorstel identiek is aan die van het initiatiefvoorstel. Dit is juist. De strekking van beide voorstellen is namelijk deze, dat in het Wetboek van Strafrecht een bijzondere strafuitsluitingsgrond wordt opgenomen voor de arts die levensbeëindiging toepast of hulp bij zelfdoding verleent op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, daarbij voldoet aan bepaalde, wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen en voorts zijn handelen meldt bij de gemeentelijke lijkschouwer, opdat dit achteraf door daartoe wettelijk ingestelde toetsingscommissies kan worden getoetst. In de memorie van toelichting hebben wij voorts onze keuze gemotiveerd voor een andere opzet dan het oorspronkelijke initiatiefvoorstel, zonder afbreuk te doen aan de materiële inhoud van dat voorstel, alsmede onze keuze voor het opnemen van de voorgestelde bepalingen met betrekking tot wilsverklaringen en minderjarigen.

De leden van de SGP-fractie vroegen aandacht voor de meldingsbereidheid en voor aspecten van controle en handhaving. Naar aanleiding van de uitspraken van mevrouw mr. Sorgdrager waaraan deze leden refereerden, merken wij het volgende op.

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts die zijn handelen niet meldt, blijven strafbaar. Indien zodanig handelen langs andere weg bekend wordt, bijvoorbeeld doordat de familie of naasten van de patiënt, andere hulpverleners of bijvoorbeeld de directie van een zorginstelling, vraagtekens zetten bij het overlijden van de patiënt en een

onderzoek wordt ingesteld, loopt de arts het risico te worden vervolgd ter zake van een levensdelict en ter zake van valsheid in geschrifte. Aan deze strafrechtelijke dreiging doet het wetsvoorstel geen afbreuk. Tegelijkertijd menen wij dat het wetsvoorstel verder zal bijdragen aan een grotere meldingsbereidheid van artsen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding om de volgende redenen. In de eerste plaats doordat het wetsvoorstel voorziet in de vastlegging van zorgvuldigheidscriteria die daarbij in acht genomen moeten worden en aldus de rechtszekerheid van artsen vergroot. In de tweede plaats doordat het wetsvoorstel voorziet in een toetsing door deskundigen, onder wie een medicus, welke toetsing, indien het handelen als zorgvuldig wordt beoordeeld, inhoudt dat niet langer een als incriminerend ervaren justitiële toets volgt.

Wij gaan ervan uit dat onzekerheid over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, bij de arts kan worden weggenomen door zijn overleg met de consulent en desgewenst met andere hulpverleners. Juist de consultatie is erop gericht aan de hand van de zorgvuldigheidseisen na te gaan of de arts al tot een verantwoorde beslissing over inwilliging van het verzoek kan komen. Zoals wij al eerder opmerkten, zal met name het SCEN-project kunnen bijdragen aan de professionalisering van de consultatie en daarmee aan de naleving van de zorgvuldigheidseisen.

Het vat krijgen op valse overlijdensverklaringen zou, zo beantwoorden wij de vraag hierover van deze leden, een gerichte opsporing vergen, hetgeen zou neerkomen op het doen van forensisch-geneeskundig onderzoek in alle sterfgevallen, ruim 130 000 per jaar. Dit achten wij een onevenredig, ondoelmatig en ondeugdelijk middel ter bevordering van de bereidheid van artsen om levensbeëindigend handelen te melden. De acceptatie van de plicht om levensbeëindigend handelen te melden en daartoe opening van zaken te geven, dient in de eerste plaats binnen de beroepsgroep plaats te vinden. Het stemt ons dan ook tot tevredenheid dat de artsenorganisatie KNMG dit aspect binnen de beroepsgroep ook voortdurend benadrukt. Uit het evaluatieonderzoek in 1996 naar de meldingsprocedure euthanasie kwam bovendien naar voren dat binnen de beroepsgroep wel degelijk de bereidheid bestaat om verantwoording af te leggen.

Melding van levensbeëindigend handelen vormt inderdaad geen garantie dat ook de inhoud van het gemelde ook daadwerkelijk een juiste weergave vormt van de werkelijkheid. Nagaan of dit het geval is vormt evenwel een aspect van de toetsing achteraf van de melding, waarin dit wetsvoorstel voorziet. De arts die, conform dit wetsvoorstel, bereid is het verzoek van een patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, zal naar onze overtuiging ook bereid zijn van zijn handelen naar eer en geweten verslag te doen ten behoeve van toetsing achteraf door de toetsingscommissie. De praktijk heeft geleerd dat in veel gevallen het verslag van de arts, in combinatie de andere overgelegde stukken, de commissie een voldoende en helder inzicht biedt in de wijze waarop de besluitvorming omtrent en de uitvoering van het levensbeëindigend handelen is verlopen. Daar waar dat niet het geval is, biedt de mogelijkheid die artikel 8, tweede en derde lid, biedt om aanvullende inlichtingen te vragen bij de arts, de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent en de betrokken hulpverleners, naar onze overtuiging voldoende soelaas.

De toetsing door het openbaar ministerie in voorkomende gevallen wordt naar ons oordeel moeilijker noch eenvoudiger. In de beoordeling van de wenselijkheid van een vervolging ter zake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt door dit wetsvoorstel geen wijziging gebracht. Evenals bij alle andere strafvervolgingen zal het openbaar ministerie bij een vervolging wegens levensbeëindiging door een arts, zich moeten afvragen of het wettig en overtuigend bewijs kan worden geleverd dat de verdachte de delictsomschrijving van artikel 293 of 294

Wetboek van Strafrecht, of eventueel artikel 287 of 289 Sr., heeft vervuld. Voor iedere veroordeling geldt, dat moet worden vastgesteld dat het telastegelegde feit bewezen wettig en overtuigend bewezen is, en voorts dat het aldus bewezen verklaarde feit alsmede de dader strafbaar is, uitgaande van de wettelijke norm en de daaraan in de jurisprudentie gegeven uitleg.

3. Systematiek van het wetsvoorstel

Het voorliggende wetsvoorstel biedt de arts de mogelijkheid gehoor te geven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Deze mogelijkheid voor de arts kan evenwel nooit worden uitgelegd als een recht op levensbeëindiging van de patiënt, zoals de leden van de SGP-fractie zich afvroegen, en wel om twee redenen. In de eerste plaats geldt de voorgestelde straffeloosheid alleen de arts, die zich gehouden weet aan de normen en ethiek van zijn professie en die zich bovendien moet houden 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. In de tweede plaats houdt de voorgestelde regelgeving geenszins de plicht in voor de arts noch voor enige andere hulpverlener, om aan levensbeëindiging mee te werken. Aldus zal ook van een récht op levensbeëindiging nimmer sprake kunnen zijn. Hetzelfde geldt voor een in een schriftelijke wilsverklaring vastgelegd verzoek om levensbeëindiging. Dit onderscheidt ook de in dit wetsvoorstel voorgestelde erkenning van de wilsverklaring van de in artikel 7:450 lid 3 BW geregelde – zogeheten negatieve – wilsverklaring. In een negatieve wilsverklaring wordt toestemming tot het ondergaan van een medische behandeling geweigerd, of opdracht gegeven deze na te laten. Zodanige verklaring dient, mits deze niets aan duidelijkheid te wensen overlaat, in beginsel te worden opgevolgd.

De leden van de SGP-fractie vroegen voorts of de uitvoering van een door een wilsbekwame patiënt opgestelde euthanasie-verklaring, in een situatie waarin hij wilsonbekwaam is geworden, een bron van spanningen kan worden tussen arts, patiënt en familie (of andere vertegenwoordiger) indien het gaat om het vaststellen wanneer de toestand is ingetreden waarop de wilsverklaring duidt.

Wij gaven in de notitie «Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg» (kamerstukken II 1999–2000 26 885, nr 1, blz.11) aan dat, indien de arts in beginsel bereid is gehoor te geven aan de schriftelijke wilsverklaring, bij zijn besluitvorming met name ook de visie van de vertegenwoordiger van de patiënt als bedoeld in artikel 7:465 lid 3 BW van belang kan zijn. Het is immers zodanige persoon, die geacht kan worden de belangen van de patiënt te behartigen. Anderzijds geldt evenzeer dat de visie van de vertegenwoordiger van de patiënt niet diens wilsverklaring, indien deze voldoende duidelijk is, kan vervangen.

Dementie vormt, hoewel dit op zichzelf een onbehandelbaar, onomkeerbaar en progressief verlopend ziektebeeld betreft, naar ons oordeel op zichzelf in het algemeen geen reden om een verzoek om levensbeëindiging in te willigen. Het is de vraag of een demente patiënt lijdt, althans lijden kan ervaren. Tot de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging zal dan ook eerder aanleiding zijn indien uit de situatie waarin de demente patiënt verkeert is af te leiden dat deze lijdt onder uiterst onaangename gevolgen van zijn dementie of van andere bijkomende aandoeningen. Hierbij kan gedacht worden aan hevige benauwdheid als gevolg van herhaalde, therapieresistente verslikpneumonieën, of hevige pijn als gevolg van ernstige decubitus. Ook in het rapport «Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten» (Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997) heeft de Commissie

Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG wordt deze lijn gevolgd.

De vaststelling evenwel of er, in het geval van dementie, feitelijk sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, behelst een medisch-professioneel oordeel, en is derhalve voorbehouden aan de arts.

De leden van de SGP-fractie vroegen in welk opzicht de rechtspositie van de arts door het wetsvoorstel wordt verbeterd.

De oorspronkelijke aanvaarding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de jurisprudentie is gestoeld op de moeilijke situatie waarin de arts kan komen te verkeren indien hij wordt geconfronteerd met een ernstig lijdende patiënt wiens lijden hij niet kan verlichten en die een dringend beroep op hem doet om hem uit dat lijden te verlossen. Deze jurisprudentie heeft, door de erkenning van het beroep van die arts op overmacht, geleid tot de formulering van voorwaarden waaronder levensbeëindigend handelen juridisch toelaatbaar wordt geacht. Het kabinet heeft thans een wetsvoorstel ingediend, dat ertoe strekt deze strafbaarstelling onder strikte voorwaarden op te heffen. De arts die bereid is levensbeëindiging toe te passen op verzoek of hulp bij zelfdoding te verlenen weet aldus welke zorgvuldigheidseisen hij daartoe in acht moet nemen en langs welke weg zijn handelen wordt getoetst. Voorts weet hij dat met een binnen een bepaalde termijn uit te brengen oordeel van de toetsingscommissie, dat zijn handelen als zorgvuldig wordt aangemerkt, de zaak is afgedaan. Tegelijkertijd behelst het wetsvoorstel op geen enkele wijze de plicht voor de arts – of voor enige hulpverlener – om medewerking te verlenen aan levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Een praktijk uitoefenend arts kan geconfronteerd worden met een verzoek van een patiënt om euthanasie, of met een verzoek om een gesprek over kwesties aangaande het levenseinde. Het mag van de arts worden verwacht dat hij bereid is een dergelijk gesprek met zijn patiënt aan te gaan. Indien hij – om welke reden ook – geen medewerking wil verlenen aan euthanasie, zal het op zijn weg liggen dit aan de patiënt duidelijk te maken en zijn standpunt te motiveren.

Deze leden stelden voorts dat levensbeëindiging geen medische handeling is. Wij kunnen het met deze stelling niet eens zijn.

Levensbeëindiging op verzoek kan naar ons oordeel, en ook op grond van de jurisprudentie terzake, uitsluitend als gerechtvaardigd worden beschouwd indien dit plaatsvindt door een arts ten aanzien van een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt – binnen een medische context derhalve en dan nog onder strikte voorwaarden. Deze beperking brengt met zich mee dat levensbeëindiging op verzoek wél is beschouwen als een medische handeling, als een handeling die behoort tot het deskundigheidsterrein van een arts. Er is echter geen sprake van *normaal* medisch handelen waarop de WGBO van toepassing is. Dit laatste is de essentie van het verwerpen door de Hoge Raad van de medische exceptie. Een aanvaarding van de medische exceptie zou inhouden dat levensbeëindiging op verzoek, als zijnde medisch geïndiceerd en mits lege artis uitgevoerd, buiten de reikwijdte van de strafbepalingen zou vallen. Deze opvatting is, zoals gezegd, door de Hoge Raad verworpen en vindt overigens in de literatuur ook geen steun.

De thans voorgestelde wetswijziging achten wij wenselijk, juist omdat levensbeëindiging op verzoek in het algemeen wordt beschouwd als handelen, dat maatschappelijk – en tot dusver ook strafrechtelijk – genormeerd is, terwijl levensbeëindiging op verzoek door een arts inmiddels, zij het onder strikte voorwaarden, als rechtens toelaatbaar kan worden beschouwd. Voor wat betreft het laatstgenoemde handelen nu streven wij ernaar in de strafrechtelijke normering verandering te brengen door opnemning van een uitsluitend op artsen betrekking hebbende, bijzondere strafuitsluitingsgrond.

De leden van de SGP-fractie spraken voorts hun vrees uit dat artsen die niet aan euthanasie mee willen werken, in hun carrièremogelijkheden worden beperkt.

Het is aan artsen zelf voorbehouden om, indien zulks ter sprake komt wanneer zij willen toetreden tot een maatschap of anderszins een functie willen aanvaarden, kenbaar te maken hoe hun visie is op het gebied van medische beslissingen rond het levenseinde. Het staat iedere arts vrij om daar zijn eigen opvattingen over te hebben. Een arts zal, indien hij zelf geen medewerking aan euthanasie wil verlenen, wel bereid moeten zijn om een patiënt die persisteert bij een verzoek om euthanasie, te verwijzen naar een collega, die in principe niet afwijzend staat tegenover euthanasie. Niet alle artsen in maatschappen zullen dezelfde opvattingen hebben, en de ene arts zal zich gereserveerder opstellen dan de andere. Aan de gelijkwaardigheid van artsen doet dit volstrekt niets af. Ook over toe te passen therapeutische mogelijkheden in het algemeen kunnen artsen immers verschillend denken, en in dat opzicht zijn zij als arts evenzeer gelijkwaardig. Een nadere wettelijke regeling ten aanzien van dit aspect achten wij niet nodig. Het is een zaak van de beroepsgroep zelf om ten aanzien van de beroepsgenoten erop te wijzen, zo dit noodzakelijk mocht zijn, dat uitsluiting van een functie alleen op grond van het feit dat een arts principieel bezwaren tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft, niet aanvaardbaar is.

Met betrekking tot verpleegkundigen is ons bekend, dit in antwoord op de vragen van deze leden over de positie van verpleegkundigen, dat het kan voorkomen dat verpleegkundigen bij voorbereidende handelingen voor euthanasie worden betrokken. Ook hier geldt, dat verpleegkundigen zelf duidelijk moeten maken hoe hun mening ten aanzien van euthanasie is en tot hoever zij in hun handelen naar hun eigen geweten kunnen gaan. Niemand kan gedwongen worden om mee te werken. In sollicitatiegesprekken zal dit onderwerp zeker aan de orde kunnen komen, en het is een goede zaak dat over de verschillende standpunten openlijk wordt gesproken. Indien een verpleegkundige op grond van zijn eigen geweten niet mee wenst werken aan euthanasie, zal hij dat tijdig kenbaar moeten maken, opdat hij zich terug kan trekken, wanneer een arts van mening is dat het verzoek van een patiënt om euthanasie in een bepaalde situatie kan worden ingewilligd. Het gaat ons te ver om ten aanzien van dit punt te spreken van een tweedeling in de gezondheidszorg. Wanneer gesproken wordt over verschillen van inzicht over een bepaalde handelwijze betekent dit in de regel iets anders dan een tweedeling. In de onderhavige problematiek is het van primair belang om respect te hebben voor de mening van de ander, ook al is men het er niet mee eens, en juist dat betekent dat het begrip tweedeling, dat een zekere negatieve lading in zich bergt, niet aan de orde is.

In dit verband wijzen wij nogmaals op ons, reeds eerder aan de Kamer kenbaar gemaakte voornemen (handelingen II 1997–1998, 62–4654) om nog dit kalenderjaar jaar een onderzoek te starten naar de wijze van betrokkenheid van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde. Ook vragen zoals de leden van de SGP-fractie hier aan de orde stelden, kunnen in het onderzoek worden opgenomen.

In dit verband drongen deze leden tenslotte aan op het opnemen in het wetsvoorstel van een verbod voor artsen om de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek te delegeren aan anderen.

Wij menen dat dit niet nodig is, aangezien de medisch-professionele standaard tot uitgangspunt heeft dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van de arts en dat de uitvoering ervan door een arts geschiedt. Deze norm is ook vastgelegd in de richtlijnen die terzake zijn uitgegeven door het Hoofdbestuur van de KNMG en het Bestuur van NU'91 (MC 1992, I, p. 29–32). Ook in de jurisprudentie is overwogen dat de uitvoering van levensbeëindiging op

verzoek een medische handeling is die een arts niet kan delegeren aan anderen (Hof Leeuwarden 21 september 1995, TvGr. 1995, nr. 8, p. 491–495). Gelet hierop maakt de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door de arts zelf naar ons oordeel genoegzaam deel uit van het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering.

4. De melding en toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

De leden van de PvdA-fractie wezen terecht op het belang van melding en toetsing van levensbeëindigend handelen ter bevordering van de kwaliteit en zorgvuldigheid van dit handelen en ter bevordering van het maatschappelijk inzicht in de praktijk terzake. Deze leden vroegen om een nadere toelichting op de rol en functie van de gemeentelijke lijkschouwer in de meldingsprocedure.

De taak van de gemeentelijke lijkschouwer is een zodanige beoordeling van de situatie dat hij de officier van justitie kan adviseren om een verklaring van geen bezwaar tegen begraven of verbranding af te geven. Daartoe moet hij nagaan of er inderdaad sprake is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zodat het verslag naar de regionale toetsingscommissie kan worden gestuurd, of dat er sprake was van levensbeëindiging niet op verzoek, zodat hij alle noodzakelijke stukken direct aan de officier van justitie of, in de toekomst, aan de centrale beoordelingscommissie moet doen toekomen. Daartoe achten wij, dit in antwoord van een vraag van deze leden, zijn aanwezigheid ter plaatse en het uitvoeren van een uitwendige schouw, aangewezen. De lijkschouwer beoordeelt niet meer in detail of aan de vereiste zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar overziet wel de situatie opdat hij in geval van ernstige onregelmatigheden de officier van justitie kan inlichten. De gemeentelijke lijkschouwer spreekt daartoe met de betrokken arts. Hij heeft voorts een signalerende functie ten opzichte van de toetsingscommissie, bijvoorbeeld door deze te informeren over bepaalde aspecten die naar zijn indruk de commissie wel moet weten, maar die niet direct uit de stukken blijken. Zo kan de commissie in voorkomend geval een toelichting aan de gemeentelijke lijkschouwer vragen op de procedurele gang van zaken rond de melding.

Bij de onregelmatigheden waarop de gemeentelijke lijkschouwer kan stuiten naar aanleiding van een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, waarnaar de leden van de PvdA-fractie vroegen, moet gedacht worden aan de situatie dat aanmerkelijke twijfel ontstaat of wel sprake was van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en niet van levensbeëindiging zonder verzoek. Of het geval dat de toestand waarin de gemeentelijke lijkschouwer de overleden patiënt aantreft, in het geheel niet overeenkomt met het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de betekenis die in dit wetsvoorstel daaraan wordt toegekend.

De gemeentelijke lijkschouwer kan ook door derden, bijvoorbeeld de directie van een verzorgings- of verpleeghuis, ter plaatse worden geroepen omdat twijfels bestaan over de wijze waarop een bewoner is overleden. Inderdaad leert de ervaring, zoals deze leden stelden, dat bij een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zelden aanleiding bestaat tot het verrichten van een sectie. De doodsoorzaak wordt door de behandelende arts zelf aangegeven en staat dan ook in de meeste gevallen vast. Niettemin kunnen zich gevallen voordoen zoals wij hierboven hebben aangegeven waarin de officier van justitie, gelet op zijn strafvorderlijke taak, de mogelijkheid moet hebben een lichaam aan nader onderzoek te doen onderwerpen en derhalve de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding uit te stellen. Gelet hierop is de aanwezigheid ter plaatse van de gemeentelijke lijkschouwer te beschouwen als een extra waarborg binnen de proce-

dure van melding en toetsing. Wij vinden dat deze opweegt tegen de inbreuk op de privacy van de patiënt en zijn naasten.

Deze leden stonden voorts stil bij de situatie dat een opsporingsonderzoek wordt ingesteld, bijvoorbeeld ten gevolge van aangifte door een derde, nadat de toetsingscommissie reeds een positief oordeel over de zaak heeft uitgebracht. In dat geval kan de officier van justitie ingevolge artikel 10, tweede lid, de commissie verzoeken hem alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft voor het opsporingsonderzoek. Deze gegevens alsmede het positieve oordeel van de commissie zullen worden betrokken bij het opsporingsonderzoek. Het ligt in de rede dat de uitkomsten van zodanig onderzoek ter beslissing worden voorgelegd aan het College van procureurs-generaal, nu dit College ook die zaken ter besluitvorming krijgt voorgelegd waarin de toetsingscommissie het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld. De voorgenomen beslissing van het College zal in dit bijzondere geval voorwerp van bespreking vormen in het periodiek overleg van het College met de eerste ondergetekende. In dat overleg zal het definitieve besluit worden genomen over de verdere afhandeling van de voorgelegde zaak.

Wij zijn niet voornemens, dit in antwoord op een vraag van deze leden, om het openbaar ministerie, indien een opsporingsonderzoek is ingesteld of indien een toetsingscommissie het oordeel onzorgvuldig heeft uitgebracht, aan een wettelijke termijn voor afdoening van een zaak te binden. Het stellen van een termijn kan ongelukkige gevolgen hebben indien duidelijke aanwijzingen van onregelmatigheden na het verstrijken van de termijn ter kennis van het openbaar ministerie komen. Bij voorbeeld in het geval dat blijkt dat een arts in een ander geval grote onzorgvuldigheid heeft betracht en waarbij blijkt dat deze mogelijk in voorafgaande gevallen opzettelijk is verhuld.

Indien het noodzakelijk wordt geacht dat het openbaar ministerie de zaak nader beziet en de melding daartoe ter bespreking aan het college van procureurs-generaal wordt voorgelegd, ontvangt de arts binnen drie weken nadat het openbaar ministerie het oordeel van de commissie heeft ontvangen, een tussenbericht van deze strekking. Voorafgaand dan wel naar aanleiding van de bespreking in het college van procureurs-generaal kan het inwinnen van nadere inlichtingen of adviezen gewenst zijn, bijvoorbeeld bij de betrokken arts(en) of bij de regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indien het instellen van een strafvervolgung punt van overweging is, kan het college met het oog op de besluitvorming voorts behoefte hebben aan een ambtsbericht van de hoofdofficier van justitie in het desbetreffende arrondissement. Dergelijke adviesaanvragen zijn moeilijk aan termijnen te binden, zodat het vaststellen van een termijn voor de definitieve beslissing door het openbaar ministerie, problematisch is. Er mag evenwel van worden uitgegaan dat het openbaar ministerie, ook na verzending van een tussenbericht, zorg zal dragen voor een zo vlot mogelijke afdoening en de arts zonedig periodiek op de hoogte zal stellen van de voortgang. Deze gedragslijn zal ook worden opgenomen in de terzake op te stellen administratieve voorschriften van het openbaar ministerie. Het voorgaande laat onverlet dat in de gevallen waarin het tot een vervolging komt, de verdachte arts aanspraak kan (blijven) maken op berechting binnen een redelijke termijn (art. 6 EVRM).

Zoals wij al eerder hebben aangegeven, zal er een onderzoek komen naar het functioneren en de ervaringen van de toetsingscommissies. Het voorstellen van het kabinet is om onderzoek plaatsten in het kader van een meer uitgebreid onderzoek naar medische beslissingen rond het levens-einde. Het onderzoek zal naar alle waarschijnlijkheid op 1 januari 2001 kunnen beginnen.

De leden van de D66 opperden de mogelijkheid om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als een aparte doodsoorzaak op te nemen in de Wet op de lijkbezorging. Ook suggereerden zij de afgifte van een machtiging door de officier van justitie aan de gemeentelijke lijkschouwer om in geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding een verklaring van – natuurlijk – overlijden af te geven.

Bij deze suggestie tekenen wij het volgende aan. In de eerste plaats is een doodsoorzaak hetzij natuurlijk, hetzij onnatuurlijk. Een derde mogelijkheid is er logischerwijs niet. In de tweede plaats vragen wij ons af op welke wijze de privacy van de patiënt en zijn naasten hiermee gediend zou zijn. Deze leden stellen dat derden aldus niet op de hoogte zouden komen van het feit dat de overledene heeft gevraagd om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Hiermee doelen zij kennelijk op de ambtenaar van de burgerlijke stand of de begrafenisondernemer. Laatstgenoemden zullen evenwel aan de hand van de vraag welke verklaring zij van welke functionaris ontvangen, kunnen nagaan of sprake is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. In de derde plaats betwijfelen wij of de op zichzelf tot dusver soepel verlopende administratieve afwikkeling van de voor begraven of verbranding benodigde documentatie werkelijk door nabestaanden van patiënten als hinderlijk wordt ervaren. Feit is, dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding niet in volstrekte beslotenheid kunnen plaatsvinden. De betrokkenheid van derden, zoals de gemeentelijke lijkschouwer, de officier van justitie en, vervolgens, de toetsingscommissie, achten wij gewenst uit een oogpunt van zorgvuldigheid en controleerbaarheid van het handelen. Om bovenstaande drie redenen zijn wij van mening dat de bestaande regelgeving geen aanpassing behoeft in de door deze leden gesuggereerde richting.

De leden van de SP-fractie gaven als hun mening te kennen dat het eindoordeel of de arts zorgvuldig heeft gehandeld bij het openbaar ministerie moet blijven en dat de commissie alle oordelen bij wijze van advies aan het College van procureurs-generaal blijft sturen. Dit is de situatie onder de thans geldende regeling.

Dit wetsvoorstel strekt er evenwel toe, de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. 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. Alsdan is er ook geen aanleiding de zaak aan het openbaar ministerie voor te leggen. Dit ligt vanzelfsprekend anders indien de commissie het handelen van de arts onzorgvuldig oordeelt of over die zorgvuldigheid gereede twijfel heeft. In het laatstbedoelde geval zal de commissie niet zonder meer het oordeel zorgvuldig kunnen uitspreken en is zij gehouden de zaak ter beoordeling aan het College van procureurs-generaal in te zenden. Wij zijn op het door deze leden aangehaalde voorstel van het College niet uitdrukkelijk ingegaan, omdat, zoals wij hebben uiteengezet, bij gereede twijfel over het handelen van de arts de zaak volgens het wetsvoorstel aan het College van procureurs-generaal wordt gezonden. In dit verband willen wij ook nogmaals wijzen op het belang van het periodiek overleg dat de voorzitters van de regionale toetsingscommissies ingevolge artikel 13 ten minste twee maal per jaar voeren met elkaar en met een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Juist ook in dit overleg kunnen aspecten van de toetsing die door de commissies in de praktijk als problematisch worden ervaren, aan de orde komen en worden afgestemd.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV stelden dat de positie van het openbaar ministerie door dit wetsvoorstel ernstig wordt aangetast.

Met deze stelling kunnen wij het niet eens zijn. 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 om een opsporingsonderzoek in te stellen. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek is slechts aanleiding bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dit geldt in het algemeen en niet slechts bij de strafbare feiten waar het bij dit wetsvoorstel om gaat. In dit opzicht wordt ingevolge dit wetsvoorstel op het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie geen inbreuk gemaakt, omdat het openbaar ministerie in alle gevallen de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolgning over te gaan. Wel hebben deze leden gelijk voor zover zij bedoelden naar voren te brengen dat dit wetsvoorstel ertoe leidt dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie ter zake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Wij herhalen hier nogmaals, dat dit wetsvoorstel ertoe strekt, de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. 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. Daarmee is het vervolgingsrecht van het openbaar ministerie nog niet beperkt. Aanleiding tot vervolging zal echter alleen kunnen ontstaan, indien het openbaar ministerie zulks nodig acht, nadat de commissie het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld of indien een opsporingsonderzoek ingesteld na een aangifte, daartoe aanleiding geeft. Overigens wijzen wij deze leden erop dat ook binnen de huidige regelgeving, waarbij het openbaar ministerie nog wel in alle gevallen het eindoordeel heeft, reeds jarenlang slechts sporadisch vervolging wordt ingesteld.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV wilden weten wie aangifte kan doen van een strafbaar feit. Op grond van artikel 161 van het Wetboek van Strafvordering is een ieder die kennis draagt van een begaan strafbaar feit bevoegd daarvan aangifte te doen. Die aangifte geschiedt mondeling of schriftelijk bij de bevoegde ambtenaar, in de regel de politie en bij uitzondering rechtstreeks bij de officier van justitie. De ambtenaar is verplicht de aangifte in ontvangst te nemen, op schrift te stellen en voor te leggen aan de officier van justitie (zie ook artikel 163 Wetboek van Strafvordering).

Hoewel het een ieder vrij staat om aangifte te doen van een strafbaar feit, is het aan de officier van justitie te beoordelen of hij voldoende aanleiding ziet om een strafrechtelijk onderzoek te gelasten. Indien reeds een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding bij de regionale toetsingscommissie heeft plaatsgevonden, staat het later instellen van een opsporingsonderzoek niet aan beoordeling van de melding door de commissie in de weg. In dat geval kan de officier van justitie ingevolge artikel 10, tweede lid, de commissie verzoeken hem alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft voor het opsporingsonderzoek. Deze gegevens alsmede het oordeel van de commissie zullen worden betrokken bij het opsporingsonderzoek.

Familieleden of anderen hebben geen inzage in stukken of gegevens waarover de toetsingscommissies beschikken. De commissies hebben ingevolge artikel 14 een geheimhoudingsplicht. Ook de aangever van een strafbaar feit heeft op grond van het Wetboek van Strafvordering in het algemeen geen inzagerecht in stukken waarover het openbaar ministerie beschikt met het oog op een opsporingsonderzoek. Voor de situatie dat beklag over het niet vervolgen van een strafbaar feit ex artikel 12 Sv. is gedaan, biedt het Wetboek van Strafvordering een aparte regeling. Dit geldt ook voor de benadeelde die zich wil voegen in een ter terechtzitting aanhangig gemaakte zaak, met het oog op het vorderen van schadevergoeding.

De door deze leden aangehaalde situatie op bladzijde 14 van de memorie van toelichting heeft betrekking op de situatie dat de officier van justitie naar aanleiding van een melding meent niet tot afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan omdat de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie bij de melding wijst op ernstige onregelmatigheden, of omdat er een aangifte van een derde is. De officier zal de afgifte van deze verklaring alleen weigeren, indien hij aanleiding ziet het lijk in beslag te doen nemen tot het verrichten van een gerechtelijke sectie. Dit laatste is gericht op waarheidsvinding betreffende de doodsoorzaak. In artikel 12, laatste volzin, van de Wet op de lijkbezorging is geregeld dat de officier van justitie in dat geval de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie in kennis stelt. Wij hebben aangegeven dat deze bepaling het karakter heeft van een vangnet, aangezien deze situatie zich in de praktijk naar verwachting zelden zal voordoen. Deze verwachting baseren wij op het feit dat in geval van melding levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over de doodsoorzaak zelden of nooit onduidelijkheid zal bestaan, omdat door de arts bij de melding wordt aangegeven op welke wijze de patiënt is overleden. In de afgelopen jaren is het slechts een enkele keer voorgekomen dat dergelijke onduidelijkheid aanleiding gaf tot het verrichten van een sectie. Overigens leert de ervaring in de afgelopen jaren ook dat vrijwel nooit aangifte door derden wordt gedaan in verband met overlijden als gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

5. Betekenis van de bijzondere strafuitsluitingsgrond

De leden van de PvdA-fractie vroegen om een onderzoek van de situatie met betrekking tot de huidige meldingsprocedure en vragen naar een herhaling van de onderzoeken van 1990/1991 en 1995/1996. Wij hebben inderdaad het voornemen een onderzoek in te stellen naar het functioneren van de huidige meldingsprocedure en om dit functioneren in een ruimer kader te plaatsen, teneinde een duidelijk overzicht te kunnen krijgen van de ontwikkeling van de praktijk inzake medische beslissingen rond het levenseinde sinds het laatste onderzoek daarnaar in 1995/1996. Zodoende kan een goed inzicht worden verkregen van de ontwikkelingen door de jaren heen. De beide ondergetekenden hebben het uitvoeren van een onderzoek reeds besproken met een vertegenwoordiging van de toetsingscommissies. De commissies zouden een evaluatie van de huidige procedure thans, na anderhalf jaar functioneren van de commissies, als te vroeg ervaren. Alle betrokken actoren hebben in deze eerste periode aan de nieuwe situatie moeten wennen en ervaring moeten opdoen. Wanneer in 2001 een onderzoek wordt uitgevoerd dan zal dit voorts een beter beeld geven omdat het onderzoek dan op een langere periode betrekking zal hebben.

De leden van de CDA-fractie hebben er terecht op gewezen dat het hart van het wetsvoorstel wordt gevormd door de opnemings in het Wetboek van Strafrecht van een bijzondere strafuitsluitingsgrond met een vastlegging in een afzonderlijke wet van de zorgvuldigheidseisen, waaraan voldaan moet zijn om binnen die strafuitsluitingsgrond te handelen. Inderdaad hebben wij de gronddelicten levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding willen handhaven. Alleen voor artsen die zich aan de zorgvuldigheidseisen houden, zal de strafbaarheid zijn opgeheven. Wij zien echter niet in waarom, zoals deze leden stelden, deze elementen niet met elkaar te verzoenen zouden zijn. Ook behoeft het feit dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als medische handelingen worden aangemerkt, geenszins tot de conclusie te leiden dat de bepalingen ter zake van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding geheel uit het Wetboek van Strafrecht kunnen worden geschrapt. Deze leden verwarren naar ons oordeel het kenmerk medisch handelen hier

met de in het verleden wel bepleite medische exceptie. Indien de Hoge Raad het beroep op de medische exceptie had aanvaard, hetgeen dit rechtscollege uitdrukkelijk niet heeft gedaan, dan zou levensbeëindiging op verzoek door artsen, als zijnde medisch geïndiceerd en mits lege artis uitgevoerd, buiten de reikwijdte van de strafbepalingen vallen. Maar dit heeft niets te maken met het handhaven van de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door anderen dan artsen of door artsen die zich niet aan de daarvoor opgenomen voorwaarden houden. Overigens bestaat er bij ons over het standpunt van deze leden dat de artikelen 293 en 294 Sr. onverkort gehandhaafd moeten worden, geen misverstand.

Deze leden vroegen voorts naar de aard van de voorgestelde strafuitsluitingsgrond die is opgenomen in artikel 293, tweede lid, en 294, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Uit de bewoordingen van artikel 293, tweede lid, blijkt reeds dat het gaat om de uitsluiting van de strafbaarheid van het feit, zodat de strafuitsluitingsgrond volgens de gangbare opvattingen over dit leerstuk moet worden gekarakteriseerd als een rechtvaardigingsgrond. De strafbaarheid van het feit komt te ontvallen zodra is vastgesteld dat de pleger aan de geformuleerde specifieke zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan. Deze vereisten zijn van toepassing op allen, die de hoedanigheid van arts bezitten en tot wie de norm zich richt. Deze stand van zaken sluit nauw aan bij de uitleg die de Hoge Raad in zijn arrest van 27 november 1984 (NJ 1985, 106), heeft gegeven aan het begrip overmacht in de zin van noodtoestand, eveneens een rechtvaardigingsgrond.

Zou in dit wetsvoorstel zijn gekozen voor een schulduitsluitingsgrond, dan zou door de wetgever vooral tot uiting worden gebracht dat op grond van persoonlijke omstandigheden die de pleger van het feit zelf betreffen, de rechter het opleggen van straf niet aangewezen kan achten. Door het opnemen van een rechtvaardigingsgrond echter, zoals in dit wetsvoorstel, beschrijft de wetgever een bepaalde categorie gedragingen die onder de door hem aangegeven omstandigheden niet onder het bereik van de algemene norm vallen. Dit laat onverlet dat de norm in ieder geval onverkort in stand blijft voor degenen die niet in de hoedanigheid van arts hebben gehandeld. Tegen deze achtergrond zien wij voldoende aanleiding voor het handhaven van de algemene norm in het Wetboek van Strafrecht. Wij wijzen erop dat de constructie van het handhaven van een algemene strafbaarstelling in het Wetboek van Strafrecht met een specifieke uitzondering voor de juiste uitoefening van een speciale functie (de raad voor de kindbescherming) of in het kader van de uitvoering van zorgvuldige hulpverlening bij voorbeeld ook is opgenomen de strafbaarstelling van artikel 280 Wetboek van Strafrecht (onttrekking van minderjarigen aan het ouderlijk gezag).

Met de opmerking van de leden van deze fractie dat «(w)anneer een arts in en concrete individuele situatie zich in een conflict van plichten bevindt, hij een beroep op noodtoestand (kan) doen en zal er geen rechter zijn die hem veroordeelt, zo het al ooit tot een vervolging komt», geven deze leden de essentie aan van de aanwezigheid van de rechtvaardigingsgrond: overmacht in de zin noodtoestand. Het opnemen van deze bijzondere strafuitsluitingsgrond betekent dat steeds per geval zal moeten worden gezien of de vereiste zorgvuldigheid in acht is genomen. Dit geschiedt door bij wet ingestelde toetsingscommissies aan de hand van wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidscriteria. Een toetsing, waarbij aandacht wordt besteed aan medische, ethische en juridische aspecten van het handelen van de arts en welke leidt tot een deskundigenoordeel. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen, brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg,

die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. Het behoort tot de exclusieve taak van de officier van justitie om zich bij het nemen van de vervolgingsbeslissing af te vragen of aannemelijk is dat de rechter na de afsluiting van het onderzoek op de terechtzitting tot de conclusie zal komen dat de strafuitsluitingsgrond aanwezig is. Zoals wij hierboven uiteengezet hebben, betekent het feit dat de commissies een belangrijke rol vervullen, niet dat zij voor de vaststelling van de aanwezigheid van een strafuitsluitingsgrond de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen. In de gevallen die met goedvinden van het College van procureurs-generaal worden vervolgd, is het oordeel over de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond uiteindelijk aan de rechter voorbehouden.

Voor degenen die geen beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 293, tweede lid kunnen doen, omdat zij de noodzakelijke hoedanigheid van arts niet bezitten, resteert de mogelijkheid om een beroep te doen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Wij kunnen evenmin op voorhand uitsluiten dat een arts wiens beroep op de toepasselijkheid van de bijzondere strafuitsluitingsgrond faalt, zich alsnog op overmacht in de zin van artikel 40 (bij voorbeeld door middel van een beroep op overmacht als schulduitsluitingsgrond) kan beroepen. Over de kans dat een dergelijk beroep gehonoreerd zal worden is los van een concrete casus in zijn algemeenheid geen uitspraak te doen. Anders dan de leden van de CDA-fractie zijn wij van oordeel dat artikel 40 Sr. zijn gebruikelijke functie als algemene strafuitsluitingsgrond kan behouden.

De leden van de CDA-fractie verzochten, onder verwijzing naar antwoorden op schriftelijke vragen (aansluitend van de Handelingen II 1998–1999, nrs. 526, 762 en 837) om een nader standpunt inzake activiteiten van zogenoemde «zelfmoord-adviseurs» van de Stichting De Einder. In bovengemelde antwoorden op kamervragen hebben wij aangegeven de hulpverlening die door de stichting De Einder wordt aangeboden, ongewenst te vinden, gelet op het ontbreken van strikte criteria zoals bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. De hulpverlening door de stichting De Einder gebeurt niet door artsen en betreft geen handelingen op het terrein van de geneeskunst, zodat gezondheidszorgwetgeving op deze vorm van hulpverlening niet toepasselijk is.

Op grond van artikel 294 Wetboek van Strafrecht (Sr) is strafbaar «Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft...». Uit de tekst van artikel 294 Sr en uit de doctrine dienaangaande volgt dat behulpzaamheid bij zelfmoord alleen dan strafbaar is indien het gaat om daadwerkelijke hulp of instructie tijdens het plegen van de zelfmoord, en het overlijden het directe gevolg is van de geboden hulp. Daaraan voorafgaande vormen van hulp, zoals het voeren van gesprekken, het bieden van morele steun, bijvoorbeeld het enkel aanwezig zijn bij het plegen van zelfmoord, of het doen van louter informatieve mededelingen, kunnen niet als strafbare behulpzaamheid bij zelfmoord worden beschouwd. Dit werd door de Hoge Raad bevestigd in het arrest van 5 december 1995 (NJ 1996, 322). Algemene informatie of een advies in algemene zin krijgt het karakter een instructie, indien deze is gericht op een concrete handeling of vaardigheid, gekoppeld aan de uitvoering ervan en komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt. Met het oog op deze grens tussen strafbaar en niet strafbaar handelen is en blijft het openbaar ministerie alert op door deze en andere organisaties ontplooiende activiteiten.

Wij zien evenwel geen aanleiding wijziging te brengen in de geldende strafrechtelijke norm op dit punt.

Met betrekking tot informatieverspreiding via internet merken wij, onder verwijzing naar de antwoorden op de vragen van de leden van de CDA-fractie, Atsma en Rietkerk, over hooligans, rellenbanden en internet-activiteiten van 3 april jl. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, Aanhangsel, nr. 1028) op, dat aanpassing van wetgeving nog niet noodzakelijk is gebleken. Het kabinet heeft zich op het standpunt gesteld dat de huidige strafbepalingen van het Wetboek van Strafrecht dusdanig zijn geformuleerd dat zij ook op feiten gepleegd op het internet kunnen worden toegepast. Degene die bepaalde uitingen op het internet plaatst, kan onder omstandigheden worden vervolgd en bestraft als dader of medeplichtige. Los van de vraag op welke wijze de informatie over zelfdoding, door middel van een boek, brochure of via het internet is verspreid, blijft evenwel voor de onderhavige kwestie het meest klemmen dat een causaal verband tussen het verstrekken van de informatie en het intreden van het gevolg nog niet is kunnen worden vastgesteld. Zoals wij hierboven, onder 1. Inleiding, al hebben opgemerkt, hecht het kabinet grote waarde aan het, in artikel 7 van de Grondwet beschermde, grondrecht informatie van welke aard ook te verspreiden en is het terughoudend om de verspreiding van informatie bij wet in te perken. De onwenselijkheid van bepaalde informatieverstrekking, zoals door Stichting de Einder of via internet, doet hieraan niet af.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts, mede en vooral in relatie tot het voorliggende wetsvoorstel, over de uitkomsten van het Nationaal Scholierenonderzoek 1996 van het NIBUD, waaruit blijkt dat 22% van de schoolgaande jongeren eraan heeft gedacht om uit het leven te stappen en dat 6% ooit een of meer serieuze pogingen heeft gedaan om een eind aan het leven te maken.

De problematiek van sommige schoolgaande jongeren, waaraan in het onderzoek van het NIBUD aandacht wordt besteed, is van een andere orde dan die waar het onderhavige wetsvoorstel betrekking op heeft. Het wetsvoorstel gaat uit van ernstig zieke patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en waarbij onder stringente zorgvuldigheidsvoorwaarden door een arts levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding kan plaatsvinden. De problematiek die schoolgaande jongeren betreft, heeft veelal te maken met bijvoorbeeld hun onzekerheid ten aanzien van het leven en hun eigen kennen en kunnen, met niet voldoende aandacht en liefde krijgen, met moeilijke gezinsomstandigheden, met verslaving, kortom met hun gevoel het leven in hun complexe omgeving reeds bij het begin niet aan te kunnen. Deze jongeren krijgen in veel gevallen geen hulp of vragen daar ook niet om, en kunnen naar hun gevoel bij slechts weinigen of bij niemand terecht met hun problemen.

Dan komt het verlangen om zelfmoord te plegen wel eens naar boven, dikwijls niet zozeer met de wens om werkelijk uit het leven te stappen, maar vooral als signaal voor hulp bij hun zoeken naar de juiste weg in hun nog jonge leven. Als zij hulp krijgen of bij iemand met hun problemen terecht kunnen, kunnen zij al of niet met begeleiding veelal weer op het juiste spoor worden gebracht. In de meeste gevallen zijn voor deze jongeren, die dikwijls nog niet meerderjarig zijn, opvang en behandelingsmogelijkheden aanwezig. Het wetsvoorstel is op deze situaties niet van toepassing. De uitkomsten van het onderzoek, waarnaar de leden van de CDA-fractie refereerden, is voor ons een signaal in de richting van aandacht voor problematiek waar jongeren mee kunnen worden geconfronteerd, maar wij zien geen directe relatie tussen deze problematiek en het voorliggende wetsvoorstel.

De leden van de D66-fractie vragen naar het oordeel over het pleidooi van prof. Sutorius voor het opnemen van een vervolgingsuitsluitingsgrond voor artsen die naar het oordeel van de toetsingscommissie zorgvuldig

hebben gehandeld. Dit heeft gevolgen voor het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie; het doet daaraan namelijk af.

Deze stap heeft het kabinet niet willen zetten. Bewust is de mogelijkheid opengehouden om, ook na een positief oordeel van de toetsingscommissie alsnog een strafrechtelijk onderzoek in te stellen, indien daartoe voldoende aanleiding bestaat. Indien een positief oordeel van de regionale toetsingscommissie ertoe zou leiden dat het openbaar ministerie in een dergelijke zaak geen recht tot strafvordering meer zou hebben en dus ook geen onderzoek meer mag bevelen, ontstaat de situatie dat het positieve oordeel over de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond niet meer aan te tasten valt. De strafrechtelijke waardering zou daarmee feitelijk aan de commissies zijn overgedragen. Hiervan is in het voorliggende voorstel geen sprake en dat verkiezen wij zo te houden. De voorgestelde regeling gaat er weliswaar van uit dat met een positief oordeel van de commissie in het overgrote deel van de gevallen ook een definitief oordeel over de gedraging van de arts is gegeven, maar zij sluit strafrechtelijk optreden niet per definitie uit. Dat zou wel het geval zijn bij het opnemen van de vervolgingsuitsluitingsgrond. Wij menen dat met het formuleren van de strafuitsluitingsgrond een verantwoord evenwicht is gevonden tussen het belang van de arts bij een spoedige en deskundige beoordeling van zijn gedrag en het terugbrengen van de onzekerheid dienaangaande enerzijds en het belang van de waarheidsvinding in het geval dat een strafrechtelijk onderzoek gewenst is anderzijds.

Het instellen van een opsporingsonderzoek nadat de toetsingscommissie reeds een positief oordeel heeft gegeven, behoeft geenszins te betekenen, dit in antwoord op een vraag hierover van de D66-fractie, dat de toetsingscommissie haar werk niet goed zou hebben verricht. Aanleiding tot een opsporingsonderzoek zal voor de officier van justitie gelegen kunnen zijn in een gefundeerde aangifte die door de bevindingen van de toetsingscommissie, waarover de officier van justitie ingevolge artikel 10, tweede lid, kan beschikken, niet aanstonds wordt weerlegd. Afgaande op de ervaringen van de afgelopen tien jaar achten wij de hier bedoelde situatie overigens overwegend theoretisch denkbaar.

Bij de onregelmatigheden waarop de gemeentelijke lijkschouwer kan stuiten naar aanleiding van een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, moet gedacht worden aan de situatie dat aanmerkelijke twijfel ontstaat of wel sprake was van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en niet van levensbeëindiging zonder verzoek. Of aan het geval dat de toestand waarin de gemeentelijke lijkschouwer de overleden patiënt aantreft, in het geheel niet overeenkomt met het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de betekenis die in dit wetsvoorstel daaraan wordt toegekend.

De eisen voor deskundigheid van de gemeentelijk lijkschouwer zullen, dit in antwoord op een volgende vraag van de D66-fractie, bij algemene maatregel van bestuur op grond van de Wet op de lijkbezorging worden vastgesteld. Bij de opstelling van de kwaliteitseisen waaraan gemeentelijk lijkschouwers moeten voldoen zal de expertise worden gebruikt van de werkgroepleden, die het rapport «Forensisch geneeskunde, een nieuwe praktijk» hebben opgesteld, welk rapport op 4 november 1999 aan voorzitter van de Tweede Kamer is gezonden (brief nr. 793047/599/BS, handelingen II 1999/2000, blz. 25–1906). Wij hopen nog dit kalenderjaar met een voorstel terzake te kunnen komen.

Zoals wij hierboven al hebben aangegeven, kan een ieder die kennis draagt van een begaan strafbaar feit daarvan aangifte doen. Uit het voorgaande volgt dat ook rechtspersonen bevoegd zijn tot het doen van aangifte. De leden van de D66-fractie vroegen of daardoor niet het gevaar ontstaat dat stichtingen die tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn, in veel gevallen aangifte zullen doen om het instellen van een opsporingson-

derzoek te bevorderen. Hoewel het een ieder vrij staat om aangifte te doen van een strafbaar feit, is het aan de officier van justitie te beoordelen of hij voldoende aanleiding ziet om een strafrechtelijk onderzoek te gelasten. Voorstelbaar is dat de enkele mededeling dat naar de opvatting van een dergelijke stichting ten onrechte euthanasie is gepleegd, zonder dat in concreto is aangegeven in welk opzicht aan de zorgvuldigheidsvereisten afbreuk is gedaan, onvoldoende aanleiding is tot het begin van strafrechtelijk onderzoek.

Met betrekking tot hun vragen over het niet doorzenden van het oordeel van de toetsingscommissies naar het openbaar ministerie en het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie, verwijzen wij de leden van de GroenLinks-fractie naar onze uiteenzetting hierboven naar aanleiding van gelijklopende vragen van de leden van de fracties van de RPF en het GPV.

In antwoord op vragen van de D66-fractie hebben wij voorts aangegeven dat wij de mogelijkheid, zoals door de leden van GroenLinks aangehaald, dat het openbaar ministerie tot vervolging wil overgaan nadat de toetsingscommissie reeds een positief oordeel heeft gegeven, overwegend theoretisch denkbaar achten. Waar het om gaat is voor ogen te houden dat de voorgestelde regelgeving het principiële uitgangspunt onverlet laat, dat het openbaar ministerie over de vraag of een opsporingsonderzoek wordt ingesteld en of terzake van een strafbaar feit vervolging moet worden ingesteld, te allen tijde het laatste woord heeft.

De vragen van de leden van de GroenLinks-fractie naar de mogelijkheid van het geven van een garantie door het openbaar ministerie dat geen vervolging wordt ingesteld na een positief oordeel van de regionale toetsingscommissie komen materieel neer op de vraag naar de wenselijkheid van het opnemen van een vervolgingsuitsluitingsgrond zoals hiervoor besproken naar aanleiding van een vraag van de D66-fractie. De leden van de GroenLinks-fractie opperden voorts nog de mogelijkheid van het stellen van een termijn binnen welke het openbaar ministerie na het positieve oordeel van de toetsingscommissie tot een opsporingsonderzoek zou kunnen besluiten dan wel het opnemen van de voorwaarde dat het openbaar ministerie daartoe kan overgaan na het ontvangen van een derde. Het formaliseren van beide mogelijkheden spreekt ons niet aan. Het stellen van een termijn kan ongelukkige gevolgen hebben indien duidelijke aanwijzingen van onregelmatigheden na het verstrijken van de termijn ter kennis van het openbaar ministerie komen. Bij voorbeeld in het geval dat blijkt dat een arts in een ander geval grote onzorgvuldigheid heeft betracht en waarbij blijkt dat deze mogelijk in voorafgaande gevallen opzettelijk is verhuld. De aanwezigheid van een aangifte behoeft, zoals hiervoor uiteen is gezet, niet altijd te leiden tot het begin van een opsporingsonderzoek.

De vaststelling van de SP-fractie, dat de meeste gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding nog niet worden gemeld, kunnen wij in zijn algemeenheid bevestigen noch ontkennen. Naar aanleiding van het evaluatie-onderzoek naar de meldingsprocedure waarvan het rapport getiteld: «Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk van de meldingsprocedure», in november 1996 werd uitgebracht, besloot het vorige kabinet om de toetsing achteraf in eerste instantie, dat wil zeggen voordat het openbaar ministerie beslist over al dan niet vervolgen, meer op medisch-professionele leest te schoeien (kamerstukken II, 1996/1997, 23 877, nr. 13). Toetsing door multidisciplinair samengestelde commissies, naast of voorafgaande aan juridische procedures, werd in het evaluatie-onderzoek genoemd als aanknopingspunt voor verbetering om de doelstellingen van de bestaande meldingsprocedure te realiseren (zie blz. 238

van het evaluatierapport). Voorts merkte de Begeleidingscommissie naar aanleiding van de onderzoeksresultaten op dat een minder directe dreiging van een strafrechtelijke vervolging, in combinatie met een intensivering van de toetsing in het kader van de eigen beroepsgroep, de meldingsbereidheid van artsen zou kunnen vergroten. Zoals bekend hebben deze overwegingen geleid tot invoering van de thans fungerende regionale toetsingscommissies. Van verschillende kanten, onder meer door de KNMG en de NVVE, werd destijds de verwachting uitgesproken, dat de toegevoegde waarde van toetsingscommissies en in samenhang daarmee de verwachte toeneming van het aantal meldingen beperkt blijven, zolang dit handelen van artsen strafbaar zou blijven. Deze organisaties zijn sindsdien ook blijven aandringen op aanpassing van de strafrechtelijke norm. Het toenmalige kabinet besloot evenwel op dat moment (nog) niet de aanpassing van de ter zake geldende strafbepalingen te bevorderen.

Sinds de invoering van de meldingsprocedure in 1990 is het aantal meldingen steeds toegenomen.

Op het aantal meldingen sinds 1 november 1998, het moment waarop de huidige meldingsprocedure van kracht is geworden, zijn wij hierboven reeds ingegaan onder 1. Inleiding. Het meldingspercentage was blijkens het evaluatie-onderzoek in 1995 inderdaad minder dan de helft. Voor een actuele uitspraak over de meldingsbereidheid, uitgedrukt als het percentage meldingen ten opzichte van het werkelijk aantal gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, is het nodig een langere periode gedurende welke de toetsingscommissies functioneren, in ogenschouw te nemen. Tevens is voor een adequaat antwoord op deze vraag gericht nader onderzoek nodig. Op de aard van en het moment voor zodanig onderzoek zijn wij hierboven op verscheidene plaatsen in deze nota reeds ingegaan. Wij mogen deze leden naar die uiteenzettingen verwijzen.

Hoewel wetenschappelijk onderzoek naar het functioneren van de toetsingscommissies dus nog niet heeft plaatsgehad, zijn de eerste ervaringen met deze commissies positief te noemen, zo blijkt ook uit het eerste jaarverslag van deze commissies, dat is toegezonden aan de Tweede en Eerste Kamer bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337 (handelingen II 1999/2000, blz. 73-4908).

Gelet hierop hebben wij er vertrouwen in dat de gewenning aan de meldingsprocedure verder zal toenemen indien de voorgestelde toetsingscommissies langere tijd hebben gefunctioneerd. Wij menen voorts dat de meldingsbereidheid zal worden bevorderd door de voorgestelde beperking van de strafbaarheid voor artsen die zich aan de zorgvuldigheidseisen houden; wij zien dit als juridisch sluitstuk van de regelgeving inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Indien een arts levensbeëindiging of verzoek en hulp bij zelfdoding niet als zodanig meldt overeenkomstig het bepaalde in de Wet op de lijkbezorging, pleegt hij valsheid in geschrifte. Voorts loopt hij het risico te worden vervolgd ter zake van een levensdelict, indien zijn handelen langs andere weg bekend wordt, bijvoorbeeld doordat de familie of naasten van de patiënt, andere hulpverleners of bijvoorbeeld de directie van een zorginstelling, vraagtekens zetten bij het overlijden van de patiënt en een onderzoek wordt ingesteld.

Overigens kan van een afdwingen van de meldingsplicht, zoals door deze leden geopperd, geen sprake zijn.

Het wetsvoorstel voorziet in de vastlegging van zorgvuldigheidscriteria die in acht genomen moeten worden en het vergroot aldus de rechtszekerheid van artsen. Daarnaast voorziet het wetsvoorstel in een toetsing door deskundigen, onder wie een medicus, welke toetsing, indien het handelen zorgvuldig wordt geoordeeld, ertoe leidt dat niet langer een als incriminerend ervaren justitiële toets volgt.

Wij gaan ervan uit dat onzekerheid over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, bij de arts kan worden weggenomen door zijn overleg met de consulent en desgewenst met andere hulpverleners. Juist de consultatie is erop gericht aan de hand van de zorgvuldigheidseisen na te gaan of de arts al tot een verantwoorde beslissing over inwilliging van het verzoek kan komen. Met name het SCEN-project zal naar onze mening kunnen bijdragen aan de professionalisering van de consultatie en daarmee aan de naleving van de zorgvuldigheidseisen. Deze leden vroegen tenslotte, waarin de rechtszekerheid bestaat die dit wetsvoorstel patiënten biedt. De voorwaarden die dit wetsvoorstel verbindt aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging waarborgen, dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten. Voorts biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid gehoor te geven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Deze mogelijkheid kan evenwel nooit worden uitgelegd als een recht op levensbeëindiging of, zoals deze leden het uitdrukten, het recht om gedood te worden.

ARTIKELSGEWIJS

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom in de onderdelen b en c niet wordt gesproken van «op diens eigen verzoek». Artikel 1 is een definitiebepaling. In onderdeel b. wordt slechts vastgelegd dat onder hulp bij zelfdoding in dit wetsvoorstel hetzelfde wordt verstaan als de gedraging, omschreven in artikel 294 Wetboek van Strafrecht. Dezelfde betekenis heeft het begrip hulp bij zelfdoding in onderdeel c. Het vereiste van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf voor het strafeloos toepassen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, komt tot uitdrukking in artikel 2 betreffende de zorgvuldigheidseisen. In onderdeel c. wordt vastgelegd welke arts wordt bedoeld indien in het onderhavige wetsvoorstel wordt gesproken van «de arts». Het begrip «behandelend arts» is, dit in reactie op een opmerking van de leden van de PvdA-fractie, een begrip dat wordt gebruikt in de Wet op de lijkbezorging. Daarop zien de definities, opgenomen in artikel 1, niet.

De leden van de VVD-fractie wijdden een beschouwing aan de definitie van euthanasie en vroegen ons om een reactie. Dit wetsvoorstel strekt ertoe de voorwaarden te bepalen, waaronder – onder meer – het handelen zoals omschreven in artikel 293 Wetboek van Strafrecht, niet langer strafbaar is. Uitgangspunt voor de definitie van euthanasie is dan ook de wettelijke omschrijving: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Uit het woord opzettelijk vloeit voort dat sprake moet zijn van de intentie om te doden. Deze intentie ontbreekt bij het niet instellen of staken van een behandeling op verzoek van de patiënt, het afzien van medisch zinloos handelen en het bestrijden van pijn of symptomen, ook als de arts er rekening mee houdt dat dit het levenseinde van de patiënt waarschijnlijk bespoedigt. Laatstgenoemde handelwijzen worden niet tot euthanasie gerekend en behoren tot het normaal medisch handelen.

De leden van de fracties CDA en D66 hebben gewezen op het ontbreken van een nadere aanduiding van het begrip «patiënt» in het wetsvoorstel.

Naar ons oordeel is voldoende duidelijk dat met «patiënt» wordt bedoeld degene die het verzoek doet om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Opneming van het begrip «patiënt» bij de definities in artikel 1, zoals door deze leden bepleit, achten wij dan ook niet nodig.

Ook de personen zoals aangeduid in het advies inzake suïcide van de Gezondheidsraad uit 1986, waaraan de leden van de D66-fractie refereerden, kunnen patiënt zijn als bedoeld in de WGBO. De vraag evenwel of een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van hen, «die aan een bepaalde vorm van lichamelijk of psychisch lijden bloot staan, en op grond daarvan redenen kunnen hebben de dood boven het leven te verkiezen», kan worden ingewilligd, dient in het licht van het onderhavige wetsvoorstel te worden beantwoord aan de hand van de omstandigheden van het concrete geval en in het bijzonder aan de hand van de vraag of in casu sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Artsen zullen zoveel mogelijk proberen mensen met vragen rond hulp bij zelfdoding op te vangen en bij te staan. Vermoedt de arts dat er sprake is van psychische stoornissen, dan wordt meestal de hulp ingeroepen van een psychiater. Deze psychiater zal zich in eerste instantie richten op bespreking van de achtergronden van het verlangen naar de dood en op een adequate behandeling van een eventuele psychische stoornis. Blijft er ook na een adequate behandeling sprake van een doodswens en zijn er geen verdere therapeutische mogelijkheden meer voorhanden, dan is het in zeer bijzondere omstandigheden denkbaar dat aan de zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding kan worden voldaan. In de praktijk komt dit echter slechts zelden voor.

Deze leden vroegen voorts om gegevens over het aantal zelfdodingen, de gebruikte methoden, de onderverdeling in sekse en leeftijdscategorieën. Het aantal suïcides in Nederland blijft de laatste jaren constant. In 1998 pleegden 1519 personen suïcide. Uitgedrukt in relatieve cijfers vinden er jaarlijks per 100 000 vrouwen 6,5 suïcides plaats. Voor mannen is dat 13,1 per 100 000. Het risico om te overlijden aan suïcide neemt toe met de leeftijd. In de leeftijdscategorie van 0 tot 14 jaar vinden er jaarlijks per 100 000 0,1 suïcides plaats. Bij de 15–24 jarigen is dat 2,5 en dat loopt vervolgens op tot 25,7 suïcides per jaar per 100 000 bejaarden van 75 en ouder. De meest gebruikte suïcidemethodes zijn ophanging, verwurging en van een gebouw of voor de trein springen.

Qua sekse en leeftijdsverdeling sluit het Nederlandse beeld aan bij dat in andere West-Europese landen. Het aantal suïcides is in vergelijking met de ons omringende landen echter relatief laag. Suïcidepreventie vindt in Nederland vooral plaats door de algehele kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Aandacht voor de medemens in psychische nood achten wij van het allergrootste belang.

De leden van de D66-fractie vroegen hoe wij staan tegenover het initiatief van de Stichting Vrijwillig Leven.

Blijkens de door deze stichting uitgegeven Beleidsnota is de stichting voornemens om met de oprichting van zogenoemde Steunpunten Vrijwillige Levensbeëindiging «een voorziening te treffen waar mensen advies, hulp en middelen kunnen krijgen». Wij achten de voorgenomen hulpverlening van de stichting ongewenst, voor zover daarbij niet de strikte zorgvuldigheidseisen voor euthanasie en hulp bij zelfdoding in acht worden genomen die in de jurisprudentie zijn geformuleerd en welke ten grondslag liggen aan dit wetsvoorstel.

Daadwerkelijke verschaffing van hulp en middelen tot zelfdoding anders dan door een arts onder de voorwaarden gesteld in het onderhavige wetsvoorstel, blijft strafbaar. Voor strafbare hulp bij zelfdoding moet er sprake zijn van het verstrekken van middelen of het geven van instructies tijdens de uitvoering van de zelfdoding, kortom een actieve vorm van behulp-

zaamheid. Gelet op de delictsomschrijving van artikel 294 Wetboek van Strafrecht, is voor een veroordeling op basis van dit artikel noodzakelijk dat in een concreet geval het overlijden het directe gevolg is van de geboden hulp. Voor zover de Stichting Vrijwillig Leven voornemens is dergelijke hulp te verlenen, achten wij dit, zoals gezegd, ongewenst. Het openbaar ministerie zal alert zijn op signalen die erop zouden wijzen dat er bij de activiteiten die het steunpunt ontplooit, sprake is van strafbare gedragingen.

Het geven van algemene informatie over zelfdoding daarentegen valt niet onder de delictsomschrijving van artikel 294 Wetboek van Strafrecht en is niet in strijd met de wet. Wij achten het op zichzelf niet onverantwoord dat algemene informatie over zelfdoding vrij toegankelijk is. Er is naar ons oordeel geen aanleiding om dit soort informatie te verbieden. Het grondrecht informatie van welke aard dan ook te verspreiden, wordt ingevolge artikel 7 Grondwet naar inhoud slechts beperkt door bij wet bepaalde verboden. Het kabinet hecht grote waarde aan dit grondrecht en is terughoudend om de verspreiding van informatie bij wet in te perken. Wel achten wij het van groot belang dat zodanige informatie genuanceerd is en voldoende een verwijfsfunctie naar de hulpverlening bevat.

De intensivering van pijn- en symptoombestrijding geschiedt, dit in reactie op vragen van leden van de SP-fractie, altijd en vooreerst om het lijden van de patiënt te verlichten en behoort als zodanig tot het domein van het normaal medisch handelen ook wanneer de arts er rekening mee houdt dat de patiënt daardoor eerder zal overlijden. Het bespoedigen van het overlijden is hierbij niet het doel, maar een niet als zodanig beoogd gevolg van het medisch handelen. Indien de toediening van middelen tot pijn- of symptoombestrijding zou geschieden met het uitdrukkelijke doel om het levenseinde te bespoedigen en dit zou voorts geschieden op verzoek van de patiënt, dan kan gesteld worden dat sprake is van levensbeëindiging op verzoek, maar met daartoe binnen de medische professie als niet-geschikt beschouwde middelen. Betwijfeld moet in dat geval worden of zodanig handelen bij toetsing achteraf als zorgvuldig kan worden aangemerkt, gelet op de eisen die ingevolge het wetsvoorstel aan levensbeëindiging op verzoek worden gesteld, met name de eisen betreffende consultatie en medisch zorgvuldige uitvoering.

Indien een arts een behandeling staakt of niet instelt op verzoek van een patiënt, betreft het normaal medisch handelen, ook al zou die behandeling levensverlengend zijn geweest. Eveneens is er sprake van normaal medisch handelen, indien een behandeling wordt gestaakt of niet ingesteld, omdat deze medisch zinloos wordt geacht. Bij «versterven» gaat het om de beslissing tot het niet instellen of staken van het kunstmatig toedienen van voedsel en vocht. Dit is een medische beslissing in het zicht van het levenseinde, die de arts neemt wanneer duidelijk is dat een patiënt weigert om voedsel en vocht tot zich te nemen of wanneer de arts anderszins van oordeel is dat het toedienen van voedsel en vocht langs kunstmatige weg medisch gesproken zinloos is. Ook een dergelijke beslissing zal door de arts worden genomen conform de bestaande medische standaard.

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2, eerste lid

Algemeen

Met betrekking tot de formulering van de zorgvuldigheidseisen meenden zowel de leden van de PvdA-fractie als de leden van de VVD-fractie en de D66-fractie dat het onderhavige wetsvoorstel meer dan het initiatiefvoorstel uitgaat van de subjectieve beoordeling van de situatie door de arts dan van een gezamenlijke afweging van arts en patiënt. Dit, zo benadrukken wij, is niet het geval. Een verschil in formulering is er alleen in artikel 2, eerste lid, onderdeel a, waarin als voorwaarde is opgenomen dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Dit is het – wetstechnische – gevolg van opnemings van deze zorgvuldigheidseisen bij de overige zorgvuldigheidseisen in dit artikel. In het initiatiefvoorstel was deze zorgvuldigheidseis opgenomen in de formulering van de strafuitsluitingsgrond in artikel 293, vierde lid. Er is geen andere besluitvorming beoogd en van een «belangrijke verandering», zoals de leden van de D66-fractie stelden, is naar onze mening geen sprake.

Inderdaad gaat het, zoals de leden van de PvdA-fractie stelden, altijd om een gezamenlijke beslissing van arts en patiënt in goede samenspraak, waarbij de arts de patiënt op professionele wijze benadert en serieus neemt. Wij willen de indruk, die de leden van de VVD-fractie hebben als zou de patiënt aan de arts overtuigend bewijs moeten presenteren, wegnemen. Teneinde de verantwoordelijkheid van de arts om, alvorens een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, zich ervan te vergewissen dat werkelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, verkiezen wij evenwel de thans voorgestelde formulering boven de formulering als door de leden van de D66-fractie gesuggereerd. Met name wat betreft de ondraaglijkheid van het lijden, dat zoals gezegd door iedere patiënt anders wordt ervaren, als wat betreft de weloverwogenheid van verzoek kan de arts niet anders tot zijn beslissing om het verzoek in te willigen komen, dan in samenspraak met zijn patiënt. In de formulering van het vereiste in onderdeel d. komt voorts de samenspraak met de patiënt meer nadrukkelijk tot uiting. Dit is ingegeven door het feit dat de uiteindelijke afweging, of er ter verlichting van het lijden van de patiënt geen redelijke andere mogelijkheid meer is, bij de patiënt ligt. Hij heeft het recht iedere behandeling te weigeren.

Van een aanscherping van de eisen is in het wetsvoorstel geen sprake, zo verzekeren wij de leden van de VVD-fractie. De eisen zijn materieel gelijk aan de eisen waaraan gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding reeds jarenlang worden getoetst door openbaar ministerie en – sinds 1 november 1998 – door de regionale toetsingscommissies euthanasie. Genoemde toetsing vindt sinds jaar en dag plaats aan de hand van de wettelijke norm en de uitleg die daaraan tot dusver in de jurisprudentie is gegeven. Mede in het licht van het initiatiefvoorstel hebben wij gemeend er goed aan te doen enkele aspecten van de zorgvuldigheidsvereisten welke uit de toepasselijke jurisprudentie zijn af te leiden, expliciet te vermelden. Dit betreft onderdeel c, betreffende de voorlichting aan de patiënt over diens situatie, en onderdeel d, betreffende de vaststelling dat er voor de patiënt geen redelijke andere oplossing was.

Nieuw in de formulering van de zorgvuldigheidseisen ten opzichte van het initiatiefvoorstel is het vereiste dat sprake was van een duurzaam verzoek en het vereiste dat de consultant de patiënt heeft gezien. Op deze aspecten gaan wij hieronder nader in.

De opmerking van de leden van de VVD-fractie dat de aard van de zorgvuldigheidseisen van elkaar verschilt, kunnen wij tot op zekere hoogte onderschrijven. Gesteld kan worden dat de eerste twee eisen, betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek, van een andere orde zijn dan de laatste twee, betreffende de consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering. De eerstgenoemde komen dicht bij wat een materiële normstelling voor gerechtvaardigde euthanasie en hulp bij zelfdoding zou kunnen worden genoemd, terwijl de laatstgenoemde eisen een meer formeel karakter hebben, gericht op procedurele zorgvuldigheid. Wij kunnen ons voorstellen dat een schending van eerstgenoemde eisen ernstiger moet worden opgevat dan een schending van laatstgenoemde eisen. Tegelijkertijd kan een tekortkoming in de procedurele sfeer ertoe leiden dat onvoldoende komt vast te staan of aan eerstgenoemde eisen wel is voldaan. Met andere woorden: ook procedurele eisen dienen volstrekt serieus te worden genomen.

De toetsingscommissie spreekt in haar gemotiveerde oordeel uit of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld en brengt, indien dit niet het geval is, haar oordeel ter kennis van het college van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Eerst dan komt de afweging aan de orde welke reactie op de door de commissie vastgestelde omissie van de arts, in de rede ligt. Bij deze afweging speelt uiteraard het gewicht dat aan de schending moet worden toegekend, een rol.

De leden van de VVD-fractie wezen voorts op het geval, waarin een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt die een wilsverklaring heeft opgesteld met het verzoek om levensbeëindiging, op het moment dat het verzoek zal worden ingewilligd, niet meer in staat is zijn verzoek te bevestigen. De voorgestelde regeling van de wilsverklaring brengt met zich mee dat deze situatie onder het onderhavige wetsvoorstel valt. Op de overige door de VVD-fractie in dit verband gestelde vragen betreffende de wilsverklaring, gaan wij hieronder, bij artikel 2, tweede lid, nader in.

Het heersend medisch inzicht is, dit in reactie op een vraag van de VVD-fractie, blijktens de jurisprudentie (HR 27 november 1984, NJ 1985, 106 en HR 21 oktober 1986, TvGr 1987/2) van belang voor de vaststelling dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Voor de uitzichtloosheid is – uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de ernstige situatie van de patiënt niet te verbeteren is. In de memorie van toelichting hebben wij voor wat betreft de betekenis en reikwijdte van het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden verwezen naar een uiteenzetting die de ambtsvoorganger van de eerste ondergetekende en de tweede ondergetekende daarover op 16 september 1994 aan de Tweede Kamer hebben gezonden (kamerstukken II 1994/95 23 877, nr. 1). Naar aanleiding van meer vragen die hierover in het verslag zijn gesteld, lichten wij dit vereiste hieronder nogmaals toe, bij artikel 2, eerste lid, sub b.

Naar aanleiding van de vragen van de leden van de fractie van GroenLinks betreffende de wilsbekwaamheid van de patiënt, merken wij op dat juist een arts de aangewezen is om te beoordelen of de patiënt voldoende beslisvaardig is. Het gaat er binnen een behandelrelatie in de eerste plaats om dat de patiënt uitspreekt waar hij mee zit en dat de arts ervoor zorgt dat de vragen en problemen die de patiënt bezig houden, bespreekbaar worden gemaakt. Indien de patiënt daarbij uiting geeft aan de wens tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, zal de arts zorgvuldig moeten nagaan of hetgeen de patiënt zegt, ook overeenstemt met wat hij wil. In de desbetreffende zorgvuldigheidseis is hiertoe bepaald dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat het verzoek vrijwillig en welover-

wogen was. In aanvulling op de uiteenzetting daarover in de memorie van toelichting merken wij op dat de wilsbekwaamheid van de patiënt tot uitdrukking komt zowel bij het aspect vrijwilligheid als bij het aspect weloverwogenheid.

Met betrekking tot de verslaglegging betreffende de consultatie verwezen de leden van de fractie van GroenLinks naar de opmerkingen van de KNMG naar aanleiding van het wetsvoorstel (Medisch Contact d.d. 22 oktober 1999, blz. 1452–1453). Ook de fracties van PvdA, VVD en D66 vroegen om meer duidelijkheid over de vraag welke eisen aan de vastlegging van de bevindingen van de consulent worden gesteld. Uit de voorgestelde formulering van de bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, in verband met artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging, volgt dat de arts in zijn beredeneerd verslag op de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen ingaat. Hij zal daarbij derhalve moeten aangeven dat, en op welke wijze, aan het vereiste van consultatie zoals omschreven in onderdeel e., is voldaan. Voorts mag van de consulent worden verwacht dat hij zijn oordeel schriftelijk vastlegt. Dit uitgangspunt hanteren ook de KNMG (Standpunt hoofdbestuur inzake euthanasie 1995, blz. 30) en de projectleiding SCEN. De consulent zal zijn oordeel moeten geven over de vraag of is voldaan aan de vereisten betreffende de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, de voorlichting aan de patiënt alsmede betreffende de vraag of er voor de patiënt geen redelijke andere oplossing was. Gelet op de reikwijdte van dit oordeel van de consulent en gelet op het belang van een eigen weergave van diens oordeel, menen wij bij nader inzien dat het nuttig is te vereisen dat de consulent zijn oordeel schriftelijk vastlegt. Wij stellen daarom voor dit vereiste bij nota van wijziging toe te voegen in onderdeel e. De inrichting van dit verslag zal overigens met het oog op de praktische toepassing nader worden uitgewerkt in overleg met de KNMG, de SCEN-projectleiding en met de toetsingscommissies euthanasie.

De leden van de SP-fractie stelden de vraag in hoeverre er sprake is van de vrijheid van de wil in verband met het gevaar dat zij zien dat vooral een gebrek aan goede zorgmogelijkheden er toe kan leiden dat eerder een verzoek om levensbeëindiging wordt gedaan.

Wanneer een arts van een patiënt een verzoek om levensbeëindiging krijgt, dan zal hij in de eerste plaats moeten overwegen vanuit welke achtergrond en met welke reden een patiënt hierom vraagt. Het zal nooit zo mogen zijn dat gebrek aan zorg, angst om alleen gelaten te worden of angst om anderen tot last te zijn, redenen zijn om tot toepassing van euthanasie over te gaan. Het kabinet heeft hierop reeds herhaaldelijk gewezen, ook in deze nota, en zal niet nalaten dit voortdurend te benadrukken. Een arts moet de motieven voor een verzoek tot euthanasie goed onderzoeken en wanneer genoemde angsten bij de patiënt de belangrijkste redenen zijn voor een verzoek tot euthanasie, dan zal de arts dit met de patiënt moeten bespreken en met hem bezien hoe deze zorgen en angsten weggenomen kunnen worden. De arts zal tot zijn besluitvorming moeten komen in lijn met de zorgvuldigheidseisen. Het kan niet zo zijn dat vanwege een verondersteld gebrek aan zorgmogelijkheden, normen voor de toepassing van euthanasie verruimd zouden kunnen worden. Het kabinet besteedt voortdurend aandacht aan een goede zorg voor de burgers en vanzelfsprekend ook voor de ouderen. Het beleid van het kabinet is er op gericht om zowel in instellingen als in de thuiszorg te zorgen voor voldoende zorgmogelijkheden. Ook in financieel opzicht zijn hiertoe, in overleg met het parlement, maatregelen genomen. Gelet op het bovenstaande zien wij geen verband tussen het garanderen van een menswaardige zorg voor alle ouderen en aanpassing van de regelgeving inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Met de fracties van de RPF en het GPV zijn wij van oordeel dat een regeling inzake euthanasie moet voorzien in objectieve criteria en dat deze toetsbaar en inzichtelijk dient te zijn. In antwoord op een vraag van deze fracties zijn wij van mening dat de voorgestelde zorgvuldigheidseisen, die onvermijdelijk abstract geformuleerd zijn, in hun onderlinge samenhang voldoende bestendig zijn en niet zullen leiden tot een steeds verdergaande versoepeling bij de aanvaarding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De zorgvuldigheidseisen zijn ontleend aan de jurisprudentie die in de afgelopen jaren terzake van deze problematiek is gevormd. Bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen heeft de rechter voor de feitelijke waardering van de situatie van de patiënt van aanvang af aansluiting gezocht bij het «wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen». De voorgestelde zorgvuldigheidseisen zijn dan ook congruent met de binnen de beroepsgroep geldende «professionele standaard». Zij zijn voorts sinds de totstandkoming van de meldingsprocedure in de praktijk goed bruikbaar gebleken voor de toetsing achteraf van meldingen.

De fracties van de RPF en het GPV vroegen voorts om een kwalificatie van de situatie dat één of meer zorgvuldigheidseisen niet is nageleefd. Ingevolge artikel 8, eerste lid, van dit wetsvoorstel beoordeelt de commissie op basis van het verslag van de arts of deze heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Op grond van artikel 9 van de regeling brengt de commissie een gemotiveerd oordeel uit. Hierdoor kunnen de beoordeling van verschillende aspecten van het handelen van de arts en de hieromtrent gemaakte afwegingen door de commissie, genuanceerd tot uitdrukking komen. Indien niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan maakt de commissie hiervan melding in haar gemotiveerde oordeel. Zij brengt dit oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts.

Daarbij zal de vraag of een strafrechtelijke dan wel tuchtrechtelijke reactie op het handelen of nalaten van de arts in de rede ligt, mede worden beantwoord aan de hand van de aard en omvang van het verwijtbare aspect van dat handelen of nalaten. Indien niet is voldaan aan het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering, waaraan de fracties van de RPF en het GPV refereerden, zal het op de weg kunnen liggen van de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg om het gedrag van de arts te (doen) redresseren, maar er kunnen ook omstandigheden zijn die met zich meebrengen dat het College van procureurs-generaal een strafrechtelijke interventie op zijn plaats acht. In de praktijk wordt over de te verkiezen weg overleg gepleegd tussen beide instanties. Samenloop van tuchtrecht en strafrecht is overigens in beginsel mogelijk.

De eigen verantwoordelijkheid van het openbaar ministerie voor de vervolgingsbeslissing brengt met zich mee dat het, mede aan de hand van het uitgebrachte oordeel in het concrete geval, het handelen van de arts toetst aan de geldende wettelijke norm en de daarop betrekking hebbende jurisprudentie. Het oordeel of het handelen van de arts valt binnen de bijzondere strafuitsluitingsgrond dan wel binnen de delictomschrijving van artikel 293, eerste lid of 294, eerste lid, Wetboek van Strafrecht, komt uiteindelijk toe aan het openbaar ministerie en aan de rechter aan wie de zaak in voorkomende geval wordt voorgelegd.

Sub a.

De fracties van GroenLinks, de PvdA, de VVD en D66 verzochten om een nadere toelichting met betrekking tot het vereiste van duurzaamheid van het verzoek. Hiermee is beoogd tot uitdrukking te brengen dat het moet

gaan om een herhaaldelijk geuite stervenswens. Een verzoek gedaan in een opwelling of naar aanleiding van een tijdelijke sombere periode, moet niet ingewilligd worden. Laatstbedoelde situatie wordt inderdaad mede voorkomen door het begrip weloverwogenheid, zoals ook werd aangegeven door de genoemde fracties. Weloverwogenheid veronderstelt een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht. Het verzoek zal in meer gesprekken tussen arts en patiënt diepgaand aan de orde moeten zijn geweest. Ook de consulent, dit in antwoord op een vraag van de VVD-fractie, zal moeten verifiëren of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. In de praktijk zal dit ertoe leiden dat het verzoek ten overstaan van de consulent herhaald, althans bevestigd wordt. Tegelijkertijd is niet aan te geven welke tijdsperiode dient te verstrijken alvorens een verzoek als duurzaam kan worden bestempeld. Dit hangt, zoals ook door deze fracties werd aangegeven, af van de omstandigheden van het concrete ziekteproces waarin de patiënt verkeerde.

Wij kunnen ons bij nader inzien vinden in de opvatting van deze fracties dat aldus het aspect «duurzaam» geacht kan worden deel uit te maken van het vereiste van weloverwogenheid. Wij stellen daarom voor bij nota van wijziging het vereiste van duurzaamheid als zodanig te schrappen. Opnemng van het vereiste dat sprake moet zijn van een herhaald verzoek, zoals door de leden van de PvdA-fractie gesuggereerd, achten wij, gelet op het bovenstaande, evenmin nodig.

De vraag, gesteld door de leden van de VVD-fractie, of gesproken kan worden van een duurzaam verzoek indien een patiënt die een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot zijn arts heeft gericht, in coma raakt voordat hij verzoek heeft kunnen herhalen, is in zijn algemeenheid niet te beantwoorden. Niet alleen hangt het van de concrete omstandigheden van het geval af of in een dergelijk geval de arts ervan overtuigd kan zijn, en ook bij toetsing achteraf kan worden vastgesteld, of het verzoek inderdaad voldeed aan de eisen die daaraan gesteld worden. Maar ook is het de vraag of de arts nog toekomt aan inwilliging van het verzoek. De alsdan ontstane situatie kan met zich meebrengen dat het intreden van een natuurlijke dood kan worden afgewacht, bijvoorbeeld omdat van lijden op dat moment geen sprake meer is.

De leden van de fractie van D66 verzochten om meer duidelijkheid omtrent de vaststelling van de vrijwilligheid van het verzoek. Er is geen vast richtsnoer voor een arts hoe na te gaan of een patiënt ten aanzien van zijn verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding onder druk is gezet. In de meeste gevallen kent de arts de patiënt en zijn omgeving wel zo goed dat hij weet op grond van welke redenen het verzoek tot stand is gekomen. Wanneer hij aarzelt over de werkelijke motieven van de patiënt zal hij daarover eerst duidelijkheid moeten verkrijgen, alvorens hij een beslissing kan nemen over het al of niet kunnen honoreren van het verzoek. Ook de consultatie van een onafhankelijk arts zal op dit punt meer helderheid kunnen brengen, bijvoorbeeld een consulent van het SCEN-project. In de training van SCEN-artsen wordt onder meer aandacht besteed aan gesprekstechnieken.

Op verzoek van de leden van de fractie van D66 gaan wij voorts graag nader in op de passage op bladzijde 9 van de memorie van toelichting, waar het betreft de situatie dat de arts gegronde aanleiding heeft om te twijfelen aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. In navolging van de opmerkingen van de KNMG erkennen wij dat een verduidelijking van de memorie van toelichting op dit punt wenselijk is. Zoals wij hierboven uiteengezet hebben, houdt de vrijwilligheid van een verzoek in dat dit zonder druk of invloed van anderen is geuit. Vrijwilligheid houdt voorts in het geestelijk vermogen om de wil vrij te bepalen. De

arts gaat na of de patiënt beslisvaardig is, waarbij hij er onder meer op let dat de patiënt ervan blijk geeft relevante informatie te kunnen bevatten, ziekte-inzicht te hebben en consistente overwegingen te hebben. Heeft de patiënt in het verleden bijvoorbeeld te maken gehad met een depressie, dan kan de arts de consulent verzoeken hierop extra bedacht te zijn, of een collega consulteren met een specifieke deskundigheid op dat punt. Is de arts, ook na consultatie, ervan overtuigd dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen was, dan is er – voor wat betreft dit vereiste – geen bezwaar tegen inwilliging van het verzoek. Melding en toetsing van de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding vinden dan plaats overeenkomstig dit wetsvoorstel.

Is evenwel vastgesteld door de behandelend arts of door de consulent, dat de oordeelsvorming van de patiënt ten gevolge van het concrete ziekteproces waarin hij zich bevindt, gestoord was, of indien aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van die oordeelsvorming door de arts of de consulent ernstig wordt getwijfeld, dan achten wij het uit oogpunt van zorgvuldigheid juist dat de arts, het levensbeëindigend handelen in dat geval meldt volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

Toetsing van deze gevallen volgens de procedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten betekent op zichzelf nog niet dat het levensbeëindigend handelen onzorgvuldig is geweest. De centrale beoordelingscommissie zal in de hier bedoelde gevallen door haar brede, en met specifieke deskundigheid toegeruste samenstelling, naar ons oordeel kunnen voorzien in een extra nauwkeurig advies aan het openbaar ministerie, dat vervolgens aan de hand van de alsdan geldende wettelijke norm en de jurisprudentie, zal beslissen of al dan niet vervolging wordt ingesteld.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV vroegen waarom voor het verzoek van patiënt niet is vereist dat dit schriftelijk is vastgelegd. Een dergelijke eis is in de jurisprudentie nooit gesteld. Aan de rechtszekerheid van de patiënt doet dit gegeven ons inziens geen afbreuk, aangezien de arts niet alleen in het beredeneerd verslag moet aangeven wanneer de patiënt het verzoek voor het eerst heeft geuit en wanneer hij dit heeft herhaald. Doorgaans tekent de arts ook in zijn medisch journaal aan wanneer hij met de patiënt over diens verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding heeft gesproken. Ook de consulent zal moeten nagaan of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Zoals wij hierboven al opmerkten, zal dit in de praktijk ertoe leiden dat het verzoek ten overstaan van de consulent herhaald, althans bevestigd wordt. Met betrekking tot de opmerking van deze leden over de bevindingen van de Commissie-Remmelink betreffende de gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek merken wij op, dat ons nimmer is gebleken dat artsen in een dergelijk gevallen in hun verslag hebben doen voorkomen dat wél sprake was van een verzoek. Wij hebben geen aanleiding te veronderstellen dat artsen een dergelijke handelwijze in de toekomst zouden volgen. Overigens merken wij op, dit in reactie op hetgeen deze leden naar voren brachten, dat de melding van levensbeëindigend handelen volgens de procedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten op zichzelf niet met zich meebrengt dat vervolging onontkoombaar is. Beoordeling van gemelde gevallen geschiedt aan de hand van de wettelijke norm en de uitleg die daaraan in de jurisprudentie is gegeven. Op dit uitgangspunt, alsmede op het opportuniteitsbeginsel, blijft het vervolgingsbeleid ook in de toekomst gebaseerd.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV vroegen, met verwijzing naar de memorie van toelichting waarin is aangegeven dat een verzoek vrijwillig is geuit «indien dit zonder druk of invloed van anderen op de patiënt is geuit», of er ooit sprake kan zijn van volledige vrijwilligheid.

Zoals wij reeds eerder in deze nota hebben aangegeven, is de behandelend arts meestal zo goed op de hoogte van de situatie van en rond de patiënt, dat hij weet op welke gronden en vanuit welke achtergrond de patiënt zijn verzoek doet. Een arts zal volstrekte duidelijkheid moeten hebben over de motieven van de patiënt die aan het verzoek ten grondslag liggen. Daarom kan het ook belangrijk zijn dat de arts de naasten van de patiënt kent, teneinde, in geval van twijfel, een schatting te kunnen maken van de houding van de naasten in relatie tot het verzoek van de patiënt.

De besluitvorming van de arts inzake de toepassing van euthanasie komt tot stand in samenspraak met de patiënt. In gesprekken over de situatie van de patiënt en diens vooruitzichten kan op enig moment euthanasie aan de orde komen. De patiënt zal dit onderwerp vrijwel altijd het eerst ter sprake brengen. De formulering van een patiënt kan echter ook zo zijn, dat een arts, teneinde duidelijkheid te verkrijgen over de soms verborgen en op een indirecte wijze naar voren gebrachte wensen van de patiënt, zelf het begrip euthanasie ter sprake brengt. De patiënt geeft dan als het ware een signaal. Het is begrijpelijk dat zoiets in het gesprek tussen arts en patiënt gebeurt. Een arts zal echter niet spoedig uit zichzelf de mogelijkheid van euthanasie opperen, hij dient met de patiënt de therapeutische mogelijkheden te overleggen en de patiënt te verzekeren dat alles gedaan zal worden om diens lijden te verlichten. Naar aanleiding van een uitspraak van de voorzitter van de toetsingscommissie voor de regio Arnhem, mevrouw Sorgdrager, in «Trouw» van 28 oktober 1999, vroegen deze leden of er nog sprake kan zijn van vrijwilligheid van een verzoek, wanneer opnamecapaciteit voor patiënten te kort schiet en de indruk ontstaat dat zij verzoeken om euthanasie omdat er naar hun gevoel nergens meer plaats is voor hen.

Een arts moet bij zijn besluitvorming over een verzoek om toepassing van euthanasie de achtergronden en motieven kennen van waaruit een patiënt tot zijn verzoek komt. Wanneer een arts de indruk heeft dat niet primair de gevolgen van het eigenlijke ziekteproces van de patiënt, maar de angst voor gebrek aan zorgmogelijkheden en de angst om anderen tot last te zijn, de werkelijke redenen zijn voor het verzoek tot euthanasie, dan moet dit voor een arts een signaal zijn. Hij zal dan nader met de patiënt over het verzoek moeten spreken, om duidelijkheid te verkrijgen over de vraag of er van onvrijwillige aspecten ten aanzien van het verzoek gesproken kan worden. Wanneer dat zo is, dan zal de aandacht zich op het verhelpen van die aspecten moeten richten.

Met betrekking tot de mogelijke regelgeving inzake euthanasie in België volgen wij, dit in reactie op een vraag van de RPF- en de GPV-fractie, de ontwikkelingen weliswaar met belangstelling, maar dit laat onverlet dat de eisen die volgens het onderhavige Nederlandse wetsvoorstel worden gesteld aan het verzoek van de patiënt, naar ons oordeel voldoende houvast bieden.

Op de vraag van de leden wanneer een psychische stoornis wilsonbekwaamheid tot gevolg heeft, zijn wij hierboven, naar aanleiding van een vraag van de D66-fractie, reeds ingegaan.

Sub b.

Met betrekking tot het vereiste dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vroegen verschillende fracties ons nader in te gaan op de keuze voor het begrip uitzichtloos en ondraaglijk in deze formulering. In beginsel hebben wij ervoor gekozen om de terminologie te handhaven, met behulp waarvan gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding worden beoordeeld sinds de invoering van de wettelijke meldingsprocedure op 1 juni 1994. Dit begrip is ook gangbaar geworden sinds het arrest van de

Hoge Raad van 21 juni 1994 (NJ 1994, 656) en het naar aanleiding daarvan vastgestelde vervolgingsbeleid (brief van de Minister van Justitie van 16 september 1994, kamerstukken II 1993/94 23 877, nr. 1). Van een verzwa- ring of versmalling van deze zorgvuldigheidseis, zoals de fracties van VVD en D66 veronderstelden, is dan ook geen sprake. Evenmin is een materieel inhoudelijk verschil ten opzichte van het in het initiatiefvoorstel gebezigde begrip «uitzichtloze noodsituatie» beoogd. Beide begrippen strekken ertoe de kern weer te geven van de omstandigheden waaronder in de jurispru- dentie tot dusver een beroep op overmacht is aanvaard.

In de memorie van toelichting hebben wij met betrekking tot het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden verwezen naar de hierboven genoemde brief van de Minister van Justitie van 16 september 1994 aan de Tweede Kamer naar aanleiding van het arrest in de zaak Chabot, en voorts naar het arrest van de Hoge Raad van 27 november 1984 (NJ 1985, 106). Naar aanleiding van hetgeen de fracties van de PvdA, de VVD, de SP, D66, het CDA, de RPF en het GPV over de formulering van dit vereiste naar voren hebben gebracht, gaan wij op deze plaats gaarne alsnog op de betekenis en reikwijdte van dit begrip in.

De vragen van de PvdA-fractie die betrekking hebben op het oordeel van de consulent en de verslaglegging dienaangaande beantwoorden wij overigens hieronder, onder Sub e.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voor zover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medi- sche ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen, zo blijkt uit de jurisprudentie. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood (zie met name HR 27 november 1984, NJ 1985, 106, Rb. Den Haag 21 juni 1985, TvGr (1985), nr. 6, p. 355-9 en Hof Den Haag 11 september 1986, TvGr (1997) nr. 1, p. 45-6).

Voor de *uitzichtloosheid* van het lijden is – uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzicht- loosheid geobjectiveerd. Als de vraag of het lijden kan worden opge- heven, door de behandelend arts ontkennend wordt beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Of zodanig perspectief bestaat, kan volgens geobjectiveerde medische maatstaven worden nage- gaan. Volgens de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG spelen de volgende drie elementen hier een rol. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resul- taten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Uitgaande van bovenstaande elementen is bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis uitsluitend ter verdere verzorging niet aan te merken als een reëel behandelingsperspectief.

Het is van belang om aan te geven wanneer er sprake is van een reëel behandelingsperspectief, omdat de Hoge Raad in zijn arrest van 21 juni 1994, NJ 1994, 656 (in rechtsoverweging.6.3.3.) heeft overwogen dat bij de beoordeling of sprake is van zó uitzichtloos en ondraaglijk lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, immers van belang is dat van zodanig uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan

zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de patiënt in volle vrijheid is afgewezen.

De *ondraaglijkheid* van het lijden dient voor de vraag of euthanasie mag worden toegepast evenzeer te worden vastgesteld, maar is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd. Daarnaast zal tijdsverloop bij de besluitvorming enige objectiverende werking kunnen hebben op de vaststelling dat sprake is van ondraaglijk lijden.

De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden achteraf komt, zo beantwoorden wij de vraag daarover van de SP-fractie, neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.

De begrippen uitzichtloos en ondraaglijk zijn, ook blijkens de bovengenoemde jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zij vormen elk een noodzakelijke, maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. De suggestie van de NVVE, waaraan de leden van de VVD-fractie refereerden, om deze begrippen alternatief te hanteren, wijzen wij dan ook af. Bij de toetsing van gemelde gevallen worden beide begrippen tot dusver ook te allen tijde in onderlinge samenhang gewogen.

Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt, zo beantwoorden wij vragen van de leden van de fracties van de VVD, het CDA en de SP. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met zijn leven, zoals de VVD-fractie het omschrijft. Deze leden doelen, zo begrijpen wij, op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf vast hebben gesteld dat voor voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood zouden willen verkiezen boven verder leven. Zoals wij hierboven al hebben aangegeven, gaan wij niet zover dat wij van mening zijn dat een ieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de mogelijkheid moet hebben om het leven te (doen) beëindigen. Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht besteed wordt aan een dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp kan schuilgaan.

De noodzaak om zelfzorg te verruilen voor verzorging door anderen kan, op zichzelf beschouwd, evenmin uitzichtloos en ondraaglijk lijden vormen. Dit in reactie op een vraag van de SP-fractie hiernaar. Maar dit vormt evenmin een reëel behandelingsperspectief, waarvan de afwijzing aan de inwilliging van een vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, in de weg behoeft te staan. Bij dit alles geldt, zo herhalen wij nogmaals, dat de feitelijke vaststelling dat sprake is van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, afhangt van de concrete omstandigheden in het individuele geval.

Voor de consultatie in een ziekenhuissituatie geldt eveneens, zo beantwoorden wij een vraag van de D66-fractie, dat de consultant ten opzichte van de consultvragende arts en ten opzichte van de patiënt een onafhankelijke positie moet innemen. Het lid zijn van dezelfde maatschap wordt

niet als voldoende onafhankelijk beschouwd, evenmin als dat het geval is bij het deel uitmaken van dezelfde maatschap van huisartsen. Verder moet de consulent ook geen medebehandelaar zijn. Op de vraag van deze leden met betrekking tot de verslaglegging van het oordeel van de consulent gaan wij hierna in, onder Sub e.

De leden van de fractie van de SP stelden nog verschillende vragen met betrekking tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Zoals wij hierboven al meerdere malen hebben opgemerkt, is het voor een arts belangrijk om de beweegredenen van de patiënt om zijn verzoek om euthanasie te doen, goed te kennen. Wanneer een patiënt weet dat hij geen pijn zal behoeven te lijden en niet alleen gelaten zal worden, wordt in sommige gevallen het verzoek naar de achtergrond geschoven en is de inwilliging van het verzoek soms niet meer aan de orde.

Wij hebben bewust in de memorie van toelichting een ruime plaats gegeven aan de beleving van de patiënt van zijn situatie. Verdergaande ontluistering en angst om niet op een waardige wijze te kunnen sterven, zijn wezenlijke elementen, die door iedere patiënt anders worden beleefd. Daarmee moet rekening worden gehouden. Het is aan de arts om zich goed rekenschap te geven van de situatie van de patiënt en te waken voor het afglijden van waarden en normen. Ook de consulent kan hier vanuit zijn onafhankelijke visie een waardevolle inbreng hebben. Daarnaast is het nu juist de taak van de toetsingcommissie om bij de beoordeling van de zorgvuldigheid van het handelen na te gaan of een arts wel erg gemakkelijk heeft geoordeeld of dat hij nauwgezet tot een besluitvorming is gekomen. Wij onderkennen het gevaar dat de algemene maatschappelijke tolerantie ten opzichte van de ouderdom met zijn gebreken zou kunnen afnemen. Wij zijn van mening dat mede daarom de toetsing door multidisciplinaire commissies geschikt is om toe te zien op een zorgvuldige naleving van de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Het is ook aan een toetsingscommissie om aan de hand van de ziektegeschiedenis van de patiënt, eventueel aangevuld met een toelichting van de arts, zich een oordeel te vormen over het lijden en over de beleving van dit lijden door de patiënt. Niemand kan geheel in de huid van een ander kruipen, maar men kan wel op grond van het ziektebeeld van de patiënt en op grond van de kennis over de patiënt, zich een oordeel vormen over de kracht van de patiënt. Hierbij is ook ervaring een belangrijk aspect. Aan de behandelend arts, aan de consulent en aan leden van de toetsingscommissies mag een kritisch onderscheidingsvermogen worden toegedicht.

Sub c.

De leden van de VVD-fractie hebben gelijk met hun opmerking, dat het vereiste van voorlichting aan de patiënt met name op het vlak van de medisch zorgvuldigheid ligt. In artikel 7: 448 BW is bepaald dat de arts de patiënt informeert over zijn ziekte, de gestelde diagnoses, de prognoses en de behandelmogelijkheden. Deze norm behoort derhalve tot de zogenoemde professionele standaard. De voorlichting aan de patiënt hebben wij in het wetsvoorstel opgenomen om extra tot uitdrukking te brengen dat het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding de resultante moet zijn van een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie. Dit vereiste vormt aldus een ondersteuning van de zorgvuldigheidseisen, dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Het is niet nodig aan de voorlichting als zodanig nadere vormvereisten te stellen, zoals door de VVD-fractie werd gesuggereerd. Zoals wij hierboven al uiteen hebben gezet, kunnen de verschillende aspecten van het handelen van de arts en de hieromtrent gemaakte afwegingen door de commissie, genuanceerd tot uitdrukking komen in het gemotiveerde oordeel van de commissie. Indien niet aan alle zorgvuldigheidseisen is

voldaan en het oordeel derhalve ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg wordt gebracht, bezien die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – welke strafrechtelijke dan wel tuchtrechtelijke stappen in de rede liggen.

De leden van de D66-fractie wezen op het gebruik van de onvoltooid verleden tijd in de zinsnede «de situatie waarin de patiënt zich bevond» in de onderdelen c. en d. Artikel 2, eerste lid, is retrospectief geformuleerd, hetgeen met zich meebrengt dat – achteraf oordelend, dus nadat het levensbeëindigend handelen heeft plaatsgevonden – wordt nagegaan of de arts een bepaalde overtuiging heeft gekregen, de patiënt heeft voorgelicht en een onafhankelijke arts heeft geraadpleegd alvorens hij tot inwilliging van het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding overging. Vanzelfsprekend moeten de voorlichting aan de patiënt en de afweging of geen andere redelijke oplossing meer mogelijk was, hebben plaatsgehad toen de patiënt nog leefde. Op de betekenis van het begrip «redelijke andere oplossing», op te vatten als de voor de patiënt enig overgebleven oplossing, gaan wij hieronder nader in.

In reactie op de stelling van de RPF- en de GPV-fractie wijzen wij nogmaals op het vereiste van voorlichting aan de patiënt ingevolge artikel 7: 448 BW als element van het goed hulpverlenerschap in het algemeen. Deze voorlichting kan voor een patiënt aanleiding zijn een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding te doen, maar deze kan de patiënt die een verzoek heeft gedaan ook helpen weer perspectief te zien en in staat stellen andere mogelijkheden om zijn lijden te verlichten te benutten. Wij gaan ervan uit dat een arts zal doen wat in zijn vermogen ligt om het lijden van de patiënt te verlichten, althans om de mogelijkheden daarvoor aan te reiken. Wij vermogen niet in te zien welk verband er kan bestaan tussen het inzicht van de arts in de situatie van de patiënt enerzijds en de vrijwilligheid van het verzoek van de patiënt anderzijds. Op de door de fracties van de RPF en het GPV gestelde vraag naar de betekenis van de zorgvuldigheidseis sub c. voor de wilsonbekwame patiënt met een wilsverklaring, gaan wij hieronder, bij artikel 2, tweede lid, nader in.

Sub d.

De zorgvuldigheidseis, opgenomen in onderdeel d., ligt in het verlengde zowel van de eis van weloverwogenheid als de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Op verzoek van de leden van de fracties van D66, de PvdA en de VVD gaan wij op de achtergrond en betekenis van deze eis nader in.

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Deze formulering brengt tot uitdrukking dat, zij het in samenspraak tussen arts en patiënt, de uiteindelijke afweging, of alternatieven ter verlichting van het lijden – zo deze er nog zijn – nog acceptabel zijn voor de patiënt, bij de laatstgenoemde ligt, gelet op diens recht iedere behandeling te weigeren. Van een initiatief tot, of invulling van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding door de arts kan nimmer sprake zijn, zo zijn wij met de D66-fractie van oordeel.

Indien de vraag aan de orde is of een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding door een arts kan worden ingewilligd, vindt de honorering van dit verzoek haar grond in de zorgvuldigheidseis dat sprake moet zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Voor de uitzichtloosheid van het lijden is, zoals wij hierboven reeds aangaven, – uiteindelijk – het medisch 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. Voor de beoordeling van de vraag of zodanig perspectief nog aanwezig is, kan, dit in antwoord op een vraag van de PvdA-fractie, worden aangesloten bij het uitgangspunt van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG, dat een behandelingsperspectief reëel is als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. In dit licht bezien kan, in het door de VVD-fractie aangehaalde voorbeeld, de afweging tussen een kankerpatiënt en zijn arts of een hernieuwde bestraling met onzeker vooruitzicht moet worden ondergaan tot de conclusie leiden dat dit voor deze patiënt geen redelijk alternatief vormt. Het antwoord op deze vraag zal afhangen van de aard en omvang van de vastgestelde maligniteit, de prognose die de desbetreffende behandelingsmethode, gezien de ervarigen die daarmee zijn opgedaan, biedt en de belasting die deze voor de patiënt meebrengt. In deze zin is deze afweging te beschouwen als een uitvloeisel van het vereiste van weloverwogenheid. Het vereiste dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was, is opgenomen om te benadrukken dat tot toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding pas besloten mag worden als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is, ook binnen een uitzichtloos ziekteproces. Indien behandeling gericht op genezing van de patiënt niet meer mogelijk is, dient de aandacht gericht te worden op de zorg voor de patiënt en het beperken en zo mogelijk wegnemen van diens lijden. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel hebben wij aangegeven dat euthanasie alleen verantwoord kan plaatsvinden in de context van goede palliatieve zorg. Het gaat erom dat serieus aandacht wordt besteed aan de vraag of er mogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt te verlichten en zo ja, op welke wijze dit gerealiseerd kan worden. Daarbij kunnen arts en patiënt samen tot de conclusie komen dat levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding voor deze patiënt de enige uitweg uit zijn lijden is. Wij onderschrijven de stelling zoals geformuleerd door de fractie van D66, dat de patiënt, ondanks de mogelijkheid van goede palliatieve zorg, hiervan kan afzien en kan kiezen voor levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Er is dan geen sprake (meer) van een reëel behandelingsperspectief, zoals wij hierboven hebben beschreven. In dat opzicht ligt het vereiste in onderdeel d. in het verlengde van het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en kan het, zoals de VVD-fractie aangaf, worden opgevat als een voorschrift om proportionaliteit en subsidiariteit in acht te nemen.

Dat neemt niet weg dat de leden van de PvdA-fractie aangaven dat de kennis met betrekking tot palliatieve zorg verbreed en verdiept dient te worden. Deze leden alsmede de leden van de SGP-fractie vroegen wat zich verzet tegen het opnemen daarvan in het basiscurriculum. Ook de leden van de VVD-fractie en van de SP-fractie vroegen naar de plaats van de palliatieve zorg in de medische en verpleegkundige opleidingen. Kennis van de palliatieve zorg is als een algemene eindterm opgenomen in het Besluit inzake de artsopleiding. Dit is gebaseerd op de Wet BIG. De faculteiten bepalen zelf hoe de eindtermen worden vertaald in het leerprogramma. Via aparte modules kan de leerstof worden opgenomen maar dat hoeft niet. De leerstof palliatieve zorg is veelal geïntegreerd in andere modules, bijvoorbeeld in de modules oncologie, pijnbehandeling en ouder worden.

Ook in de opleidingseisen tot verpleegkundige is kennis van de palliatieve zorg wettelijk als eindterm verankerd en geldt eveneens de vrijheid van de betrokken opleidingen om te bepalen op welke wijze de vereiste leerstof wordt aangeboden. De meeste opleidingen hebben gekozen voor inte-

gratie in andere modules, bijvoorbeeld in de modules chronisch zieken of zorg aan ouderen.

De eindtermen worden periodiek geëvalueerd en aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Een gezamenlijke werkgroep van de Centra Ontwikkeling Palliatieve Zorg (COPZ'en) levert hieraan een bijdrage. Er is een eerste aanzet gedaan om de lacunes en overlappingsen in de onderwijsprogramma's met betrekking tot de palliatieve zorg in beeld te brengen. De inventarisatie strekt zich uit tot de reguliere (vervolg)opleidingen en de na- en bijscholing. De resultaten zijn in een rapport ter beoordeling aan de Toetsingcommissie COPZ aangeboden. Daar zijn tevens projectvoorstellen bijgevoegd die een bijdrage moeten leveren aan de verdere ontwikkeling van de bestaande onderwijsprogramma's op het terrein van de palliatieve zorg.

Wij waarderen dat de leden van de VVD-fractie de stelling onderschrijven dat euthanasie alleen verantwoord kan plaatsvinden in de context van goede palliatieve zorg. De vraag om euthanasie kan soms voortkomen uit angst voor het hebben van veel pijn, of voor de angst het lijdens- en stervensproces alleen door te moeten maken. Het is de taak van de arts deze achtergrond van de vraag om euthanasie helder te krijgen. Goede palliatieve zorg kan de vraag om de uiteindelijke toepassing van euthanasie verschuiven. Het behoort tot de taak van de arts om de ter beschikking staande mogelijkheden van palliatieve zorg aan de patiënt voor te leggen en met hem te bespreken. Welke deze beschikbare zorg is, kan niet in het algemeen gezegd worden. Dit hangt af van de concrete situatie waarin de patiënt zich bevindt. De arts mag geacht worden zich zo goed mogelijk te vergewissen van de mogelijkheden van palliatieve zorg die voor deze patiënt in aanmerking zouden kunnen komen.

Het aanbieden van mogelijke palliatieve zorg houdt nog niet in dat de patiënt al deze mogelijkheden ook moet benutten. Een patiënt kan ondanks de wetenschap dat hij geen pijn zal behoeven te lijden of dat deze zoveel mogelijk zal worden verlicht, en ondanks de wetenschap dat er goed voor hem of haar wordt gezorgd, toch op enig moment de grens hebben bereikt van wat hij of zij nog kan verdragen. Het is de taak van de arts om met de patiënt in ieder individueel geval de mogelijkheden te bespreken en te constateren waar deze grens voor de patiënt, ligt. Vervolgens zal de arts met alle zorgvuldigheid de afweging moeten maken of hij tot inwilliging van het verzoek wil overgaan.

Deze leden wezen ook op de dikwijls moeilijk te trekken grens tussen pijnbestrijding en levensbeëindigend handelen waar het gaat om de hoeveelheid te geven morfine. Welke hoeveelheid morfine, of andere opiaten, ter bestrijding van pijn adequaat is, zal in ieder individueel geval verschillen. In het gezondheidsrecht is algemeen aanvaard het uitgangspunt, zoals ook in het rapport van de commissie Remmelink uit 1991 geformuleerd, dat de toediening van middelen met het oogmerk pijn te bestrijden, tot normaal medisch handelen wordt gerekend, ook indien daarbij de mogelijkheid bestaat dat de patiënt daardoor eerder zal overlijden.

Op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar onze positie in de discussie over de vraag of het oprekken van de grenzen van de curatieve zorg de noodzaak tot toepassing van palliatieve zorg vergroot, luidt het antwoord aldus. De medische technische mogelijkheden tot het geven van therapeutische behandeling zijn toegenomen. Ook de kennis en ontwikkeling van palliatieve zorg nemen toe. Het is de taak van de arts om met de patiënt de verschillende nog ter beschikking staande therapeutische mogelijkheden te bespreken en het is aan de patiënt te beslissen hoever hij nog behandeld wil worden. In iedere situatie is er een grens aan wat therapeutisch nog mogelijk is. Daarna blijft palliatieve zorg over. De mate waarin palliatieve zorg nodig en wenselijk is, verschilt per situatie. Het is dan de keus voor de patiënt in hoeverre hij nog kiest voor palliatieve zorg,

hoe lang hij daarvan gebruik wil maken en wanneer voor hem de grens is bereikt. Wanneer een patiënt wordt opgenomen in een hospice, dan zal dat meestal zijn eigen keuze zijn en is dat veelal juist ten behoeve van het krijgen van palliatieve zorg. De vraag inzake euthanasie zal van te voren besproken moeten worden. Wanneer een patiënt in een ziekenhuis is opgenomen en daar palliatieve zorg krijgt aangeboden, is het een zaak van overleg tussen arts en patiënt welke de mogelijkheden en wensen nog zijn, en wanneer de grens voor de patiënt is bereikt. Wij onderschrijven tenslotte het oordeel van de leden van de VVD-fractie, dat palliatieve zorg en euthanasie elkaar niet uitsluiten maar aanvullen.

De leden van de VVD-fractie en van de CDA-fractie verzochten om een uiteenzetting over de beschikbare palliatieve zorg in Nederland, met name in relatie tot het wetsvoorstel om de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te beperken. In Nederland staat de palliatieve zorg op een goed niveau, ook in vergelijking tot de ons omliggende landen. Echter, de inspanningen dienen er voortdurend op gericht te zijn om binnen de reguliere gezondheidszorg de kwaliteit van de palliatieve zorg verder te verhogen en de aanwezige kennis optimaal te benutten. Op basis van de door de tweede ondertekenaar gezonden beleidsbrief van 18 april 1996 (kamerstukken II 1995-1996, 24 400 XVI, nr. 82) is er een stimuleringsprogramma opgesteld. Drie trajecten zijn inmiddels uitgezet om de palliatieve zorg verder te verbeteren en het onder te brengen in de reguliere gezondheidszorg. Allereerst het stimuleren en faciliteren van de ontwikkeling van palliatieve zorg vanuit de zes Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ). Een COPZ heeft met name tot taak om de kennis en deskundigheid te vergroten. Om de projectvoorstellen van de COPZ'en te beoordelen en daarover te adviseren is er een onafhankelijke commissie (Toetsingscommissie COPZ) ingesteld. Het tweede traject betreft de integratie van de hospicezorg in de reguliere gezondheidszorg. De ingestelde projectgroep heeft tot taak modellen te ontwikkelen voor integratie van de hospicezorg, deze modellen te toetsen in de praktijk en voorstellen te doen over het integratietraject. Het derde traject betreft onderzoek, dat op grond van het meerjarig programma Palliatieve zorg van Zorg Onderzoek Nederland (ZON) wordt uitgevoerd.

Ook de verpleeg- en verzorgingshuizen werken aan de verbetering van de palliatieve zorg. Zo is in 1999 het project gestart «verbetering van de kwaliteit van de terminale zorg in verzorginghuizen», een samenwerking tussen Arcares, de brancheorganisatie van de verpleeg- en verzorgingshuizen en het onderzoeksbureau Prismant. Dit landelijke project beoogt verzorgingshuizen praktische ondersteuning te verlenen. In de eerste fase van het project, dat thans loopt, wordt in een aantal pilothuizen praktische instrumenten en methoden ontwikkeld. Zo zullen kwaliteitscriteria worden opgesteld voor palliatieve, terminale zorg. In de tweede fase worden vervolgens de ontwikkelde instrumenten onder de rest van de verzorgingshuizen verspreid. Eén van de thema's binnen het project is het ontwikkelen van speciale units voor kortdurende opnamen. Binnen het programma is het inbedden van de terminale zorg in een regionaal of lokaal netwerk een belangrijk aspect.

Voor wat betreft de verpleeghuizen is binnen Arcares het Platform Palliatieve Terminale Zorg in Verpleeghuizen bijzonder actief. Het platform heeft tot doel informatie, ervaring en kennis uit te wisselen ten einde de palliatieve terminale zorg in de verpleeghuizen te verbeteren. Het platform bestaat uit verpleeghuizen met een unit voor kortdurende opnamen of met plannen voor een dergelijke speciale afdeling. In het najaar van 1999 namen 31 instellingen deel en dit aantal is groeiende. In verschillende regio's werkt men aan de opzet van ambulante palliatieve teams. Arcares heeft samen met de leden van het platform onlangs een notitie uitge-

bracht: «Palliatieve terminale zorg, een richtinggevend kader vanuit verpleeghuizen», dat zal bijdragen aan de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg in de verpleeghuizen en de integratie van die zorg in de regio. Het platform zal zich dit jaar vooral richten op de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden die passen bij de regionalisering van de zorg. Ook werkt men aan de verbetering van de registratie van kerngegevens over deze zorgvorm.

Zoals uit het voorgaande moge blijken, zijn er inmiddels belangrijke stappen gezet op het terrein van de palliatieve zorg in Nederland. Voor de verdere ontwikkeling is er tot en met 2003 een jaarlijks bedrag van f 7 miljoen beschikbaar gesteld.

Er is geen relatie – ook niet onbedoeld – tussen enerzijds de ontwikkelingen op het gebied van palliatieve zorg en anderzijds het onderhavige wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel brengt geen verandering in de gronden waarop levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ook nu reeds rechtens toelaatbaar worden geacht. De arts moet blijven voldoen aan een aantal zorgvuldigheidseisen en hij moet zijn handelen net zoals dat nu het geval is, melden bij de gemeentelijke lijkschouwer, die vervolgens de regionale toetsingscommissie informeert. Hij is echter niet meer strafbaar als hij bij zijn handelen aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet.

Het onderhavige wetsvoorstel zal ook niet leiden tot een wijziging van het kabinetsbeleid om de palliatieve zorg verder te verbeteren.

De leden van de CDA-fractie gaven als hun mening te kennen dat wanneer het kabinet van opvatting is dat palliatieve zorg moet worden geïntegreerd in de reguliere gezondheidszorgstructuur, het daarvoor ook de middelen beschikbaar zal moeten stellen. Deze leden achtten een bedrag van f 7 mln. per jaar daarvoor volstrekt onvoldoende.

Vorig jaar heeft de tweede ondergetekende de Projectgroep Integratie Hospicezorg geïnstalleerd met als opdracht de integratie van hospicezorg in de reguliere structuur. Categorale voorzieningen dienen binnen de algemene kaders te worden geïntegreerd, omdat op die manier de desbetreffende zorg voor elke burger even toegankelijk wordt. Daarnaast vinden wij het van belang dat opgedane inzichten en ervaringen uit de hospicezorg ook ten goede komen aan de reguliere zorg en omgekeerd geldt dat nieuwe verworvenheden uit de reguliere zorg ook ten goede moeten komen aan de hospicezorg. Dit betekent derhalve dat zorg verleend in zelfstandige hospices of bijna-thuis-huizen niet wordt afgewezen, maar het is van belang dat er samenwerking cq. afstemming is met de reguliere voorzieningen. In veel gevallen gebeurt dat ook. Dit heeft dan ook tot consequentie dat de zorg verleend door reguliere zorgverleners wordt gefinancierd uit de daarvoor bestaande kaders. Zo worden bijvoorbeeld de kosten van de huisarts gefinancierd uit de premies van de ziekenfondswet of de particuliere polissen. Dit betekent echter niet dat er geen knelpunten zijn op het gebied van de financiering. Voor een beschrijving hiervan wordt u verwezen naar de u onlangs aangeboden nota «Geïntegreerde hospicezorg» van de projectgroep en het standpunt daarover dat op 18 april jl. aan u is aangeboden (ingekomen stukken nr. VWS 0000594).

Het budget van in totaal f 35 miljoen (f 7 miljoen per jaar) is bestemd voor de (verdere) ontwikkeling van palliatieve terminale zorg. In de brief van de tweede ondergetekende van 29 juni 1999 is hier nader op ingegaan.

De leden van de fractie van D66 benadrukten dat het de keuze van de patiënt zelf is om af te zien van palliatieve zorg en te kiezen voor euthanasie. Wij onderschrijven deze stelling, mede gelet op het feit dat voor medische verrichtingen altijd de toestemming van de patiënt vereist is (artikel 7:450 BW). Een patiënt die weet dat zijn situatie uitzichtloos is en dat hij zal sterven, kan geen verdere ontluistering willen meemaken en aan een arts een verzoek doen tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdo-

ding. Zoals deze leden weten, geeft deze keuze van de patiënt evenwel geen afdwingbaar recht op levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Het is aan de arts om met de patiënt de mogelijkheden die er voor de patiënt nog zijn, te bespreken en om vervolgens, wanneer de patiënt bij zijn verzoek blijft, zoals ook reeds is geantwoord op een vergelijkbare vraag van de leden van de fractie van de VVD, in alle zorgvuldigheid zijn afweging te maken of hij het verzoek ook zal kunnen en willen inwilligen. Ook de leden van de SP-fractie vroegen om een nadere toelichting op het gegeven, dat het iedere patiënt naar Nederlands recht vrijstaat elke behandeling te weigeren, gezien in het licht van de overweging van de Hoge Raad in het Chabot-arrest, dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om het lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Zoals wij hierboven al hebben aangegeven, is van uitzichtloosheid sprake indien naar verantwoord medisch inzicht vaststaat dat genezing van de patiënt niet mogelijk is. In dat geval ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Verdere verzorging en behandeling van de patiënt zullen dan uitsluitend gericht kunnen zijn op het voorkomen en verlichten van lijden. Deze veelomvattende zorg, doorgaans aangeduid met de term palliatieve zorg, vormt op zichzelf naar ons oordeel niet een «reëel alternatief» waarnaar de Hoge Raad verwijst in het bovengemelde arrest-Chabot. Indien de patiënt zodanige zorg afwijst, terwijl hij verkeert in een situatie die naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloos en ondraaglijk is, staat deze afwijzing niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in de weg.

In verband met het begrip «een redelijke andere oplossing» stelden de leden van de D66-fractie nog enige vragen met betrekking tot de positie van de arts, indien de patiënt een behandeling afwijst. Zoals gezegd heeft de patiënt te allen tijde het recht iedere behandeling te weigeren. De arts zal in zo'n situatie wel intensief met de patiënt overleggen opdat ook deze weigering weloverwogen tot stand komt en op basis van volledige informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, zijn vooruitzichten, de behandelmogelijkheden die nog resteren en de te verwachten effecten daarvan. Hij kan, en zal in veel gevallen ook, een collega om advies vragen. Ook de patiënt kan voor wat betreft de beoordeling van zijn gezondheidstoestand, om de mening van een tweede arts vragen. De vraag of de weigering van verdere behandeling door de patiënt vervolgens in de weg staat aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging, kan in algemene zin slechts aldus worden beantwoord, dat indien sprake is van een reëel behandelingsperspectief, er geen sprake is van uitzichtloosheid. Op het begrip reëel behandelingsperspectief zijn wij hierboven, onder paragraaf sub b., reeds ingegaan. Indien de arts van mening is dat de patiënt een reëel behandelingsperspectief afwijst, zal hij terughoudend of afwijzend reageren op het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Wij wijzen er met nadruk op, en beamen daarmee de suggestie van deze leden, dat de arts, ook indien hij twijfelt of hij het verzoek van de patiënt moet inwilligen, of indien hij afwijzend daartegenover staat, een consulent hierover kan raadplegen. Zowel bij een weigering van behandeling op zichzelf als bij de besluitvorming met betrekking tot een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van de patiënt nadat deze verdere behandeling heeft afgewezen, ligt het uit professioneel oogpunt, en wellicht mede uit een oogpunt van antwoord op mogelijk latere verwijten van de familie, in de rede dat de arts van zijn gesprekken met de patiënt en diens naasten

alsmede van de stappen die hij onderneemt in zijn besluitvorming, in zijn dossier goede aantekeningen maakt. Dat lijkt een meer geschikte vorm van verslagleggen dan een schriftelijk bevestiging van een patiënt dat deze afziet van een redelijke andere oplossing.

Het overleg dat arts en patiënt zullen voeren over de situatie van de patiënt heeft als doel om de verschillende mogelijkheden af te wegen in het licht van het lijden van de patiënt en van hetgeen de patiënt nog kan verdragen. Zulk overleg wordt geacht te behoren tot het goed hulpverlenerschap van de arts. Enige spanning met de verplichtingen uit de WGBO zien wij niet.

De leden van de SP-fractie plaatsten vraagtekens bij de zorgvuldigheidseis dat er geen redelijke andere oplossing was. Zij vroegen zich af of wel voldoende palliatieve zorg geboden wordt. In aanvulling op onze hierboven gegeven uiteenzetting over de huidige stand van de palliatieve zorg, merken wij in antwoord op de vraag van deze leden nog het volgende op.

In het algemeen geldt voor de gezondheidszorg dat van de overheid mag worden verwacht dat zij randvoorwaarden creëert, waarbinnen de zorgverleners op basis van hun professionele autonomie hun werk kunnen doen. Hieronder wordt ook verstaan het verlenen van goede palliatieve zorg. Palliatieve zorg heeft echter niet alleen betrekking op de medische of verpleegkundige component, maar ook op de psychische, sociale en spirituele component. Daarnaast heeft palliatieve zorg niet alleen betrekking op de patiënt, maar ook op zijn naaste. Voor een volledige beantwoording van de vraag naar een voldoende kwalitatief aanbod van palliatieve zorg, dienen deze aspecten ook bekeken te worden. Dan moet echter wel duidelijk zijn wat de (toekomstige) behoefte is aan palliatieve zorg, in al zijn facetten. Op dit moment wordt door het Nivel, in het kader van een programma van ZorgOnderzoek Nederland, onderzoek uitgevoerd naar de toekomstige vraag naar palliatieve zorg en de consequenties daarvan voor het zorgaanbod. Medio 2000 wordt de uitkomst van dit onderzoek verwacht.

Op dit moment bestaat er geen goed inzicht in de kosten van de zorg aan terminale patiënten of welk aandeel de farmaceutische hulp hierbij inneemt. De tweede ondertekenaar wil derhalve vooralsnog geen uitspraak doen over de financiering van specifieke meerkosten uit het tweede compartiment. Overigens dient hierbij de modernisering van de AWBZ betrokken te worden.

Onlangs zijn de pilotprojecten onder regie van de Projectgroep Integratie Hospicezorg gestart. Eén van de onderzoeksdoelen betreft het verkrijgen van inzicht in de kosten van hospicezorg.

Met betrekking tot de uitbreiding van de capaciteit ten behoeve van terminale patiënten in verpleeghuizen merken wij op, dat als onderdeel van de meerjarenafspraken verpleging en verzorging er reeds extra wachtlijstmiddelen voor het jaar 2001 en volgende zijn verdeeld over de gezondheidsregio's. Iedere regio kan een voorstel doen voor de besteding van de toegekende volumemiddelen, bijvoorbeeld voor uitbreiding van verpleeghuiszorg. Uiteraard kan een verpleeghuis vervolgens de eventuele extra capaciteit benutten voor terminale patiënten, maar verpleeghuizen bepalen zelf hun opnamebeleid. Terminale patiënten worden thans niet als aparte categorie aangemerkt, ook niet als het gaat om kortdurende opnamen in een speciale unit.

Deze leden vroegen voorts of de huisarts wel voldoende deskundig is in palliatieve zorg.

Een deel van de palliatief terminale zorgverlening vindt thuis plaats. Huisartsen vervullen hierbij als eerste aanspreekpunt voor de patiënt een belangrijke rol. Het beroep op de huisarts voor deze vorm van zorg zal

alleen maar toenemen als de verwachting uitkomt dat steeds meer mensen thuis zullen sterven.

Om de deskundigheid van de huisarts te vergroten worden op dit moment de volgende initiatieven via de overheid gestimuleerd (uit het budget van f 35 miljoen).

Bij het COPZ Groningen wordt een project gesubsidieerd, waarin drie huisartsconsulenten palliatieve zorg in de regio Noord-Nederland worden opgeleid en aangesteld. Deze consulenten geven adviezen aan collegae huisartsen en bezoeken huisartsengroepen.

Bij het COPZ Amsterdam loopt een project dat door middel van overheids-subsidiëring verder wordt geïntensiveerd en uitgebreid. In de regio van het Integraal Kankercentrum Amsterdam worden peer-groups van huisartsen gevormd. Deze groepen van 5 huisartsen komen maandelijks bij elkaar om cases te bespreken eventueel samen met een consulent.

In het kader van de derde fase van het Programma «Palliatieve zorg in de terminale fase» (Pal 3) van ZorgOnderzoek Nederland wordt het project «Kaderopleiding palliatieve zorg voor huisartsen» gesubsidieerd. Doel van het project is het waar nodig verbeteren van de palliatieve zorg voor huisartsen. Een methode is het ontwikkelen van een kaderopleiding voor huisartsen, implementeren van de opleiding en inzetten van de aldus opgeleide deskundigen op districts- en regionaal niveau om, waar nodig en mogelijk, de palliatieve zorg door de huisarts te verbeteren.

Tenslotte zijn er in diverse regio's consultatieteams actief, die in een aantal gevallen 24 uur per dag bereikbaar zijn. Deze teams zijn in de meeste gevallen ter ondersteuning van de directe zorgverleners. De huisarts kan in voorkomende gevallen een beroep op het consultatieteam doen.

Op de vraag of palliatieve zorg een herkenbare plaats heeft in de medische en verpleegkundige opleidingen, zijn wij hierboven reeds ingegaan.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV gaven aan het ontbreken van een uiteenzetting in de memorie van toelichting over de betekenis en reikwijdte van het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden als een ernstige tekortkoming te beschouwen. Met de nadere uiteenzetting, hierboven, met betrekking tot de begrippen «uitzichtloos en ondraaglijk», «reëel behandelingsperspectief» en «redelijke andere oplossing», vertrouwen wij erop in de door deze leden gevoelde behoefte alsnog te hebben voorzien. Hieruit moge blijken dat van een volstrekt open en subjectief geformuleerde zorgvuldigheidseis geen sprake is, in aanmerking genomen het feit dat bij de formulering van wettelijke normen een zekere mate van abstractie onvermijdelijk is.

Wij herhalen hier nogmaals dat voor de uitzichtloosheid van het lijden het medisch oordeel bepalend is. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Het ontbreekt dan aan een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Uitzichtloosheid is in dat geval op te vatten als onbehandelbaarheid.

De gekozen formulering van deze zorgvuldigheidseis staat er derhalve wél aan in de weg dat het leven wordt beëindigd van een patiënt die een reëel en gangbaar behandelingsalternatief weigert, gewoon omdat hij wil sterven, zoals deze leden het uitdrukken.

De mogelijkheid van een behandeling gericht op pijn- of symptoombestrijding of verzorging op zichzelf vormt geen reëel behandelingsperspectief en kan aan de uitzichtloosheid, naar verantwoord medisch inzicht, van een

situatie niet afdoen. Dergelijke behandeling of verzorging moet wel serieus door de arts in overweging gegeven worden aan de patiënt die om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding verzoekt, omdat dit diens lijden kan verlichten. De ondraaglijkheid van het lijden, zo benadrukken wij nogmaals, is evenwel, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en het – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. De begrippen uitzichtloos en ondraaglijk zijn, ook blijkens de jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding dienen beide in ogenschouw genomen en recht gedaan te worden.

Uit het bovenstaande vloeit voort dat de enkele verwachting van een ontluistering op zichzelf geen uitzichtloos lijden vormt. Hierboven hebben wij al uiteengezet dat, gegeven een naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloze situatie, een als ondraaglijk ervaren lijden kan bestaan in pijn, toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood. Ook van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van mensen die «klaar zijn met leven» kan in zijn algemeenheid niet gezegd worden dat dit voldoet aan het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In dit verband beantwoorden wij bevestigend de vraag die door de politicologe Trappenburg is opgeworpen in het artikel in Trouw van 22 januari 2000, waarnaar deze leden verwezen, of er nog sprake moet zijn van een ziekte of psychiatrische aandoening die het leed veroorzaakt. De schrijfster geeft in het genoemde artikel blijkt van een onjuiste uitleg van het arrest-Chabot. Ook haar standpunt dat in het wetsvoorstel de lijn van het arrest-Chabot zoals door deze schrijfster opgevat, wordt doorgetrokken, kunnen wij niet onderschrijven. Met de hierboven gegeven uiteenzetting over het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden menen wij voldoende te hebben aangegeven dat, en langs welke lijn, met het oog op deze zorgvuldigheidseis wel degelijk een medisch-professionele beoordeling nodig is.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV vroegen naar de betekenis van «informed consent» in relatie tot ongebruikte mogelijkheden op het terrein van palliatieve zorg.

De arts behoort te allen tijde de patiënt te informeren en met hem te overleggen opdat de patiënt kan aangeven wat hij wil op basis van volledige informatie over zijn gezondheidstoestand, zijn vooruitzichten, de behandelmogelijkheden die nog reesteren en de te verwachten effecten daarvan. Deze informatieverplichting is opgenomen in artikel 7: 448 BW en kan geacht worden te behoren tot het goed hulpverlenerschap van de arts (artikel 7:450 BW). De arts zal zich van deze taak kwijten naar eer en geweten en uitgaande van alle kennis en ervaring die hij heeft. Dit geldt evenzeer in de situatie dat sprake is van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van de patiënt.

Hierboven hebben wij, naar aanleiding van vragen van de fracties van de PvdA, de VVD en de SP aangegeven op welke wijze de kennis van palliatieve zorg in de medische en verpleegkundige opleidingen wordt overgebracht, en, in antwoord op een vraag van de SP-fractie, op welke wijze op dit moment de deskundigheid van huisartsen op dit terrein wordt vergroot.

Voor wat betreft de vraag van deze leden tenslotte naar de strekking van de opmerking in de memorie van toelichting dat tot toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding pas besloten mag

worden als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is, verwijzen wij naar onze eerdere uiteenzetting dienaangaande.

De leden van de SGP-fractie betreurden dat in de memorie van toelichting slechts in geringe mate wordt ingegaan op het belang van palliatieve zorg.

Wij hechten eraan nogmaals op te merken dat wij het grote belang onderkennen van een goede palliatieve zorg. In antwoord op vragen van leden van de CDA-fractie hebben wij hierboven een overzicht gegeven van de trajecten die zijn ingezet om de palliatieve zorg verder te ontwikkelen. Palliatieve zorg en euthanasie liggen in elkaars verlengde omdat bij een verzoek tot euthanasie de arts tot de overtuiging dient te komen dat dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is. Tot de taak van de arts met betrekking tot de voorlichting aan de patiënt behoort ook de bespreking de mogelijkheden van palliatieve zorg. Soms leidt dit ertoe dat de patiënt van een eerder verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding afziet, of dat het niet tot inwilliging van dat verzoek komt omdat de patiënt met behulp van goede palliatieve zorg zijn grens van wat hij nog kan en wil verdragen, steeds verder verlegt. In sommige gevallen kan evenwel het beëindigen van het leven van een patiënt door euthanasie het sluitstuk zijn van een goede palliatieve zorg. De patiënt kan en wil dan echt niet meer verder ondanks alle zorg waarmee hij wordt omgeven of die hem nog wordt aangeboden.

De inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan alleen aan de orde zijn indien is verzekerd dat de patiënt met alle mogelijke zorg is omringd en dat al het mogelijke is of wordt gedaan om zijn lijden te verlichten. Dit is wat wij bedoelen met onze opmerking in de memorie van toelichting dat euthanasie alleen verantwoord kan plaatsvinden in de context van goede palliatieve zorg. Zoals wij hierboven al opmerkten, staat in Nederland de palliatieve zorg op een goed niveau, ook in vergelijking tot de ons omliggende landen. Dit neemt niet weg dat dit wetsvoorstel, zo verzekeren wij deze leden, ons niet zal afhouden van het creatief blijven zoeken naar verbetering en vernieuwing van methoden om lijden te verlichten noch van ons voornemen om het aanbod van palliatieve zorg uit te breiden en te verbeteren.

Ook aan ongeneeslijk zieke kinderen kan, in antwoord op een vraag van deze leden, palliatieve terminale zorg worden aangeboden, zowel intramuraal als extramuraal. De zorg kan dus thuis worden verleend, maar ook in een hospice. Uit onderzoek van het Nivel («Palliatieve zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden», 1997) is mij één instelling bekend die is gespecialiseerd in de zorg voor ernstig zieke kinderen bij wie een sociaal netwerk ontbreekt om hen op te vangen. Dit hospice Mappa Mondo is een initiatief van het Rode Kruis.

Daarnaast wordt in het kader van de derde fase van het Programma «Palliatieve zorg in de terminale fase» (Pal 3) van Zorgonderzoek Nederland (ZON) een quick scan uitgevoerd naar aard en omvang van eventuele problemen die zich in Nederland voordoen rond palliatieve zorg voor kinderen tot 14 jaar.

De leden van de SGP-fractie vroegen aan het einde van hun bijdrage over palliatieve zorg of het niet in de rede had gelegen om eerst het niveau van de palliatieve zorg te verbeteren en alvorens de discussie over een liberalisering van de euthanasiepraktijk te starten en of er geen reden is om het wetsvoorstel te heroverwegen of in te trekken.

Wij hebben hierboven bij de beantwoording van de vragen van de leden van diverse fracties een inzicht gegeven in de maatregelen die zijn genomen ter verdere verbetering van de palliatieve zorg. Bij de toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt er, zo

wordt in deze nota ook herhaaldelijk benadrukt, op gelet dat de mogelijkheden op het gebied van palliatieve zorg in de gesprekken tussen arts en patiënt voldoende aan de orde zijn gekomen. Ook de consulent dient in zijn gesprek met de consult vragende arts aandacht te geven aan palliatieve zorg en zonodig een arts te verwijzen naar de kenniscentra op dat gebied. In een aantal gevallen zal de patiënt ervoor opteren om zolang mogelijk te kunnen worden verzorgd en zal hij afzien van zijn verzoek of het tijdstip waarop hij zijn verzoek ingewilligd wil zien, verschuiven. Maar er zullen ook gevallen zijn waarin patiënten persisteren bij hun verzoek tot euthanasie. De arts zal dan in lijn met de zorgvuldigheidseisen en met afweging van voorhanden zijnde therapeutische en zorgmogelijkheden tot besluitvorming moeten komen. Zijn besluitvorming en feitelijk handelen worden vervolgens op zorgvuldigheid getoetst. Op deze wijze functioneert de huidige meldingsprocedure en zal ook de nieuwe regelgeving, wanneer deze in werking is getreden, functioneren. Het wettelijke systeem heeft de waarborgen in zich dat er zorgvuldig gehandeld wordt en dat daarbij ook het aanwenden van palliatieve zorg wordt getoetst. Gelet hierop is er voor ons geen aanleiding, temeer nu een verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg plaatsvindt, het wetsvoorstel te heroverwegen of in te trekken.

Wij zijn ons ervan bewust dat een verzoek om euthanasie een signaal kan zijn van bijvoorbeeld angst voor pijn, angst om alleen gelaten te worden of angst om niet voldoende zorg te krijgen of een ander tot last te zijn. Bij ieder verzoek zal een arts met de patiënt de achtergronden van diens verzoek moeten bespreken teneinde tot een zorgvuldige besluitvorming te kunnen komen. De genoemde redenen tot een verzoek zijn op zichzelf geen reden voor euthanasie en zullen voor de arts op zijn beurt een signaal zijn om alle aandacht aan de begeleiding van de patiënt te (doen) besteden.

Sub e.

De consulent dient zich een oordeel te vormen over de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in de onderdelen a tot en met d. Enerzijds zal hij moeten uitspreken of naar zijn oordeel sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarbij hij ook oplet of er voor de patiënt nog alternatieven zijn ter verlichting van het lijden. Anderzijds dient de consulent een oordeel te geven over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Door, wat betreft de weloverwogenheid, na te gaan of het verzoek van de patiënt het resultaat is van een afweging op grond van een goed ziekte-inzicht, krijgt de consulent ook inzicht in de mate waarin de patiënt voldoende is voorgelicht. De consulent vormt zijn oordeel op basis van informatie van de behandelend arts, het medisch dossier, een bezoek aan de patiënt en eventueel gesprekken met naasten, verplegenden en verzorgenden.

De leden van de fracties van de VVD, D66, het CDA, de RPF en het GPV verzochten om een nadere toelichting op het uitgangspunt dat de consulent de patiënt moet zien. De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af of dit uitgangspunt in bepaalde situaties, bijvoorbeeld een vergevorderd stadium van kanker, niet leidt tot een onevenredige inbreuk op de privacy van de patiënt, temeer indien deze daartegen niet is opgewassen.

Zowel uit het standpunt inzake euthanasie van het Hoofdbestuur van de KNMG (1995, aangevuld in 1998) als uit terzake voorhanden zijnde literatuur blijkt, dat het als een medisch-professionele norm wordt gezien dat de consulent zijn oordeel mede vormt op basis van een bezoek aan en een gesprek met de patiënt. Een consult alleen op telefonische basis of afgaand op een medisch dossier is in beginsel niet toereikend. Het zien van de patiënt kan ook medisch onderzoek inhouden, zo beantwoorden wij een vraag van de CDA-fractie, maar alleen indien en voor zover dit

noodzakelijk is voor de consulent om zijn oordeel te kunnen vormen, met name betreffende medische aspecten.

Voor de beoordeling van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek vormt een gesprek met de patiënt een belangrijke bron. Daarom achten wij het nuttig deze norm ook in de wettelijke zorgvuldigheidseisen vast te leggen. Wij voelen, dit in antwoord op een vraag van de D66-fractie, niet voor de in het initiatiefvoorstel opgenomen zinsnede «indien een zorgvuldige beoordeling zulks vereist». Een dergelijke clausulering vergt interpretatie en biedt daarom naar ons oordeel onvoldoende duidelijkheid in de praktijk. Hetzelfde geldt voor de door de leden van de PvdA-fractie gesuggereerde clausulering dat de consulent de patiënt moet zien »tenzij dit ernstig nadeel voor de patiënt oplevert».

Niettemin kunnen wij ons in de praktijk uitzonderlijke situaties voorstellen waarin het zien van de patiënt inderdaad kan worden beperkt tot «een blik om de hoek van de deur werpen», zoals de leden van de D66-fractie het uitdrukten, of zelfs waarin een persoonlijke visitatie geheel achterwege blijft. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel gaven wij aan dat hierbij gedacht moet worden aan uitzonderlijke omstandigheden rond het ziekbed van de patiënt waardoor een bezoek van de consulent, althans een gesprek met hem, bijzonder belastend is voor de patiënt. Afwijking van de norm in zulke gevallen zal de behandelend arts in zijn verslag nader moeten motiveren. Het onverkort vasthouden aan de norm, zoals door de leden van de fracties van de RPF en het GPV gesuggereerd, is niet zinvol indien als gevolg van specifieke omstandigheden een persoonlijk gesprek tussen consulent en patiënt weliswaar achterwege is gebleven, maar wél aan de essentie van de consultatiefunctie is voldaan.

De behandelend arts kan er ook zelf aan bijdragen dat het bezoek van de consulent door de patiënt niet als een te grote inbreuk op de intimiteit rond zijn ziekbed wordt ervaren. Het is zaak het consult tijdig te vragen en te trachten te voorkomen dat een consult pas plaatsvindt op een moment dat de arts in overleg met de patiënt al heeft besloten het verzoek in te willigen. Voorts zijn er patiënten die ten onrechte het gevoel hebben dat zij een soort examen moeten afleggen, hetgeen begrijpelijkerwijs door hen als belastend wordt ervaren, en dat de consulent als het ware toestemming moet geven voor levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Daarom is het van groot belang en behoort het tot de taak van de arts om de functie van de consultatie goed, en tijdig, uit te leggen aan de patiënt.

De functie van de consultatie is die van een waarborg voor een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces met betrekking tot de toepassing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de eerste plaats helpt de consultatie de arts na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen (al) is voldaan en te reflecteren op zijn eigen afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. In de tweede plaats biedt de consultatie als second opinion ondersteuning voor de behandelend arts bij de verantwoording van zijn handelen achteraf. De behandelend arts is niet verplicht de mening van de consulent te volgen. Ook de consulent hoeft het met de behandelend arts niet eens te zijn. De behandelend arts is verantwoordelijk voor de beslissing om het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding al dan niet in te willigen. De consulent geeft zijn eigen oordeel, hij geeft geen toestemming voor levensbeëindiging. Beide artsen hebben hun eigen verantwoordelijkheid. De vraag van de leden van de fracties van de RPF en het GPV of de behandelend arts een persoonlijk bezoek van de consulent aan de patiënt kan eisen en of de consulent kan weigeren zijn oordeel te geven wanneer hij de patiënt niet kan bezoeken, kan dan ook bevestigend worden beantwoord.

Indien de consulent negatief adviseert en de behandelend arts is van oordeel dat het verzoek van patiënt kan worden ingewilligd, dan ligt het in

de rede nog een andere onafhankelijke arts te consulteren. Het is evenwel niet de bedoeling dat de arts, indien hij weer een negatief oordeel krijgt, vervolgens een derde en vierde consulent gaat raadplegen, net zolang totdat hij een positief oordeel heeft. De consultatie zou aldus ten onrechte het karakter van een toestemming krijgen. Een negatief oordeel van de consulent zal ertoe leiden dat de arts zich ernstig bezint op zijn voor-nemen 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 nut van de consultatie, zo beantwoorden wij een vraag van de SP-fractie, is enerzijds kwaliteitsborging van het medisch handelen en anderzijds een extra waarborg tot maatschappelijke controle van de praktijk betreffende levens-beëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Met betrekking tot de verslaglegging betreffende de consultatie verwezen de leden van de fractie van GroenLinks naar de opmerkingen van de KNMG naar aanleiding van het wetsvoorstel (Medisch Contact d.d. 22 oktober 1999, blz. 1452–1453). Ook de fracties van de PvdA, de VVD en D66 vroegen om meer duidelijkheid over de vraag welke eisen aan de vastlegging van de bevindingen van de consulent worden gesteld. Uit de voorgestelde formulering van de bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, in verband met artikel 7, tweede lid, Wet op de lijkbezorging, volgt dat de arts in zijn beredeneerd verslag op de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen ingaat. Hij zal daarbij derhalve moeten aangeven dat, en op welke wijze, aan het vereiste van consultatie zoals omschreven in onderdeel e., is voldaan. Voorts mag van de consulent worden verwacht dat hij zijn oordeel schriftelijk vastlegt. Dit uitgangspunt hanteren ook de KNMG (Standpunt hoofdbestuur inzake euthanasie 1995, blz. 30) en de projectleiding SCEN. De consulent zal zijn oordeel moeten geven over de vraag of is voldaan aan de vereisten betreffende de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, de voorlichting aan de patiënt alsmede betreffende de vraag of er voor de patiënt geen redelijke andere oplossing was. Gelet op de reikwijdte van dit oordeel van de consulent en gelet op het belang van een eigen weergave van diens oordeel, menen wij bij nader inzien dat het nuttig is te vereisen dat de consulent zijn oordeel schriftelijk vastlegt. Wij stellen daarom voor dit vereiste bij nota van wijziging toe te voegen in onderdeel e. De inrichting van dit verslag zal overigens met het oog op de praktische toepassing nader worden uitgewerkt in overleg met de KNMG, de SCEN-projectleiding en met de toetsingscommissies euthanasie.

Indien meer consulenten worden geraadpleegd is het overigens niet noodzakelijk, zo beantwoorden wij een vraag hierover van de PvdA-fractie, dat allen zich uitspreken over de zorgvuldigheidseisen onder sub a. tot en met d. Het raadplegen van meer consulenten kan bijvoorbeeld juist in de rede liggen om meer duidelijkheid te verkrijgen over de vraag of aan een bepaalde zorgvuldigheidseis is voldaan, bijvoorbeeld of de patiënt in staat kan worden geacht een vrijwillig en weloverwogen verzoek te doen.

Aan de hand van het beredeneerd verslag van de behandelend arts en het schriftelijk oordeel van de consulent zelf zal de wijze van consulteren en de inhoud van de door de consulent gegeven oordeel inzichtelijk zijn voor de toetsingscommissie, zo beantwoorden wij de vragen hierover van de fracties van het CDA, de SP en de RPF en het GPV.

De leden van de CDA-fractie meenden ten onrechte dat wij in het wetsvoorstel de rechtspositie van de arts voorop stellen en niet die van de patiënt.

Zoals wij hierboven al hebben opgemerkt, komt naar ons oordeel het opheffen van de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor de arts die zich aan de gestelde zorgvuldigheidseisen houdt, neer op de codificatie van een situatie die reeds geruime tijd rechte is erkend. De voorgestelde regeling maakt duidelijk in welke gevallen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding toelaatbaar is en waarborgt dat al deze gevallen achteraf door bij wet ingestelde commissies van deskundigen worden getoetst. Het wetsvoorstel zal aldus de rechtszekerheid vergroten van artsen én van patiënten. De bescherming van het leven wordt door dit wetsvoorstel niet aangetast, omdat de patiënt de rechtszekerheid heeft dat levensbeëindiging zonder dat daarom uitdrukkelijk door de patiënt is verzocht, onverkort strafbaar blijft. De voorwaarden die dit wetsvoorstel verbindt aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging waarborgen, dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten.

Met de in dit wetsvoorstel opgenomen waarborgen voor zowel de patiënt als de betrokken arts wordt onzes inziens tegemoet gekomen aan hetgeen naar huidig inzicht door een grote meerderheid in onze samenleving als maatschappelijk gewenst en rechtens geoorloofd wordt beschouwd. De vragen van deze leden over de autonomie van de mens staan in hun abstracte formulering dermate ver af van de concrete inhoud van dit wetsvoorstel, dat het voor ons niet goed mogelijk is daarop een passende reactie te geven. Wij hopen dat dit wetsvoorstel vanwege zijn concrete inhoud, aanvaardbaar zal zijn voor velen in onze samenleving, ongeacht de bij hen levende godsdienstige of levensbeschouwelijke opvattingen over onder meer het mens-zijn en vraagstukken rond leven en dood.

De leden van de CDA-fractie verwezen in verband met lijden voortkomend uit een psychische stoornis voorts naar een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 29 maart 1990. Ook de VVD-fractie verzocht om een nadere toelichting op het vereiste van consultatie bij psychisch lijden in verband met het arrest-Chabot. De D66-fractie stelde vragen betreffende de eisen die aan de deskundigheid van de consulent gesteld moeten worden indien sprake is van een verzoek van een psychiatrische of een geriatrische patiënt. In antwoord op deze vragen merken wij nogmaals op, dat er op het moment van de beslissing om tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over te gaan, duidelijkheid moet zijn over de vraag of de patiënt als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. De Hoge Raad heeft aangegeven dat de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3), in elk geval aangewezen is in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeide uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2). Aangezien wij in het wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt naar ons oordeel aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel voldoende recht gedaan.

Op grond van de jurisprudentie is niet vereist dat de geconsulteerde collega deskundig is in de palliatieve zorg. Wij willen deze regel evenmin voorschrijven, zoals de leden van de CDA-fractie suggereerden. Afhankelijk van de omstandigheden waarin het verzoek om levensbeëindiging aan de orde is, kan consultatie van een collega van dezelfde discipline of juist van een andere discipline aangewezen zijn. Aldus luidt ook het standpunt inzake euthanasie van het Hoofdbestuur van de KNMG uit 1995. Vanzelf-

sprekend kan, afhankelijk van de situatie van de patiënt, advisering door een palliatief deskundige over de mogelijkheden om het lijden van de patiënt te verlichten, aanbevelenswaardig zijn. De voorgestelde regeling sluit dit niet uit. Wij wijzen er overigens op dat aan de palliatieve deskundigheid van de consulent uitdrukkelijk aandacht wordt besteed in het SCEN-project. Van de training die de deelnemende consulenten aan dat project volgen, maakt palliatieve zorg onderdeel uit. Hierboven hebben wij, naar aanleiding van vragen van de fracties van de PvdA, de VVD en de SP, meer in algemene zin aangegeven op welke wijze de kennis van palliatieve zorg in de medische en verpleegkundige opleidingen wordt overgebracht, en, in antwoord op een vraag van de SP-fractie, op welke wijze op dit moment de deskundigheid van huisartsen op dit terrein wordt vergroot.

De leden van de fractie van D66 vroegen naar de kwaliteitseisen waaraan consulenten moeten voldoen.

Wij willen hier niet onvermeld laten dat, ook blijkens de wettelijke formulering van de desbetreffende zorgvuldigheidseis, in de eerste plaats moet worden gedacht aan onafhankelijkheid. Voorts dient de consulent te beschikken over een goede en actuele medische kennis en een goed medisch en psychologisch inzicht. Voorts moet de consulent over goede communicatieve vaardigheden beschikken en hij moet zich, door gerichte vraagstelling, in korte tijd een oordeel kunnen vormen zowel over het besluitvormingsproces van de consultvragende arts als over de situatie van de patiënt. Verder moet hij over een geëigende praktijkervaring beschikken en in staat zijn om uiteenlopende gevallen genuanceerd te benaderen. Hij moet daarnaast in staat zijn om met betrekking tot alle aspecten van de meldingsprocedure zorgvuldig te adviseren en – niet in de laatste plaats – om zijn bevindingen zorgvuldig vast te leggen. Aan al deze aspecten wordt in de training en opleiding van SCEN-artsen aandacht besteed.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts aandacht voor gewetensbezwaarde hulpverleners.

Wij herhalen hier nog eens, dat een arts of andere hulpverlener nimmer verplicht is aan levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medewerking te verlenen. Deze plicht kan ook uit het voorliggend wetsvoorstel geenszins worden afgeleid. Het is aan artsen zelf voorbehouden om, indien zulks ter sprake komt wanneer zij willen toetreden tot een maatschap of anderszins een functie willen aanvaarden, kenbaar te maken hoe hun visie is op het gebied van medische beslissingen rond het levens-einde. Het staat iedere arts vrij om daar zijn eigen opvattingen over te hebben. Een arts zal, indien hij zelf geen medewerking aan euthanasie wil verlenen, wel bereid moeten zijn om een patiënt die persisteert bij een verzoek om euthanasie, te verwijzen naar een collega. In deze situatie wordt door dit wetsvoorstel geen wijziging gebracht. Wij vermogen dan ook niet in te zien, waarom artsen die dergelijk handelen niet in overeenstemming met hun geweten kunnen brengen, zich als gevolg van dit wetsvoorstel in een toestand van gewetensbezwaarde gedrongen zullen zien. Welke garantie ter bescherming van gewetensbezwaarde artsen deze leden op het oog hebben, ontgaat ons.

Ook een verpleegkundige die op grond van zijn eigen geweten niet meewenst te werken aan euthanasie, zal dat tijdig kenbaar moeten maken, opdat hij niet bij voorbereidende handelingen of bij besluitvorming terzake wordt betrokken. De medisch-professionele standaard heeft tot uitgangspunt dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van de arts en dat de uitvoering ervan door een arts geschiedt. Deze norm is ook vastgelegd in de richtlijnen die terzake zijn uitgegeven door het Hoofdbestuur van de KNMG en het Bestuur van NU'91 (MC 1992, I, p. 29–32). Ook in de juris-

prudentie is overwogen dat de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek een medische handeling is die een arts niet kan delegeren aan anderen (Hof Leeuwarden 21 september 1995, TvGr. 1995, nr. 8, p. 491–495). Wij wijzen ook op artikel 6, eerste lid, van de CAO-Ziekenhuiswezen, waarin is vastgelegd dat de gewetensbezwaarde werknemer het recht heeft het uitvoeren van bepaalde opdrachten te weigeren. Op de arbeidsrechtelijke positie van medische beroepsbeoefenaren in dit verband gaan wij hieronder, naar aanleiding van vragen van de fracties van de RPF en het GPV, nader in.

Op de vragen van de leden van de CDA-fractie betreffende de toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen op de wilsonbekwame patiënt met een schriftelijke wilsverklaring, gaan wij hieronder, bij artikel 2, tweede lid, nader in.

De leden van de SP-fractie vroegen naar de positie van verpleegkundigen bij de uitvoering van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Zij stelden terecht dat de verpleegkundige een signalerende taak heeft bij het uiten door de patiënt van een wens tot euthanasie. De verpleegkundige is dikwijls de eerste die met een opmerking van een patiënt over zijn gedachte aan euthanasie wordt geconfronteerd. Bij het verder overleg over de wens van de patiënt is de verpleegkundige dikwijls ook betrokken. Tot de taak van de verpleegkundige behoort eveneens de toediening van medicijnen in het kader van pijn- en symptoombestrijding. Wij wijzen er in dit verband op dat in het gezondheidsrecht algemeen is aanvaard het uitgangspunt, zoals ook in het rapport van de commissie Remmelink uit 1991 geformuleerd, dat de toediening van middelen met het oogmerk pijn te bestrijden, tot normaal medisch handelen wordt gerekend, ook indien daarbij de mogelijkheid bestaat dat de patiënt daardoor eerder zal overlijden. De uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding dient echter door een arts te geschieden. Uitgangspunt binnen de medisch-professionele standaard is dat de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek een medische handeling is die een arts niet kan delegeren aan anderen. Bezwaren tegen euthanasie mogen dan ook op zich zelf geen reden zijn tot het afwijzen voor een functie. Niemand is verplicht mee te werken aan euthanasie en een functie in de gezondheidszorg moet naar behoren kunnen worden uitgeoefend, ook wanneer men niet mee wil werken aan de toepassing van euthanasie. Verpleegkundigen kunnen dan ook, indien zij principiële bezwaren hebben tegen meewerken aan euthanasie, een beroep doen op gewetensbezwaren. Dit impliceert echter niet dat verpleegkundigen zich reeds bij voorbereidende handelingen mogen onttrekken aan werkzaamheden die tot hun normale taak behoren. Uit het overleg over de situatie van de patiënt moet duidelijk blijken wat het voornemen is ten aanzien van de zorg voor de patiënt. De beroepsgroep van verpleegkundigen heeft aangegeven graag meer inzicht te willen hebben in hetgeen er met betrekking tot de rol van verpleegkundigen in de praktijk omgaat. Wij hebben toegezegd een onderzoek naar de rol van de verpleegkundige terzake te zullen doen (handelingen II 1997–1998, 62–4654). Een dergelijk onderzoek kan nog dit kalenderjaar aanvangen. Op de begroting van het ministerie van VWS zijn daarvoor gelden gereserveerd en met onderzoeksinstanties en beroepsorganisaties is reeds overleg over onderzoeksvoorstellen.

Sub f.

De leden van de PvdA- en de D66-fractie gaven terecht aan dat het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering een medisch professionele norm betreft. Van een overbodige eis is onzes inziens geenszins sprake. Opnemings van de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht houdt in, dat levensbeëindiging op

verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts niet langer strafbaar zal zijn, indien de arts zich houdt aan de zorgvuldigheidseisen die daarvoor zijn gesteld en die zijn neergelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het is zaak in deze afzonderlijke wet alle aspecten te regelen die voor het medisch zorgvuldig levensbeëindigend handelen van belang zijn. Daarbij hoort naar ons oordeel ook de medisch zorgvuldige uitvoering van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, omdat dit op zichzelf juist niet-normaal medisch handelen betreft. Zo brengt de medisch-professionele standaard voor wat betreft levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding met zich mee dat de juiste middelen op de juiste wijze worden toegediend en dat de arts, in geval van hulp bij zelfdoding, aanwezig of in de directe nabijheid van de patiënt bereikbaar blijft tijdens de inname van de verstrekte middelen. Tekortkomingen zowel in de medisch zorgvuldige uitvoering als in de naleving van de andere zorgvuldigheidsvereisten zouden kunnen leiden tot de constatering van ernstige onregelmatigheden door de lijkschouwer, zo beantwoorden wij een vraag van de PvdA-fractie. Aangezien dit tot dusver gelukkig vrijwel niet is voorgekomen, is het moeilijk voorbeelden hiervan aan te dragen. Gedacht zou kunnen worden aan een situatie waarin de arts middelen tot zelfdoding heeft verstrekt zonder duidelijke afspraken over de wijze en het tijdstip van inname en zonder zelf aanwezig te blijven, en de middelen, op onjuiste wijze zijn gebruikt of door anderen dan de desbetreffende patiënt. Van een ernstige onregelmatigheid zou sprake kunnen zijn indien bij de lijkschouwer gereede twijfel rijst of wel sprake is geweest van levensbeëindiging op verzoek. Wij gaan ervan uit dat er zelden of nooit aanleiding zal bestaan voor de gemeentelijke lijkschouwer om de officier van justitie in kennis te stellen van geconstateerde ernstige onregelmatigheden. Maar gegeven de constellatie van de regelgeving betreffende de lijkbezorging vormt de tussenkomst van de lijkschouwer in gevallen dat geen verklaring van natuurlijke dood kan worden afgegeven, ook indien het overlijden het gevolg is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, een vangnet en een extra waarborg tegen misstanden.

Op de afweging door openbaar ministerie en inspectie voor de gezondheidszorg, welke reactie op een door de toetsingscommissie vastgestelde omissie van de arts aangewezen is, zijn wij hierboven, onder de artikels-gewijze toelichting op artikel 2, eerste lid, algemeen, al ingegaan. Wij zijn het met de fractie van D66 eens dat bij de schending van het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering een tuchtrechtelijke reactie dikwijls in de rede zal liggen en niet een strafrechtelijke, maar een dergelijke schending zou, zo kunnen wij ons voorstellen, wel een factor van belang kunnen zijn bij de beantwoording van de vraag of er, gegeven het geheel van omstandigheden van het concrete geval, aanleiding is tot een strafrechtelijke reactie.

De leden van de fracties van RPF en GPV vroegen of wij hun zorg delen dat medische en verpleegkundige beroepsbeoefenaren en zelfs apothekers het werken in de gezondheidszorg soms wordt bemoeilijkt indien zij om principiële redenen euthanasie afwijzen. Ook in sollicitatiegesprekken kan deze problematiek aan de orde komen. De opvatting van een beroepsbeoefenaar moet worden gerespecteerd en wanneer een beroepsbeoefenaar aangeeft op persoonlijk gronden niet aan euthanasie mee te kunnen werken, mag dat geen reden zijn om iemand het werken in de gezondheidszorg te bemoeilijken. Wij kunnen ons evenwel voorstellen dat in sollicitatie- en vergelijkbare gesprekken het thema euthanasie aan de orde komt. Dit kan met het oog op de specifieke omgeving waarin betrokkene werkt of komt te werken, in de rede liggen en voorts positief worden beoordeeld. Bespreking van dit thema kan voorkomen dat beroepsbeoefenaren later problemen krijgen in hun func-

tioneren omdat standpunten over en weer niet bekend zijn. Bezwaren tegen euthanasie mogen echter op zich zelf geen reden zijn tot het afwijzen voor een functie. Niemand is verplicht mee te werken aan euthanasie en een functie in de gezondheidszorg moet naar behoren kunnen worden uitgeoefend, ook wanneer men niet mee wil werken aan de toepassing van euthanasie.

Beroepsbeoefenaren mogen, indien zij principiële bezwaren hebben tegen meewerken aan euthanasie, een beroep doen op gewetensbezwaren. Deze bezwaren dienen te worden gerespecteerd. Ook artikel 6, eerste lid, van de CAO Ziekenhuiswezen waarborgt dit. Dit impliceert echter niet dat verpleegkundigen zich reeds bij voorbereidende handelingen mogen onttrekken aan werkzaamheden die tot hun normale taak behoren. Uit het overleg over de situatie van de patiënt moet duidelijk blijken wat het voornemen is ten aanzien van de zorg voor de patiënt. Hier ligt dan vervolgens een verantwoordelijkheid voor de beroepsbeoefenaar om op het juiste moment duidelijk aan te geven dat hij niet verder mee kan werken en een verantwoordelijkheid voor de leidinggevenden of verantwoordelijke arts om hier tijdig rekening mee te houden.

Zoals wij eerder in deze nota bij de beantwoording van vragen van de leden van de SP-fractie reeds hebben aangegeven, zal een onderzoek plaats vinden naar de rol van de verpleegkundigen en de conflictsituaties waarin zij terecht kunnen komen.

Over de strafbaarheid van verpleegkundigen merken wij, in antwoord op een vraag van de leden van de RPF- en de GPV-fractie, dat de consequentie van de classificatie van de strafuitsluitingsgrond als rechtvaardigingsgrond is, dat de deelnemers daarop eveneens een beroep kunnen doen, met dien verstande dat het beroep daarop in de hoofdzaak terecht is gedaan. Dat geldt dus ook ten aanzien van verpleegkundigen. Indien het beroep van de arts op de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond door het ontbreken van de vereiste zorgvuldigheid niet wordt aanvaard, zullen de gedragingen van degenen die aan de euthanasie hebben meegewerkt telkens op het gewicht en de waarde van hun mogelijk aandeel in het strafbaar feit moeten worden beoordeeld.

Wij hebben er hierboven al op gewezen dat zowel in de medisch-professionele standaard als de jurisprudentie het uitgangspunt is erkend, dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van de arts en dat de uitvoering ervan door een arts geschiedt.

De leden van de CDA-fractie wilden een klip en klaar antwoord op de vraag of de arts die de gevraagde hulp niet in overeenstemming kan brengen met zijn geweten, verplicht is de patiënt te verwijzen naar een andere arts. Ook de leden van de fractie van D66 vroegen om een nadere toelichting op de aanduiding in de memorie van toelichting dat het voor een gewetensbezwaarde arts op zijn weg ligt om een andere arts in te schakelen. Deze leden waren van mening dat moet worden voorzien in een verwijsplicht voor de arts in die situatie.

Volgens medisch-professionele opvattingen behoort elke arts in de eerste plaats open te staan voor vragen van zijn patiënt over levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en een gesprek daarover met de patiënt aan te gaan. In de tweede plaats wordt van de arts verwacht dat hij, indien voor hem vaststaat dat hij nimmer zijn medewerking zal geven aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, in een vroeg stadium zijn standpunt kenbaar maakt aan de patiënt. Dit hoeft hij niet ongevraagd bij iedere patiënt te doen. Een gesprek met de patiënt over beslissingen rond het levenseinde naar aanleiding van diens concrete vragen daarover of naar aanleiding van de diagnose van een zeer ernstige aandoening kan daarvoor een geschikt moment zijn. In de derde plaats dient de arts, indien uit gesprekken met de patiënt blijkt dat

een blijvend verschil van inzicht bestaat over de toelaatbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, de patiënt in de gelegenheid te stellen in contact te treden met een arts die geen gewetensbezwaren heeft. Als dat nodig is, mag van de gewetensbezwaarde arts ook worden verwacht dat hij de patiënt helpt dat contact te leggen en, indien de patiënt dat wenst, de behandeling over te dragen aan de collega die geen gewetensbezwaren heeft.

Van de kant van de fracties van D66, de RPF, het GPV en de SP werd aangedrongen op het opnemen in het wetsvoorstel van een verbod voor artsen om de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek te delegeren aan anderen.

Wij menen dat hiertoe geen aanleiding bestaat, aangezien de medisch-professionele standaard tot uitgangspunt heeft dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van de arts en dat de uitvoering ervan door een arts geschiedt. Deze norm is ook vastgelegd in de richtlijnen die terzake zijn uitgegeven door het Hoofdbestuur van de KNMG en het Bestuur van NU'91 (MC 1992, I, p. 29–32). Ook in de jurisprudentie is overwogen dat de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek een medische handeling is die een arts niet kan delegeren aan anderen (Hof Leeuwarden 21 september 1995, TvGr. 1995, nr. 8, p. 491–495). Gelet hierop maakt de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door de arts zelf naar ons oordeel genoegzaam deel uit van het vereiste van medisch zorgvuldige uitvoering.

Uit het voorliggende wetsvoorstel vloeit geenszins de verplichting voor wie dan ook voort om een verzoek om levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in te willigen of daaraan medewerking te verlenen. De constructie van een bijzondere strafuitsluitingsgrond, die neerkomt op een uitzondering uitsluitend voor artsen en onder voorwaarden, op de algemene strafbaarstelling inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, brengt met zich mee dat een bepaling als door de leden van de fracties van de RPF en het GPV bedoeld, niet nodig is.

Artikel 2, tweede lid (schriftelijke wilsverklaring)

Naar aanleiding van vragen van leden van de fracties van PvdA, D66, VVD, SP en GroenLinks gaan wij nader in op de gewenste formulering van de bepaling betreffende de schriftelijke wilsverklaring. Uit de verschillende reacties die de zinsnede « tenzij hij gegronde redenen heeft het verzoek niet in te willigen » heeft opgeroepen, is ons gebleken dat aan deze bepaling een verschillende betekenis wordt toegekend. Sommigen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, vinden de genoemde clausulering te vrijblijvend, omdat deze de arts teveel ruimte zou bieden de verklaring te negeren. Anderen, waaronder de artsenorganisatie KNMG, zijn juist van mening dat de genoemde zinsnede een te dwingend karakter heeft, omdat hiervan de suggestie zou uitgaan dat de arts slechts kan weigeren het verzoek in te willigen, indien hij daarvoor gegronde redenen heeft. Beoogd is inderdaad slechts, zoals door de PvdA- en de D66-fractie werd aangeduid, te bepalen dat de schriftelijke wilsverklaring onder omstandigheden een mondeling verzoek kan vervangen. Daarvoor is enerzijds vereist dat de patiënt de schriftelijke verklaring heeft opgesteld op een moment dat hij nog in staat was zijn wil te uiten, terwijl hij tegelijkertijd tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht. Anderzijds moet voor inwilliging van het verzoek om levensbeëindiging op overeenkomstige wijze zijn voldaan aan de zorgvuldigheidseisen die zijn opgesomd in artikel 2, eerste lid. Dit houdt in dat de arts, gegeven de schriftelijk geuite wens van de patiënt, zal moeten nagaan of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk

lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Deze beide vereisten brengen met zich mee, dat de verklaring helder geformuleerd moet zijn en voldoende toegespitst op de situatie waarin de inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt zich bevindt. Met name dit laatste vereist een verklaring die niet al te lang geleden is opgesteld, althans niet te zeer aan actualiteit heeft ingeboet. Op de actualiteit van de wilsverklaring komen wij hieronder nog terug.

Het voortschrijden van de medisch-technische stand van de wetenschap sinds het opstellen van de verklaring zou er, dit in antwoord op de vraag van de PvdA-fractie, inderdaad toe kunnen leiden dat de in de wilsverklaring omschreven situatie niet langer als uitzichtloos en ondraaglijk beschouwd behoeft te worden. Het niet meer aanwezig zijn van gevreesde bijwerkingen kan, dit in antwoord op een vraag van de GroenLinks-fractie, inderdaad van belang zijn, bijvoorbeeld als dit tot gevolg heeft dat niet langer gesproken kan worden van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Als andere gegronde reden voor de arts om het verzoek niet in te willigen hebben wij in de memorie van toelichting genoemd de onduidelijkheid van de verklaring. Een onvoldoende helder geformuleerde verklaring maakt het voor de arts onmogelijk om vast te stellen dat deze situatie, indien deze als uitzichtloos moet worden beschouwd, door de patiënt ook is bedoeld als een situatie van ondraaglijk lijden waarin hij zijn leven beëindigd zou willen zien. Ook kan een onhelder geformuleerde verklaring reden zijn voor twijfel omtrent de weloverwogenheid van het verzoek. Ook op de formulering van de wilsverklaring komen wij hieronder nog terug.

Alles overziende zijn wij van oordeel dat de tot verschil van opvatting leidende zinsnede «tenzij hij gegronde redenen heeft het verzoek niet in te willigen», gemist zou kunnen worden. Wij stellen daarom bij nota van wijziging voor deze zinsnede te laten vervallen. Alternatieve formuleringen zoals door de fracties van PvdA en D66 voorgesteld, nemen wij niet over. Beide formuleringen bieden de wilsverklaring weliswaar meer rechtskracht in die zin, dat aan de vrijwilligheid en weloverwogenheid van de wilsverklaring op zichzelf niet getwijfeld behoeft te worden, tenzij er gegronde redenen zijn om het tegendeel aan te nemen. Deze formulering kan evenwel ook het bezwaar oproepen dat extra druk op de arts wordt gelegd om het verzoek in te willigen indien hij, geconfronteerd met een verklaring waarvan hij het bestaan niet kende, tot de vaststelling komt dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Wij geven de voorkeur aan het vereiste dat de arts, ook in de situatie van een wilsonbekwaam geworden patiënt, de overtuiging heeft gekregen dat er, ten tijde van het opstellen van de verklaring, sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dit is ook van belang met het oog op de vraag of het levensbeëindigend handelen moet worden gemeld volgens de procedure waarin dit wetsvoorstel voorziet, dan wel volgens de komende meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

Naar aanleiding van vragen van de PvdA-fractie willen wij graag nogmaals uiteenzetten waar, naar ons oordeel, de scheidslijn gelegen zou moeten zijn tussen dit wetsvoorstel en de nog tot stand te brengen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Zoals wij hierboven al hebben uiteengezet, vinden melding en toetsing overeenkomstig dit wetsvoorstel plaats indien door de arts, alvorens hij tot de beslissing komt om een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, is vastgesteld dat de patiënt wilsbekwaam was. Ook in het geval de wilsuiting van een patiënt gestoord kan zijn als gevolg van een psychische stoornis of bijvoorbeeld een zich ontwikkelende dementie, dient eerst te worden vastgesteld of er sprake is van wilsbekwaamheid bij deze patiënt. Wordt deze vraag beves-

tigend beantwoord dan is de regeling van het onderhavige wetsvoorstel van toepassing. Bij een ontkennend antwoord is dit laatste eveneens het geval, mits er een tevoren afgelegde wilsverklaring is. Voor alle duidelijkheid merken wij op, dat voor de toelaatbaarheid van het levensbeëindigend handelen daarnaast ook sprake moet zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Kan de patiënt echter niet als wilsbekwaam worden aangemerkt en ontbreekt tevens een schriftelijke wilsverklaring, dan geldt de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Die situatie is bijzonder omdat alsdan niet gesproken kan worden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Dit rechtvaardigt een toetsing achteraf van het levensbeëindigend handelen volgens de procedure die betrekking heeft op levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Kern van de zaak is dat er op het moment van de beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, duidelijkheid moet zijn over de vraag of er al dan niet wilsbekwaamheid is.

Indien de door de PvdA-fractie aangeduide situatie zich voordoet, dat een patiënt een voordien opgestelde wilsverklaring actualiseert in het beginstadium van dementie, dan staat dit niet in de weg aan melding en toetsing overeenkomstig dit wetsvoorstel, mits de arts ervan overtuigd is dat dit verzoek vrijwillig en weloverwogen is geuit voordat het dementieproces was ingezet, en de patiënt ook bij de actualisering van zijn wilsverklaring in het beginstadium van dementie door de arts nog als wilsbekwaam werd aangemerkt. Wij benadrukken nogmaals dat de inwilliging van dat verzoek, indien de patiënt dement is geworden, uitsluitend kan worden overwogen voor zover overigens aan de zorgvuldigheidscriteria van artikel 2, eerste lid, is voldaan. Wij doelen hier met name op een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dementie op zichzelf leidt nog niet tot een dergelijke situatie.

De leden van de VVD-fractie wezen op de rechtszekerheid voor patiënt en arts, juist indien de arts redenen kan hebben om te twijfelen over de wilsbekwaamheid van de patiënt. Deze leden bepleitten daarom ook voor de beoordeling van levensbeëindiging bij zulke patiënten een formeel-wettelijke regeling.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel hebben wij gesteld dat de opvatting van de Raad van State dat een centrale commissie voor de beoordeling van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten een deugdelijke en wellicht zelfs wettelijke, fundering behoeft, ons sympathiek is. Wij zijn evenwel van oordeel dat de regeling van deze commissie, die in overwegende mate de levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten zal beoordelen, niet in het onderhavige wetsvoorstel thuishoort. De rechtvaardiging voor levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten zal, zo deze er al is, niet op dezelfde gronden en onder dezelfde voorwaarden als levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding kunnen worden aangenomen. Aangezien in de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen met betrekking tot wilsonbekwame patiënten geen wijziging wordt gebracht, blijft een beslissing door het openbaar ministerie over al dan niet vervolgen in deze gevallen aangewezen. Wij herhalen hier onze voorkeur om de vraag of, en zo ja, op welke plaats, een dergelijke commissie een formeelwettelijke basis moet worden gegeven, thans niet te beantwoorden, maar eerst de parlementaire behandeling van het bovenbedoelde besluit af te wachten.

Over de criteria waaraan levensbeëindigend handelen met betrekking tot verschillende groepen wilsonbekwame patiënten, indien en voor zover dit onder omstandigheden als gerechtvaardigd kan worden beschouwd, laten wij ons nu niet uit. Hierop zullen wij ingaan in de toelichting op de ontwerp-algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging en een bijbehorende ontwerp-ministeriële rege-

ling, inhoudende een meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele categorieën bijzondere patiënten. Genoemd besluit en ministeriële regeling verwachten wij in het najaar bij de beide Kamers der Staten-Generaal te kunnen voorhangen.

Zonder op de door de VVD-fractie aangehaalde voorbeelden in te gaan, willen wij wél de opmerking van deze leden onderschrijven, dat extra omzichtigheid is geboden, indien de patiënt wel in staat is een mondeling verzoek te doen, maar de medische situatie waarin hij zich bevindt zijn oordeelsvorming mogelijk, al dan niet tijdelijk, heeft aangetast. Deze omzichtigheid in acht nemen ligt op de weg in de eerste plaats van de behandelend arts die met een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding wordt geconfronteerd, en in de tweede plaats van de consulent die naar aanleiding van dat verzoek wordt geraadpleegd.

Op dit punt willen wij nader ingaan op de actualiteit van de wilsverklaring en de wijze waarop deze geformuleerd is. Hierboven wezen wij al op het belang dat deze helder gesteld is en voldoende toegespitst op de situatie waarin de inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt zich bevindt. Laatstgenoemde eis vergt bij voorkeur, maar niet noodzakelijkerwijs, een recent opgestelde of herbevestigde verklaring. Aangezien elke gestelde geldigheidsduur hardheidsdiscussies zal oproepen bij gevallen waarin de wilsverklaring net buiten de termijn valt, hebben wij ervan afgezien om de geldigheid van de schriftelijke wilsverklaring aan een bepaalde termijn te binden. Wij zijn verheugd te constateren dat de fracties van de PvdA, de VVD en D66 zich hierin kunnen vinden. Inderdaad zal een arts terughoudender zijn naarmate een wilsverklaring ouder wordt. Herbevestiging of eventueel herformulering met een zekere regelmaat zal het omgaan met wilsverklaringen in de praktijk zeker vergemakkelijken. Wij zullen dan ook, in navolging van de fractie van D66, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie in overweging geven hun leden hierop te wijzen. In de bestaande «Informatiebrochure toelichting wilsverklaringen» van de NVVE wordt aangegeven dat wilsverklaringen hun geldigheid behouden totdat zij worden herroepen. In deze brochure wordt thans wel gewezen op de opvatting van sommige artsen dat een wilsverklaring om de paar jaar moet worden bevestigd en wordt voorts geadviseerd om bij elke opname in een ziekenhuis of verpleeghuis de wilsverklaring aan de behandelend arts ter beschikking te stellen.

Op dit moment bestaan, voor zover ons bekend, geen richtlijnen voor artsen betreffende het formuleren of actualiseren van wilsverklaringen. Wij erkennen dat het belangrijk is dat de arts, indien de patiënt een wilsverklaring ter sprake brengt, hierop alert is. Naar aanleiding van de vraag hierover van de fractie van GroenLinks zullen wij dit punt onder de aandacht brengen van de KNMG.

De arts is vooral gebaat bij een verklaring waarin duidelijk wordt aangegeven wat de wens van de patiënt is onder bepaalde omstandigheden. Hierbij is van belang het feit, dat wilsverklaringen zowel een weigering van (verdere) medische behandeling onder bepaalde omstandigheden kunnen inhouden, als een verzoek om levensbeëindiging. Eerstgenoemde wilsuiting is reeds rechtsgeldig op grond van de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Wil de arts een verzoek om levensbeëindiging ingevolge dit wetsvoorstel kunnen inwilligen, dan zal de omschrijving van de situatie waarin de patiënt dit wenst, moeten overeenkomen met de situatie waarin de patiënt zich bevindt op het moment dat de arts voor de vraag komt te staan of de in de verklaring vervatte wens moet worden ingewilligd. Dit zal naar verwachting, zo bevestigen wij de opmerking van de VVD-fractie, in de toekomst leiden tot nadere conditionele detaillering van wilsverklaringen. Wij achten dit op zichzelf een goede ontwikkeling, maar wijzen nadrukkelijk op het belang van bespreking van de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts. 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 duidelijk worden. Een dergelijk gesprek kan ook aanleiding vormen tot verduidelijking of herformulering van de wilsverklaring en, dit in antwoord op de suggestie van GroenLinks, het voorkómen van dubbelzinnigheden.

Met de VVD-fractie zijn wij van oordeel dat de patiënt, die een wilsverklaring heeft opgesteld en nadien in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden komt te verkeren, zijn wens tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding uitdrukkelijk mondeling moet bevestigen. De regeling van de wilsverklaring in dit wetsvoorstel is evenwel bedoeld voor de situatie waarin de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten. Een mondelinge bevestiging van het verzoek om levensbeëindiging is dan juist niet mogelijk.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de leden van de CDA-fractie over het conditionele karakter van wilsverklaringen, wijzen wij nogmaals op het belang van een bespreking van de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts naar aanleiding van het opstellen daarvan. In het bijzonder hierdoor kan worden bevorderd dat de arts, als hij voor die afweging komt te staan, ervan overtuigd kan zijn dat de in de verklaring vastgelegde wil overeenstemt met de situatie waarin de patiënt alsdan is komen te verkeren en dat de wilsuiting vrijwillig en weloverwogen was. Niettemin kan de wilsverklaring, ook zonder dat deze met de arts is besproken, worden beschouwd als overeenstemmend met de wil van de patiënt, mits deze, zoals in het tweede lid is voorgeschreven, tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht voordat hij wilsonbekwaam werd. Dat is nu de rechtskracht die wij aan de wilsverklaring toekennen. Anders dan de CDA-fractie menen wij dat bij een schriftelijke wilsuiting wel degelijk sprake kan zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Voor de gerechtvaardigde inwilliging van het in de wilsverklaring neergelegde verzoek om levensbeëindiging is voorts de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid vereist. De leden van de fracties van het CDA, de SP, de RPF en het GPV vroegen hierop nader in te gaan. Ook de VVD-fractie stelde hierover enige vragen onder Artikel 2, eerste lid, algemeen.

De gekozen formulering houdt in dat inachtneming van de in het eerste lid genoemde zorgvuldigheidseisen geboden is voor zover de overeenkomst tussen de situaties in het eerste lid en het tweede lid strekt. De specifieke positie van de wilsonbekwame patiënt brengt met zich mee dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. De arts zal de vereiste overtuiging dan ook moeten krijgen op basis van zijn eigen beoordeling van de situatie, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek zal hij overtuigd kunnen zijn indien zijn bevindingen geen aanleiding geven om het tegendeel aan te nemen. Dit is de rechtskracht, zoals wij hiervoor al opmerkten, die het tweede lid aan de wilsverklaring toekent.

Het bovenstaande brengt met zich mee dat wij, in antwoord op een vraag die de VVD-fractie daarover stelde onder artikel 2, eerste lid, algemeen, een aanvullend protocol tussen arts en patiënt dan wel een machtiging aan een derde, niet nodig achten.

Voor de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden is, evenals bij wilsbekwame patiënten, het medisch vakkundig oordeel dat de situatie van de patiënt verergert en niet te verbeteren is, bepalend. 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 en voorts afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende

vormen en gradaties. Voorlichting aan de patiënt is slechts mogelijk voor zover de communicatie met de patiënt die nog toelaat. Daarnaast zal het, uit hoofde van zijn taak als goed hulpverlener, wel op de weg van de arts liggen 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 voor zover de communicatie met de patiënt zulks toelaat. Wel kan het voorkomen dat de arts, alles afwegende, tot het oordeel komt dat, ondanks de uitdrukkelijke wens tot levensbeëindiging van de patiënt die is neergelegd in de wilsverklaring, een andere oplossing uiteindelijk te verkiezen is boven actieve levensbeëindiging. Bij deze andere oplossing moet in dit geval worden gedacht aan het afwachten van de natuurlijke dood, terwijl de patiënt met alle zorg wordt omringd. Juist de wilsonbekwaamheid van de patiënt kan ertoe leiden dat moet worden vastgesteld dat hij niet ondraaglijk lijdt. Dit zal met name het geval kunnen zijn indien de patiënt in een diep en onomkeerbaar coma verkeert. De beoordeling daarvan blijft evenwel voorbehouden aan de arts aan de hand van de concrete omstandigheden van het geval.

Ook de rol van de consulent moet worden ingevuld aan de hand van de specifieke omstandigheid waarin de wilsonbekwame patiënt zich bevindt. Hij zal zich op gelijke wijze over bovenstaande vragen moeten buigen zonder dat hij met de patiënt kan spreken. Hierboven hebben wij al opgemerkt, dat met de consultatie een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces met betrekking tot de toepassing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt bevorderd. In de eerste plaats helpt de consultatie de arts na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen (al) is voldaan en te reflecteren op zijn eigen afwegingen, alvorens hij besluit tot inwilliging van het verzoek. In de tweede plaats biedt de consultatie als second opinion ondersteuning voor de behandelend arts bij de verantwoording van zijn handelen achteraf. Deze functie kan de consulent net zo goed vervullen indien sprake is van een wilsonbekwaam geworden patiënt met een wilsverklaring.

Dit geldt ook voor een diep demente patiënt, waarnaar de leden van de CDA-fractie vroegen. Ook door de leden van de fracties van de SP, de RPF en het GPV werd expliciet aandacht gevraagd voor het ziektebeeld dementie. Het gaat erom of het ziektebeeld dementie op zichzelf aanleiding kan zijn een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen. Bij dementie gaat het om een onomkeerbaar en progressief verlopend ziektebeeld. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer en deze ziekte kenmerkt zich door een sluipend begin met een geleidelijke progressie. In het beginstadium treedt vergeetachtigheid op, maar heldere momenten overheersen. In het verloop van de ziekte nemen de heldere momenten af. Naarmate de patiënt dieper dement raakt, nemen ook zijn bewustzijn en ervaring af. Dit leidt tot de vraag of bij een diep demente patiënt wel sprake kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Leden van de fracties van het CDA, de SGP, de SP, de RPF en het GPV spraken in dit verband hun verontrusting uit over een ontwikkeling die zou kunnen leiden tot de inwilliging van verzoeken om levensbeëindiging vanwege dementie als reden op zichzelf. Wij zijn van mening dat het ziektebeeld dementie op zichzelf nog geen reden vormt voor levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Dit geldt overigens ook voor andere ziekten. Ook bij de beoordeling van een in een schriftelijke wilsverklaring neergelegd verzoek om levensbeëindiging vindt besluitvorming zoveel als mogelijk plaats aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria. Het ziektebeeld speelt daarbij een rol, omdat moet worden vastgesteld of, en zo ja, in hoeverre, de gevolgen van het ziektebeeld een uitzichtloos en ondraaglijk lijden veroorzaken. Het

uitzichtloos en ondraaglijk lijden moet geplaatst kunnen worden in het ziektebeeld. Dit nu is bij demente patiënten de prangende vraag. De commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG (CAL) heeft in het rapport «rapport «Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten» (Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997) aangegeven, dat de vraag of een ernstige dementie gepaard gaat met een ondraaglijk lijden niet of nauwelijks op geleide van ervaringen van een patiënt kan worden bevestigd. Aangenomen kan worden dat het besef van de dementerende patiënt dermate is afgenomen dat verondersteld kan worden dat ondraaglijk lijden niet kan worden ervaren.

Gelet hierop vormt naar ons oordeel dementie, hoewel dit een onbehandelbaar, onomkeerbaar en progressief verlopend ziektebeeld betreft, op zichzelf in het algemeen geen reden om een verzoek om levensbeëindiging in te willigen. Het is de vraag of een demente patiënt onder zijn dementie lijdt, althans lijden kan ervaren. Dat neemt niet weg dat een bijkomend somatisch lijden bij de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijden kan veroorzaken. Tot de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging zal wél aanleiding kunnen zijn indien uit concrete feiten en omstandigheden binnen de situatie waarin de demente patiënt verkeert, is af te leiden dat deze lijdt onder uiterst onaangename gevolgen van zijn dementie of van andere bijkomende aandoeningen. Hierbij kan gedacht worden aan hevige benauwdheid als gevolg van herhaalde, therapieresistente verslikpneumonieën, of hevige pijn als gevolg van ernstige decubitus. Ook in het bovengenoemde rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG wordt deze lijn gevolgd.

Concluderend geldt, dat de vaststelling of er in het geval van dementie feitelijk sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, een medisch-professioneel oordeel behelst, en dat deze vaststelling derhalve is voorbehouden aan de arts.

Wij zouden, anders dan de leden van de SP-fractie kennelijk van mening zijn, niet willen spreken van een groot probleem bij de vaststelling wanneer de toestand is ingetreden waarop de euthanasieverklaring duidt. Het is de arts die, wil hij gelegitimeerd zijn om aan het verzoek te voldoen, overtuigd moet zijn dat aan de inhoud van de wilsverklaring en aan de zorgvuldigheidseisen, is voldaan. Daarbij zal het betrekken van de vertegenwoordiger van de patiënt naar verwachting voor de arts veeleer een positieve factor in de afweging zijn, omdat de arts daardoor zijn beslissing ten minste kan nemen in overleg met een persoon die verondersteld kan worden namens de patiënt op te treden en deze goed te kennen.

De opmerking van de leden van de CDA-fractie dat louter de aanwezigheid van een wilsverklaring geen reden kan zijn om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, onderschrijven wij, evenals de stelling dat daaruit nimmer voor de arts een rechtsplicht kan voortvloeien tot levensbeëindigend handelen. De opmerking in de memorie van toelichting dat de schriftelijke wilsverklaring dient als richtsnoer voor de arts moet aldus worden begrepen, dat deze in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten, richting kan geven aan de beslissingen van de arts omtrent de verdere behandeling van zijn patiënt. Zo kan de arts zich in dat geval gesteund weten in zijn beslissing om een medische behandeling bij de betreffende patiënt niet meer in te stellen of te staken. Uiteindelijk kan de wilsverklaring inhoudende een verzoek om levensbeëindiging van die patiënt, opgesteld toen deze nog wel in staat was zijn wil te uiten, ook door de arts worden ingewilligd, maar alleen, zo blijkt uit de zinsnede «overeenkomstig het eerste lid», indien overigens aan de zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is voldaan. Op de vraag wanneer bij een wilsonbekwaam geworden patiënt met een schriftelijke

wilsverklaring aan de zorgvuldigheidseisen geacht kan worden te zijn voldaan, zijn wij hierboven gedetailleerd ingegaan in antwoord op vragen van diverse fracties en in het bijzonder in antwoord op een vraag van de RPF- en GPV-fracties.

Wij benadrukken dat ook bij wilsonbekwame patiënten levensbeëindiging pas in laatste instantie aan de orde kan zijn, wanneer geen andere mogelijkheden resteren om het lijden daadwerkelijk te verlichten. Het is de arts die dit alles afweegt en uiteindelijk de beslissing neemt om het schriftelijk verzoek om levensbeëindiging in te willigen. Aldus zal ook nimmer de situatie ontstaan dat de arts, zoals de leden van de CDA-fractie het uitdrukten, louter en alleen de uitvoerder is van een ooit door de betrokkene op papier gezette wil.

De meerwaarde van wettelijke erkenning van de wilsverklaring boven de huidige, niet-wettelijk verankerde positie is hierin gelegen, dat deze, onder bepaalde voorwaarden, de arts de mogelijkheid biedt om in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden de door de patiënt uitdrukkelijk schriftelijk geuite wens in te willigen. Aldus kunnen patiënten aan de regeling van de wilsverklaring de rust en het vertrouwen ontlenen dat de arts aan een door patiënten zelf ongewenst en ondraaglijk geachte situatie een einde zal kunnen maken, terwijl artsen die in de hier bedoelde situaties de uitdrukkelijke wens van hun patiënt willen inwilligen, de zekerheid hebben dat zij, indien zij zich aan de gestelde voorwaarden houden en zorgvuldig te werk gaan, niet strafbaar zullen zijn. Wij geven toe dat de genoemde zekerheden betrekkelijk zijn. Voor de patiënt is deze betrekkelijk, omdat hij tevoren nooit de zekerheid kan hebben dat de arts zijn wens ook daadwerkelijk zal inwilligen. Voor artsen is bovengenoemde rechtszekerheid betrekkelijk, omdat zijn straffeloosheid eerst na toetsing achteraf duidelijk zal zijn.

Voorts is de regeling van de wilsverklaring in dit wetsvoorstel te beschouwen als een passende aanvulling op de regeling van de zogenoemde negatieve wilsverklaring in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Patiënten hebben te allen tijde het recht aan te geven dat zij geen (verdere) medische behandeling wensen. Wij achten het rechtvaardig dat zij ook kunnen aangeven dat zij hun leven beëindigd willen zien, indien zij in een uitzichtloze en ondraaglijke situatie komen te verkeren, terwijl zij zelf niet meer in staat zijn hun wil kenbaar te maken. Zoals wij hierboven reeds opmerkten, kan de wilsverklaring inhoudende een verzoek om levensbeëindiging in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten, richting geven aan de beslissingen van de arts omtrent de verdere behandeling van zijn patiënt. De arts kan bijvoorbeeld om te beginnen een medische behandeling bij de betreffende patiënt niet instellen of staken. In dit licht moet ook de door deze leden aangehaalde uitspraak worden gezien van de tweede ondergetekende. Zij heeft met haar uitspraak willen aangeven dat een mens ook echt kan lijden onder het besef dat het dementeren is begonnen en waar dat toe zal leiden. Het feit dat de wilsverklaring zoals opgesteld door de patiënt mede is ingegeven door dit aspect, kan de arts betrekken in zijn behandelbeslissingen ten aanzien van de patiënt. Dementie alleen kan echter, zoals wij hierboven hebben aangegeven, geen redenen vormen om een in de wilsverklaring neergelegd verzoek om levensbeëindiging in te willigen.

Door leden van de CDA-fractie werd verwezen naar het onderzoek van de sociologe C. Koppedraijer, waaruit naar voren kwam dat gezonde mensen negatiever oordelen over ziekte en lijden dan mensen die met ziekte worden geconfronteerd en die tot hun verbazing nieuwe grenzen stellen. Wij zijn van mening dat dit resultaat niet afdoet aan de taak van de arts om in gesprek te gaan met de patiënt die een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. In een gesprek tussen arts en patiënt kunnen juist de

inhoud van de verklaring en de precieze wensen van de patiënt duidelijk worden. Een dergelijk gesprek kan ook aanleiding vormen tot verduidelijking of herformulering van de wilsverklaring en tot het wegnemen van misverstanden, bijvoorbeeld indien de patiënt het idee zou hebben dat aan het in zijn wilsverklaring neergelegde verzoek zonder meer gehoor zal worden gegeven indien hij dement zal zijn geworden.

De leden van de CDA-fractie vroegen om opheldering van onze opmerking over het grote aantal wilsverklaringen dat voorhanden is. Bij de overheid bestaat geen registratie van wilsverklaringen. Ook door de grootste belangenorganisatie op dit gebied, de NVVE, wordt geen registratie meer bijgehouden van het aantal opgestelde wilsverklaringen. De NVVE heeft sinds haar oprichting in 1973 ruim 185 000 modelverklaringen geleverd. Het is reëel te veronderstellen dat het overgrote deel daarvan ook daadwerkelijk is opgesteld en aan artsen ter hand gesteld is geweest. Daarnaast zijn er, zo heeft ook de ervaring met de meldingsprocedure euthanasie sinds 1990 geleerd, veel zelfgeschreven verklaringen en verklaringen die bij notariële akte zijn vastgelegd. Dit gegeven, en het aantal van ruim 100 000 leden van de NVVE nu, rechtvaardigen ons inziens de veronderstelling dat ruim 100 000 Nederlanders een wilsverklaring hebben opgesteld. In het licht van het onderhavige wetsvoorstel beschouwen wij dit als een zo belangrijk maatschappelijk gegeven, dat wij een wettelijke status voor de wilsverklaring op zijn plaats achten. In het onderhavige wetsvoorstel wordt de norm vastgelegd dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts onder bepaalde voorwaarden, te rechtvaardigen, en derhalve niet langer strafbaar, is. Het ligt in de rede om het grote aantal wilsverklaringen dat in Nederland volgens een reële schatting is opgesteld, zodanige rechtskracht te verlenen, dat een verzoek om levensbeëindiging vastgelegd in een wilsverklaring door de patiënt voordat hij wilsonbekwaam werd, kan worden ingewilligd, mits voor het overige is voldaan aan de voorwaarden die daarvoor gelden met betrekking tot de patiënt die zijn wil nog wel kan uiten. Voor veel patiënten geeft dit rust en vertrouwen, terwijl het de arts tot steun kan zijn bij zijn beslissingen omtrent de verdere behandeling van zijn patiënt. Onder de voorwaarden die dit wetsvoorstel daaraan verbindt, is de levensbeëindiging bij een wilsonbekwame patiënt te beschouwen als levensbeëindiging op verzoek. Er is dan ook geen aanleiding om met de regeling van de wettelijke status te wachten totdat het parlementaire debat over levensbeëindigend handelen bij enkele bijzondere categorieën patiënten is afgerond, zoals door de leden van de CDA-fractie werd gesuggereerd.

Over de motieven van mensen om een wilsverklaring op te stellen, bestaan geen wetenschappelijk verantwoorde onderzoeksgegevens, evenmin als over de vraag waardoor een toename van het aantal wilsverklaringen, zo deze er zou zijn, te verklaren is.

De angst om bijvoorbeeld dement te worden kan mensen bezig houden omdat zij veelal door directe ervaring met een ouder of familielid het proces van aftakeling en ontluistering kennen. Het probleem dat zich hier voordoet is dat bij dementie de omgeving veelal meer lijdt dan betrokkene zelf en dat mensen zichzelf een dergelijk ziekteproces willen besparen. Het proces van aftakeling en ontluistering kan voor mensen een reden zijn een euthanasieverklaring op te stellen om dit lijden in de toekomst te voorkomen. Zoals gezegd ligt het voor de hand dat de arts, wanneer een patiënt hem confronteert met een wilsverklaring, de achtergronden van de verklaring met de patiënt bespreekt. Hierbij zal veel aandacht moeten worden besteed aan juist de bovengenoemde overwegingen. Deze zijn immers op zichzelf geen reden voor toepassing van euthanasie. Het is aan de arts om te trachten dit aan de patiënt duidelijk te maken en de zorgen en angsten die aan de wilsverklaring ten grondslag liggen, met hem te bespreken. Ook een gesprek over de ouderdom kan daarbij aan de orde

zijn. Iedereen zal de ouderdom op eigen wijze tegemoet treden en beleven. De één zal daar bang voor zijn, de ander zal vreugde beleven aan de ouderdom. Aan de patiënt zal ook duidelijk gemaakt moeten worden dat de toepassing van euthanasie uitsluitend onder strikte zorgvuldigheidseisen, waaronder de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden plaats zal vinden en daaraan ook getoetst zal worden.

De omstandigheid dát reeds thans een groot aantal euthanasieverklaringen voorhanden is, is voor ons een belangrijke reden geweest om met een – kennelijk grote – maatschappelijke behoefte rekening te houden. De vastlegging van de schriftelijke wilsverklaring in de wet kan evenwel, meer dan de jurisprudentie inzake levensbeëindigend handelen thans kan bewerkstelligen, ook de gewenste rechtszekerheid bieden voor alle betrokkenen. Op zich ligt het ook meer in het algemeen, alleszins, voor de hand dat de wetgever bij het stellen van regels zich bij een maatschappelijke realiteit, voor zover deze naar haar oordeel ook een gewenste richting aangeeft, aansluit. Bij de beantwoording van de vraag of een maatschappelijke ontwikkeling gewenst is, worden op verschillende beleidsterreinen andere afwegingen gemaakt. De hier aan de orde zijnde problematiek kan niet worden vergeleken met andere situaties in de maatschappij, zoals situaties in de verslavingszorg, waarop deze leden kennelijk doelden, of het beleid ten aanzien van het gebruik van alcohol en tabak, waaraan deze leden in een eerdere vraag refereerden.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de rechtsgeldigheid thans van de schriftelijke wilsverklaring. Voor de beantwoording van deze vraag onderscheiden wij de wilsverklaringen, voor alle duidelijkheid, in zogenoemde negatieve en zogenoemde positieve wilsverklaringen.

In een negatieve wilsverklaring geeft iemand te kennen onder bepaalde omstandigheden toestemming te weigeren tot het ondergaan van een bepaalde geneeskundige behandeling. Hij geeft opdracht iets na te laten, bijvoorbeeld reanimatie achterwege te laten of de toediening van een bloedtransfusie. De juridische status van een dergelijke verklaring is geregeld in artikel 7:450, derde lid van het Burgerlijk wetboek. De hulpverlener kan hiervan slechts afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht. Anders gezegd: zonder toestemming van de patiënt is de arts niet gelegitimeerd om te behandelen. Over het algemeen wordt aangenomen dat de persoonlijke opvatting van een arts of vertegenwoordiger van de patiënt over de inhoud van de wilsverklaring, op zichzelf onvoldoende reden is om deze te negeren. Aldus is de negatieve wilsverklaring rechtens afdwingbaar.

Een positieve wilsverklaring behelst de opdracht tot bepaald handelen, of het instellen of voortzetten van een bepaalde behandeling. Een pregnant voorbeeld van een positieve wilsverklaring is de euthanasieverklaring, waarin wordt verzocht om onder bepaalde omstandigheden het leven van de opsteller te beëindigen.

Een euthanasieverklaring is rechtens niet afdwingbaar en kan daarnaast op morele en professionele grenzen stuiten. In tegenstelling tot negatieve wilsverklaringen kunnen persoonlijke opvattingen of gewetensbezwaren van de arts met betrekking tot euthanasieverklaringen op zichzelf wel reden zijn de verklaring niet te respecteren. De wilsverklaring is wél een *conditio sine qua non* voor levensbeëindigend handelen door een arts. Ingevolge het voorliggend wetsvoorstel geldt voorts dat de schriftelijke wilsverklaring, zoals omschreven in artikel 2, tweede lid, een *conditio sine qua non* vormt voor levensbeëindiging bij een wilsonbekwaam geworden patiënt. Maar ook indien de schriftelijke wilsverklaring wettelijk wordt geregeld, vloeit hieruit nimmer een rechtsplicht voort om tot levensbeëindiging over te gaan.

Deze leden vroegen voorts of aan wilsverklaringen nu reeds geldigheid wordt toegekend bij wilsonbekwame patiënten. Het kan voorkomen dat patiënten die ernstig ziek zijn een verzoek om levensbeëindiging op schrift stellen en deze ook met hun arts bespreken met het oog op de situatie dat het lijden ondraaglijk zal zijn geworden. Soms verliezen deze patiënten in het eindstadium van hun ziekteproces het bewustzijn. De vraag is dan of de arts op zo'n moment mag overgaan tot het honoreren van het verzoek. Wanneer de arts van mening is dat verder aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan kan de wilsverklaring, die reeds eerder is opgesteld en waarin de patiënt heeft verzocht om euthanasie, voor de arts een waarborg zijn dat hij aan het verzoek van de patiënt mag voldoen. Ons is niet bekend of het in de praktijk voorkomt, dat artsen tot levensbeëindigend handelen overgaan bij een wilsonbekwame patiënt op grond van een wilsverklaring waarover hij niet voorafgaand aan de wilsonbekwaamheid van de patiënt, en in de context van het actuele ziekteproces waarin deze zich bevond, met de patiënt heeft gesproken. In vele instellingen voor gezondheidszorg zijn protocollen opgesteld waarin is aangegeven hoe gehandeld moet worden wanneer medische beslissingen met betrekking tot het levenseinde moeten worden genomen. Deze protocollen bevatten meestal algemene procedure- en gedrageregels, die in ieder individueel geval hun toepassing moeten vinden. Wij zijn voorstander van de ontwikkeling van zodanige procedures, omdat zij voor hulpverleners en patiënten een hulpmiddel zijn voor het wijze waarop in ieder individueel geval de besluitvorming tot stand kan komen en getoetst kan worden.

De leden van de CDA-fractie verwezen naar een uitspraak van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen waarin de zorg wordt uitgesproken dat dit wetsvoorstel «de deur voor euthanasie bij dementerenden te ver open zou zetten». Uit het voorgaande moge blijken dat het kabinet van mening is dat dementie op zichzelf geen zelfstandige reden voor inwilliging van een verzoek tot euthanasie is. In het voorliggende wetsvoorstel is immers geen sprake van verruiming van criteria, maar van het vastleggen van de huidige criteria. De bezorgdheid van de NVVA delen wij niet.

Het verheugt ons tenslotte dat de leden van de CDA-fractie kunnen instemmen met het standpunt dat een wettelijke regeling van de beoogde centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten, gewenst is.

Op de voorgestelde regeling met betrekking tot minderjarigen, waarover de leden van de D66-fractie een opmerking maakten, komen wij hieronder, onder artikel 2, derde en vierde lid, terug.

Op de vraag in hoeverre de gewetensbezwaarde arts verplicht zou zijn de patiënt door te verwijzen naar een andere arts, zijn wij hierboven reeds ingegaan.

De leden van de D66-fractie stelden vervolgens in verband met een passage in de notitie Juridische status van wilsverklaringen in de gezondheidszorg (kamerstukken II 1999–2000, 26 885, nr 1, blz. 11) enkele vragen over de rol van de vertegenwoordiger van de patiënt als bedoeld in artikel 7: 465 lid 2 en 3 BW. Zij noemden daarbij de situatie van een persoon van zestien jaren of ouder waarvan een schriftelijk verzoek tot levensbeëindigend handelen voorligt, opgesteld toen deze tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kon worden geacht, terwijl die wilsverklaring actueel wordt op een moment dat deze dement is geworden en de rechter daarom een wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor) heeft aangesteld.

Die wettelijke vertegenwoordiger – hetzelfde geldt voor de personen genoemd in artikel 7: 465 lid 3 BW – heeft tot taak de zorg van een goed vertegenwoordiger te betrachten. Jegens hem of haar dient de hulpverlener zijn verplichtingen uit de behandelingsovereenkomst na te komen indien de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Het ligt reeds hierom voor de hand dat de arts bij zijn besluitvorming de visie van de vertegenwoordiger van de patiënt, die deze in de regel ook goed zal kennen en bij de behandeling reeds betrokken is geweest, betreft. Dit is te meer het geval indien de patiënt een «schriftelijk gemachtigde» heeft benoemd, juist omdat daarmee beoogd zal zijn de gewenste omgang met de schriftelijke wilsverklaring ook daadwerkelijk te bewaken.

Anderzijds is de notitie ook duidelijk over de vraag wiens mening de doorslag geeft: de visie van de vertegenwoordiger kan de wilsverklaring van de patiënt, indien deze duidelijk is, niet vervangen. Indien dus aan de zorgvuldigheidseisen die het wetsvoorstel noemt is voldaan, is de arts gerechtigd aan het in de wilsverklaring vervatte verzoek te voldoen, ook indien de vertegenwoordiger van de patiënt daarmee niet kan instemmen.

Op diverse vragen van de fractie van GroenLinks met betrekking tot de formulering en actualiteit van de wilsverklaring, zijn wij hierboven reeds ingegaan.

Op de arts die besluit niet in te gaan op een wilsverklaring die strekt tot levensbeëindigend handelen, rust geen motiveringplicht in de strikte zin van het woord. De wilsverklaring maakt hem immers slechts bevoegd tot zulk handelen, de arts is niet verplicht daartoe ook over te gaan, meer in het bijzonder niet indien hij zulks niet met zijn persoonlijke opvatting of geweten in overeenstemming kan brengen. Anderzijds ligt het alleszins voor de hand dat de arts, die met een wilsverklaring wordt geconfronteerd die niet voldoende duidelijk is en daarom door hem niet wordt gevolgd, daarvan aantekening maakt in zijn dossier en aan de naasten van de wilsonbekwame patiënt, cq. diens vertegenwoordiger, ook uitleg geeft. Dat behoort immers ook tot de zorg van een goed hulpverlener, bedoeld in artikel 7:453 BW.

De leden van de SP-fractie merkten terecht op dat uit de wilsverklaring nooit een rechtsplicht voortvloeit om tot levensbeëindiging over te gaan. Beroepsbeoefenaren, die medewerking aan euthanasie niet met hun geweten in overeenstemming kunnen brengen, mogen hun medewerking weigeren. Dit houdt verband met het feit dat levensbeëindigend handelen niet tot normaal medisch handelen wordt gerekend. Het is wél medisch handelen. Dit in antwoord op een vraag van de SP-fractie. Dat wil zeggen, dat het handelen behoort tot het deskundigheidsterrein van de arts. Naar algemeen wordt aangenomen is voor de uitvoering ervan medische deskundigheid vereist. Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is in de jurisprudentie tot dusver ook slechts aanvaard voor zover verricht door een arts.

Het kan voorkomen, dat naasten van een patiënt druk op de arts gaan uitoefenen. Het is dan aan de arts zelf om deze druk te weerstaan en duidelijk te maken dat en waarom hij niet mee kan werken. Afhankelijk van de situatie en de wens van de patiënt kan het voor de arts wel aangegeven zijn de patiënt te verwijzen naar een andere arts, die geen gewetensbezwaren heeft.

Uit het voorliggende wetsvoorstel vloeit, zoals gezegd, geenszins de verplichting voor wie dan ook voort om een verzoek om levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in te willigen of daaraan medewerking te verlenen. De constructie van een bijzondere strafuitsluitingsgrond, die neerkomt op een uitzondering uitsluitend voor artsen en onder voorwaarden, op de algemene strafbaarstelling inzake

levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, brengt met zich mee dat een bepaling als door deze leden bedoeld, niet nodig is.

Uit onze uiteenzetting hierboven moge duidelijk zijn geworden, dat van artsen geenszins verwacht wordt dat zij het leven gaan beëindigen van «gezonde demente bejaarden», zoals de leden van de SP-fractie het uitdrukten. De functie van de wilsverklaring als richtsnoer voor de behandelend arts kan, zoals wij hierboven reeds aangaven, daarentegen wel aanleiding vormen om af te zien van zekere medische ingrepen of behandelingen, bijvoorbeeld bij een longontsteking.

De schriftelijke wilsverklaring betekent niet meer en ook niet minder dan dat de arts deze mag beschouwen als overeenkomende met de wil van de patiënt, geuit met het oog op een situatie waarin deze in een toestand van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zal geraken. Wij vrezen, zo antwoorden wij de leden van de SP-fractie, niet voor een situatie waarin familieleden van de patiënt de arts met de verklaring in de hand werkelijk onder druk kunnen zetten. De arts zal óók ervan overtuigd moeten zijn, dat aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, is voldaan, hetgeen ook toetsbaar is.

Op de motieven die aan de opstelling van een wilsverklaring ten grondslag liggen alsmede op de taak van de arts om misverstanden omtrent de voorwaarden waaronder tot toepassing van euthanasie kan worden overgegaan, weg te nemen, zijn wij hierboven ingegaan naar aanleiding van gelijklopende vragen van de CDA-fractie.

Voor zover de door deze leden aangehaalde mening van verpleeghuisartsen betrekking heeft op de situatie waarin het ziektebeeld dementie op zichzelf reden zou vormen om een in een wilsverklaring neergelegd verzoek om levensbeëindiging in te willigen, is, zo hebben wij hierboven aangegeven, sprake van een onjuiste opvatting van de voorgestelde regeling. Onze reactie op het aangehaalde standpunt, dat meer waarde moet worden gehecht aan hetgeen de demente patiënt op het moment zelf wil dan aan hetgeen hij eerder op papier heeft gezet, luidt, dat er voor de arts geen aanleiding zal bestaan het verzoek in te willigen, indien een dementerende patiënt die zijn wil nog kenbaar kan maken, aangeeft dat niet te willen. De wilsverklaring zal, zo hebben wij duidelijk gemaakt, vooral richtsnoer kunnen zijn voor de arts indien het gaat om een patiënt die reeds zo dement is, dat van het coherent kenbaar maken van een wil geen sprake meer is.

Wij zien, gelet op het bovenstaande, geen aanleiding af te zien van de voorgestelde erkenning van de schriftelijke wilsverklaring.

Naar aanleiding van de bezwaren en vragen van de leden van de fracties van RPF en GPV met betrekking tot de wilsverklaring, bevestigen wij dat wij er van uitgaan dat de patiënt, die een wilsverklaring heeft opgesteld en nadien in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden komt te verkeren, zijn wens tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding uitdrukkelijk mondeling moet bevestigen zolang dit nog mogelijk is. Deze leden erkennen dat de regeling van de wilsverklaring in dit wetsvoorstel evenwel vooral is bedoeld voor de situatie waarin de patiënt fysiek niet meer in staat is zijn wil te uiten, waardoor een mondelinge bevestiging van het verzoek om levensbeëindiging niet mogelijk is. Wij erkennen dat de situatie van de wilsonbekwaam geworden patiënt met een schriftelijke wilsverklaring op dat cruciale punt, het vermogen tot wilsuiting, onvergelijkbaar is met die van wilsbekwame patiënten. De naleving van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid is dan ook vereist voor zover de overeenkomst tussen de situaties in het eerste lid en het tweede lid strekt.

Met de leden van de fracties van de RPF en van het GPV hanteren wij overigens als uitgangspunt dat, ook indien er een eerder opgestelde schriftelijke wilsverklaring strekkende tot levensbeëindigend handelen ligt, de arts

zich ervan moet vergewissen dat niet is gebleken van een gewijzigde wil van de patiënt. Juist daarom zal de arts bij zijn afwegingen en besluitvorming ook de visie met name van de vertegenwoordiger van de patiënt, als bedoeld in artikel 7:465 lid 2 en 3 BW, betrekken.

Indien mocht blijken dat de opvatting van een patiënt is gewijzigd ten opzichte van diens vroeger ondertekende wilsverklaring, is dit vanzelfsprekend van betekenis voor de arts: in dezelfde mate staat het hem daardoor niet vrij de oorspronkelijke wilsuiting van de patiënt te volgen, juist omdat deze niet meer met diens actuele wil overeenstemt. Zulks kan overigens ook aannemelijk worden gemaakt door de vertegenwoordiger van de patiënt.

Reeds eerder gaven wij aan dat de visie van de vertegenwoordiger niet die van de patiënt, vervat in diens wilsverklaring, kan vervangen. Het is dus anderzijds ook niet zo, dat de vertegenwoordiger een – naderhand niet gewijzigde of op grond van aannemelijk te maken omstandigheden als gewijzigd te beschouwen – wilsuiting van de patiënt, strekkende tot levensbeëindigend handelen, kan overrulen.

De vergelijking met het donorcodicil gaat in zoverre niet op, dat slechts bij hoge uitzondering de arts vanwege hem gebleken bezwaren van familieleden, de wilsverklaring houdende toestemming voor orgaanuitname na de dood niet zal behoeven te volgen. Die wilsverklaring is immers juist uitgangspunt en zal alleen dan niet worden gevolgd, indien de arts, door met de bezwaren van naasten van de overledene geen rekening te houden, zijn plicht van een goed hulpverlener jegens hen zou verzaken.

Wij zijn van oordeel, dat het inderdaad mogelijk is vast te stellen dat in een voorkomend geval de omstandigheden die in de wilsverklaring worden aangeduid, ook werkelijk aanwezig zijn. De praktijk van thans wijst dit ook uit.

Juist voor wat betreft de beoordeling van het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden is een heldere formulering van de wilsverklaring van groot belang. Verder is voor de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden, evenals bij wilsbekwame patiënten, het medisch vakkundig oordeel dat de situatie van de patiënt verergert en niet te verbeteren is, bepalend. Beide aspecten tezamen maken naar ons oordeel een goede afweging door de arts of de toestand is ingetreden waarop de patiënt in zijn verklaring heeft gedeut, mogelijk. Enige interpretatie van de wilsverklaring kan daarbij noodzakelijk zijn. In het algemeen kan gesteld worden dat naarmate de wilsverklaring minder helder is geformuleerd, deze door de arts ook minder zal kunnen worden opgevat als concreet verzoek om levensbeëindiging, maar meer als een richtsnoer voor de beslissingen van de arts omtrent de verdere behandeling van zijn patiënt. Wij kunnen ons in dit opzicht dan ook vinden in de door de leden van deze fracties geciteerde stelling van de KNMG.

Anders dan de leden van de fracties van de RPF en van het GPV beschouwen wij de schriftelijke wilsverklaring, uiteraard in de mate waarin zij qua inhoud ook werkelijk past op de alsdan bestaande situatie van de patiënt, als de uitdrukking van diens actuele wil. Daaraan doet in beginsel niet af, dat die wil wellicht zelfs vele jaren terug schriftelijk is geuit, noch dat – onvermijdelijk – hier van interpretatie, zowel van die wil als van de concrete omstandigheden sprake is. Er kan dan ook onzes inziens hier wel degelijk van een zelfstandige beslissing van de patiënt worden gesproken.

Inderdaad is nimmer met zekerheid te zeggen of de patiënt, wanneer de situatie zoals omschreven in de wilsverklaring zich voordoet, nog steeds dezelfde wens, te weten levensbeëindiging, zou koesteren. Deze reken-schap dient te patiënt zich te geven bij het opstellen van de verklaring, en de arts, met wie de patiënt deze verklaring bespreekt, kan dit de patiënt ook voorhouden. Wij benadrukken in dit verband nog eens dat een wils-

verklaring, zolang de patiënt daartoe in staat is, te allen tijde door hem kan worden herroepen. Indien evenwel de wilsverklaring aan duidelijkheid niet te wensen overlaat over de omstandigheden waarin de patiënt wenst dat, indien hij wilsonbekwaam is geworden, zijn leven wordt beëindigd, dan is de inwilliging van dat verzoek overeenkomstig de in dit wetsvoorstel gestelde voorwaarden, naar ons oordeel te beschouwen als levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek.

Wij delen dan ook niet de conclusie van Prof. Dr. G.A. Den Hartogh in zijn door deze leden aangehaalde artikel in het Nederlands Juristenblad van 19 november 1999, dat de kwestie van wilsonbekwaam geworden patiënten niet geregeld zou moeten worden in het voorliggende wetsvoorstel. De wilsbekwame patiënt en de wilsonbekwaam geworden patiënt met een wilsverklaring zijn weliswaar onvergelijkbaar op een cruciaal punt, namelijk waar het betreft de onmogelijkheid om de actuele wil van de patiënt in een gesprek met hem te toetsen. Maar gegeven de uitdrukkelijke wens om levensbeëindiging die de patiënt op schrift heeft gesteld toen hij nog tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, achten wij een analoge toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek met betrekking tot de wilsonbekwaam geworden patiënt met een schriftelijke wilsverklaring, goed mogelijk. Er is geenszins sprake van de reductie van zorgvuldigheidseisen tot één, namelijk de loutere aanwezigheid van een wilsuiting, zoals de heer Den Hartogh het stelt. Er zal evenzeer sprake moeten zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden naar het medisch vakkundig oordeel van de arts.

De vraag of de patiënt ondraaglijk lijdt, zal, zoals gezegd, de arts moeten beantwoorden aan de hand van de omschrijving in de wilsverklaring van de situatie waarin de patiënt levensbeëindiging wenst en voorts afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties. Wij herhalen nogmaals dat ook bij wilsonbekwame patiënten levensbeëindiging pas in laatste instantie aan de orde kan zijn, wanneer geen andere mogelijkheden resteren om het lijden daadwerkelijk te verlichten. Juist de wilsonbekwaamheid van de patiënt kan ertoe leiden dat moet worden vastgesteld dat hij niet ondraaglijk lijdt. Dit zal met name het geval kunnen zijn indien de patiënt in een diep en onomkeerbaar coma verkeert. De beoordeling daarvan blijft – evenals de beslissing over levensbeëindiging – voorbehouden aan de arts aan de hand van de concrete omstandigheden van het geval.

Op de actualiteit van de wilsverklaring zijn wij hierboven reeds ingegaan. Wij achten het, dit in antwoord op de vraag daaromtrent van de leden van de fracties van de RPF en het GPV, in beginsel denkbaar dat de in een wilsverklaring van een 14-jarige vastgelegde wens tot levensbeëindiging in geval van onomkeerbaar coma, jaren later wordt ingewilligd, indien zich deze situatie daadwerkelijk voordoet. Wij hechten eraan nogmaals te benadrukken dat de feitelijke beslissing daaromtrent aan de arts toekomt die, gegeven een dergelijke wilsverklaring, alsdan een afweging zal maken in het licht van de concrete medische situatie van de patiënt.

Artikel 2, derde en vierde lid

Wij hebben kennis genomen van de onoverkomelijke bezwaren van de SGP-fractie alsmede van de fracties van de RPF en het GPV bij de voorgestelde regeling met betrekking tot minderjarigen. Deze leden vroegen om een nadere onderbouwing van de gekozen analogie met de WGBO. In de WGBO (artikel 7:450 BW) is het toestemmingsvereiste, ook voor minderjarigen, neergelegd voor medische verrichtingen. Minderjarigen hebben derhalve, onder de voorwaarden die de WGBO daaraan verbindt,

het recht om (verdere) medische behandeling te weigeren. Voorts is in ruime kring, onder andere in gezondheidsrechtelijke literatuur, door de Staatscommissie Euthanasie 1985 en door de Raad van State (advies van 10 februari 1999 over het initiatiefvoorstel en van 11 juli 1986 over het toenmalige wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en de proeve van het kabinet Lubbers-I (kamerstukken II, 1985–1986, 18 331, nr. 43, C en D)), erkend dat ook bij minderjarigen het oordeel des onderscheids aanwezig kan zijn om zelf tot een verantwoord en weloverwogen verzoek om euthanasie te komen. Indien een ernstig zieke minderjarige het recht heeft om verdere behandeling te weigeren, dan ligt het naar ons oordeel in de rede om, analoog aan dit recht, de minderjarige ook het recht te geven tot het doen van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Daarbij hebben wij geenszins uit het oog verloren, dat levensbeëindigend handelen niet wordt gerekend tot normaal medisch handelen, en dat, zoals deze leden terecht aangaven, bij een verzoek om levensbeëindiging verzocht wordt om een handelen en niet om een nalaten. Bij het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gaat het, in tegenstelling tot een verzoek om medisch handelen na te laten, niet om een rechtens afdwingbaar recht. Dit verschil in juridische status van de onderscheiden verzoeken van de patiënt staat echter naar ons oordeel niet in de weg aan een analoge regeling van het verzoek om levensbeëindiging van de minderjarige, temeer nu een verzoek om levensbeëindiging zich zal voordoen in een situatie van zo ernstig lijden, dat verdere medische behandeling reeds op verzoek van de minderjarige wordt nagelaten of medisch zinloos is.

Volgens het wetsvoorstel is, eveneens naar analogie met de WGBO, bepaald dat de arts, indien de ouders van een minderjarige tussen de 12 en 16 jaren zich niet met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kunnen verenigen, het verzoek van de patiënt niettemin kan inwilligen, indien hij tot de overtuiging is gekomen dat met de levensbeëindiging ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen. Met dit ernstig nadeel, zo beantwoorden wij de vraag van de SGP-fractie alsmede een vraag van de leden van de D66- en de SP-fractie, wordt bedoeld het voortduren van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de minderjarige patiënt, terwijl de arts geen mogelijkheden anders dan levensbeëindiging meer heeft om het lijden adequaat te verlichten.

Indien het een patiënt van 16 of 17 jaar betreft, zal de arts bij de beoordeling na de vraag of tot levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt kan worden overgegaan, ernstig rekening dienen te houden met hetgeen de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen, (of de voogd) ter zake te berde brengen, juist ook omdat dezen, zoals de leden van de SGP-fractie aangeven, kennis zullen hebben omtrent de karaktereigenschappen en het incasseringsvermogen van hun kind. De arts zal evenwel zelf daaromtrent inmiddels ook het inzicht moeten hebben verkregen dat nodig is om te beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Is dit het geval dan achten wij het verantwoord dat de arts de wilsuiting van de hierbedoelde patiënt ook kan volgen. Gaat het om 12 tot 16 jarigen, dan zal, zoals de leden van de SGP-fractie inmiddels zullen hebben geconstateerd, de toestemming van de ouders of voogd vereist blijven.

De leden van de SGP-fractie verkeren kennelijk in de veronderstelling dat er bij de regeling ten aanzien van 16- en 17-jarigen, van een totaal omkeren van de gezagsverhouding tussen ouder en minderjarig kind sprake is. Wij stellen ons veeleer op het standpunt dat het hier om een zeer persoonlijk rechtsgoed van de patiënt gaat, waarbij getracht is een verantwoord evenwicht te bepalen tussen enerzijds de autonomie van de patiënt en anderzijds de verantwoordelijkheid van de ouders en de voogd. De vergelijking met leeftijdsgrenzen in andere wet- en regelgeving ter

bescherming van het kind gaat om die reden dan ook niet op. Deze hebben telkens hun eigen mérites.

Deze leden vroegen zich af of bij een minderjarige wel sprake kan zijn van een weloverwogen verzoek. Zoals wij hierboven reeds opmerkten kunnen ook ernstig zieke kinderen, naar algemeen wordt aangenomen, in staat worden geacht afwegingen te maken omtrent de ernstige situatie waarin zij zich bevinden. Voorts merken wij op dat de arts dit verzoek zorgvuldig zal bespreken met de minderjarige en zijn ouders, waarbij hij juist nauwkeurig zal ingaan op het verloop van de ziekte, de prognoses, de behandelmogelijkheden alsmede de mogelijkheden tot palliatieve zorg. Het ligt voor de hand dat de arts daarbij rekening houdt met de jeugdige leeftijd van de patiënt, diens kennis en inzicht, maar ook met diens hoop en wanhoop met betrekking tot zijn situatie en vooruitzichten. Deze inlichtingenplicht van de arts behoort tot de zorg van een goed hulpverlener. Juist onder heel zware omstandigheden, zoals een ongeneeslijke ziekte, kunnen ook kinderen naar onze overtuiging een rationele beslissing nemen, een serieus te nemen wens tot levensbeëindigend handelen uiten. Het gaat hier, dit in reactie op een opmerking van de RPF- en de GPV-fractie, om een bijzondere situatie die onvergelijkbaar is met andere terreinen, waarvoor in wettelijke regelingen van zogeheten handelingsonbekwaamheid van minderjarigen wordt uitgegaan. Het is zeker zo dat, juist vanuit hun verplichting het kind te verzorgen en op te voeden, ouders op het gedrag van hun kinderen zijn aan te spreken en dat het welzijn van hun kind hún eerste zorg en verantwoordelijkheid is. Daaraan doet op zich echter niet af dat er zekere terreinen des leven zijn, waarop het uiteindelijk kan aankomen op de beslissing van het kind zelf.

Zoals wij in de inleiding van deze nota in antwoord op vragen van de CDA-fractie al hebben aangegeven, hebben wij ons, naar aanleiding van de kritiek en zorg die in brede kring op dit voorstel is geuit, nader beraden over het voorstel levensbeëindigend handelen bij minderjarigen tussen de 12 en 16 jaren ook mogelijk te maken indien beide ouders of een van hen (of de voogd) zich met het verzoek niet kunnen verenigen. Bij nota van wijziging wordt daarom voorgesteld in alle gevallen de toestemming van de beide ouders die het gezag over de minderjarige uitoefen en of van de voogd, voorwaarde voor het inwilligen van een euthanasie verzoek van de 12-16-jarige minderjarige te doen zijn. Voor algehele intrekking van de bepalingen met betrekking tot minderjarigen voelen wij niet. De kritiek richtte zich specifiek op de mogelijkheid om tegen de wens van de ouders in te gaan. Met de voorgestelde regeling voor minderjarigen is overigens steun betuigd door diverse fracties alsmede door de beroepsgroep, met name de KNMG.

De leden van de SGP stonden voorts stil bij de formulering van de zorgvuldigheidscriteria. Zij meenden ten onrechte dat deze meer dan de criteria zoals opgenomen in artikel 9 van de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie, ruimte biedt voor louter subjectieve afwegingen van arts en patiënt. Er is materieel geen andere besluitvorming beoogd dan waaraan ook in de huidige meldingsprocedure wordt getoetst. Wel is beoogd duidelijk tot uitdrukking te brengen dat het enerzijds gaat om een gezamenlijke beslissing van arts en patiënt in goede samenspraak, waarbij de arts de patiënt op professionele wijze benadert en serieus neemt. Anderzijds gaat het om de verantwoordelijkheid van de arts om, alvorens een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, zich ervan te vergewissen dat werkelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Bij de toetsing achteraf of de arts de overtuiging had dat spake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, gaat de toetsingscommissie na of de arts tot deze overtuiging kon komen aan de hand van documentatie

betreffende het verzoek, bijvoorbeeld indien dit op schrift is gesteld, maar ook aan de hand van hetgeen omtrent de momenten en de wijze waarop met de patiënt diens verzoek is besproken. Een – in onze ogen volle – toetsing in het voorgelegde geval vindt eveneens plaats met betrekking tot het vereiste dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Ook wat betreft deze zorgvuldigheidseisen merken wij op, dat evenmin sprake is van een verschuiving in de richting van wat deze leden noemen «subjectieve autonomie» van de patiënt. Dit vereiste is opgenomen om te benadrukken dat tot toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding pas besloten mag worden als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is, ook binnen een uitzichtloos ziekteproces. Er is alsdan geen sprake meer van een reëel behandelingsperspectief. Waar het om gaat is dat, ook in dat geval, altijd zorgvuldig nagegaan wordt of er nog alternatieven ter verlichting van het lijden zijn. Deze alternatieven, zo deze er nog zijn, behoeven niet altijd acceptabel te zijn voor de patiënt. Deze uiteindelijke afweging ligt, zo wordt in de gekozen formulering van het vereiste sub d. tot uitdrukking gebracht, uiteindelijk bij de patiënt. Daarmee, zo willen wij voor alle duidelijkheid nogmaals benadrukken, ligt nog niet de beslissing tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, bij de patiënt.

Artikel 2, vierde lid

Bij de formulering van het voorgestelde lid, zo beantwoorden wij een vraag daarnaar van de PvdA-fractie, is gekeken naar formuleringen in de WGBO. De gekozen formulering brengt wel met zich mee dat, zoals deze leden terecht stelden, instemming van de ouders het uitgangspunt, de hoofdregel is.

Het stemt ons tot tevredenheid dat het voorstel om ook de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij minderjarigen in het wetsvoorstel op te nemen, steun vindt in de ogen van de D66-fractie. Wél vroegen deze leden, evenals de leden van de VVD-fractie, in te gaan op de kritiek die door vele Nederlanders, maar met name ook vanuit de medische beroepsgroep, is geuit op de mogelijkheid een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van een 12- tot 16-jarige in te willigen ondanks bezwaren daartegen van de ouders. Zoals gezegd is het signaal, afgegeven door de KNMG en de NVK, dat een meningsverschil op dit punt tussen ernstig zieke kinderen en hun ouders zelden of nooit voorkomt, in het licht van de kritiek en zorg die over dit voorstel in veel bredere kring is geuit, voor ons aanleiding geweest de bepaling met betrekking tot de 12- tot 16-jarigen te heroverwegen. Een dergelijk verschil van inzicht is daarmee overigen in beginsel wel denkbaar, en dit niet alleen bij kinderen geboren uit ouders van andere culturen, zoals de leden van de D66-fractie vroegen. Het regelen van een dergelijke eventualiteit kan naar ons oordeel evenwel niet opwegen tegen de bezwaren die tegen het desbetreffende voorstel zijn geuit. Bij nota van wijziging wordt daarom, zoals gezegd, voorgesteld de toestemming van de beide ouders die het gezag over de minderjarige uitoefen en of van de voogd, zonder meer voorwaarde voor het inwilligen van een euthanasieverzoek van de 12–16-jarige minderjarige te doen zijn.

Hiermee beschouwen wij ook de vragen van de leden van de GroenLinks-fractie op dit punt als beantwoord.

Deze leden hadden eerder aangegeven ons standpunt te onderschrijven dat ook bij minderjarigen het oordeel des onderscheids aanwezig kan zijn om tot een verantwoord en weloverwogen verzoek om euthanasie te komen. Aan de arts kan naar ons oordeel de beoordeling of een patiënt, al dan niet minderjarig, tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht, worden toevertrouwd. Het wil ons voorkomen

dat waar de arts in deze gevallen moet vaststellen of van een vrijwillig en weloverwogen verzoek sprake is, deze zeker mee in beschouwing zal nemen, dat het hier om een minderjarige patiënt gaat, en derhalve met nog meer omzichtigheid te werk zal gaan.

In antwoord op de vraag van deze leden welke inspanningsverplichting de arts heeft om een verschil van mening te voorkomen, herhalen wij hier nog eens, dat de situatie van verschil van mening tussen ouders/voogd en kind over levensbeëindigend handelen naar onze – door uitspraken uit de praktijk bevestigde – indruk slechts in zeer weinig gevallen voorkomt. Op de arts rust de taak om medische beslissingen over de behandeling en verzorging van een minderjarige patiënt slechts te nemen na zeer zorgvuldige voorlichting aan en gedachtewisseling met de minderjarige en zijn ouders.

De leden van de SP-fractie, die het niet eens zijn met inwilliging van het verzoek om levensbeëindiging van een 12–16-jarige, waarmee zijn ouders zich niet hebben kunnen verenigen, zullen naar aanleiding van ons antwoord op eerdere vragen, hebben gezien dat wij dit voorstel niet hebben gehandhaafd. Daaraan doet overigens niet af dat de arts in een gegeven geval met een moeilijke situatie geconfronteerd kan blijven, namelijk indien het kind anders dan zijn ouders of voogd, wel het levensbeëindigend handelen blijft wensen. De constatering, dat er voor ons voorstel onvoldoende draagvlak lijkt te bestaan, heeft ons tot een andere benadering gebracht. Indien het kind in overeenstemming met zijn ouders de beslissing neemt, is als het ware ook van een gedeelde verantwoordelijkheid sprake.

Hierboven, onder artikel 2, tweede lid, zijn wij uitvoerig ingegaan op de duidelijkheid en actualiteit van de wilsverklaring. In dat licht moet ook een wilsverklaring opgesteld door een twaalfjarige worden gezien en wij verwijzen de leden van de SP-fractie naar die uiteenzetting. Indien een wilsverklaring, opgesteld door een twaalfjarige, aan duidelijkheid niets te wensen overlaat en er overigens geen aanwijzingen zijn dat betrokkene op latere leeftijd anders over ziekte en dood is gaan denken, dan heeft zijn wilsverklaring de rechtskracht zoals voorzien in artikel 2, tweede lid. Dit laat onverlet, zo herhalen wij nogmaals, dat het de beslissing van de arts is om het verzoek al dan niet in te willigen. Hij zal, gegeven de schriftelijk geuite wens van de patiënt, moeten nagaan of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Een verklaring die lang geleden is opgesteld kan voor de arts in het bijzonder ten aanzien van dit laatste, zijn beslissing bemoeilijken.

De leden van de RPF- en de GPV-fractie vroegen om opheldering van onze opmerking in de memorie van toelichting, dat het oordeel des onderscheids bij minderjarigen beneden de twaalf jaar in beginsel niet aanwezig kan worden geacht. Deze opmerking is er op gericht aan te geven, dat, nu deze groep niet kan worden geacht in staat te zijn tot een redelijke waardering van hun belangen terzake, zij in beginsel geacht worden geen vrijwillig en weloverwogen verzoek te doen. Dit houdt in de eerste plaats in, dat dit wetsvoorstel op levensbeëindiging bij een minderjarige beneden twaalf jaren niet van toepassing is. Dergelijk handelen moet worden aangemerkt als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. In de tweede plaats vloeit uit dit uitgangspunt voort, dat aan een schriftelijke wilsverklaring, afgelegd door de patiënt voordat deze twaalf jaar was, indien deze verklaring niet na het bereiken van de leeftijd van twaalf jaar is (her)bevestigd, niet de betekenis kan worden toegekend als in het tweede lid bedoeld.

Hiermee wordt ons inziens geenszins de suggestie gewekt, zoals deze leden suggereerden, dat levensbeëindiging bij minderjarigen beneden de twaalf jaar, mits met toestemming van de ouders, mogelijk is. Integen-

deel, de kwalificatie van levensbeëindiging in deze gevallen als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek brengt met zich mee dat melding van dit handelen moet plaatsvinden volgens de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën, omdat dergelijk handelen in beginsel strafbaar is. Een uitspraak, zoals door deze leden gewenst, dat van dergelijk handelen in het geheel geen sprake kan zijn, zou in strijd zijn met de jurisprudentie terzake van levensbeëindiging bij ernstig zieke pasgeborenen, waarin een beroep op noodtoestand is aanvaard (Gerechtshof Amsterdam dd. 7 november 1995 (NJ 1996, 113) en Gerechtshof Leeuwarden dd. 4 april 1996 (TvG 1996, 5).

De vragen van deze leden betreffende in hun ogen onwenselijke mogelijkheid tot inwilliging van het verzoek om levensbeëindiging van een twaalf- tot zestienjarige tegen de wens van zijn ouders in, behoeven geen beantwoording meer, aangezien wij, zoals hierboven is toegelicht, dit voorstel niet hebben gehandhaafd. Zeker, zo voegen wij daaraan toe, is ook bij kinderen een goede palliatieve zorg en stervensbegeleiding van het grootste belang.

Met het vereiste, dat de ouders van een 16 of 17 jarige patiënt betrokken dienen te worden bij de besluitvorming omtrent het levensbeëindigend handelen, hebben wij willen aangeven dat het aldus – bij voorkeur – kan gaan om een besluit, dat na gezamenlijk overleg is genomen.

Artikel 3

Met de leden van de VVD-fractie zijn wij van mening dat de meldingsbereidheid van artsen nog aanzienlijk verhoogd moet worden. Wij onderschrijven volledig de stelling van deze leden dat melding van euthanasie de vanzelfsprekende norm dient te worden. Anders dan deze leden menen wij dat de bestaande toetsingscommissies daartoe een significante bijdrage zullen leveren en wel in samenhang met hetgeen de kern is van dit wetsvoorstel, te weten dat de arts die zorgvuldig handelt én meldt vrijuit gaat.

Wij delen de constatering van deze leden dat met dit wetsvoorstel het verwachtingspatroon voor het functioneren van de toetsingscommissies sterk vergroot wordt. Wij tekenen hierbij meteen aan dat de effecten op de meldingsbereidheid van de nieuwe wettelijke regeling, zo leert de praktijk, nog niet aanstonds zichtbaar zullen zijn. Maar wij hebben de overtuiging dat de regeling in dit wetsvoorstel, waarvan de inhoud toch wezenlijk verschilt van de huidige meldingsregeling op het punt voor het afwezig zijn van een strafrechtelijke bedreiging, zal leiden tot een substantieel meldingsniveau. Voor het overige mogen wij deze leden verwijzen naar hetgeen wij omtrent het aantal meldingen over de afgelopen jaren hierboven hebben opgemerkt in de Inleiding van deze nota in antwoord op vragen hierover van de leden van de D66-fractie.

Ingevolge dit wetsvoorstel oordelen de toetsingscommissies zelfstandig over de vraag of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. De eigen verantwoordelijkheid van het openbaar ministerie voor de vervolgingsbeslissing brengt met zich mee dat het, mede aan de hand van het uitgebrachte oordeel in het concrete geval, het handelen van de arts toetst aan

de geldende wettelijke norm en de daarop betrekking hebbende jurisprudentie. Het oordeel of het handelen van de arts valt binnen de bijzondere strafuitsluitingsgrond dan wel binnen de delictsomschrijving van artikel 293, eerste lid of 294, eerste lid, Wetboek van Strafrecht, blijft voorbehouden aan het openbaar ministerie en aan de rechter aan wie de zaak in voorkomende geval wordt voorgelegd. Wij zien niet in dat aldus een inbreuk zou worden gemaakt op artikel 113 van de Grondwet.

De leden van de VVD-fractie stonden stil bij de samenstelling van de toetsingscommissies en deden hierover enige suggesties, mede gelet op het pleidooi van de KNMG voor uitbreiding van de medische deskundigheid in de commissies.

Wij hebben bewust gekozen voor een paritaire samenstelling van de drie vertegenwoordigde disciplines die bij de besluitvorming met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn betrokken. De medische aspecten zijn daarin heel belangrijk, maar de juridische en ethische aspecten spelen ook een wezenlijke rol. Wij verliezen niet uit het oog dat de regionale toetsingscommissies nog niet lang in hun huidige samenstelling functioneren.

Uit gesprekken die wij hebben gevoerd met vertegenwoordigers van de toetsingscommissies is naar voren gekomen, dat de huidige opzet, die gekenmerkt wordt zowel door een beperkte omvang als een gemengde samenstelling, als vruchtbaar en nuttig wordt ervaren. De toetsingscommissies zijn vooralsnog van oordeel dat de huidige samenstelling voldoet en dat er geen reden is om de commissie uit te breiden met artsen of verpleegkundigen. De artsen in de commissies hebben veel praktijkervaring en zijn genoegzaam in staat een deskundig oordeel over een casus te geven.

Wij zijn, mede gelet op het bovenstaande, van mening dat er onvoldoende aanleiding bestaat om deelname van meer dan één arts in de commissies te overwegen. In veel gevallen bestaat geen enkele twijfel over de diagnose en vooruitzichten van de patiënt en over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Wij zien niet goed in wat de meerwaarde van de visie van drie artsen boven die van één in dat geval zou zijn. In gevallen dat nadere informatie over de medische situatie van de patiënt wenselijk is, heeft de commissie onzes inziens voldoende mogelijkheden om hierover nadere inlichtingen in te winnen. Vergroting van het aantal commissieleden zou daarentegen naar onze overtuiging afbreuk kunnen doen aan de thans bestaande harmonieuze en doelmatige samenwerking binnen en tussen de commissies.

De leden van de commissies dragen ieder, elk vanuit hun eigen discipline en ervaring, bij aan een zorgvuldige en zinvolle discussie over de voorgelegde gevallen. Dit laatste geldt evenzeer voor het ethisch deskundige lid. De expertise van de ethicus is van belang voor de aandacht voor in het geding zijnde medisch-ethische waarden en normen. Ethici kunnen eveneens een bijdrage leveren aan de analyse en argumentatie.

Met betrekking tot de juristen-voorzitters spraken de leden van de VVD-fractie een zekere voorkeur uit voor rechterlijke ambtenaren. Wij menen dat de laatstgenoemden inderdaad goed zullen kunnen voldoen aan de eisen die aan deze functie gesteld worden, maar niet met uitsluiting van juristen die in een andere professie werkzaam zijn en over bijzondere deskundigheid op dit terrein beschikken. De praktijk rond het functioneren van de toetsingscommissies wijst ook niet in de richting, zoals door deze leden werd bepleit.

Alles overziende zien wij thans geen aanleiding om verandering te brengen in de samenstelling van de commissies. Het voorliggend wetsvoorstel is evenwel zo geredigeerd, dat het in de toekomst, indien daaraan behoefte blijkt te zijn, mogelijk is de samenstelling aan te passen. Een

aanleiding daartoe zou mogelijkerwijs gelegen kunnen zijn in de uitkomst van onderzoek naar het functioneren van de toetsingscommissies.

De leden van de VVD-fractie vroegen ook naar de wervingsprocedure van commissieleden. Voor wat betreft de benoeming van de huidige commissieleden brengen wij deze leden het volgende in herinnering. Bij brief van 9 november 1998 (Kamerstukken II 1998–1999, 23 877, nr. 27) hebben wij aan de Tweede Kamer een zogenoemde profielschets voor de leden van de toetsingscommissies gezonden. Wij achten de daarin opgenomen kenmerken waaraan de leden van de toetsingscommissies moeten voldoen, nog steeds adequaat.

Voor alle disciplines geldt dat zij op hun terrein de specifieke kennis hebben om een oordeel te kunnen geven over die aspecten van de casus, die primair hun discipline regarderen.

De huidige commissieleden zijn aangezocht door de betrokken ministers. De eerste ondergetekende heeft de juristen-voorzitters aangezocht, die hem bekend waren op grond van hun werkzaamheden en capaciteiten. De tweede ondergetekende heeft de medici en ethici aangezocht. Voor het aanzoeken van de medici is nauwgezet overleg gepleegd met de KNMG en met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Enkele medici hebben uit eigen beweging hun belangstelling kenbaar gemaakt. Met alle potentiële commissieleden is een gesprek gevoerd. De medici hebben allen een grote praktijkervaring en zijn bekend met het terrein van medische beslissingen rond het levenseinde. De ethici zijn allen werkzaam in de praktijk, hetzij aan een universiteit, hetzij in een instelling en zijn allen zeer bekend met het onderhavige terrein. Er is naar gestreefd vooral de medici te benoemen in een commissie die niet is gevestigd in de regio waar zij werkzaam zijn.

Voor de benoeming van commissieleden in de toekomst zal in overleg met de KNMG, als dit wetsvoorstel wet zal zijn geworden, een procedure worden opgesteld. Aldus wordt ook bevorderd, zoals deze leden van belang achtten, dat de medische leden van de commissies het juiste «peer»-gehalte hebben.

In antwoord op de vraag van deze leden hoe de uniformiteit van de oordelen van de commissies is gewaarborgd, wijzen wij op het periodiek overleg tussen de voorzitters van de commissies, in aanwezigheid van vertegenwoordigers van het College van procureurs-generaal en van de Inspectie voor de gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarin artikel 13 voorziet. In dit overleg, dat zeker niet uitsluitend is bedoeld voor technische aspecten, komen, zo blijkt nu al uit het periodiek overleg dat de toetsingscommissies voeren, algemene vragen inzake interpretatieverschillen tussen de commissies of de werkwijze van de commissies, aan de orde.

Wij zien niet in om welke redenen er sprake zou zijn van een onheldere rechtspositie van de commissies. Om te beginnen wijzen wij op de duidelijke taakomschrijving van de commissies, zoals neergelegd in artikel 8 van dit wetsvoorstel. Verder zijn opgenomen bepalingen over de benoeming, het ontslag en de bezoldiging. De commissieleden worden door de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport benoemd. In overleg met de KNMG zal hiervoor, zoals wij hierboven opmerkten, als dit wetsvoorstel wet zal zijn geworden, een procedure worden opgesteld. Vanzelfsprekend zullen de beide ondergetekenden op een kwalitatief hoogwaardig functioneren van de toetsingscommissies blijven toezien en daartoe de benodigde faciliteiten bieden. Ingevolge artikel 19, tweede lid, kunnen voorts desgewenst bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld betreffende de werkwijze en verslaggeving van de commissies.

De leden van de VVD-fractie wilden voorts weten of het College van procureurs-generaal ook aan een termijn wordt gebonden voor de beslissing op zaken die door de regionale toetsingscommissie worden toegezonden.

Wij hebben zodanig voornemen niet. Bij het instellen van een vervolging in alle strafzaken is het openbaar ministerie reeds gebonden aan de eisen van een redelijke termijn, waarbinnen de berechting moet plaats vinden. Op voorhand is in het algemeen geen vaste termijn te geven, waarbinnen een vervolgingsbeslissing in deze bepaalde categorie zaken moet worden genomen. Dat is in sterke mate afhankelijk van het soort onderzoek dat moet worden verricht. Het vaststellen van de doodsoorzaak en toxicologisch onderzoek, voor zover dit al nodig is, zal niet veel tijd behoeven te vergen. De duur van het voorbereidend onderzoek zal echter, waar het gaat om het horen van deskundigen over de vraag wat in een concrete zaak als zorgvuldig medisch handelen kan gelden, niet zonder meer tevoren kunnen worden gefixeerd.

Deze leden vroegen voorts naar de verhouding tussen de verschillende plichten en het zogeheten nemo-tenetur-beginsel. In het voorgestelde artikel 8, tweede lid, is de bevoegdheid van de toetsingscommissie opgenomen om aanvullende inlichtingen te vragen bij de arts. In artikel 8, derde lid, is opgenomen dat de commissie tevens inlichtingen kan inwinnen bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent en de betrokken hulpverleners. In beide gevallen moeten die inlichtingen noodzakelijk zijn voor een goede beoordeling van het gemelde levensbeëindigend handelen van de arts. De voorgestelde bepalingen bevatten voor de betrokkenen geen verplichting tot antwoorden of tot medewerking. De bevoegdheid van de commissie houdt op als zij tot haar oordeel is gekomen. Het oordeel van de toetsingscommissie strekt tot het geven van een antwoord op de vraag of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten die in artikel 2 van de wet zijn opgesomd. De commissie bepaalt zelf welke inlichtingen zij voor haar onderzoek in dit kader nodig heeft. De officier van justitie kan daartoe geen opdracht geven. Indien de toetsingscommissie tot het oordeel komt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld is strijd met het nemo-teneturbeginsel niet aan de orde.

In de gevallen waarin een regionale toetsingscommissie de zaak aan het openbaar ministerie zendt, heeft ofwel de toetsingscommissie geoordeeld dat de arts niet de genoemde zorgvuldigheidsvereisten in acht heeft genomen, ofwel is sprake van een situatie bedoeld in artikel 12 van de Wet op de lijkbezorging: het weigeren van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding. Aangenomen moet worden dat dit voldoende aanleiding zal zijn voor het instellen van een opsporingsonderzoek. Op grond van artikel 10 is de toetsingscommissie verplicht de officier van justitie de inlichtingen te verstrekken die hij behoeft. Dat betekent niet dat de commissie op haar beurt aan de arts de voor het opsporingsonderzoek benodigde inlichtingen kan vragen. Zodra de arts als verdachte is aangemerkt, zal ingevolge artikel 27 Wetboek van Strafvordering de cautie moeten worden gegeven en zal de arts door de politie als zodanig worden gehoord. De arts is dan niet gehouden enige inlichting over de zaak te verstrekken en kan zich bovendien beroepen op zijn verschoningsrecht. Ook hier is strijd met het nemo-teneturbeginsel niet aan de orde.

Het voorgaande laat onverlet dat de informatie die op grond van artikel 10 (met inbegrip van het door de arts opgemaakte beredeneerd verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging) door de commissie aan de officier van justitie rechtmatig is verstrekt, in de strafzaak uiteindelijk kan bijdragen aan het bewijs van het strafbaar feit. Deze situatie wijkt niet af van de inlichtingen die zijn verschaft in het kader van

controle-activiteiten die aan bepaalde organen of instanties zijn opgedragen. Ook deze inlichtingen kunnen, zoals algemeen aanvaard, tot het bewijs in een strafzaak dienen.

De voorgestelde wetgeving bestendigt en codificeert de bestaande situatie dat de arts gehouden is mee te werken aan het mogelijk maken van controle op de zorgvuldigheid van zijn medisch handelen, maar niet verplicht kan worden tot medewerking in het tegen hem als verdachte gerichte opsporingsonderzoek.

Wat betreft de vraag van de VVD-fractie over het raadplegen door de toetsingscommissie van de consulent wijzen wij erop dat deze mogelijkheid, zoals wij hierboven al aangaven, is opgenomen in artikel 8, derde lid.

De leden van de VVD-fractie wezen op de veelzijdigheid van de materie die in gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de orde is en gaven aan dat de controle hierop niet hoofdzakelijk langs strafrechtelijke weg, maar met name op basis van medisch tuchtrecht zou moeten plaatsvinden. De suggestie van deze leden om de toetsingscommissies tevens als tuchtrechter in deze zaken aan te wijzen, spreekt ons niet aan. De opzet van de toetsingscommissies is zodanig, dat deze niet met de waarborgen van rechterlijke colleges is omkleed. Voorts wordt met de wettelijke taakstelling van de toetsingscommissies beoogd te voorzien in een onafhankelijke, multi-disciplinaire toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zonder enige vooronderstelling van een – al dan niet verwijtbaar – onjuist handelen van de arts. Juist deze neutrale uitgangspositie van de toetsingscommissies maakt een als positief ervaren interactie met de beroepsgroep, zowel op individueel als collectief niveau, mogelijk. Wij verwijzen in dit verband ook naar het onlangs verschenen en aan de Tweede Kamer ter kennis gebrachte jaarverslag van de regionale toetsingscommissies.

Ingevolge artikel 8, eerste lid, van dit wetsvoorstel beoordeelt de commissie op basis van het verslag van de arts of deze heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Op grond van artikel 9 brengt de commissie een gemotiveerd oordeel uit. Hierdoor kunnen de beoordeling van verschillende aspecten van het handelen van de arts en de hieromtrent gemaakte afwegingen door de commissie, genuanceerd tot uitdrukking komen. Indien niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, maakt de commissie hiervan melding in haar gemotiveerde oordeel. Zij brengt dit oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Wij achten het juist dat het deze instanties zijn die vervolgensieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – aan de hand van het deskundig en genuanceerd oordeel van de commissie bezien of, en zo ja, welke stappen – tuchtrechtelijk dan wel strafrechtelijk – moeten worden ondernomen jegens de arts.

De leden van de fractie van het CDA pleitten voor opnemng van een verpleegkundige in de toetsingscommissie. De verpleegkundige is weliswaar in sommige gevallen de eerste hulpverlener die met een wens tot levensbeëindiging van een patiënt wordt geconfronteerd. In die gevallen is zij ook daarna dikwijls de belangrijkste aanspreekpersoon. De verpleegkundige heeft een signaalfunctie. Dit geldt vooral in instellingen, meer dan in een thuissituatie. Deze positie moet echter los worden gezien van het deel uitmaken van een toetsingscommissie. Zoals wij hierboven reeds in antwoord op een vergelijkbare vraag van de leden van de VVD-fractie opmerkten, zijn de commissies vooralsnog zelf niet van mening dat de aanwezigheid van een verpleegkundige in de werkwijze van de commissie een toegevoegde waarde heeft. De commissies kunnen thans genoegzaam tot een genuanceerd oordeel komen. Dikwijls blijkt de rol van de

verpleegkundige reeds uit het dossier en wanneer de commissie dat nodig acht, kan zij nadere informatie vragen over de betrokkenheid van de verpleegkundige. Daarbij vindt het overgrote deel van de gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding plaats in de thuissituatie en daar is sprake van relatief geringe betrokkenheid van verpleegkundigen. Uit het in te stellen onderzoek naar de positie van de verpleegkundige bij de besluitvorming inzake medische beslissingen rond het levenseinde, waarop wij in de inleiding van deze nota zijn ingegaan, zal nader inzicht over de rol van de verpleegkundige verkregen kunnen worden.

Ook de vraag van de leden van de CDA-fractie over de bijdrage van de ethicus in de commissie ten aanzien van bezinning op het gebied van normen en waarden is in vergelijkbare zin hierboven reeds gesteld door de leden van de fractie van de VVD en aldaar door ons beantwoord. De ethici beoordelen primair of een arts in het voorgelegde geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding heeft gehandeld in overeenstemming met de in het algemeen in de maatschappij heersende opvattingen die bij de besluitvorming in acht genomen moeten worden, en of bijvoorbeeld niet te lichtvaardig tot uitvoering is overgegaan. Een beoordelingsaspect zal zeker zijn of de arts voldoende indringend met de patiënt heeft gesproken over diens levensvisie en stervenswens. Bij de beoordeling van het besluitvormingsproces en het handelen van de arts worden algemene en geaccepteerde opvattingen zoals deze zijn ontstaan en gegroeid in de beroepsgroep, in de jurisprudentie en in de samenleving als geheel, betrokken.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de betekenis van de opmerking in de memorie van toelichting dat euthanasie alleen kan plaats vinden in de context van een goede palliatieve zorg en relateerden daaraan de opvatting dat de medicus in de toetsingscommissie een palliatief deskundige moet zijn. Deze opvatting delen wij niet.

Alvorens de arts besluit een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, zal hij eerst met de patiënt de nog voorhanden zijnde therapeutische alternatieven alsmede de mogelijkheden van een goede palliatieve zorg hebben besproken. Soms zal dan blijken dat de palliatieve zorg toereikend is voor de patiënt en deze met een goede zorg toch op een natuurlijke wijze kan sterven; soms zal evenwel ook een goede palliatieve zorg niet voldoende zijn en zal de patiënt persisteren bij zijn verzoek om euthanasie. De reeds gebruikte en nog resterende zorgmogelijkheden voor de patiënt zullen steeds moeten worden besproken en worden afgewogen bij de besluitvorming.

Het is ook een taak van de consulent om met de consultatie vragende arts de mogelijkheden van palliatieve zorg voor de patiënt te bespreken. De consulent kan zonedig de arts verwijzen naar een palliatief team of een specialist op het terrein van palliatieve zorg. Wanneer een melding bij de toetsingscommissie ter beoordeling voorligt, zal de commissie zeker bezien in hoeverre in het gehele besluitvormingsproces rond de levensbeëindiging de mogelijkheden van palliatieve zorg zijn onderkend en aangewend. Indien de commissie de indruk heeft dat deze mogelijkheden op een andere manier aangewend hadden kunnen worden, zal zij dat hetzij in het oordeel vermelden, hetzij dit met de arts bespreken. De medicus in de commissie is zeker in staat over de aanwending van palliatieve zorg zijn mening te geven, zonder dat dit hoeft te betekenen dat hij specialist op dat terrein is. Vele ziektebeelden uit de dossiers die de commissie ter beoordeling krijgt voorgelegd, zullen ook niet direct behoren tot het specialisme van de medicus uit de commissie. Het feit dat hij algemene praktijkervaring heeft en dat hij op de hoogte blijft van de ontwikkelingen op therapeutisch en palliatief terrein stelt hem in staat een gemotiveerd oordeel te geven.

De leden van de CDA-fractie herinnerden aan de hoorzitting die de vaste commissies voor Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 22 november 1999 hebben georganiseerd ter voorbereiding van de behandeling van dit wetsvoorstel. Zij vroegen om een toelichting op het feit dat de eerste ondergetekende niet instemde met het voornemen om daarbij met vertegenwoordigers van het openbaar ministerie van gedachten te wisselen.

De eerste ondergetekende acht het op staatsrechtelijke gronden niet wenselijk dat instanties die onder zijn politieke verantwoordelijkheid vallen aan de Tweede Kamer commentaar geven op een, mede onder zijn verantwoordelijkheid, bij de Tweede Kamer ingediend wetsvoorstel. Het openbaar ministerie is, evenals andere daarvoor in aanmerking komende instanties, vanzelfsprekend bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel betrokken geweest. Bij de afronding van de voorbereiding ervan heeft de eerste ondergetekende, waar mogelijk, rekening gehouden met hetgeen door het openbaar ministerie in een advies van 28 juni 1999 ter zake naar voren is gebracht. Van een «fel verzet tegen» dit wetsvoorstel, zoals in het door deze leden aangehaalde krantenartikel wordt gesuggereerd, is hem geenszins gebleken. Op 2 september 1999 heeft de eerste ondergetekende in een reactie aan het openbaar ministerie zijn oordeel over het genoemde advies meegegeeld en aangegeven welke gevolgtrekkingen daaraan voor wat betreft het wetsvoorstel zijn verbonden. Zowel het advies van het openbaar ministerie en de reactie daarop van de eerste ondergetekende zijn bij brief van 4 november 1999, nr. 801556/99/BSG, aan de Tweede Kamer gezonden.

Deze leden stonden voorts uitvoerig stil bij de positie van het openbaar ministerie. Zij wensten een eenduidig antwoord op de vraag in hoeverre in diens vervolgingsmonopolie door dit wetsvoorstel verandering wordt gebracht. Ook de leden van de SGP-fractie vroegen hiernaar.

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 om een opsporingsonderzoek in te stellen. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek is slechts aanleiding bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dit geldt in het algemeen en niet slechts bij de strafbare feiten waar het bij dit wetsvoorstel om gaat. Dat is de strekking van de opmerking in het nader rapport, dat ingevolge dit wetsvoorstel het openbaar ministerie in alle gevallen de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolging over te gaan.

De voorgestelde strafuitsluitingsgrond die is opgenomen in artikel 293, tweede lid, en 294, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht houdt in, dat de strafbaarheid van het feit komt te ontvallen, indien de pleger, in dit geval de arts, voldoet aan de in de strafuitsluitingsgrond genoemde voorwaarden. Handelen overeenkomstig de omschrijving van de bijzondere strafuitsluitingsgrond wordt niet langer strafbaar geacht.

De toetsing van het handelen van de arts wordt bij wet opgedragen aan daartoe specifiek deskundig geachte regionale toetsingscommissies. 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. Alsdan is er ook geen aanleiding voor het openbaar ministerie om een opsporingsonderzoek in te stellen en alsdan gebruik te maken van zijn wettelijke bevoegdheden. Evenmin is het nog nodig dat de toetsingscommissies in alle gevallen hun oordeel bij wijze van advies aan het openbaar ministerie kenbaar maken, waarna het openbaar ministerie een beslissing over al dan niet vervolgen neemt. Het nemen van een vervolgingsbeslissing is pas aan de orde als een opsporingsonderzoek is ingesteld. In de memorie van toelichting is naar onze mening duidelijk aangegeven wanneer er wél aanleiding tot dit

laatste zou zijn, te weten indien de toetsingscommissie het handelen van de arts als onzorgvuldig heeft aangemerkt of indien uit anderen hoofde – dus buiten de toetsing door de toetsingscommissie om – een redelijk vermoeden van schuld rijst. Bij dit laatste valt te denken aan het in kennis stellen van de officier van justitie door de gemeentelijke lijkschouwer van ernstige onregelmatigheden bij de melding van een niet-natuurlijke dood, of aan de omstandigheid dat een derde aangifte heeft gedaan. Met inachtneming van het bovenstaande is op zichzelf de stelling, dat ook een positief oordeel van de toetsingscommissie de wettelijke bevoegdheid van het openbaar ministerie onverlet laat om tot een vervolging of een opsporingsonderzoek over te gaan, juist. Op grond van de gegevens over de bestaande praktijk moet overigens worden vastgesteld dat bij een positief oordeel van de toetsingscommissie vrijwel nooit de noodzaak bestaat voor het instellen van een opsporingsonderzoek.

De leden van de CDA-fractie meenden, evenals de leden van de fracties van de RPF en het GPV, dat de regionale toetsingscommissies zullen worden belast met de toetsing van het beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond.

Met deze opvatting kunnen wij het niet eens zijn, omdat deze commissies zich alleen zullen uitlaten over de vraag of de arts de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht. Van lekenrechtspraak, zoals door deze leden werd gesuggereerd, is in het geheel geen sprake. Er wordt geen rechterlijk oordeel gegeven. Het gaat om een deskundigenoordeel. Met de wettelijke taakstelling van de toetsingscommissies wordt beoogd te voorzien in een onafhankelijke, multi-disciplinaire toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zonder enige vooronderstelling van een – al dan niet verwijtbaar – onjuist handelen van de arts. Een toetsing, waarbij aandacht wordt besteed aan medische, ethische en juridische aspecten van het handelen van de arts. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. Bij het openbaar ministerie volgt dan de «normale justitiële toetsing door het openbaar ministerie», waaraan de leden van de RPF- en de GPV-fractie refereerden. Het behoort tot de exclusieve taak van de officier van justitie om zich bij het nemen van de vervolgingsbeslissing af te vragen of aanmerkelijk is dat de rechter na de afsluiting van het onderzoek op de terechtzitting tot de conclusie zal komen dat de strafuitsluitingsgrond aanwezig is. Zoals wij hierboven uiteengezet hebben, betekent het feit dat de commissies een belangrijke rol vervullen, niet dat zij voor de vaststelling van de aanwezigheid van een strafuitsluitingsgrond de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen. In de gevallen die met goedvinden van het College van procureurs-generaal worden vervolgd, is het oordeel over de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond ten slotte aan de rechter voorbehouden.

Indien de familieleden van de overledene het niet eens zijn met het positieve oordeel van de regionale toetsingscommissie over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts, kunnen zij hun opvatting ter kennis brengen van de officier van justitie en aangifte doen. Als de officier van justitie geen gevolg geeft aan de aangifte en afziet van het instellen of voortzetten van vervolging, kunnen de rechtstreeks belanghebbenden op grond van artikel 12 Wetboek van Strafvordering zich daarover beklagen bij het gerechtshof. Tegen de beschikking van het gerechtshof op het beklag van de belanghebbende staat geen beroep in cassatie open. Er staat geen hogere voorziening open tegen het oordeel van de toetsingscommissie. Behoudens in geval van een beklag op grond van artikel 12

Sv. buigt een rechter zich alleen over de zaak indien het openbaar ministerie vervolging instelt, hetzij in het geval dat een toetsingscommissie het handelen van een arts onzorgvuldig heeft geoordeeld, hetzij indien een opsporingsonderzoek na een aangifte daartoe aanleiding geeft.

Overschrijding van de termijn van zes weken, waarbinnen de commissie haar oordeel moet uitbrengen, welke termijn eenmaal met zes weken kan worden verlengd, heeft geen rechtsgevolg. Aldus is deze termijn niet fataal te noemen.

Uit het onlangs verschenen en bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337, aan de Tweede Kamer ter kennis gebrachte jaarverslag van de regionale toetsingscommissies blijkt, dat de gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie, in 1999 25 dagen was. De gemiddelde afdoeningstermijn lag in het genoemde jaar derhalve ruim binnen de in de ter zake geldende regeling voorgeschreven termijn van zes weken.

Niettemin zullen eventuele toekomstige signalen vanuit de commissies, dat de genoemde termijnen structureel overschreden worden, door ons serieus worden genomen en aanleiding geven tot maatregelen om hierin verandering te brengen, bijvoorbeeld door maatregelen in de sfeer van personele en materiële ondersteuning.

Met de leden van de fractie van D66 achten wij het van groot belang dat de commissie tot een duidelijk oordeel komt omtrent de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Hiervoor is voldoende dat dit oordeel bij meerderheid van stemmen wordt vastgesteld. Het vereisen van unanimiteit achten wij onnodig. Wij kunnen ons voorstellen dat een lid van de commissie in voorkomende gevallen op grond van bepaalde overwegingen tot een ander oordeel komt. Deze afwijkende mening zal aanleiding geven tot discussie in de commissie, hetgeen bijdraagt aan een zorgvuldige afweging. Juist hierin is de waarde van de gemengde samenvatting van de toetsingscommissies mede gelegen. Wij gaan ervan uit dat in het gemotiveerde oordeel van de commissie aandacht wordt besteed aan die aspecten, die onderwerp van discussie zijn geweest binnen de commissie, overigens zonder dat tot uitdrukking wordt gebracht dat één van de leden tot een ander eindoordeel is gekomen. Resultaat dient te zijn het uiteindelijk duidelijke oordeel, dat het handelen van de arts als zorgvuldig of als niet-zorgvuldig wordt aangemerkt. Alleen in het laatstbedoelde geval wordt het oordeel ter kennis van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur gebracht.

Ook indien niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan kan het openbaar ministerie vervolgens besluiten om niet tot vervolging over te gaan. Het opportuniteitsbeginsel geldt ook hier onverkort. Wij zijn niet beducht voor rechtsonzekerheid als gevolg van beslissingen van het openbaar ministerie om niet te vervolgen. De beslissing om niet te vervolgen kan door verschillende redenen zijn ingegeven. Het openbaar ministerie kan tot de conclusie komen dat sprake is van een als zodanig niet strafrechtelijk verwijtbare omissie, waarvoor een tuchtrechtelijke afdoening meer in de rede ligt. Het openbaar ministerie zal zich in de eerste plaats moeten afvragen of er voldoende bewijs aanwezig is. Het zal ook een oordeel moeten geven over de strafbaarheid van het feit met inbegrip van de mogelijke aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond. Indien in hoge mate waarschijnlijk is dat de rechter het beroep op een rechtvaardigingsgrond zal honoreren, is het instellen van een vervolging niet aangewezen. Vervolging kan tenslotte in het algemeen achterwege blijven op gronden aan het algemeen belang ontleend. Specifieke omstandigheden van het geval kunnen met zich meebrengen dat een strafrechtelijke reactie wegens de vermeende inbreuk op de rechtsorde niet zinvol is of niet in het belang van het functioneren van diezelfde rechtsorde. De eigenheid

van de voorgelegde zaken zal onzes inziens niet snel leiden tot de vorming van een soort «jurisprudentie» van het openbaar ministerie, zoals deze leden het uitdrukten.

De termijn van zes weken is, zo beantwoorden wij de vraag van de fractie van GroenLinks, redelijk te achten voor de voorbereiding van het door de commissie uit te brengen oordeel. Binnen deze termijn moeten de bij de melding behorende formulieren en verslagen worden gecontroleerd op volledigheid en duidelijkheid. Zo nodig vraagt de secretaris van de commissie om aanvulling of verduidelijking. Voorts wordt de zaak ter bespreking in de commissie voorbereid. Na afronding van de bespreking in de commissie, waartoe iedere regionale toetsingscommissie met zekere regelmaat bijeenkomt, wordt zorggedragen voor de formulering van het oordeel en verzending daarvan aan de arts. Op grond van artikel 8, tweede lid, heeft de commissie de mogelijkheid om de arts desgewenst – hetzij mondeling, hetzij schriftelijk – om nadere inlichtingen te vragen. Soms wordt de arts uitgenodigd om de inhoud van zijn verslag in een gesprek met de commissie toe te lichten. In dat geval zal al gauw een beroep moeten worden gedaan op artikel 9, derde lid, op grond waarvan de termijn van zes weken eenmaal voor ten hoogste zes weken kan worden verlengd. Afgaande op de ervaringen van de commissies in het eerste jaar dat zij functioneerden, is een verkorting van de voorgestelde termijnen niet reëel.

Voor het openbaar ministerie gelden, indien de commissie haar oordeel naar het College van procureurs-generaal heeft gezonden, de termijnen en waarborgen die het Wetboek van Strafvordering bevat met het oog op de voortgang van het onderzoek in strafzaken. Wij wijzen in dit verband bijvoorbeeld op de termijnbepalingen voor sluiting van het gerechtelijk vooronderzoek of voor het uitbrengen van een kennisgeving van (niet-) verdere vervolging, en op de bevoegdheid voor de verdachte om een verklaring uit te lokken dat de zaak is geëindigd. Tenslotte wijzen wij op de bepaling van artikel 6, eerste lid, EVRM, waarin een recht op berechting binnen een redelijke termijn is neergelegd.

In de administratieve voorschriften van het openbaar ministerie zal voorts worden vastgelegd dat het openbaar ministerie na ontvangst van het oordeel binnen drie weken en vervolgens op daartoe geëigende momenten aan de arts bericht stuurt over de stand van zaken betreffende de beslissing aangaande het geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

Wij onderschrijven de waarde die de fractie van GroenLinks hecht aan een transparante en duidelijke oordeelsvorming door de toetsingscommissies. Anders dan deze leden hebben wij echter wel veel vertrouwen in het periodiek overleg tussen de voorzitters van de commissies, in aanwezigheid van vertegenwoordigers van het College van procureurs-generaal en van de Inspectie voor de gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarin artikel 13 voorziet. Eigener beweging hebben de huidige toetsingscommissies daarnaast een meer frequent onderling overleg tussen de voorzitters, in aanwezigheid van de secretarissen, ingesteld. Uit de ervaringen van de commissies met deze vormen van overleg tot nu toe, zoals weergegeven in het jaarverslag 1999 van de commissies, blijkt reeds, dat algemene vragen inzake interpretatieverschillen tussen de commissies of inzake de werkwijze van de commissies, op bevredigende wijze aan de orde komen.

Bij deze stand van zaken achten wij het voor de bewaking van de eenheid tussen de commissies niet nodig dat alle oordelen aan het openbaar ministerie worden gezonden.

De suggestie van deze leden om te voorzien in een te raadplegen databank, waarin alle oordelen van de commissies in geanonimiseerde vorm zijn opgenomen, vinden wij interessant, behoudens op het punt dat deze

voor iedereen toegankelijk zou zijn. Voor het inzicht in de werkwijze en afwegingen van de commissies waaraan binnen de beroepsgroep en meer in het algemeen, in de samenleving, behoefte bestaat, vinden wij de uit te brengen jaarverslagen, waarop wij hieronder nader zullen ingaan, meer geschikt. Op dit moment beschikken de commissies over een database waarin veel gegevens betreffende de gemelde gevallen zijn opgenomen. Dit systeem bevat zoekmogelijkheden aan de hand van deze gegevens, maar fungeert niet als een databank waarin de oordelen kunnen worden opgezocht. Wij kunnen ons voorstellen dat aan een dergelijke databank in de toekomst behoefte zal blijken te bestaan. Het ontwerpen, beheren en actueel houden van zo'n systeem vergt een aanzienlijke financiële investering en personele inzet. Wij houden deze suggestie dan ook graag in beraad tot het moment dat, bijvoorbeeld naar aanleiding van onderzoek, zou blijken dat de commissies bij een dergelijk systeem gebaat zouden zijn.

Op grond van artikel 9, vierde lid, kan de commissie het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toelichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts. Wij gaan ervan uit dat, in het laatste geval, aan een verzoek van de arts door de commissie altijd gehoor zal worden gegeven. Het vastleggen van het recht op een toelichting voor de arts achten wij niet nodig. Wij zijn het eens met de leden van de fractie van GroenLinks dat de motivering van het oordeel uitgebreid moet zijn, met name indien kanttekeningen waren te plaatsen bij het handelen van de arts, en dat daarin aandacht moet worden besteed aan alle aspecten van het handelen van de arts die relevant zijn voor het oordeel.

In hun openbare jaarverslagen zullen de commissies, uiteraard met inachtneming van normen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zoveel mogelijk inzicht bieden in de wijze waarop de commissies concrete gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidscriteria hebben getoetst en in de afwegingen die bij de beoordeling zijn gemaakt. Wij merken hierbij nog het volgende op. Sinds hun instelling per 1 november 1998 hebben de huidige toetsingscommissies één jaarverslag uitgebracht. In dit eerste jaarverslag is gekozen voor een tamelijk sobere opzet, waarbij niet uitvoerig wordt ingegaan op concrete casusposities. Wij onderschrijven deze keuze, die mede is ingegeven door het feit dat de toetsingscommissies in het eerste jaar van hun functioneren de aandacht hebben gericht op hun werkwijze en praktisch functioneren, alsmede het entameren van overleg, onderling en met vertegenwoordigers van het openbaar ministerie en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Met betrekking tot toekomstige jaarverslagen staat ons een vervolmaking voor ogen tot een jaarverslag waarin, mede aan de hand van daarvoor in aanmerking komende concrete casusposities, de dilemma's aan de orde komen die zich kunnen voordoen bij de toetsing aan de verschillende zorgvuldigheidscriteria. Ingevolge artikel 17, eerste lid, kan hiervoor overigens desgewenst bij ministeriële regeling een model worden vastgesteld.

De leden van de fracties van GroenLinks en van de SP verzochten om een weergave van de verschillen tussen dit wetsvoorstel en de Regeling regionale toetsingscommissies betreffende de instelling, samenstelling, taken, bevoegdheden en werkwijze van de toetsingscommissies.

Graag voldoen wij aan dit verzoek. Thans functioneren vijf regionale toetsingscommissies, elk bestaande uit drie leden, te weten een jurist, tevens voorzitter, een arts en een ethicus. In dit wetsvoorstel wordt, overigens zonder dat wij thans het voornemen daartoe hebben, de mogelijkheid geboden om verandering te brengen in hun aantal en relatieve bevoegdheid en hun vestigingsplaats, hun omvang en samenstelling. Langs deze weg is het mogelijk om desgewenst het functioneren van de regionale commissies en hun werkwijze aan te passen, nadat enige tijd

ervaring is opgedaan met de nieuwe meldingsprocedure, aan de in de praktijk geleken behoefte.

Voorts biedt dit wetsvoorstel aan de toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door regionale toetsingscommissies een wettelijke basis. De strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt opgeheven voor de arts die handelt overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, welke wettelijk worden vastgelegd. Volgens de huidige meldingsprocedure brengen de toetsingscommissies hun oordelen in alle gevallen ter kennis van het openbaar ministerie dat, zolang in de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding geen wijziging is gebracht, in alle voorkomende gevallen een vervolgingsbeslissing moet nemen. Ingevolge het wetsvoorstel is de zaak afgedaan, indien de commissie van oordeel is dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld en behoudens het geval dat uit anderen hoofde – dus buiten de toetsing door de toetsingscommissie om – een redelijk vermoeden van schuld rijst.

Het opnemen van een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor een bepaalde categorie burgers is, dit in antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie en van de SGP-fractie, noch een novum, noch een doorbreking van ons strafrechtstelsel te noemen. Er is al een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen ter zake van de afbreking van zwangerschap (art. 296, vijfde lid Sr.). Verder is er een bijzondere vervolgingsuitsluitingsgrond voor uitgevers en drukkers bij drukpersdelicten (artt. 53 en 54 Sr.). Voorts zijn er aan bepaalde kwaliteiten in het Wetboek van Strafrecht strafverminderende of – verhogende factoren verbonden, bijvoorbeeld: als rechter een gift aannemen (art. 364 Sr.) of als moeder kort na de bevaling een kind doden (artt. 290, 291 Sr.). De bijzondere straf- of vervolgingsuitsluitingsgrond staat in de weg aan veroordeling respectievelijk aan vervolging indien de pleger van het feit een bepaalde kwaliteit bezit of indien een specifieke omstandigheid aan de orde is. Op de algemene strafuitsluitingsgronden kan, zoals de SGP-fractie terecht opmerkte, een ieder die terecht staat zich beroepen.

Op de formulering van de zorgvuldigheidseisen, waarop deze leden een toelichting vroegen, zijn wij hierboven reeds ingegaan, onder artikel 2, eerste lid, algemeen.

De beoordeling vooraf van een voornemen tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door toetsingscommissies, zoals door de leden van de SP-fractie werd gesuggereerd, achten wij niet wenselijk. De beslissing om het uitdrukkelijke verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen komt toe aan de arts, die dit afweegt in samenspraak met de patiënt binnen de context van hun behandelrelatie. Wij zien geen aanleiding hierin verandering te brengen. Zoals wij in het algemeen gedeelte van deze nota naar aanleiding van het verslag reeds hebben opgemerkt, zou beoordeling vooraf van het voornemen tot levensbeëindigend handelen door commissies neerkomen op toestemming vooraf, hetgeen in onze ogen afbreuk doet aan de autonomie van de arts als hulpverlener en aan de intimiteit rond het ziekbed. De met zodanige beoordeling vooraf onvermijdelijk gepaard gaande procedurele aspecten zouden voorts leiden tot een bureaucratisering van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek op zichzelf. Dit is onwenselijk, niet alleen met het oog op de precaire situatie waarin de patiënt, diens familie en naasten zich bevinden, maar ook op heel praktische gronden. Wij willen hier nogmaals het belang benadrukken dat wij hechten aan de consultatie van een tweede, onafhankelijke arts als waarborg voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijke afweging van de arts die overweegt het verzoek van zijn patiënt in te willigen. Wij hebben dan ook veel vertrouwen in het zogenoemde SCEN-project, inhoudende de landelijke invoering van een systeem van steunpunten voor overleg en advies door daartoe nader opgeleide artsen. De arts die wordt geconfronteerd met een verzoek om

levensbeëindiging zal zich in de toekomst moeten kunnen wenden tot een dergelijk steunpunt.

Naar aanleiding van de opmerking van de leden van de SP-fractie over het geringe gewicht van de commissies merken wij op, dat wij de omvang of samenstelling van de commissies geenszins willen vereenzelvigen met het gewicht, in de betekenis van gezag of deskundigheid van de commissies. Wat betreft de samenstelling van de commissies met twee artsen, zoals wel van de zijde van de KNMG is gesuggereerd en met een verpleegkundige, verwijzen wij deze leden naar de hierboven gegeven beantwoording van de vragen met een vergelijkbare strekking van de leden van de fracties van de VVD en van het CDA.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV vroegen waarop ons vertrouwen is gebaseerd dat dit wetsvoorstel zal leiden tot een grotere meldingsbereidheid bij artsen die euthanasie toepassen.

Hierboven zijn wij, dit in antwoord op een gelijklopende vraag van de VVD-fractie, reeds op deze aangelegenheid ingegaan. Wij mogen deze leden naar onze aldaar gegeven argumenten verwijzen.

Het schrijven van een beredeneerd verslag door de betrokken arts kan onder geen voorwaarde worden beschouwd als het meewerken aan de eigen veroordeling, dit in reactie op een desbetreffende vraag van deze leden.

Sinds de instelling van de regionale toetsingscommissies per 1 november 1998 tot 1 januari 2000 zijn 2565 meldingen binnengekomen: 349 in de periode november en december 1998 en 2216 in het kalenderjaar 1999. In het eerste kwartaal van 2000 zijn binnengekomen 495 meldingen. Aangezien de toetsingscommissies minder dan twee volledige kalenderjaren functioneren, kan vanuit hun gezichtspunt geen uitspraak gedaan worden over de vraag of sprake is van een toeneming van het aantal meldingen. Tegelijkertijd is het moeilijk een vergelijking te maken tussen cijfers van de toetsingscommissies en cijfers uit de periode voorafgaande aan hun oprichting. Vóór de instelling van de commissies op 1 november 1998 werd namelijk voor het inzicht in het aantal gemelde gevallen van levensbeëindigend handelen altijd uitgegaan van het aantal door het openbaar ministerie afgedane meldingen. Het totaal aantal afgedane meldingen door het College van procureurs-generaal in de loop der jaren was als volgt.

Jaar	meldingsprocedure tot 1 november 1998	meldingsprocedure na 1 november 1998
In 1995:	1524	
1996:	1689	
1997:	1986	
1998 tot 1 november:	2238	
1999	140	2311

Bovenstaande cijfers betreffen uitsluitend gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Wij wijzen er evenwel nadrukkelijk op dat de cijfers vóór en na 1 november 1998 in wezen onvergelijkbaar zijn. Zo is de gang van zaken ter afdoening van een melding van levensbeëindigend handelen, en mede als gevolg daarvan de afdoeningsduur, onder de huidige meldingsprocedure een andere dan onder de vorige meldingsprocedure. Onze conclusie is, dat over de vraag of als gevolg van het instellen van de regionale toetsingscommissies al dan niet sprake is van een toeneming van het aantal meldingen, op dit moment geen duidelijke uitspraak gedaan kan worden. Hiervoor is het nodig een langere periode gedurende welke de toetsingscommissies functioneren, in ogenschouw te nemen. Tevens is voor een adequaat antwoord op deze vraag gericht

nader onderzoek nodig. Op de aard van en het moment voor zodanig onderzoek zijn wij hierboven op verscheidene plaatsen in deze nota reeds ingegaan.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV vroegen of de maatschappelijke controleerbaarheid van de praktijk inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarin dit wetsvoorstel beoogt te voorzien, wel als wenselijk kan worden beschouwd «waar het gaat om in beginsel strafbaar gestelde gedragingen». Deze leden gaan er kennelijk, naar ons oordeel ten onrechte, van uit dat in de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding geen wijziging komt. De algemene strafbaarstelling van deze gedragingen wordt weliswaar niet opgeheven, maar wel beperkt in die zin, dat de arts, die voldoet aan de gestelde zorgvuldigheidseisen, niet langer strafbaar is. De voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond komt in feite neer op de codificatie van criteria, op grond waarvan volgens vaste jurisprudentie tot dusver een beroep op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht in de zin van noodtoestand is aanvaard. Het gaat derhalve om de vastlegging in wettelijke regels van gedrag dat thans in brede kring gerechtvaardigd wordt geacht.

Daarbij wordt voorzien in een systeem van uiterst nauwgezette controle achteraf, in iedere zaak afzonderlijk. Deze controle heeft plaats in de vorm van een beoordeling van ieder gemeld geval van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door gemengde commissies van deskundigen. Deze commissies zullen zich alleen uitlaten over de vraag of de arts de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht zonder enige vooronderstelling van een – al dan niet strafrechtelijk verwijtbaar – onjuist handelen van de arts. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen, brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. Bij het openbaar ministerie volgt dan de «normale justitiële toetsing door het openbaar ministerie», waaraan deze leden refereerden. Het behoort tot de exclusieve taak van de officier van justitie om zich bij het nemen van de vervolgingsbeslissing af te vragen of aannemelijk is dat de rechter na de afsluiting van het onderzoek op de terechtzitting tot de conclusie zal komen dat de strafuitsluitingsgrond aanwezig is. Aldus dient uitdrukkelijk onderscheid te worden gemaakt tussen de slechts gedeeltelijk juridische toetsing door de commissies en een justitiële toets door het openbaar ministerie indien het handelen van de arts door de commissie als niet – zorgvuldig wordt aangemerkt.

Door de wettelijke vastlegging van zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan in combinatie met een nauwgezette toetsing achteraf in ieder individueel geval, wordt naar ons oordeel de maatschappelijke controleerbaarheid van levensbeëindiging op verzoek vergroot.

Deze leden bepleitten voorts de instelling van verplicht te raadplegen regionale consultatiepunten, waar met name verpleegkundige en palliatieve deskundigheid beschikbaar is, ter bevordering van een brede en zorgvuldige beoordeling vooraf. Wij wijzen erop dat de consultatie van een onafhankelijke arts voorafgaand aan de beslissing om een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, geldt als een belangrijke zorgvuldigheidseis. Voorts herinneren wij aan het zogenoemde SCEN-project, inhoudende de landelijke invoering van een systeem van steunpunten voor overleg en advies door daartoe nader opgeleide artsen. Binnen deze steunpunten zal actuele deskundigheid met betrekking tot de mogelijkheden van palliatieve zorg zeker aanwezig zijn. Het belang dat wij hechten aan de consultatie van een tweede, onafhanke-

lijke arts als waarborg voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijke afweging van de arts, doet evenwel niet af aan ons oordeel dat dit niet in de plaats kan worden gesteld van toetsing achteraf van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een onafhankelijke instantie. Hierop zijn wij hierboven, naar aanleiding van een vraag van de SP-fractie, reeds ingegaan.

Tenslotte erkennen wij, dit in reactie op de opmerkingen van deze leden, dat een mogelijke afname van de vraag om euthanasie ten gevolge van een verder verbeterde palliatieve zorg een goede zaak zou zijn, maar wij zijn ervan overtuigd dat er ook bij een optimaal zorgaanbod gerechtvaardigde verzoeken om levensbeëindiging gedaan zullen worden. Eerder in deze nota zijn wij ingegaan op de vraag waarop wij onze overtuiging baseren dat de meldingsbereidheid door dit wetsvoorstel zal toenemen. Dit deden wij in reactie op vragen van de leden van de VVD-fractie en op eerdere vragen van de thans aan het woord zijnde leden van de fracties van de SGP en het GPV hiernaar.

Wij mogen naar die reactie verwijzen onder de toevoeging dat naar onze mening de toetsing door de commissies, anders dan de leden van de fracties van de RPF en het GPV suggereerden, geen formaliteit is en ook niet zal worden. Gelet hierop behoeft hun volgende vraag naar onze opstelling wanneer het effect van dit wetsvoorstel op de meldingsbereidheid zou tegenvallen, geen beantwoording meer.

De deskundige op het gebied van ethische of zingevingsvraagstukken in de commissie levert een zinnige bijdrage voor wat betreft een systematische bezinning op relevante normen en waarden die een rol spelen bij medische beslissingen rond het levenseinde. De zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn in de afgelopen jaren tot stand gekomen in een wisselwerking tussen jurisprudentie en binnen de beroepsgroep ontwikkelde normen. Bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen heeft de rechter voor de feitelijke waardering van de situatie van de patiënt van aanvang af aansluiting gezocht bij het «wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen». Dit zijn de «relevante normen en waarden», waarover deze leden opheldering wensten. Voor een goede beoordeling van levensbeëindigend handelen door artsen is naar onze mening dan ook de inbreng van een medisch-ethicus aangewezen.

Op de samenstelling van de commissies alsmede de eisen te stellen voor wat betreft de deskundigheid van de commissieleden, zijn wij hierboven, in antwoord op vragen van de VVD-fractie, reeds uitvoerig ingegaan. Bij brief van 9 november 1998 (Kamerstukken II 1998–1999, 23 877, nr. 27) hebben wij aan de Tweede Kamer een zogenoemde profielschets voor de leden van de toetsingscommissies gezonden. Wij achten de daarin opgenomen kenmerken waaraan de leden van de toetsingscommissies moeten voldoen, nog steeds adequaat. Aan dit aspect zal voorts aandacht worden besteed bij het opstellen van een benoemingsprocedure in overleg met de KNMG, zoals wij hierboven al opmerkten, indien dit wetsvoorstel wet zal zijn geworden.

Wat betreft een eventuele uitbreiding van de omvang van de commissies hebben wij hierboven, eveneens in antwoord op vragen van de VVD-fractie, reeds opgemerkt, dat de huidige opzet vooralsnog juist lijkt. Tegelijkertijd leek het ons een goede zaak het wetsvoorstel zo te redigeren, dat het – desgewenst – mogelijk is de samenstelling aan te passen. Een aanleiding daartoe zou gelegen kunnen zijn in de uitkomst van onderzoek naar het functioneren van de toetsingscommissies.

Het aantal plaatsvervangende leden behoeft niet gelijk te zijn aan het aantal leden. De formulering van het tweede lid van artikel 4 laat open dat meer plaatsvervangende leden worden benoemd, mits ten minste één

plaatsvervangend lid is benoemd voor elk van de drie genoemde disciplines. Indien er meer dan één plaatsvervanger binnen een bepaalde discipline beschikbaar is, kan dit zeer wenselijk zijn ter ontlasting van het lid en plaatsvervangend lid. Enige reserve maakt de commissie minder kwetsbaar in geval van verhindering gedurende een langere periode, door ziekte of bijvoorbeeld als gevolg van andere drukke werkzaamheden. Hierbij is het van belang voor ogen te houden dat de leden van de commissies hun werkzaamheden voor de commissie verrichten naast een andere, doorgaans drukke werkkring.

Met betrekking tot de mogelijkheid die artikel 19, tweede lid, biedt om desgewenst bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen betreffende de omvang, samenstelling, werkwijze en verslaglegging van de commissies, menen wij dat, gelet op de aard van de te stellen regels het op praktische gronden wenselijk is snel tot aanpassing te kunnen geraken. Daarom hebben wij gekozen voor gedelegeerde regelgeving. Wij zeggen toe in voorkomend geval de Tweede Kamer daarover in te lichten. Voor een verdergaande betrokkenheid zien wij geen aanleiding.

Op de vraag van de leden van de SGP-fractie, of de taak die in dit wetsvoorstel wordt toebedeeld aan de regionale toetsingscommissies, niet een doorbreking inhoudt van het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie, zijn wij hierboven, naar aanleiding van vragen van gelijke strekking van de CDA-fractie, reeds uitvoerig ingegaan. Wij mogen deze leden daarnaar verwijzen. In aanvulling daarop merken wij nog op geen ingrijpende wijziging van het vervolgingsbeleid te verwachten. De toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding leidt reeds jarenlang slechts in een enkel geval tot het instellen van een vervolging. De wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen zijn in overwegende mate ontleend aan de jurisprudentie die in de afgelopen jaren terzake van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is gevormd. De criteria zijn in de praktijk goed bruikbaar gebleken voor de toetsing achteraf van voorkomende gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

De bescherming van het recht op leven in artikel 2 EVRM houdt in de verplichting van de staat om het menselijk leven te beschermen met passende maatregelen, in het bijzonder met behulp van wettelijke voorschriften. Voorts houdt artikel 2 EVRM het verbod in tot opzettelijke respectievelijk willekeurige levensberoving. Op laatstbedoeld verbod worden enkele – limitatieve – uitzonderingen gemaakt, zoals een volgens de wet door de rechter opgelegde doodstraf of wanneer iemand wordt gedood als verdediging tegen onrechtmatig geweld.

Het recht op leven kan niet als onvervreemdbaar worden beschouwd in de zin dat die onvervreemdbaarheid in de weg zou staan aan de hoogst individuele en persoonlijke afweging die iemand kan maken om het eigen leven niet voort te zetten wanneer dat leven in de ogen van de betrokkene niet langer als menswaardig wordt beschouwd. Dit wetsvoorstel, dat ertoe strekt in het Wetboek van Strafrecht een bijzondere strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die levensbeëindiging toepast of hulp bij zelfdoding verleent op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, kan naar onze overtuiging dan ook niet als strijdig met het in de mensenrechtenverdragen beschermde recht op leven worden beschouwd. Hierbij is van belang het feit dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding volgens dit wetsvoorstel alleen dan niet strafbaar is, indien de arts voldoet aan bepaalde, wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen en indien hij voorts zijn handelen meldt bij de gemeentelijke lijkschouwer, opdat dit achteraf door daartoe wettelijk ingestelde toetsingscommissies kan worden getoetst. Uit artikel 2 EVRM vloeit niet de verplichting voort om de vraag of de arts zorgvuldig heeft gehandeld in alle gevallen aan het oordeel van de rechter te onderwerpen.

Artikel 4

De rechtspositie van de commissies is geregeld in hoofdstuk 3 van het wetsvoorstel. Daarin zijn achtereenvolgens opgenomen bepalingen betreffende de instelling, samenstelling en benoeming van de commissies, alsmede betreffende ontslag en bezoldiging van de commissieleden. Voorts zijn geregeld taken en bevoegdheden van de commissies, hun werkwijze, waaronder begrepen bepalingen met betrekking tot geheimhouding en verschoning, alsmede rapportage. Ingevolge artikel 19, tweede lid, kunnen voorts desgewenst bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld betreffende de werkwijze en verslaglegging van de commissies.

Bij brief van 9 november 1998 (Kamerstukken II 1998–1999, 23 877, nr. 27) hebben wij aan de Tweede Kamer een zogenoemde profielschets voor de leden van de toetsingscommissies gezonden. Wij achten de daarin opgenomen kenmerken waaraan de leden van de toetsingscommissies moeten voldoen, nog steeds adequaat. Niettemin zijn wij zeker bereid, zoals wij hierboven al hebben toegezegd, om, als dit wetsvoorstel wet geworden is, met de KNMG nader te overleggen over een benoemingsprocedure voor de commissieleden.

Artikel 8

Bij de gemeentelijke lijkschouwer zullen, dit in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie, vooral nadere inlichtingen worden ingewonnen met betrekking tot de volledigheid of helderheid van de bij de melding behorende formulieren en verslagen. In de praktijk vraagt de secretaris van de commissie zonodig om aanvulling of verduidelijking. Voorts kan, naar aanleiding van bespreking van de zaak in de commissie, behoefte bestaan om aan de gemeentelijke lijkschouwer nadere inlichtingen te vragen betreffende aspecten van de melding waarover hij duidelijkheid kan verschaffen. Hierbij moet vooral gedacht worden aan de gang van zaken rond de melding zelf. Gaarne bevestigen wij overigens de opmerking van de leden van de PvdA-fractie dat voor de inwilliging van een vrijwillig en weloverwogen verzoek niet vereist is dat dit verzoek schriftelijk is gedaan. Een schriftelijk verzoek is alleen dan vereist, indien de patiënt op het moment dat het verzoek wordt ingewilligd, niet meer in staat is zijn wil te uiten.

Ook de leden van de D66-fractie hadden enkele vragen betreffende de mogelijkheid voor de toetsingscommissie om nadere inlichtingen in te winnen bij de arts, de consulent, de gemeentelijke lijkschouwer of de betrokken hulpverleners. De inlichtingen moeten noodzakelijk zijn voor een goede beoordeling van het gemelde levensbeëindigend handelen van de arts. Er bestaat voor de betrokkenen geen verplichting tot antwoorden of tot medewerking. Van het horen van getuigen is geen sprake. De toetsingscommissies zijn geen rechterlijk college zijn en hun taken en bevoegdheden zijn ook niet als zodanig omschreven. Het horen van getuigen onder ede achten wij voor een goed functioneren van de toetsingscommissie nodig noch wenselijk.

De leden van de SP-fractie verwezen naar de vraag van de KNMG welke eisen aan de vastlegging van de bevindingen van de consulent worden gesteld (Medisch Contact d.d. 22 oktober 1999, blz. 1452–1453. In de eerste plaats zal de arts in zijn beredeneerd verslag op de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen moeten ingaan. Hij zal daarbij derhalve moeten aangeven dat, en op welke wijze, aan het vereiste van consultatie zoals omschreven in onderdeel e., is voldaan. Voorts mag van de consulent worden verwacht dat hij zijn oordeel schriftelijk vastlegt. Dit uitgangs-

punt wordt ook gehanteerd door de KNMG (Standpunt hoofdbestuur inzake euthanasie 1995, blz. 30) en binnen het SCEN-project. De consulent zal zijn oordeel moeten geven over de vraag of is voldaan aan de vereisten betreffende de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, de voorlichting aan de patiënt alsmede betreffende de vraag of er voor de patiënt geen redelijke andere oplossing was. Gelet op de reikwijdte van dit oordeel van de consulent en gelet op het belang van een eigen weergave van diens oordeel, hebben wij hiervoor, onder artikel 2, eerste lid, algemeen, al voorgesteld om bij nota van wijziging in artikel 2, eerste lid, onderdeel e., toe te voegen het vereiste dat de consulent zijn oordeel schriftelijk vastlegt. De inrichting van dit verslag zal overigens met het oog op de praktische toepassing nader worden uitgewerkt in overleg met de KNMG, de SCEN-projectleiding en met de toetsingscommissies euthanasie.

De scepsis van de leden van de fracties van de RPF en het GPV over de betrouwbaarheid en volledigheid van het verslag van de behandelend arts, delen wij niet. Wij gaan ervan uit dat de arts die, conform dit wetsvoorstel, bereid is het verzoek van een patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, ook bereid is van zijn handelen verslag te doen ten behoeve van toetsing achteraf door de toetsingscommissie. Wij gaan ervan uit dat onzekerheid over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, bij de arts kan worden weggenomen door zijn overleg met de consulent en desgewenst met andere hulpverleners. Juist de consultatie is erop gericht aan de hand van de zorgvuldigheidseisen na te gaan of de arts al tot een verantwoorde beslissing over inwilliging van het verzoek kan komen. Het horen van de arts door de commissie in alle gevallen lijkt ons niet nodig. De praktijk heeft geleerd dat in veel gevallen het verslag van de arts, in combinatie de andere overgelegde stukken, de commissie een voldoende en helder inzicht biedt in de wijze waarop de besluitvorming omtrent en de uitvoering van het levensbeëindigend handelen is verlopen. Daar waar dat niet het geval is, biedt de mogelijkheid die artikel 8, tweede en derde lid, om aanvullende inlichtingen te vragen bij de arts, de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent en de betrokken hulpverleners, naar onze overtuiging voldoende soelaas. Blijkens het onlangs verschenen en bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337, aan de Tweede Kamer ter kennis gebrachte jaarverslag 1999 van de regionale toetsingscommissies is aan artsen of consulenten in 1999 in ruim 200 zaken om nadere informatie gevraagd, op een totaal van 2216 meldingen. Hierbij werd – telefonisch of schriftelijk – gevraagd om het verslag aan te vullen, doorgaans wat betreft de aard van het lijden of het verzoek van de patiënt. Een enkele keer werd de arts verzocht om de melding in een persoonlijk gesprek nader toe te lichten. Het antwoord op de vraag van deze leden of artikel 8, derde lid, een limitatieve opsomming geeft van personen bij wie nadere inlichtingen kunnen worden ingewonnen, luidt bevestigend. De toetsingscommissie is niet bevoegd anderen, bijvoorbeeld familie of naasten, te benaderen. Indien de toetsingscommissie van oordeel zou zijn dat een goede beoordeling van het handelen van de arts niet mogelijk is zonder inlichtingen van de kant van familie of naasten, dan bestaat bij de toetsingscommissie kennelijk grote twijfel of wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, bijvoorbeeld betreffende de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. In dat geval zal de commissie het handelen van de arts niet als zorgvuldig kunnen aanmerken en de zaak ter kennis moeten brengen van het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg.

Artikel 9

Indien zich de situatie voordoet zoals aan de orde gesteld door de leden van de PvdA-fractie, dat een aangifte wordt ontvangen nadat het verlot tot begraven of crematie reeds door de officier van justitie is verleend en nadat de toetsingscommissie een positief oordeel over het handelen van de arts heeft gegeven, zal de commissie aan de officier van justitie inderdaad desgevraagd inlichtingen verstrekken overeenkomstig artikel 10, onderdeel 2 en hem het uitgebrachte oordeel over het handelen van de arts alsnog ter kennis brengen. Wij achten het gepast dat de commissie hiervan ook de arts op de hoogte stelt. Wij volgen dan ook de suggestie van de leden van de PvdA-fractie om hiertoe de wettekst aan te passen. Bij nota van wijziging stellen wij voor aan artikel 10 een volzin toe te voegen ingevolge welke de commissie van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie mededeling doet aan de arts. Het OM is niet verplicht een verdachte van een ingesteld opsporingsonderzoek op de hoogte te stellen. Met betrekking tot de arts gelden vanaf dat moment wel de waarborgen die het Wetboek van Strafvordering aan het opsporingsonderzoek verbindt, bijvoorbeeld de verplichting dat aan de arts, indien hij in het kader van dat opsporingsonderzoek wordt gehoord, ingevolge artikel 27 Wetboek van Strafvordering de cautie wordt gegeven.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de verhouding van de hoogte van de voorgestelde strafbedreiging van artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht met die van de overige strafmaxima. Over dit onderwerp heeft de eerste ondergetekende de Tweede Kamer bij brief van 20 mei 1999 (kamerstukken II, 1998/99, 26 564, nr. 1) reeds het voltooide onderzoek van prof. mr. J. de Hullu, mr. I.M. Koopmans, en prof. mr. Th. A. de Roos doen toekomen. Het nadere regeringsstandpunt dienaangaande dat tevens een reactie bevat op de ingezonden adviezen, is aan de Kamer toegezonden bij brief van 13 april 2000 (kamerstukken II 1999/2000, 26 800 VI, nr. 66). Daaruit blijkt op duidelijke wijze dat herijking van de strafmaxima ten aanzien van de onderhavige titel niet aangewezen is.

Blijkens het onlangs verschenen en bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337, aan de Tweede Kamer ter kennis gebrachte jaarverslag 1999 van de regionale toetsingscommissies is, zoals wij reeds eerder in deze nota aangaven, in 1999 in ruim 200 zaken om nadere informatie gevraagd, doorgaans schriftelijk. In een aantal gevallen belde de arts van de commissie de meldend arts. Deze handelwijze bood niet alleen gelegenheid tot het verkrijgen van nadere inlichtingen, maar ook tot het uitwisselen van vragen en standpunten tussen meldend arts en commissie. In het verslagjaar werd slechts een enkele keer aan de arts verzocht om de melding in een persoonlijk gesprek nader toe te lichten. Voor de toetsingscommissies waren deze gesprekken zonder uitzondering zeer verhelderend en een nuttige aanvulling op het beoordelingsproces. Het effect van deze feedback hebben de commissies, blijkens het jaarverslag, al ervaren bij volgende meldingen. De vraag, hoe deze gesprekken door de betrokken artsen zijn ervaren, is zonder gericht onderzoek niet te beantwoorden. Onze indruk is, dat een dergelijk gesprek voor artsen een spannende, maar uiteindelijk ook positieve ervaring is. De bedoeling van de Regeling regionale toetsingscommissies en ook van dit wetsvoorstel is dat de commissies het handelen van de arts beoordelen vanuit een kritische, maar wel open en niet – vooringenomen houding. Zij zullen in het oordeel, maar uitdrukkelijk ook in een persoonlijk gesprek, zeker kritische kanttekeningen kunnen plaatsen, maar tegelijkertijd de arts alle gelegenheid bieden de situatie en de door hem gemaakte afwegingen toe te lichten. Voor artsen die bereid zijn zich op hun handelen te laten toetsen en zich daarom onvermijdelijk kwetsbaar zullen moeten opstellen, behoeft

een gesprek met de commissie geenszins tot vervelende ervaringen te leiden. Zoals gezegd is dit één van de aspecten van het werk van de toetsingscommissies dat nader onderzocht zal moeten worden, maar uit gesprekken met vertegenwoordigers van de toetsingscommissies is onze stellige indruk dat de commissies artsen op afgewogen wijze, met een juiste combinatie van zorgvuldig luisteren en kritische feedback, tegemoet treden.

Artikel 10

De positie van de aangever na een positief oordeel van de toetsingscommissie wijkt niet af van degene die eerder aangifte doet. Dit in antwoord op een vraag van de SP-fractie. Op basis van de gegevens die aan zijn aangifte ten grondslag liggen zal de officier van justitie een beslissing moeten nemen over de noodzaak van een opsporingsonderzoek.

Er is geen bijzondere regeling getroffen voor de vernietiging van stukken indien het openbaar ministerie na een onderzoek een negatieve vervolgingsbeslissing neemt, zo beantwoorden wij de vraag van de leden van de fractie van GroenLinks. Dat betekent dat de stukken van de zaak met inbegrip van de in het kader van het opsporingsonderzoek verzamelde gegevens worden bewaard en vernietigd volgens de algemene, voor ten parkette ingeschreven strafzaken geldende regels van het Model-privacyreglement COMPAS en de Archiefwet.

Artikel 11

Voor de huidige toetsingscommissies is de zogenoemde functionele beschrijving van de database met behulp waarvan wordt geregistreerd, afdoende om te waarborgen dat alle toetsingscommissies dezelfde gegevens op uniforme wijze registreren. Het is thans niet goed mogelijk om, in antwoord op de vraag van de PvdA-fractie, aan te geven of deze wijze van registreren ingevolge dit wetsvoorstel vastlegging in een ministeriële regeling behoeft. Wel zal, zoals ook nu het geval is, worden voorzien in een zogenoemd privacyreglement overeenkomstig de alsdan geldende regelgeving.

Artikel 12

De leden van de SP-fractie vroegen waarom het kabinet de suggestie van de Raad van State om het College van procureurs-generaal te laten beschikken over de positieve oordelen van de toetsingscommissies in het belang van een consistente jurisprudentie niet heeft opgevolgd. Wij zijn ervan uitgegaan dat het College van procureurs-generaal indien nodig de benodigde informatie bij de toetsingscommissies kan opvragen op grond van artikel 10. Een afzonderlijke regeling was daarvoor niet nodig. Wij verwachten dat de consistentie van de oordelen van de toetsingscommissies adequaat bewaakt zal kunnen worden door middel van het periodiek overleg tussen de toetsingscommissies en vertegenwoordigers van het College van procureurs-generaal en de Inpsectie voor de gezondheidszorg. De consistentie in uitspraken van de rechter met betrekking tot de zaken die hem in voorkomend geval worden voorgelegd, bestaan de gebruikelijke waarborgen in het strafprocesrecht, met name de rechtsmiddelen.

Onze reactie op de stelling van de leden van de fracties van de RPF en het GPV, dat de voorgestelde besluitvorming in de commissies kan leiden tot een overstemmen van de jurist, is dat deze mogelijkheid zich inderdaad kan voordoen. Wij tekenen hierbij evenwel het volgende aan. In de eerste plaats lijken deze leden er – ons inziens ten onrechte – van uit te gaan dat

de medicus en ethicus in de commissie het te allen tijde met elkaar, en niet met de jurist, eens zouden zijn. In de tweede plaats zullen kanttekeningen of bezwaren van de jurist, zo goed als van elk van de overige twee leden, tot discussie leiden binnen de commissie over de vraag of het handelen van de arts wel als zorgvuldig kan worden aangemerkt. De beoordeling van verschillende aspecten van het handelen van de arts en de hieromtrent gemaakte afwegingen door de commissie komen vervolgens genuanceerd tot uitdrukking in het gemotiveerde oordeel.

Artikel 13

Met genoegen lezen wij dat de leden van de PvdA – fractie het voorzittersoverleg, zoals dat nu reeds bestaat, maar onder de nieuwe wet zal worden voortgezet, een belangrijk middel vinden om de eenheid in de toepassing van de zorgvuldigheidscriteria te bewaken.

Wat betreft de vraag van de leden van de fracties van de RPF en het GPV naar de verhouding van zodanig overleg tot de onafhankelijkheid van de toetsingscommissies zijn wij van mening dat de onafhankelijkheid van de commissies ziet op het gegeven dat zij zonder inmenging of beïnvloeding van buitenaf tot hun oordeel kunnen geraken. Bij het hier bedoelde voorzittersoverleg is van dit laatste geen sprake.

Denkbaar is dat de ene toetsingscommissie wellicht een striktere uitleg geeft aan de wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen dan de andere commissie. Voor zover daarvan sprake is, strekt het periodieke voorzittersoverleg er juist toe om in discussie met elkaar vast te stellen welke uitleg als juist moet worden beschouwd. Inderdaad kan dit ertoe leiden dat één commissie, uiteraard als zij zelf daarvan overtuigd is, haar uitleg zal moeten modificeren. Zou zij dit achterwege laten en komt zij tot een onzorgvuldig oordeel in gevallen waarin de overige commissies het handelen van de arts als zorgvuldig beoordelen, dan zal de beslissing van het College van procureurs – generaal om al dan niet vervolging in te stellen tot duidelijkheid leiden.

Artikel 16

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de voortgang van het SCEN-project (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland).

De KNMG is voortvarend bezig om een netwerk van goed opgeleide consulenten in Nederland op te zetten. Het project is gestart in Amsterdam, waar de Amsterdamse Huisartsen Vereniging tezamen met de KNMG is begonnen huisartsen te scholen in het geven van een goede consultatie, als onafhankelijk arts, aan collega huisartsen die met een verzoek om euthanasie worden geconfronteerd. Deze consulenten zijn zowel medisch inhoudelijk als ook ten aanzien van de te volgen procedure adequaat geschoold om hun collega's van advies te dienen ten aanzien van de beslissing die de huisarts die met een verzoek wordt geconfronteerd, uiteindelijk moet nemen. In Amsterdam is dit project zodanig goed verlopen, dat dit consultatiesysteem landelijk zal worden ingevoerd. Aangezien het consultatieproject in de eerste plaats is gericht op huisartsen, vervullen de District Huisartsen Verenigingen bij de opzet een belangrijke rol. Op dit moment is het SCEN-project in zes districten operationeel en de verwachting is dat in de loop van dit jaar het project in twaalf districten, vooral in het Westen en Zuiden van ons land, operationeel zal zijn.

Er zijn 23 District huisartsen Verenigingen, zodat naar verwachting in dit jaar zeker in de helft van ons land gebruik gemaakt zal kunnen worden van opgeleide SCEN-artsen. Ook elders in het land zijn al vele aanvragen voor de opzet en uitbreiding van het project. Een planning voor 2001 is reeds gemaakt. De belangstelling van de huisartsen is in het algemeen groot. Het project wordt gefinancierd vanuit het ministerie van VWS en

loopt in eerste instantie tot 2003. De continuïteit dient evenwel ook na 2003 verzekerd te blijven.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen naar de opzet van een helpdesk waartoe een arts zich zal kunnen wenden.

In de memorie van toelichting wordt gesproken over een steunpunt voor overleg en advies, waarmee het reeds meer genoemde netwerk van goed opgeleide consultants wordt bedoeld. De consultants zijn, zoals reeds bij de beantwoording van de vragen van de leden van de fractie van de PvdA is gesteld, zowel medisch inhoudelijk goed geïnformeerd, als ook bekend met de procedurele aspecten van het besluitvormingsproces. Indien een arts vragen heeft, bijvoorbeeld met betrekking tot de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen, die de consultant niet kan beantwoorden, dan zal de consultant navraag kunnen doen bij de aan het SCEN-project verbonden juristen. Op de suggestie van deze leden om te voorzien in een te raadplegen databank, waarin alle oordelen van de commissies in geanonimiseerde vorm zijn opgenomen, zijn wij hierboven naar aanleiding van eerdere vragen van deze fractie reeds ingegaan.

Voor de beantwoording van de vraag van de leden van de leden van de SP-fractie betreffende de landelijke uitbreiding van het SCEA-project (Steun en Consultatie bij Euthanasie te Amsterdam), verwijzen wij naar hetgeen wij hierboven hebben geantwoord op de vragen van de leden van de fracties van de PvdA en GroenLinks. Het kabinet heeft in ieder geval reeds tot 2003 financiële middelen gereserveerd voor de verdere realisering van dit project.

Bij de eisen die worden gesteld aan de consultant, zo beantwoorden wij een vraag daarover van de SGP-fractie, moet in de eerste plaats, ook blijkens de wettelijke formulering van de betreffende zorgvuldigheidseis, worden gedacht aan onafhankelijkheid. Voorts dient de consultant te beschikken over een goede en actuele medische kennis en een goed medisch en psychologisch inzicht. Voorts moet de consultant over goede communicatieve vaardigheden beschikken en hij moet zich, door gerichte vraagstelling, in kort tijd een oordeel kunnen vormen zowel over het besluitvormingsproces van de consultvragende arts als over de situatie van de patiënt. Verder moet hij over een geëigende praktijkervaring beschikken en in staat zijn om uiteenlopende gevallen genuanceerd te benaderen. Hij moet daarnaast in staat zijn om met betrekking tot alle aspecten van de meldingsprocedure zorgvuldig te adviseren en – niet in de laatste plaats om zijn bevindingen zorgvuldig vast te leggen. Aan al deze aspecten wordt in de training en opleiding van SCEN-artsen aandacht besteed.

Bij de besluitvorming over een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moeten alle mogelijke relevante opties wat betreft de palliatieve zorg worden nagegaan en aan de patiënt worden aangeboden. Dit aspect komt in de wet tot uitdrukking, zo beantwoorden wij een vraag daarnaar van de leden van de SGP-fractie, in de formulering van de vereisten a tot en met d. Zo kan, indien aan dit aspect geen of onvoldoende aandacht is besteed, gesteld worden dat niet sprake is van een weloverwogen verzoek, noch van uitzichtloos lijden. Voorts behoren de resterende mogelijkheden voor palliatieve zorg in ogenschouw te worden genomen bij de voorlichting aan de patiënt en bij de vaststelling van de arts in samenspraak met de patiënt dat er voor laatstgenoemde geen redelijke andere oplossing meer was.

Ook de consultant moet met de consultvragende arts nagaan of er nog alternatieve mogelijkheden voor behandeling of verlichting van het lijden voorhanden zijn. Bij de toetsing door de commissies wordt bezien of de meldende arts voldoende aandacht heeft besteed aan deze alternatieven

en daarbij zal ook blijken in hoeverre de arts, en in het verlende daarvan de consulent, de mogelijkheden tot palliatieve zorg bij de besluitvorming in ogenschouw hebben genomen en met de patiënt hebben besproken. Dit zal blijken uit de verslagen van de arts en van de consulent. Gelet hierop heeft een consulent zelf geen specialist in palliatieve zorg te zijn, maar hij moet wel op de hoogte zijn van de mogelijkheden en ontwikkelingen op het terrein van palliatieve zorg en een arts daaromtrent kunnen adviseren. Indien dat nodig is moet hij een arts kunnen verwijzen naar instanties die deskundig zijn op het gebied van speciale therapieën, zoals bijvoorbeeld een Integraal Kanker Centrum of een COPZ. Bij de scholing van de consulenten in het kader van het SCEN-project wordt in ruime mate aandacht besteed aan de ontwikkelingen op het terrein van palliatieve zorg. Binnen het eigen geografische verzorgingsgebied verzorgt een COPZ veelal het onderwijs op het gebied van palliatieve zorg binnen de opleiding tot SCEN-arts. Ook andere terzake deskundige artsen, buiten het raamwerk van een COPZ, onderwijzen de SCEN – artsen de noodzakelijke kennis over palliatieve zorg. Wij hebben er niet voor gekozen om het consulteren van een SCEN-arts wettelijk verplicht te stellen. Eén van zorgvuldigheidseisen is het raadplegen van een onafhankelijk arts.

Het staat een arts vrij om zelf de consulent te kiezen, en wij vinden dat dat zo moet blijven. De belangrijkste voorwaarde, die ook als eerste wordt getoetst, is de onafhankelijkheid. Er zijn meer artsen die goede consulenten zijn en die niet de speciale opleiding hebben gevolgd. De toetsingscommissies beoordelen kritisch het verslag van de consulent in het licht van het verslag van de meldende arts en zullen zonedig aanvullende vragen stellen. Naarmate het SCEN-project meer ingang en bekendheid heeft gekregen, zullen steeds meer artsen voor hun consult gebruik maken van een SCEN-arts. Wij zijn van mening dat deze geleidelijke ontwikkeling van het netwerk van goed opgeleide consulenten tezamen met een toetsing achteraf door de toetsingscommissies, een voldoende waarborg voor een kwalitatief goede consultatie. Wij achten een wettelijke verplichting tot consultatie van een speciaal daartoe opgeleide arts, zoals gezegd, niet wenselijk.

Artikel 18

De leden van de fractie van de PvdA vroegen ook op deze plaats naar een onderzoek naar de ervaringen van artsen met het functioneren van de toetsingscommissies.

Zoals wij eerder in deze nota reeds aangaven, zijn wij voornemens om in het jaar 2001 een onderzoek te laten verrichten naar het functioneren van de toetsingscommissies en naar de ervaringen van artsen met de geldende meldingsprocedure. De commissies functioneren nu anderhalf jaar. In de eerste periode hebben de commissies veel tijd en aandacht besteed aan het vinden van een soepele en uniforme werkwijze. In deze periode hebben ook andere betrokkenen, niet in het minst de artsen, hun weg binnen de nieuwe meldingsprocedure moeten vinden. Het vertrouwen van artsen in de werkwijze van de commissies moet groeien. Wij menen dan ook dat de toetsingscommissies op dit moment nog te kort functioneren om een reëel beeld te kunnen verkrijgen van hun functioneren en van de ervaringen van artsen. Wij zijn van plan het bovengenoemde onderzoek te plaatsen in een bredere context van onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde.

HOOFDSTUK IV. WIJZIGINGEN IN ANDERE WETTEN.

Artikel 20 wetboek van Strafrecht

Onderdeel A

De leden van de PvdA-fractie merkten terecht op dat de in de nieuwe redactie van artikel 293 Sr. opgenomen terminologie beter aansluit bij het gangbare spraakgebruik. Wij bevestigen hier nogmaals dat de in dit artikel opgenomen bijzondere strafuitsluitingsgrond een rechtvaardigingsgrond betreft, die de strafbaarheid aan het in het eerste lid omschreven feit doet ontvallen zodra is vastgesteld dat de pleger aan de geformuleerde specifieke zorgvuldigheidsvereisten heeft voldaan.

Onderdeel B

Blijkens het beleidsinformatiesysteem Rapsody, dat gegevens bevat over de inschrijving van zaken bij het openbaar ministerie en de afdoening van die zaken door het openbaar ministerie en de rechter in eerste aanleg, werd terzake van artikel 294 Sr. in de afgelopen vijf jaar in 5 gevallen vervolging ingesteld. Driemaal werd de verdachte vrijgesproken, in één zaak werd de verdachte ontslagen van rechtsvervolging en de uitkomst in de laatste zaak is blijkens dit informatiesysteem nog niet bekend. Hoewel strafvervolging ter zake van artikel 294 Sr. sinds de invoering van dit artikel in het Wetboek van Strafrecht in 1886 slechts in een enkel geval wordt ingesteld, achten wij, zo beantwoorden wij een vraag van de leden van de D66-fractie, handhaving van de strafbaarstelling in dit artikel zinvol. Wij achten het aanzetten tot zelfdoding verwerpelijk. Ook het behulpzaam zijn bij of de middelen verschaffen tot zelfdoding, indien dit geschiedt anders dan door een arts binnen een gecontroleerde context, achten wij uit maatschappelijk oogpunt onwenselijk. Wij zien geen aanleiding thans in de algemene normstelling met betrekking tot hulp bij zelfdoding wijziging te brengen.

Er zijn ons geen andere Europese landen bekend waar hulp bij zelfdoding niet strafbaar is. Weliswaar kennen sommige landen niet een specifiek daarop gerichte strafbepaling, een zogenaemde specialis-bepaling, maar in die landen zal het feitelijk verlenen van hulp bij zelfdoding wel strafbaar worden geacht op grond van andere delictomschrijvingen betreffende misdrijven tegen het leven gericht. Op de situatie in Zwitserland, dat in dit opzicht mogelijk een uitzondering vormt, gaan wij hieronder nader in.

Artikel 21 Wet op de lijkbezorging

Onderdeel B (Positie gemeentelijke lijkschouwer)

Artikel 9

Met betrekking tot de mogelijkheid die artikel 9-nieuw van de Wet op de lijkbezorging biedt om de vorm en de inrichting van de modellen van de diverse formulieren en het verslag van de behandelend arts vast te stellen bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zeggen wij, gelet op de wens van de leden van de PvdA-fractie om op enigerlei wijze betrokken te zijn bij de totstandkoming van deze gedelegeerde regelgeving, toe in voorkomend geval de Tweede Kamer daarover in te lichten. Voor een verdergaande betrokkenheid zien wij geen aanleiding.

Het afgeven van een verklaring van geen bezwaar tegen begraven of verbranding door de gemeentelijke lijkschouwer, zoals door de leden van

de VVD-fractie gesuggereerd, zou een doorbreking betekenen van het in de Wet op de lijkbezorging neergelegde stelsel en ligt niet in de rede. Het feit dat de gemeentelijke lijkschouwer de ambtenaar van de burgerlijke stand en de officier van justitie van het overlijden als gevolg van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding op de hoogte brengt, teneinde een verlof tot begraven te verkrijgen, leidt in beginsel niet tot enige interventie van de officier van justitie in dat stadium van de melding. De toetsing van gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door regionale commissies staat er niet aan in de weg dat intussen een verlof tot begraven of verbranden wordt verleend. De ervaring die in de afgelopen jaren is opgedaan met de meldingsprocedure, heeft geleerd dat bij een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding zelden aanleiding bestaat tot het verrichten van een sectie. De doodsoorzaak wordt door de behandelende arts zelf aangegeven en staat dan ook in de meeste gevallen vast. Niettemin kunnen zich gevallen voordoen, waarin de officier van justitie, gelet op zijn strafvorderlijke taak, de mogelijkheid moet hebben een lichaam aan nader onderzoek te doen onderwerpen en derhalve de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding uit te stellen. Aanleiding daartoe kan gelegen zijn in het feit dat met betrekking tot een bepaald geval van overlijden onduidelijk is of wel sprake was van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en de gemeentelijke lijkschouwer melding maakt van ernstige onregelmatigheden, of bij politie of justitie aangifte wordt gedaan van een strafbaar feit. In dat laatste geval dient de officier van justitie blijkens de aanvulling van artikel 12 de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie op de hoogte te stellen van het feit dat hij (nog) niet overgaat tot afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding. In een dergelijke situatie ligt het in de rede dat de commissie haar oordeel over het handelen van de arts zendt zowel aan het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie als aan de geneeskundig inspecteur voor de gezondheidszorg. Dit is geregeld in artikel 9, tweede lid, onder b. De commissie stelt de arts hiervan op de hoogte.

De laatstbedoelde situatie rechtvaardigt, zo beantwoorden wij de vraag daarover van leden van de CDA-fractie, een instandhouding van de wettelijke taak van de officier van justitie tot het afgeven van een verklaring van geen bezwaar tegen begraven of verbranding indien sprake is van een niet-natuurlijke dood. Op de achtergrond blijft aldus de waarborg behouden dat, bij een vermoeden van ernstige onregelmatigheden, de officier van justitie interveniëert en een gerechtelijke sectie of een opsporingsonderzoek gelast.

De gemeentelijke lijkschouwer draagt zorg voor het inlichten van de ambtenaar van de burgerlijke stand en de officier van justitie met het oog op het verkrijgen van een verlof tot begraven. Voorts draagt hij zorg voor de melding, inclusief de toezending van de daartoe benodigde bescheiden, aan de regionale toetsingscommissie. Indien er op dat moment geen aanwijzingen zijn dat sprake is van ernstige onregelmatigheden, staat het feit dat de toetsingscommissie nog geen oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts, het vrijgeven van het lichaam niet in de weg. De bemoeienis van de officier van justitie in dat stadium waarborgt slechts de mogelijkheid om bij ernstige onregelmatigheden een sectie te gelasten en een opsporingsonderzoek in te stellen. Onjuist is de veronderstelling van deze leden, dat de officier van justitie beslist of sprake is van een zorgvuldig uitgevoerde euthanasie. In het geval dat de toetsingscommissie naderhand tot een negatief oordeel komt over het handelen van de arts, zal het feit dat het lichaam in eerste instantie is vrijgegeven voor begraven of verbranding, een eventueel in te stellen opsporingsonderzoek niet licht frustreren. Zoals gezegd bestaat bij een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij

zelfdoding zelden aanleiding tot het verrichten van een sectie. De doods-oorzaak wordt door de behandelende arts zelf aangegeven en staat dan ook in de meeste gevallen vast.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de stand van zaken rondom de professionalisering van de gemeentelijke lijkschouwer en naar de rol van de gemeentelijke lijkschouwer meer in het algemeen.

Er is nog steeds een aantal huisartsen dat fungeert als gemeentelijke lijkschouwer. Er is inmiddels een landelijk dekkend netwerk van GGD'en, doch vooral in de meer landelijke gebieden wordt de functie van gemeentelijke lijkschouwer nog wel eens door huisartsen uitgeoefend. Deze situatie verandert langzaam, het aantal huisartsen-lijkschouwers neemt af, doch het is niet te zeggen wanneer deze situatie geheel zal zijn afgebouwd. Organisatorische en financiële aspecten spelen hierbij mede een rol. Het is inderdaad in beginsel niet wenselijk dat een arts als gemeentelijke lijkschouwer optreedt bij een melding waarbij een collega uit eenzelfde waarneemgroep is betrokken. Dit zou inderdaad, zoals ook zou blijken uit het door deze leden aangehaalde onderzoek in Ad Valvas van 12 november 1998, zijn conclusie kunnen beïnvloeden in die zin, dat hij daardoor wellicht minder de vereiste professionele distantie en onafhankelijkheid in acht neemt. In sommige gevallen kan het kennen van een collega overigens ook een positief effect ten aanzien van de beoordeling hebben.

De positie van de gemeentelijke lijkschouwer, zo beantwoorden wij de vragen van deze leden, is onder de huidige regeling anders dan deze was vóór 1 november 1998 in zoverre, dat hij geen oordeel uitspreekt over de zorgvuldigheid van het gemelde handelen van de arts. De taak van de gemeentelijke lijkschouwer is een zodanige beoordeling van de situatie dat hij de officier van justitie kan adviseren om een verklaring van geen bezwaar tegen begraven of verbranding af te geven. Daartoe moet hij nagaan of er inderdaad sprake is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, zodat het verslag naar de regionale toetsingscommissie kan worden gestuurd, of dat er sprake was van levensbeëindiging niet op verzoek, zodat hij alle noodzakelijke stukken direct aan de officier van justitie of, in de toekomst, aan de centrale beoordelingscommissie moet doen toekomen. De lijkschouwer beoordeelt niet meer in detail of aan de vereiste zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar overziet wel de situatie opdat hij in geval van ernstige onregelmatigheden de officier van justitie kan inlichten. De gemeentelijke lijkschouwer spreekt daartoe met de betrokken arts. Hij heeft voorts een signalerende functie ten opzichte van de toetsingscommissie, bijvoorbeeld door deze te informeren over bepaalde aspecten die naar zijn indruk de commissie wel moet weten, maar die niet direct uit de stukken blijken. Zo kan de commissie in voorkomend geval een toelichting aan de gemeentelijke lijkschouwer vragen op de procedurele gang van zaken rond de melding.

De leden van de CDA-fractie vroegen in dit verband naar onze mening over het artikel in Medisch Contact van 10 december 1999, waarin onderzoeksresultaten zijn gepubliceerd over het kennisniveau van artsen inzake aspecten van forensische geneeskunde.

In de nota die een werkgroep heeft uitgebracht over de kwaliteit van de forensische geneeskunde in de eerste lijn en die de eerste ondergetekende op 4 november 1999 aan de voorzitter van de Tweede Kamer (brief nr. 793047/599/BS, handelingen II 1999/2000, blz. 25-1906) heeft aangeboden, worden aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van de forensische geneeskunde te verbeteren. Eén van de aanbevelingen is om de forensische geneeskunde te verankeren in de Wet op de lijkbezorging en in een algemene maatregel van bestuur nadere eisen te stellen aan de uitoefening van de lijkschouw. Het kabinet onderschrijft de aanbevelingen en

richt zich thans op de uitwerking daarvan. Ten aanzien van de schouw in geval van euthanasie moet overigens wel worden bedacht dat het hier gaat om slechts een klein deel van de veelomvattende taak van de forensisch geneeskundige.

Tenslotte vroegen deze leden nog wie moet bepalen of sprake is van een geval waarover niet de regionale toetsingscommissie, maar de nog in te stellen centrale beoordelingscommissie in eerste instantie moet oordelen. Volgens de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten – waarvan wij verwachten dat de regelgeving dit najaar bij de beide Kamers zal worden voorgehangen – zal in de eerste plaats melding en toetsing moeten plaatsvinden van levensbeëindiging bij patiënten die niet in staat zijn hun wil te uiten, zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd. In de tweede plaats is die procedure van toepassing op levensbeëindiging bij patiënten die, zonder eerdere wilsverklaring, een verzoek deden terwijl hun vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord was als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie. Op deze scheidslijn tussen beide procedures zijn wij hiervoor reeds uitgebreid ingegaan. Het ligt op de weg van de arts die levensbeëindiging toepast om zich te realiseren binnen de context van welke meldingsprocedure zijn levensbeëindigend handelen zal worden beoordeeld. Het is aldus in de eerste plaats aan hem om de melding via de gemeentelijke lijkschouwer te richten aan de juiste commissie. Vanzelfsprekend kan de gemeentelijke lijkschouwer, die verantwoordelijk is voor het feitelijk verzorgen van de melding aan de juiste commissie, de arts hierin ook nog adviseren. Tenslotte is het aan de commissie die de melding ontvangt om na te gaan of zij inderdaad bevoegd is over het levensbeëindigend handelen te oordelen en om, indien het laatste niet het geval is, de melding door te zenden aan de juiste commissie.

Onderdeel C

Artikel 10

De vraag van de leden van de PvdA-fractie of de gemeentelijke lijkschouwer de bevoegdheid heeft te verifiëren of de beoordeling van het gemelde levensbeëindigend handelen door de arts inderdaad valt onder de competentie van de regionale toetsingscommissies, beantwoorden wij bevestigend. Indien bijvoorbeeld sprake zou zijn van levensbeëindigend handelen zonder verzoek, zal hij in overleg met de meldende arts, overeenkomstig de thans geldende meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder verzoek, de melding doorsturen naar de officier van justitie of, wanneer de voorgenomen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten tot stand is gekomen, naar de centrale beoordelingscommissie.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de Zwitserse praktijk inzake hulp bij zelfdoding de daarop betrekking hebbende regelgeving. Voor zover onze informatie reikt, is de situatie aldus. In Zwitserland is werkzaam de vereniging EXIT, die leden bijstaat bij hulp bij zelfdoding. Leden van deze vereniging, die in het Duits sprekende deel een sterkere organisatie heeft dan in het Frans sprekende deel van Zwitserland, kunnen bij de vereniging een verzoek doen tot hulp bij zelfdoding. In het kort is dan de procedure als volgt. Wanneer zulk een verzoek wordt gedaan, bezoekt een vrijwilliger de patiënt teneinde zich er van te overtuigen dat het verzoek vrijwillig is en de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is. De patiënt moet zijn medische status overhandigen met zo mogelijk een prognose inzake zijn toestand. Het is voor een patiënt

niet altijd eenvoudig de beschikking te krijgen over zijn medisch dossier en ook moet hij een arts vinden die de betreffende medicamenten voor de zelfdoding wil voorschrijven. Eventueel kan een arts via EXIT de medicamenten voorschrijven. Daarna wordt er een datum bepaald in overleg tussen de patiënt, de vrijwilliger van EXIT en diens supervisor. De vrijwilliger en een getuige (veelal een familielid) komen bij de patiënt, overhandigen de medicamenten en blijven bij de patiënt tot de dood is ingetreden. De vrijwilliger waarschuwt de politie en de lijkschouwer. De politie waarschuwt de officier van justitie. De politie moet aanwezig zijn om zich er van te overtuigen dat het een geval betrof van vrijwillige zelfdoding en niet van euthanasie of moord.

Het Zwitserse Wetboek van Strafrecht kent een artikel (artikel 115) dat vergelijkbaar is met het artikel 294 uit het Nederlandse Wetboek van strafrecht. Echter, hulp bij zelfdoding is volgens artikel 115 alleen verboden op grond van «zelfzuchtige redenen», een bestanddeel van de strafbaarstelling dat wij niet kennen. Indien hulp bij zelfdoding wordt uitgevoerd volgens de hierboven aangegeven procedure is dit in Zwitserland geoorloofd, althans heeft dit tot op heden niet tot een vervolging geleid. Ook in Zwitserland is de procedure met zorgvuldigheidseisen omgeven, waarbij het voor een patiënt niet altijd eenvoudig is een arts te vinden die bereid is om de noodzakelijke medicamenten voor te schrijven. Een verschil met de Nederlandse procedure is onder meer dat in Zwitserland bij de zelfdoding geen arts aanwezig behoeft te zijn, terwijl in Nederland het geven van de betreffende medicamenten aan de patiënt niet aan vrijwilligers kan worden overgelaten.

In Nederland is hulp bij zelfdoding verboden, maar in het voorliggende wetsvoorstel wordt thans bepaald onder welke voorwaarden dit handelen niet langer strafbaar zal zijn. Aangezien in Zwitserland en Nederland sprake is van verschillende wettelijke uitgangspunten en van een verschillende uitwerking van procedures, is het onzes inziens niet zinvol een verdere vergelijking te beproeven tussen de situaties in ons land en in Zwitserland. Ieder rechtssysteem heeft zijn eigen innerlijke logica. In dat kader zal de Zwitserse regeling passen in het aldaar geldende rechtssysteem. Gevolgtrekkingen voor het Nederlandse rechtssysteem kunnen daaraan, zonder nader rechtsvergelijkend onderzoek, niet worden verbonden.

Op de verhouding tussen de hoogten van de voorgestelde strafbedreigingen zijn wij hierboven reeds ingegaan in antwoord op een vergelijkbare vraag van deze leden. Wij achten het aanzetten tot zelfdoding verwerpelijk. Ook het behulpzaam zijn bij of de middelen verschaffen tot zelfdoding, indien dit geschiedt anders dan door een arts binnen een gecontroleerde context, achten wij uit maatschappelijk oogpunt onwenselijk. Wij zien geen aanleiding thans de bestaande strafmaxima ten aanzien van deze delictomschrijvingen te herijken.

Bij de onregelmatigheden waarop de gemeentelijke lijkschouwer kan stuiten naar aanleiding van een melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, waarnaar de leden van de PvdA-fractie vroegen, moet gedacht worden aan de situatie dat aanmerkelijke twijfel ontstaat of wel sprake was van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en niet van levensbeëindiging zonder verzoek. Of het geval dat de toestand waarin de gemeentelijke lijkschouwer de overleden patiënt aantreft, in het geheel niet overeenkomt met het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de betekenis die in dit wetsvoorstel daaraan wordt toegekend. De gemeentelijke lijkschouwer kan ook door derden, bijvoorbeeld de directie van een verzorgings- of verpleeghuis, ter plaatse worden geroepen omdat twijfels bestaan over de wijze waarop een bewoner is overleden. In de afgelopen jaren is het een keer voorgekomen dat de

behandelend arts eerst op dat moment toegaf levensbeëindiging op verzoek te hebben toegepast zonder dit direct te hebben gemeld.

De praktijk inzake medische beslissingen rond het levenseinde, in het bijzonder met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, is reeds twee keer onderwerp geweest van een omvangrijk wetenschappelijk onderzoek. Zoals wij hierboven reeds aangaven, zijn wij voornemens een dergelijk onderzoek te laten herhalen in 2001. Wij stellen ons voor dat ook in de toekomst met zekere regelmaat, bijvoorbeeld om de vijf á zes jaar, dergelijk onderzoek wenselijk kan zijn, en in ieder geval enkele jaren na de inwerkingtreding van deze wet. Wij menen evenwel dat de vraag of, en zo ja, welk onderzoek precies aangewezen is, het beste kan worden beantwoord aan de hand van de omstandigheden van dat moment. Opneming van een evaluatiebepaling in deze wet, zoals door de leden van D66 voorgesteld, achten wij om die reden niet wenselijk.

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers