

Vergaderjaar 2005–2006

30 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 90

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE MINISTER VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2005

Hierbij doen wij u de brief over levensbeëindiging niet op verzoek toekomen, zoals is toegezegd in het standpunt over het rapport «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» (Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XVI, nr. 268).

1. Aanleiding

Levensbeëindiging op verzoek is wettelijk geregeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Levensbeëindiging niet op verzoek is strafbaar op grond van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. Onder omstandigheden kan de arts in een dergelijk geval een beroep doen op overmacht in de zin van noodtoestand. Er moet dan sprake zijn van een ernstig lijdende patiënt. De arts kan zich dan genoodzaakt zien te kiezen tussen enerzijds zijn plicht het leven te behouden en anderzijds zijn plicht om al het mogelijke te doen om een ondraaglijk lijden van de patiënt te voorkomen. De keuze tussen deze plichten is in situaties betreffende levensbeëindiging niet op verzoek niet eenvoudig. Indien de arts zeer zorgvuldig heeft gehandeld, kan levensbeëindiging gerechtvaardigd zijn. Wanneer van zorgvuldig handelen kan worden gesproken is aan de orde gesteld in de arresten Prins (Hof Amsterdam 7 november 1995, NJ 1996, 113) en Kadijk (Hof Leeuwarden 4 april 1996, Tijdschrift voor gezondheidszorg 1996, nr. 1).

Levensbeëindiging niet op verzoek van een ernstig lijdende patiënt leidt tot een niet natuurlijke dood. Daarom moet dit worden gemeld bij het openbaar ministerie. Het openbaar ministerie onderzoekt de wijze waarop de levensbeëindiging heeft plaats gevonden en besluit vervolgens of tot vervolging wordt overgegaan.

Artsen ervaren de procedure als belastend, omdat zij ondanks hun overtuiging dat zij zorgvuldig hebben gehandeld van moord worden verdacht. Met het oog hierop hebben de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie een overleggroep in het leven geroepen

die tot taak had op grond van zorgvuldigheidseisen voor medisch handelen ten aanzien van pasgeborenen met ernstige aandoeningen voorstellen te formuleren voor een procedure voor het melden en toetsen van gevallen waarin dat handelen heeft geleid tot opzettelijke levensbeëindiging. Die overleggroep heeft in 1997 haar rapport uitgebracht genaamd «Toetsing als spiegel van de medische praktijk». De conclusies van de overleggroep sluiten aan bij de zorgvuldigheidseisen die in voornoemde arresten zijn weergegeven.

Op 29 januari 2003 ontvingen wij een brief van de KNMG. Mede namens een aantal andere organisaties¹ vroeg de KNMG in deze brief aandacht voor de meldings- en toetsingsprocedure in het geval van levensbeëindigend handelen niet op verzoek. Nadat het nieuwe kabinet was geformeerd, heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 10 februari 2004 een aantal vertegenwoordigers van deze organisaties en andere deskundigen uitgenodigd voor een overleg. Tijdens dit overleg drongen genodigden aan op een inzichtelijke procedure met betrekking tot de melding van levensbeëindigend handelen niet op verzoek.

In de zomer van 2004 hebben wij een standpunt geformuleerd naar aanleiding van de bevindingen in het rapport «Medische besluitvorming aan het einde van het leven». (Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XVI, nr. 268). In deze brief hebben we aangegeven aan het einde van 2004 een brief naar de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zullen zenden waarin we zouden ingaan op de wijze waarop tegemoet kan worden gekomen aan de behoefte van de medici om meer duidelijkheid te creëren over het omgaan met levensbeëindiging niet op verzoek.

Met het oog daarop is nadien nader overleg geweest. Zo is in het voorjaar van 2005 overleg gevoerd met vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en van het Parket-Generaal over de zorgvuldigheidseisen waaraan een levensbeëindiging bij ernstig zieke pasgeborenen dient te voldoen om aan strafvervolgning te ontkomen.

Ook de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft niet stil gezeten. In juni 2005 heeft zij het protocol actieve levensbeëindiging bij ernstig zieke pasgeborenen (het zogenaamde Gronings protocol) aanvaard als landelijke richtlijn. Dit protocol is destijds opgesteld door het Academisch Ziekenhuis Groningen (thans UMCG). In dit protocol wordt aangegeven op welke wijze artsen op een zorgvuldige wijze dienen om te gaan met levensbeëindiging van ernstig lijdende pasgeborenen. Het openbaar ministerie is destijds in informerende zin bij het opstellen van dit protocol betrokken geweest. Het openbaar ministerie te Groningen heeft het Academisch Ziekenhuis Groningen (thans UMCG) met het oog op het opstellen van dit protocol destijds het rapport «Toetsing als spiegel van de medische praktijk» van de Overleggroep toetsing zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde van pasgeborenen aangereikt en daarbij aangegeven dat dit rapport goed lijkt aan te sluiten bij de jurisprudentie over deze materie. Het openbaar ministerie heeft daarbij benadrukt dat aan het (concept)protocol noch aan het genoemde rapport verwachtingen kunnen worden ontleend omtrent de afdoening van zaken door het openbaar ministerie in concrete gevallen. Het openbaar ministerie geeft aan dat het protocol voldoende feitelijke informatie biedt om de zorgvuldigheid van de levensbeëindiging bij pasgeborenen te kunnen beoordelen.

Naast de wens om duidelijkheid te creëren over levensbeëindiging bij ernstig lijdende pasgeborenen, leeft in toenemende mate eenzelfde wens bij de beroepsgroep met betrekking tot de strafbare gevallen van late

¹ De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) stuurde deze brief mede namens de volgende organisaties: de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ-Nederland, de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (Stichting PVP), de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, inmiddels de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE).

zwangerschapsafbreking. Dit betreft gevallen inzake het afbreken van de zwangerschap na 24 weken in uitzonderlijke gevallen.

In 1999 heeft het toenmalige kabinet in een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangegeven de zorgvuldige besluitvorming bij bepaalde, strafbare, gevallen van late zwangerschapsafbreking te willen ondersteunen door deze gevallen te laten melden bij en toetsen door een centrale deskundigencommissie (Kamerstukken II, 1998/99, 26 717, nr. 1, blz. 7 en 8).

Op grond van de bovenstaande ontwikkelingen willen wij op de volgende wijze tegemoet komen aan de behoefte van de medici om duidelijkheid te creëren in het omgaan met levensbeëindiging van ernstig lijdende pasgeborenen alsmede de wijze van omgaan met de strafbare gevallen van late zwangerschapsafbreking. Daarbij nemen wij in ogenschouw dat het ook voor de ouders en de – ongeboren – kinderen van belang is dat duidelijkheid ontstaat over de wijze waarop met de hierboven geschetste problematiek wordt omgegaan.

2. Reikwijdte van het voorstel

Alvorens de procedure te beschrijven die bij levensbeëindiging bij ernstig zieke pasgeborenen en late zwangerschapsafbreking dient te worden gevolgd, is van belang inzichtelijk te maken om welke gevallen het gaat. Daarbij dient bedacht te worden dat niet alle gevallen die betrekking hebben op het levenseinde tot een niet natuurlijke dood leiden. Bij een natuurlijk overlijden is geen strafbaar feit aan de orde. Een bijzondere procedure behoeft dan niet te worden gevolgd.

a. levensbeëindiging bij pasgeborenen

Kinderen kunnen worden geboren met zeer geringe levenskansen of met een slechte prognose betreffende de latere gezondheid. Op grond van heersend medisch wetenschappelijke inzichten wordt beoordeeld of in die gevallen een medische behandeling zinvol is. De situatie van het kind kan van zodanige aard zijn dat vaststaat dat het na de geboorte komt te overlijden. Dit overlijden kan binnen enkele dagen tot enkele maanden intreden. In een dergelijk geval is een medische behandeling zinloos. Het is een vorm van normaal medisch handelen om dan de behandeling niet te beginnen of te staken. Het overlijden leidt dan tot een natuurlijke dood. Ook kan zich de situatie voordoen dat het kind – ondanks de behandeling – weliswaar een beperkte kans heeft op overleven, maar dat de prognose voor de latere gezondheid bijzonder slecht is. Of sprake is van een zinloze behandeling wordt ook dan beoordeeld op grond van de heersende medisch wetenschappelijke inzichten. De arts maakt een totaalbeeld van de huidige en toekomstige gezondheidstoestand. Daarbij kan het volgende in onderlinge samenhang worden meegewogen: de te verwachten mate van lijden, de te verwachten levensduur, de te verwachten zwaarte van het behandelingstraject, de te verwachten mogelijkheden tot communicatie, de te verwachten mogelijkheden tot zelfredzaamheid en de mate van afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit. Ingeval sprake is van een ernstige situatie is het een vorm van normaal medisch handelen om de behandeling niet te beginnen of te staken. Palliatieve zorg tot het moment van overlijden kan worden toegepast. De palliatie kan mogelijk een levensbekortend effect hebben.

In vernoemde gevallen is er geen sprake van levensbeëindiging, maar van een natuurlijke dood. Deze zaken behoeven dus niet te worden gemeld.

Van levensbeëindiging bij pasgeborenen is wel sprake wanneer het leven van de pasgeborene wordt beëindigd. In sommige gevallen zou het kind

weliswaar na enige tijd zijn komen te overlijden, maar wordt de levensduur gelet op de ernst van het lijden bewust verkort.

In andere gevallen kan het kind weliswaar blijven leven, maar is enige verbetering in de gezondheidstoestand van het kind uitgesloten met als gevolg dat het kind voortdurend ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De gezondheid van het kind biedt in die gevallen geen enkel uitzicht op enige vorm van zelfstandig leven.

In deze gevallen wordt ook palliatieve zorg toegepast. De levensbeëindiging leidt tot een niet natuurlijke dood die aan de lijkshouwer moet worden gemeld.

Doordat voornamelijk gevallen van (zeer ernstige) spina bifida worden gemeld, is helaas het beeld ontstaan dat bepaalde aandoeningen altijd of vaak zouden leiden tot levensbeëindiging. Dit is echter niet het geval. Alleen het actuele lijden vormt de basis voor een beslissing tot levensbeëindiging. Patiëntenorganisaties hebben hun zorg uitgesproken over de beeldvorming van bepaalde aandoeningen. Zo is een spina bifida in de meeste gevallen zodanig te behandelen, dat patiënten een zeer acceptabel leven kunnen leiden. Wij sluiten ons hierbij aan. Het leven is beschermwaardig. Dat geldt ook voor gehandicapten.

b. late zwangerschapsafbreking

Late zwangerschapsafbreking hangt in die zin samen met levensbeëindiging van een pasgeborene dat de beëindiging van de zwangerschap in ieder geval met zich brengt dat het leven van de nog ongeborene eindigt bij of kort na het afbreken van de zwangerschap. Daarbij is van belang om het onderscheid in de zogenaamde categorie 1 en 2 gevallen te memoreren (zie de brief van het toenmalige kabinet aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 6 september 1999, Kamerstukken II, 1998/99, 26 717, nr. 1 inzake Late zwangerschapsafbreking). Hieronder wordt nader ingegaan op het verschil tussen categorie 1 en categorie 2.

Mede naar aanleiding van de uitgangspunten en conclusies die in het rapport «Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing» van de Overleggroep late zwangerschapsafbreking zijn vermeld, wordt onder late zwangerschapsafbreking het volgende verstaan. Late zwangerschapsafbreking is een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap na 24 weken wegens geconstateerde ernstige foetale aandoeningen, met als beoogd gevolg het overlijden van de foetus. In voornoemd rapport wordt aangegeven dat op grond van medisch wetenschappelijke normen het aanvaardbaar kan zijn het leven van de ongeborene te beëindigen. Er wordt onderscheid gemaakt in twee categorieën van ernstige foetale aandoeningen waarbij een late zwangerschapsafbreking toelaatbaar kan worden geacht.

Het afbreken van een zwangerschap valt onder de werking van artikel 296 van het Wetboek van strafrecht juncto de Wet afbreking zwangerschap. Medisch wetenschappelijk gezien wordt de levensvatbaarheidsgrens gelegd bij 24 weken of meer. Dit houdt op grond van artikel 296, vijfde lid, in dat zwangerschapsafbreking tot 24 weken niet strafbaar is als aan de eisen gesteld in de Wet afbreking zwangerschap is voldaan.

Bij late zwangerschapsafbrekingen gaat het als gezegd om de afbreking van een zwangerschap na 24 weken. In die gevallen is artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht van belang. Ingevolge dat artikel is het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden buiten het moederlichaam in leven te blijven strafbaar.

In categorie 1 valt de ongeborene die naar redelijkerwijs verwacht mag worden niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven. De aandoening is onbehandelbaar. De baby zal praktisch altijd tijdens of direct na de geboorte overlijden. Vanwege de ernstige aangeboren aandoeningen is het kind niet levensvatbaar en zal het dat ook niet worden. De ratio van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht komt hiermee te vervallen, aangezien met deze bepaling is beoogd het ongeboren leven strafrechtelijk te beschermen. Zwangerschapsafbreking in een zodanige situatie valt om die reden niet onder de werking van artikel 82a WvSr. Alhoewel het afbreken van de zwangerschap bij een vrucht zonder zelfstandige levensvatbaarheid niet valt onder de werking van artikel 82a WvSr, valt het wel onder de werking van artikel 296, van het Wetboek van Strafrecht juncto de Wet afbreking zwangerschap. Dit houdt op grond van artikel 296, vijfde lid, WvSr in dat zwangerschapsafbreking niet strafbaar is als aan de eisen gesteld in de Wet afbreking zwangerschap is voldaan. Het nemen van een vervolgingsbeslissing door de officier van justitie is alsdan niet aan de orde.

Op grond van de Wet op de lijkbezorging moet wel melding worden gemaakt van de afbreking van de zwangerschap aan de gemeentelijk lijkschouwer die op zijn beurt de officier van justitie op de hoogte stelt. Het betreft immers een niet natuurlijke dood, aangezien late zwangerschapsafbreking een actief ingrijpen is met als beoogd gevolg het sterven van de vrucht.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft in de ledenvergadering van november 2003 een richtlijn vastgesteld waarin voor de categorie 1 gevallen de besluitvormingsprocedure voorafgaand aan late zwangerschapsafbreking is beschreven. In deze richtlijn wordt ook in een vorm van intercollegiale toetsing achteraf voorzien. Een beroepscommissie beoordeelt nadien of een arts zorgvuldig heeft gehandeld. De richtlijn is tot stand gekomen met inachtneming van de wettelijke regelingen.

De tweede categorie heeft betrekking op gevallen waarin sprake is van aandoeningen bij de ongeborene die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leiden maar waarbij naar redelijke verwachting een (veelal beperkte) kans op overleven bestaat. Zonder medisch ingrijpen zou de aandoening tot de dood leiden. Medisch ingrijpen heeft een levenslang lijden tot gevolg en kan zelfs schadelijk worden geacht. Zwangerschapsafbreking in geval van aandoeningen behorende tot categorie 2 valt wel onder de werking van artikel 82a WvSr en is dus in beginsel strafbaar. Een beroep op een rechtvaardigingsgrond in de zin van noodtoestand kan in een voorkomend geval de strafbaarheid van het feit wegnemen. Van een noodtoestand is alleen dan sprake indien naar medisch wetenschappelijke inzichten vast staat dat de aandoeningen van de ongeborene van een zodanige aard zijn dat medisch ingrijpen na de geboorte medisch zinloos is.

3. Toetsingsprocedure

Op grond van de hierboven aangehaalde stukken, jurisprudentie en uitgangspunten stellen wij de volgende procedure voor.

Levensbeëindiging bij ernstig lijdende pasgeborenen alsmede late zwangerschapsafbreking in de categorie 2 gevallen blijft strafbaar. Wel wordt ervoor gekozen om een commissie in het leven te roepen die het openbaar ministerie voorziet van een deskundigenoordeel in een concrete zaak.

De behandelend arts die de levensbeëindiging bij de pasgeborene heeft uitgevoerd of de zwangerschap heeft afgebroken maakt geen verklaring van overlijden op, maar meldt de levensbeëindiging op grond van artikel

7, derde lid, van de Wet op de lijkbezorging, aan een gemeentelijke lijk-schouwer door invulling van een formulier. De vorm van dit formulier is vastgesteld bij Besluit van 6 maart 2002, Stb 2002, 140, artikel 2. De gemeentelijk lijkschouwer verricht de lijkschouw en meldt de zaak aan de officier van justitie door invulling van een formulier dat is vastgesteld bij Besluit van 17 december 1993, Stb 1993, 688 (pasgeborenen) alsmede het Besluit van 6 maart 2002, Stb 2002, 140, artikel 3 (late zwangerschapsafbreking). Op dit formulier moet onder andere worden aangegeven hoe het ziektebeeld eruit zag en of er nog een andere arts is geconsulteerd. Op dit moment zendt de gemeentelijk lijkschouwer deze stukken naar de officier van justitie. In de nieuw voorgestelde situatie zendt de lijkschouwer de stukken naar een centrale deskundigencommissie. Deze commissie bestaat uit vijf leden: een voorzitter, drie artsen met gezamenlijk één stem en een ethicus. De drie medici zijn gespecialiseerd in de kindergeneeskunde. Daarbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een neonatoloog, een kinderneuroloog en een gynaecoloog (in verband met gevallen van late zwangerschapsafbreking). Deze commissie beoordeelt aan de hand van de hieronder aangegeven zorgvuldigheidsnormen of de arts bij de levensbeëindiging bij de pasgeborene of de late zwangerschapsafbreking zorgvuldig heeft gehandeld. Het oordeel van de commissie wordt gezonden naar het College van procureurs-generaal. Ook het College beoordeelt of de betrokken arts aan deze zorgvuldigheidsnormen heeft voldaan en kan het oordeel van de commissie betrekken bij zijn beslissing om al dan niet tot vervolging over te gaan. Het oordeel van de commissie komt dus niet in de plaats van de beslissing van de officier van justitie, maar dient als deskundigenoordeel. Indien het College in voorkomend geval van oordeel is dat strafvervolging moet worden ingesteld, zal de desbetreffende officier van justitie daartoe een opdracht van het College krijgen. Niet iedere schending van de zorgvuldigheidsnormen zal tot vervolging behoeven te leiden. De voorgestelde werkwijze wordt opgenomen in een aanwijzing van het College van procureurs-generaal.

De werkwijze faciliteert niet alleen het openbaar ministerie, maar ook de arts. Zowel de opgestelde normen, als het oordeel van de commissie, bieden de arts de wetenschap dat de zaak niet alleen vanuit juridisch oogpunt, maar ook vanuit medisch en ethisch oogpunt wordt bekeken. Daarnaast heeft de arts een houvast bij zijn handelen in situaties inzake levensbeëindiging niet op verzoek alsmede late zwangerschapsafbreking. Met deze werkwijze wordt tegemoet gekomen aan de onzekerheid van artsen op dit punt.

4. Zorgvuldigheidsnormen

Levensbeëindiging bij ernstig lijdende pasgeborenen alsmede late zwangerschapsafbreking in categorie 2 dienen met de grootst mogelijke zorgvuldigheid te geschieden. De criteria op grond waarvan deze handelingen worden getoetst, zijn ontleend aan de jurisprudentie en de hierboven aangehaalde literatuur. Het openbaar ministerie zal bij de beslissing tot vervolging met deze criteria rekening houden. De deskundigencommissie zal met inachtneming van deze criteria oordelen of de arts zorgvuldig heeft gehandeld.

De arts heeft ingeval van levensbeëindiging bij pasgeborenen zorgvuldig gehandeld, indien:

- a. er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind naar heersend medisch inzicht hetgeen onder andere betekent dat de beslissing tot absteren gerechtvaardigd moet zijn. Op grond van de heersende medische wetenschap bestaat er dus geen twijfel over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose;

- b. de ouders hebben ingestemd met de levensbeëindiging;
- c. de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en de daarop gebaseerde prognose. Dit houdt onder andere in dat de arts met de ouders tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin het kind zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- d. de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die het kind heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hier genoemde zorgvuldigheidseisen. In de plaats van het oordeel van één andere onafhankelijke arts kan worden gesteld het oordeel van een behandelteam;
- e. de levensbeëindiging medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

De arts heeft op een zorgvuldige manier de zwangerschap afgebroken, indien:

- a. het betreft een aandoening die in categorie 2 valt, hetgeen betekent dat de aandoening van zodanige aard is dat na de geboorte wordt afgezien van een medische behandeling wegens de medische zinloosheid daarvan volgens medisch wetenschappelijke inzichten. Op grond van de heersende medische wetenschap bestaat er dus geen twijfel over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose. Voorts kan het voortzetten van de zwangerschap naar heersend medisch wetenschappelijk inzicht geen wezenlijke bijdrage meer betekenen voor het bereiken van een grotere nauwkeurigheid met betrekking tot de diagnose;
- b. bij het kind is sprake van een actueel of te voorzien uitzichtloos lijden;
- c. de moeder uitdrukkelijk heeft verzocht om beëindiging van de zwangerschap wegens lichamelijk of psychisch lijden onder de situatie;
- d. de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en de daarop gebaseerde prognose. Dit houdt onder andere in dat de arts met de ouders tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin het kind zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- e. de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hier genoemde zorgvuldigheidseisen. In de plaats van het oordeel van één andere onafhankelijke arts kan worden gesteld het oordeel van een behandelteam;
- f. de afbreking van de zwangerschap medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

Met het oog op de beoordeling van de zorgvuldigheidsnormen is het van belang dat de melding van de behandelend arts aan de gemeentelijk lijkschouwer een goed inzicht verschaft in die normen. Daartoe zal het meldingsformulier worden uitgebreid met vragen die op die normen betrekking hebben.

5. Samenstelling en werkwijze commissie

Zoals hierboven is aangegeven bestaat de commissie uit vijf leden: een voorzitter, drie artsen, elk uit een andere op kindervraagstukken gerichte medische discipline, en een ethicus. De voorzitter is een jurist. Allen worden benoemd voor zes jaar door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie. Zij kunnen worden herbenoemd voor zes jaar. De commissie wordt ondersteund door een secretaris. De secretaris heeft in de commissievergaderingen een raadgevende stem. De leden van de commissie kunnen op eigen verzoek en wegens disfunctioneren worden ontslagen. De leden ontvangen een vacatiegeld en reiskostenvergoeding volgens de bestaande rijksregelen. Met het oog op de beoordeling van een zaak is de commissie bevoegd de arts die de levensbeëindiging heeft toegepast schriftelijk of mondeling om

een toelichting te vragen. Ook mag de commissie nadere informatie vragen aan een of meer artsen van het behandelteam dat bij de zaak is betrokken. Daarnaast kan de commissie derden raadplegen vanwege hun specifieke deskundigheid.

Het oordeel van de commissie wordt gebaseerd op de hierboven beschreven zorgvuldigheidsnormen. Het oordeel kan uitsluitend worden vastgesteld als alle leden aan de stemming hebben deelgenomen. Het oordeel wordt ter kennis gesteld van het openbaar ministerie. Het openbaar ministerie kan dit oordeel als een soort deskundigenbericht bij zijn beslissing tot vervolging betrekken. Het oordeel wordt – wanneer sprake is van onzorgvuldigheid – ook ter kennis gesteld aan de Inspectie voor de gezondheidszorg. De behandelend arts ontvangt een afschrift van het oordeel. Een geanonimiseerde versie van het oordeel wordt gepubliceerd in een openbaar toegankelijke databank.

De leden hebben een geheimhoudingsplicht en verschoningsrecht. De commissie brengt een jaarverslag uit aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie.

De commissie wordt ingesteld bij ministeriële regeling. De werkwijze van de commissie wordt neergelegd in een bestuursreglement.

6. Tenslotte

Wij zijn van mening dat aan de roep mede vanuit de medische praktijk om meer duidelijkheid te verschaffen in de wijze waarop levensbeëindiging bij pasgeborenen en late zwangerschapsafbreking strafrechtelijk worden beoordeeld met het bovenstaande tegemoet wordt gekomen. Het verwoorden van de zorgvuldigheidsnormen alsmede het ontwikkelen van een meldingsformulier aan de hand waarvan de behandelend arts wordt geleid langs alle processtappen die moeten worden ondernomen en vragen die moeten worden beantwoord in het kader van het voldoen aan deze normen geven een uniforme structuur aan het omgaan met deze in veel opzichten moeilijke situaties. Dit betekent overigens niet dat de arts aan de commissie vooraf goedkeuring kan vragen om tot levensbeëindigend handelen dan wel afbreking van de zwangerschap over te gaan. De commissie oordeelt achteraf.

Wij onderkennen dat ook al in verschillende medische beroepsorganisaties en overleggroepen, waarnaar hierboven is verwezen, de afgelopen jaren veel werk is verzet om tot een goede medisch juridische benadering van levensbeëindiging bij pasgeborenen alsmede late zwangerschapsafbreking te komen. Dit werk is niet voor niets geweest. In de voorgestelde regeling wordt daarmee rekening gehouden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner