

Vergaderjaar 2000–2001

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. 9

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 16 oktober 2000

Algemeen

Wij zijn verheugd dat de leden van de PvdA-fractie grote waardering hadden voor de nota naar aanleiding van het verslag en hopen met hen dat de daarin gegeven antwoorden op vragen de onduidelijkheid hebben kunnen wegnemen die blijkens het verslag nog bestond met betrekking tot de strekking van het wetsvoorstel en daarin opgenomen specifieke bepalingen. Het doet ons deugd dat deze leden kunnen instemmen met de bij nota van wijziging voorgestelde aanpassingen van het wetsvoorstel. Met die aanpassingen zijn wij tegemoet gekomen aan de door verschillende fracties geuite kritiek op onderdelen van het wetsvoorstel.

In antwoord op de vraag van deze leden wanneer het onderzoek naar de rol van de verpleegkundige in het proces van besluitvorming bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van start is gegaan, kunnen wij medelen dat tot het uitvoeren van dit onderzoek opdracht is verstrekt aan het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht en dat de uitvoering ervan zal aanvangen op 1 januari 2001.

De hoofdvraagstelling die in dit onderzoek aan de orde is, luidt: Wat is de feitelijke positie van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsenpraktijk bij medische beslissingen rond het levenseinde, welke opvattingen leven dienaangaande onder verpleegkundigen, welke knelpunten worden geconstateerd met betrekking tot de formele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en hoe verhouden zich deze positie, opvattingen en formele verantwoordelijkheid tot die van andere beroepsgroepen (met name artsen)?

Deze hoofdvraagstelling wordt in diverse subvraagstellingen nader uitgewerkt.

De beroepsgroep van verpleegkundigen is bij de opstelling en uitwerking van de onderzoeksvragen betrokken geweest.

Zeker heeft de verpleegkundige, zoals de PvdA-fractie stelde, een belangrijke signalerende functie vanwege zijn of haar directe contact met de patiënt en zijn of haar inzicht in diens situatie. Wij achten de verpleegkundige inbreng bij de besluitvorming over een concreet verzoek tot euthanasie, van groot belang en hechten eraan dat de arts over een voorge-

nomen beslissing op een dergelijk verzoek de betrokken verplegenden of verzorgenden zoveel mogelijk raadpleegt. In het modelverslag voor de arts, zoals dat wordt gebruikt in de huidige meldingsprocedure, staat daartoe dan ook de vraag opgenomen, of er over de levensbeëindiging overleg is geweest met verplegend of verzorgend personeel; zo ja, met wie en wat hun opvattingen waren; zo nee, waarom niet? (vragen 12a t/m c). Een dergelijke vraag, dit zeggen wij de leden van de PvdA-fractie toe, zullen wij opnieuw opnemen in het ter uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel voor te schrijven modelverslag voor de arts. Aldus, zo menen wij, wordt recht gedaan aan de zienswijze van de verpleegkundige in deze verslaglegging, zoals door deze leden gesuggereerd. Ten overvloede wijzen wij erop dat een en ander de primaire verantwoordelijkheid van de arts onverlet laat.

De leden van de PvdA-fractie vroegen om een nadere toelichting op het in het wetsvoorstel opgenomen vereiste dat de consulent de patiënt moet zien. In de nota naar aanleiding van het verslag gaven wij al aan dat wij ons in de praktijk zeer uitzonderlijke situaties kunnen voorstellen waarin een persoonlijke visitatie achterwege blijft. Hierbij denken wij aan de situatie van een onvoorzienbaar snelle verergering van het ziekteproces, zoals door deze leden geopperd, waardoor een persoonlijk bezoek van de consulent aan de patiënt niet of nauwelijks zinvol is, of aan andere, heel bijzondere omstandigheden rond het ziekbed van de patiënt waardoor een bezoek van de consulent, althans een gesprek met hem, bijzonder belastend voor de patiënt zou zijn. Afwijking van de norm in zulke gevallen ontslaat de arts vanzelfsprekend niet om wél zorgvuldig een tweede onafhankelijke arts te consulteren. Hij zal in zijn verslag echter nader moeten motiveren waarom de consulent de patiënt niet persoonlijk heeft bezocht. De toetsingscommissie zal aan de hand hiervan kunnen vaststellen dat het achterwege blijven van een persoonlijk gesprek tussen consulent en patiënt als gevolg van specifieke omstandigheden niet in de weg behoeft te staan aan de conclusie dat de arts aan het vereiste van consultatie heeft voldaan, indien overigens sprake was van een zorgvuldige consultatie. Het is evenwel zaak dat de behandelend arts er ook zelf aan bijdraagt dat het gesprek van de consulent met de patiënt nog mogelijk is en door de patiënt niet als een te grote inbreuk op de intimiteit rond zijn ziekbed wordt ervaren. Dit kan hij bereiken door het consult tijdig te vragen en de functie van de consultatie duidelijk aan de patient uit te leggen. Hoewel wij dus situaties onderkennen waarin, ondanks het achterwege blijven van het zien van de patiënt, aan het vereiste van consultatie niet-temin kan zijn voldaan, geven wij er de voorkeur aan dat met betrekking tot de wenselijke vorm van consultatie een eenduidige norm in de wet wordt vastgelegd. Aan een uitzonderingsclausulering, zoals door deze leden voorgesteld, bestaat onzes inziens, gelet op het bovenstaande, geen behoefte.

In reactie op een opmerking hierover van de leden van de PvdA-fractie bevestigen wij het van groot belang te achten dat de onderzoeken zoals verricht in 1990/1991 en 1995/1996 naar het functioneren van de meldingsprocedure en naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, vanaf 2001 worden herhaald. Hierdoor kan, op basis van een vergelijking van gegevens uit de verschillende onderzoeksperiodes, inzicht worden verkregen in de meldingsbereidheid van artsen, het functioneren van de meldingsprocedure zoals deze zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld en de factoren die van invloed zijn op de wijze van besluitvorming rond het levenseinde. Ook de ontwikkelingen op het terrein van de palliatieve zorg zullen daarbij worden betrokken.

De leden van de CDA-fractie hadden met instemming kennis genomen van ons voornemen om het functioneren van de meldingsprocedure en de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde opnieuw te doen onderzoeken. In tegenstelling tot hetgeen de leden van de CDA-fractie suggereerden, hangt wat ons betreft het antwoord op de vraag of de totstandkoming van de voorgestelde regelgeving thans wenselijk is, niet af van de uitkomsten van een zodanig onderzoek. Met dit wetsvoorstel wordt beoogd 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. Dit is waarop de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond in wezen neerkomt. Wij verwachten bovendien dat als gevolg daarvan de meldingsbereidheid verder zal worden vergroot.

Wij brengen daarbij in herinnering dat de instelling van de regionale toetsingscommissies euthanasie in 1998, mede werd ingegeven door de uitkomst van het onderzoek van Van der Maas en Van der Wal in 1995/1996 naar het functioneren van de meldingsprocedure. Daarbij 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 huidige toetsingscommissies.

Het voorgenomen onderzoek, dat zal aanvangen in het eerste kwartaal van 2001 en naar verwachting binnen twee jaar zal worden afgerond, is, zoals gezegd, gericht op het verkrijgen van inzicht in de meldingsbereidheid van artsen, het functioneren van de meldingsprocedure zoals deze zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld en de factoren die van invloed zijn op de wijze van besluitvorming rond het levenseinde. Wij achten dit met name van belang uit een oogpunt van beleidsvorming op langere termijn op het terrein van medische beslissingen rond het levenseinde. Vanzelfsprekend kunnen de uitkomsten van het onderzoek aanleiding geven tot bijstelling van dat beleid en tot aanpassing op onderdelen van de regelgeving. Wij gaan evenwel ervan uit dat dergelijke aanpassingen vooral betrekking zullen kunnen hebben op de uitvoeringsregels betreffende het praktisch functioneren van de toetsingscommissies. Ten principale hebben wij vertrouwen in de waarde van de ingestelde toetsingscommissies, mede gelet op de positieve eerste ervaringen met deze commissies, zoals 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). De gewenning aan de meldingsprocedure – en naar verwachting ook de meldingsbereidheid – 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.

In de nota naar aanleiding van het verslag hebben wij gesteld dat palliatieve zorg op een goed niveau staat, ook in vergelijking tot de ons omringende landen. Daar is aan toegevoegd dat de inspanningen er voortdurend op gericht zijn om binnen de reguliere gezondheidszorg de kwaliteit van de palliatieve zorg verder te verhogen en de aanwezige kennis optimaal te benutten. Van een onvoldoende aanbod aan palliatieve zorg, zoals

deze leden van mening zijn, is geen sprake. Onlangs is het onderzoek «Palliatieve zorg vandaag en morgen» afgerond. Dit onderzoek schetst een viertal scenario's voor de toekomstige ontwikkeling van palliatieve zorg. Bij separate brief wordt u door de tweede ondergetekende over het onderzoek en haar standpunt geïnformeerd.

De leden van de CDA-fractie constateerden met instemming dat wij het voorstel om levensbeëindigend handelen bij 12- tot 16-jarige patiënten ook mogelijk te maken indien beide ouders of een van hen (of de voogd) zich met het verzoek niet kunnen verenigen, hebben ingetrokken. Wij bevestigen de lezing van deze leden dat volgens het thans voorliggende voorstel, levensbeëindiging bij deze patiënten zonder instemming van de ouders of voogd niet is toegestaan.

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. Juist onder heel zware omstandigheden, zoals een ongeneeslijke ziekte, kunnen ook kinderen een rationele beslissing nemen, een serieus te nemen wens tot levensbeëindigend handelen uiten. Zoals wij evenwel in de nota naar aanleiding van het verslag hebben aangegeven bestond voor dit voorstel te weinig draagvlak in de samenleving om het met vrucht te handhaven, temeer nu is gebleken dat de praktijk kennelijk ook zonder de voorgestelde regeling kan werken. Over dit specifieke punt bracht de Minister-President tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen namens het kabinet naar voren dat de aard van de reacties en van de vragen het nodig maakte om heel zorgvuldig in de voorbereiding van de gedachtewisseling hieraan aandacht te geven. Hij gaf toen al aan dat een conflict met ouders inzake beslissingen rond het levenseinde van hun kind weinig voorkomt en dat dit voor het kabinet een punt van bijzondere nadere afweging zou zijn (handelingen II 1999–2000, blz. 3–90). Deze nadere afweging, alsmede de van verschillende zijden in het verslag verwoorde kritiek, hebben ons doen besluiten het voorstel terug te nemen.

Wij hebben niet het voornemen, dit in antwoord op een vraag van deze leden naar de betekenis die in dit verband moet worden gehecht aan het gebruik van het woord *thans* in de nota naar aanleiding van het verslag, in een later stadium op dit besluit terug te komen.

Met betrekking tot de wilsverklaring vroegen de leden van de CDA-fractie zich af hoe kan worden vastgesteld of een wilsverklaring vóór of na het optreden van een psychische stoornis is opgesteld. Zij verwezen in dit verband voorts naar een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 29 maart 1990.

In antwoord op hun vraag wijzen wij deze leden op het belang van de 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 met het oog op een eventueel in de toekomst zich voordoende situatie, duidelijk worden. Ook de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het in de wilsverklaring opgenomen verzoek zal de arts dan kunnen nagaan. De arts is de eerst en enig aangewezen om te beoordelen of de patiënt op dat moment voldoende beslisvaardig is.

Indien sprake is van een psychische stoornis zal daarbij ook de vraag aan de orde komen, of de wilsverklaring is opgesteld in het licht van, of onder invloed van deze stoornis. Door de arts dient op dat moment te worden vastgesteld of er sprake is van wilsbekwaamheid bij deze patiënt.

De wilsverklaring van een ten tijde van de opstelling daarvan nog wel wilsbekwame patiënt legitimeert de arts naderhand om dit verzoek te

volgen, maar slechts indien hij de overtuiging heeft gekregen dat de situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zich inmiddels voordoet. Indien een arts wordt geconfronteerd met een wilsverklaring van een patiënt die als gevolg van een psychische stoornis inmiddels als wilsonbekwaam moet worden aangemerkt, zal hij van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek overtuigd kunnen zijn indien zijn bevindingen, afgaande op bijvoorbeeld de medische geschiedenis van deze patiënt en op gesprekken met familie en een eventuele vertegenwoordiger van de patiënt, geen aanleiding geven om het tegendeel aan te nemen. Dit is de rechtskracht, zoals wij hierboven al opmerkten, die het tweede lid aan de wilsverklaring beoogt toe te kennen.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie hoe de uitspraak van de tuchtrechter in de zaak-Chabot moet worden beoordeeld in het licht van de uitspraak van de Hoge Raad in de zelfde zaak en in het licht van dit wetsvoorstel, antwoorden wij als volgt.

De uitspraak van het Medisch tuchtcollege te Amsterdam van 6 februari 1995 (TvGR 1995, nr. 4, p. 226–236) in de zaak-Chabot ligt in het verlengde van het arrest van de Hoge Raad en sluit daarbij geheel aan. In zijn uitspraak heeft genoemd tuchtcollege gesteld dat niet is uitgesloten dat zich omstandigheden kunnen voordoen, waarin het verlenen van hulp bij zelfdoding aan een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, in overeenstemming is met de maatstaven van de medische beroepsuitoefening, ook indien dat lijden geen somatische oorzaak heeft en de patiënt niet in de stervensfase verkeert. Met deze overweging sluit de uitspraak van het tuchtcollege aan bij rechtsoverweging 5.2 in het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994 (NJ 1994, 656), zoals door ons aangehaald in de nota naar aanleiding van het verslag. Het tuchtcollege stelt verder dat bij een onomkeerbare handeling als hulp bij zelfdoding vereist is dat de consulent zelf het onderzoek verricht, omdat in de psychiatrie diens eigen observatie onmisbaar is voor het stellen van een diagnose. Dit sluit aan bij rechtsoverweging 6.3.2 uit het arrest van de Hoge Raad. Het tuchtcollege is voorts van oordeel dat, evenzeer vanwege het onomkeerbare karakter van hulp bij zelfdoding, een verzoek daartoe van de patiënt niet dan met de grootst mogelijke behoedzaamheid tegemoet dient te worden getreden. Ook deze rechtsoverweging heeft een parallellie in rechtsoverweging 6.3.1 van het arrest van de Hoge Raad. Het tuchtcollege heeft een medisch-inhoudelijke beoordeling omtrent het handelen van de psychiater gegeven. Daarbij heeft het tuchtcollege aangegeven hoe naar zijn oordeel door een beroepsbeoefenaar in een zaak als de onderhavige moet worden opgetreden en welke zorgvuldigheid daarbij vanuit beroepsinhoudelijk oogpunt betracht dient te worden. Concreet was het tuchtcollege daarbij van oordeel dat de psychiater in dit geval enige daadwerkelijke psychiatrische behandeling had moeten beproeven. Ook op dit punt stemt de uitspraak van het tuchtcollege overeen met de overwegingen van de Hoge Raad, met name rechtsoverweging 6.3.3 van het arrest van de Hoge Raad, dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn als een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Het voorliggende wetsvoorstel is, zo moge uit het bovenstaande blijken, in overeenstemming met bovenstaande uitspraak van het Medisch tuchtcollege en met het arrest van de Hoge Raad.

Op de vraag van deze leden, of bij levensbeëindiging van een patiënt wiens lijden niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies de geconsulteerde arts een psychiater moet zijn, antwoorden wij, dat dit niet móét, maar uit de aard der zaak wél in de rede ligt. Aldus wordt de behandelend arts het beste ondersteund bij de beantwoording in dat geval van de essentiële vragen, of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk

lijden. Op het moment van de beslissing om tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding over te gaan, moet er duidelijkheid zijn over de vraag of de patiënt als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. De eis die de Hoge Raad stelde aan de consultatie 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), was de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3). Aangezien wij in dit wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel ten volle voldaan.

De leden van de CDA-fractie gingen in op gemaakte beleidskeuzes en ingediende wetsvoorstellen onder eerdere kabinetten en het standpunt dat daarbij door de CDA-fractie steeds is ingenomen. Zij wezen een suggestie, als zouden voormalige CDA-bewindslieden hebben meegewerkt aan het tot stand brengen van euthanasiewetgeving die artsen vrijwaart van gerechtelijke vervolging, van de hand. In de nota naar aanleiding van het verslag hebben wij er slechts op willen wijzen, dat opeenvolgende kabinetten, en wel degelijk óók die waarvan CDA-ministers deel uitmaakten, beleid is geformuleerd teneinde levensbeëindiging bij uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënten mogelijk te doen zijn zonder dat daar voor de arts een gerechtelijke vervolging tegenover staat. Inderdaad zijn eerdere wetsvoorstellen strekkende tot opheffing van de strafbaarheid onder voorwaarden, waaronder het initiatiefvoorstel van de toenmalige leden van de Tweede Kamer Wessel-Tuinstra en later Kohnstamm, niet door de Tweede Kamer aanvaard, zoals deze leden aangaven. Dat sprake zou zijn van «een meewerken door voormalige CDA-bewindslieden aan wettelijke vrijwaring van artsen voor vervolging is door ons in de nota naar aanleiding van het verslag geenszins gesuggereerd, zoals deze leden bij herhaling stelden. Wij zijn ervan doordrongen dat van de zijde van het CDA te allen tijde bezwaar is gemaakt tegen aanpassing van het Wetboek van Strafrecht op dit punt. Niettemin heeft onder het derde kabinet-Lubbers een beleid ingang gevonden strekkende tot niet-vervolging van artsen die levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding melden en zich aan aan de in de jurisprudentie ontwikkelde zorgvuldigheidseisen houden. Dit was reeds het uitgangspunt van de in 1990 ingevoerde meldingsprocedure, waaraan bij wet van 2 december 1993 (Stb. 643) een wettelijke basis is verleend, zoals bekend met instemming van de toenmalige CDA-fractie.

De aanpassing van de meldingsprocedure die onder verantwoordelijkheid van het vorige kabinet tot stand is gekomen, strekte tot instelling van de regionale toetsingscommissies euthanasie en werd mede ingegeven door de uitkomst van het onderzoek van Van der Maas en Van der Wal in 1995/1996 naar het functioneren van de meldingsprocedure. Daarop zijn wij hierboven reeds ingegaan. Deze aanpassing van de meldingsprocedure had overigens, dit in antwoord op een opmerking daarover van deze leden, niets te maken met de gevolgen die het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Chabot had voor het vervolgingsbeleid (brief van de Minister van Justitie van 16 september 1994, kamerstukken II 1993/94 23 877, nr. 1). Deze leden stelden terecht vast dat het kabinet het van belang acht de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van Strafrecht aldus vast te leggen, dat een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult, niet strafbaar is. Daartoe heeft het kabinet uitvoering gegeven aan hetgeen in het Regeerakkoord (kamerstukken II, 1997–1998, 26 024, nr. 10, blz. 47) op dit punt is opgenomen. Van enige liberalisering van levensbeëindigend handelen, zoals door deze leden gesteld, is

echter geen sprake. Het gaat, zoals gezegd, om 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. Onveranderd daarin zijn en blijven de vereisten dat sprake moet zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Wij bestrijden voorts de stelling van deze leden, dat het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie als gevolg van dit wetsvoorstel nog slechts de iure, maar niet meer de facto zou bestaan. Aan het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie wordt op geen enkele wijze afbreuk gedaan. 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.

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. Dit wetsvoorstel brengt aldus mee dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie ter zake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Deze leden zien het inderdaad goed, dat een geval van euthanasie waarvan de toetsingscommissie heeft geoordeeld dat een en ander voldoende zorgvuldig is geschied, feitelijk niet meer ter kennis van het OM komt, behoudens in het geval dat door derden aangifte wordt gedaan.

Het vervolgingsmonopolie blijft, ook ingevolge dit wetsvoorstel, inhouden dat het openbaar ministerie in alle gevallen van een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit, de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolging over te gaan.

Aanleiding tot vervolging zal dus, zoals gezegd, 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. De rechter zal zich vervolgens over de aanhangig gemaakte strafzaak uitspreken. Daarmee is, zo beantwoorden wij de vraag daarnaar van deze leden, de mogelijkheid gegeven tot de vorming van jurisprudentie, hetgeen op zichzelf niet noodzakelijkerwijs hoeft te leiden tot grensverlegging. Een garantie dat toekomstige jurisprudentie nimmer grensverleggend zal zijn, kunnen wij, gelet op de onafhankelijkheid van het rechterlijk oordeel, deze leden evenwel niet geven.

Naar aanleiding van de verwijzing van deze leden naar de uitspraak van de tweede ondergetekende, merken wij op dat hetgeen nu is vastgelegd de grenzen betreft die het kabinet zich heeft gesteld. Indien een bepaald geval aan de rechter wordt voorgelegd en zich inzake de interpretatie van een ter discussie gestelde norm nieuwe jurisprudentie vormt, zal het kabinet alsdan moeten bezien of deze jurisprudentie gevolgen heeft voor de uitvoering van het beleid dat het kabinet met de formulering van deze wet en de daarbij gestelde grenzen heeft beoogd.

Deze leden vroegen voorts naar de staande praktijk bij het vervolgingsbeleid. Ons antwoord is dat er geen sprake is van vooruitlopen op het voorliggende wetsvoorstel. Ook vóór de instelling van de regionale toetsingscommissies werden meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding getoetst aan de wettelijke norm en de uitleg die daaraan tot dusver in de jurisprudentie is gegeven. Deze toetsing leidde reeds jarenlang slechts in een enkel geval tot het instellen van een vervolging.

De zorgvuldigheidseisen aan de hand waarvan de regionale toetsingscommissies toetsen zijn ontleend aan diezelfde jurisprudentie.

De commissies kwamen blijkens het jaarverslag 1999, dat is toegezonden aan de Tweede en Eerste Kamer bij brief van 9 mei 2000, nr. 2070337 (handelingen II 1999/2000, blz. 73–4908), aan de hand van die vereisten in bijna alle gevallen in dat jaar tot het oordeel dat de arts zorgvuldig had gehandeld. Wij vinden het dan ook niet verwonderlijk dat het openbaar ministerie in alle gevallen heeft besloten dat tot vervolging geen aanleiding bestond.

De leden van de CDA-fractie verzochten voorts om een commentaar op het minderheidsstandpunt van de toenmalige leden Klijn en Nieboer van de Staatscommissie Euthanasie uit 1985. Het toenmalige eerste kabinet-Lubbers heeft naar aanleiding van het rapport van deze staatscommissie bij brief van 20 januari 1986 aan de Tweede Kamer aangeboden een «Proeve van een voorstel van wet met toelichting», waarin was opgenomen het standpunt van het kabinet naar aanleiding van het rapport van de Staatscommissie. Over deze Proeve en het rapport van de Staatscommissie, inclusief het daarin opgenomen minderheidsstandpunt waarnaar deze leden verwezen, is vervolgens uitvoerig van gedachten gewisseld met de Tweede Kamer. Wij verwijzen deze leden naar de desbetreffende kamerstukken (kamerstukken II 1985–1986, 19 359, nrs. 1–10, handelingen II 1986–1987, blz. 2581 en blz. 4907–4910). Gelet op het bovenstaande, zien wij dan ook geen aanleiding in te gaan op het eerdergenoemde verzoek van deze leden.

Het Tweede Protocol bij het EVRM is met de inwerkingtreding van het Elfde Protocol op 1 november 1998 komen te vervallen. Met de inwerkingtreding van het Elfde Protocol is de tekst van artikel 1 van het Tweede Protocol in het herziene EVRM opgenomen. Artikel 47, eerste lid, van het EVRM biedt het Comité van Ministers van de Raad van Europa de mogelijkheid om aan het Europees Hof voor de Rechten van de Mens een advies te vragen over rechtsvragen betreffende de interpretatie van het Verdrag. Artikel 47, tweede lid, bepaalt echter dat deze adviezen zich niet mogen inlaten met vragen betreffende de inhoud en omvang van de in het EVRM opgenomen rechten en vrijheden, noch met andere vraagstukken die het Hof of het Comité van Ministers in behandeling zou dienen te nemen als gevolg van het instellen van een in het Verdrag voorziene procedure. Naar ons oordeel bestaat er dan ook geen mogelijkheid om het Hof om een advies te vragen over de verenigbaarheid van het onderhavige wetsvoorstel met Artikel 2 EVRM.

Een discussie over deze problematiek in internationale gremia, zoals de Raad van Europa zullen wij, indien daartoe aanleiding is, niet uit de weg gaan. Tot het entameren van een zodanige discussie in de Raad van Europa bestaat evenwel op dit moment geen aanleiding. Het is ons bekend dat deze problematiek in andere landen op een andere wijze wordt benaderd. Wij hebben niet de behoefte om de ons omringende landen over te halen het Nederlandse beleid in dezen te volgen of dit te onderschrijven. Naar aanleiding van eerdere vragen van de leden van de CDA-fractie in het verslag hebben wij 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.

In de nota naar aanleiding van het verslag hebben wij aangegeven dat er, naar ons bekend is, geen andere Europese landen zijn waar levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding niet strafbaar zijn. Ook op de situatie in Zwitserland, dat in dit opzicht mogelijk een uitzondering vormt, zijn wij in de nota naar aanleiding van het verslag reeds ingegaan. Het opstellen van een nader overzicht van de stand van wetgeving inzake levensbeëindigend handelen in de lidstaten van de Raad van Europa, waar door deze leden om werd verzocht, lijkt ons daarom niet zinvol.

De geschreven algemene strafuitsluitingsgronden zijn opgenomen in titel III van het Eerste boek van het Wetboek van Strafrecht, zo beantwoorden wij een vraag daarover van de leden van de CDA-fractie, en hebben betrekking op alle strafbare feiten. Ongeschreven strafuitsluitingsgronden zijn erkend in de rechtspraak. Voorbeelden daarvan zijn het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid (een rechtvaardigingsgrond) en afwezigheid van alle schuld (een zogenoemde schulduitsluitingsgrond). Algemene strafuitsluitingsgronden worden in de literatuur wel ingedeeld in rechtvaardigings- en schulduitsluitingsgronden, omdat zij geacht worden de wederrechtelijkheid of de verwijtbaarheid van de in de delictsomschrijving omschreven gedraging op te heffen. Op de algemene strafuitsluitingsgronden kan een ieder die terecht staat zich beroepen. Dit in tegenstelling tot bijzondere strafuitsluitingsgronden, waarop alleen degenen zich kunnen beroepen die voor een bepaald delict worden vervolgd, waarbij men zich op een bijzondere strafuitsluitingsgrond kan beroepen. Het gaat dan meestal om uitzonderingen voor een specifieke groep personen die een bepaalde hoedanigheid bezitten. In het voorliggende wetsvoorstel is sprake van het opnemen van een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor een bepaalde categorie burgers. Dit is geen precedent 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 bevalling 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.

De keuze voor opneming van een bijzondere strafuitsluitingsgrond in het voorliggende wetsvoorstel 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. Voor zover deze leden bedoelden op te merken dat aldus met dit wetsvoorstel artikel 40 Wetboek van Strafrecht voor de handelende arts wordt ingevuld, hebben zij gelijk. Dit laat de gelding van artikel 40 Sr. als open, algemene exceptie, onverlet. 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, blijft de mogelijkheid om een beroep te doen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht bestaan. 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.

Met betrekking tot de suggestie van deze leden dat de door de behandelend arts vooraf te consulteren collega een palliatief arts is, merken wij op dat in het consult aan de behandelende arts de mogelijkheden van palliatieve zorg zeker ter sprake zullen komen. De consulent dient bekend te zijn met de mogelijkheden op het terrein van palliatieve zorg. Het kabinet wijst er daarbij op dat bij de opleiding tot consulent in het kader van het SCEN

project, de nodige aandacht aan palliatieve zorg wordt besteed. Dat betekent evenwel niet dat de consulent zelf een palliatief deskundige zou moeten zijn. De consulent kan evenzeer de behandelend arts naar een palliatief deskundige of naar een palliatief team verwijzen, indien de situatie van de patiënt dat aanbevelenswaardig doet zijn. De consulent moet de behandelend arts bij ieder ziekteproces op adequate wijze, gericht op dat proces, van raad kunnen dienen.

De leden van de fractie van het CDA vroegen voorts of de arts in regionale toetsingscommissie een palliatief arts zou moeten zijn.

De medicus in de toetsingscommissie zal bij de beoordeling van een gemeld geval alle aspecten van het ziekteproces en van de behandeling moeten bezien. Een onderdeel hiervan is het bezien dat in het besluitvormingsproces genoegzaam aandacht is besteed aan palliatieve zorg, voor zover daartoe aanleiding bestond. De complexiteit van een ziekteproces vraagt bij de toetsing van de medicus echter meer dan alleen aandacht voor palliatieve zorg. Wij zijn van oordeel dat het voor een adequate toetsing en beoordeling niet aangewezen is dat de arts in de toetsingscommissie noodzakelijkerwijs een palliatief deskundige is.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts naar de voorgenomen regelgeving inhoudende een meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Voor de desbetreffende algemene maatregel van bestuur met bijbehorende ministeriële regeling geldt de zogeheten voorhangprocedure, zodat beide kamers der Staten-Generaal inderdaad in de gelegenheid zullen zijn hierover met het kabinet van gedachten te wisselen en zich uit te spreken, alvorens beide regelingen in werking zullen treden.

Ons voornemen om 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, is ingegeven door de volgende gedachtegang. In de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen met betrekking tot deze categorieën patiënten wordt, zo willen wij nogmaals beandrukken, geen wijziging gebracht, zodat een beslissing door het openbaar ministerie over al dan niet vervolgen in deze gevallen, te allen tijde aangewezen blijft. Gelet evenwel op de specifieke problematiek van beslissingen rond het levens-einde van zogeheten wilsonbekwame patiënten lijkt het ons goed om de vervolgingsbeslissing te laten voorafgaan door een afgewogen deskundigheidsoordeel en daartoe te voorzien in een aparte, op die groepen toegesneden procedure met een beoordeling door een centrale commissie, waarin de benodigde expertise betreffende de problematiek van de onderscheiden groepen patiënten, verzekerd is. Deze stap – de vervolgingsbeslissing laten voorafgaan door een deskundigheidsoordeel – is inmiddels gezet met betrekking tot meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, door de instelling in 1998 van de regionale toetsingscommissies. Het kabinet heeft in het Regeerakkoord voorts aangegeven de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in zoverre te beperken, dat een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult, niet strafbaar is. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, is op grond van het voorliggend wetsvoorstel, de zaak afgedaan, behoudens in het geval dat het openbaar ministerie een opsporingsonderzoek instelt naar aanleiding van een aangifte. Gelet op deze verschillende juridische status van de oordelen van de commissies in de onderscheiden meldingsprocedures, is gekozen voor een verschil in benaming – zij het subtiel en mét reden – van deze commissies.

De leden van de CDA-fractie verzochten ons voorts om verheldering van het begrip wilsbekwaamheid in verband met de schriftelijke wilsverklaring.

Voor de gerechtvaardigde inwilliging van het in de wilsverklaring neergelegde verzoek om levensbeëindiging van een inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt, zoals een diep comateuze of een diep demente patiënt, is de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid vereist. 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. *Feitelijk* kan, zo zullen deze leden toch begrijpen, een zodanige patiënt geen verzoek doen. De arts zal de vereiste overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, 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.

In dit verband wijzen wij nogmaals op het belang van een bespreking van de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts naar aanleiding van, en op het moment 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 in dit wetsvoorstel aan de wilsverklaring toekennen. Aldus kan er, indien gevolg wordt gegeven aan een in een wilsverklaring opgenomen verzoek om levensbeëindiging van een inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt, in *juridisch* opzicht wél sprake zijn van «levensbeëindiging op verzoek». De meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten zal betrekking hebben op levensbeëindiging zonder verzoek, dat wil zeggen bij wilsonbekwame patiënten die tevoren geen wilsverklaring hebben opgesteld.

Deze leden vroegen voorts opheldering over de zinsnede: «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 zin betrof de conclusie van een passage waarin wij uiteenzetten dat bij een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van een patiënt wiens wilsuiting gestoord kan zijn als gevolg van een psychische stoornis, eerst dient te worden vastgesteld of er sprake is van wilsbekwaamheid bij deze patiënt. De meest aangewezen om deze vraag te beantwoorden is de arts, eventueel na raadpleging van juist op dat terrein bij uitstek deskundige andere artsen. 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 wilsverklaring is die is afgelegd voordat sprake was van de psychische stoornis. Ontbreekt evenwel een schriftelijke wilsverklaring, dan geldt de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten.

De leden van de CDA-fractie stelden enige nadere vragen omtrent de verhouding tussen de arts en de familie of vertegenwoordiger van de

wilsonbekwame patiënt, die eerder, toen deze nog wilsbekwaam was, een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Voor de besluitvorming van de arts, die in beginsel bereid is gehoor te geven aan een schriftelijke wilsverklaring, is met name van belang de visie van de vertegenwoordiger van de patiënt, dwz de curator of mentor of diens persoonlijk gemachtigde dan wel een der familieleden die in artikel 7:465 lid 3 BW zijn genoemd. Het is immers zodanige persoon die geacht kan worden de belangen van de patiënt te behartigen. Het ligt onzes inziens dan ook voor de hand, dat, indien een arts overeenkomstig de schriftelijke wilsverklaring bereid is tot levensbeëindiging, hij de wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor) of als er geen wettelijke vertegenwoordiger is, de persoonlijke gemachtigde dan wel een der bedoelde familieleden, ter zake informeert, en dat zodanige persoon wordt betrokken. Daarbij is het zeker niet uitgesloten dat de vertegenwoordiger of een familielid, vanuit het belang van de patiënt, aan de arts voorstelt het oordeel van nog een andere arts in te roepen. Bedacht zij evenwel dat het niet zelden reeds om een teambeslissing zal zijn gegaan.

Een en ander laat onverlet, dat, indien de toestand die in de wilsverklaring is beschreven, is ingetreden, de arts de verklaring mag beschouwen als overeenstemmend met de wil van de patiënt in de actuele situatie. Is dit dus aan de orde, en is de wilsverklaring voldoende duidelijk, dan is de arts gerechtigd de wilsverklaring ook te volgen. De visie van een vertegenwoordiger of een familielid kan in zo'n situatie niet voor de wilsverklaring in de plaats treden. Van een verzet van een vertegenwoordiger of familielid tegen een voorgenomen levensbeëindiging dat desalniettemin zou moeten worden gerespecteerd, kan dus dan geen sprake zijn.

De leden van de CDA-fractie verzochten het wetsvoorstel zodanig aan te passen dat een verwijsplicht naar een andere arts niet geldt voor een arts die op grond van gewetensbezwaren weigert mee te werken aan de uitvoering van een verzoek tot euthanasie.

Het kabinet respecteert vanzelfsprekend de mening van een arts die op principiële gronden niet mee wil werken aan de uitvoering van euthanasie. Een arts heeft echter de plicht als goed hulpverlener om een patiënt niet in de steek te laten. Een arts, die tegen euthanasie is, dient dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de patiënt kenbaar te maken, wanneer de patiënt het onderwerp ter sprake brengt. Wanneer een patiënt niet in staat is zelf een arts te vinden, met wie hij wel over zijn verzoek kan praten en die niet op principiële gronden tegen euthanasie is, heeft de arts die niet mee wil werken ook op dat moment de plicht als hulpverlener de patiënt niet in de steek te laten in die zin dat hij wanneer de patiënt bij zijn verzoek persisteert, meewerkt een collega te vinden die niet tegen de toepassing van euthanasie is. Ook het hoofdbestuur van de KNMG heeft in zijn standpunt over euthanasie uit 1995 deze mening uitdrukkelijk verwoord.

Het kabinet is ziet, gelet op het bovenstaande, geen aanleiding het verzoek van deze leden te honoreren.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts aandacht voor de vraag of artsen die thans niet melden, dit als gevolg van de nieuwe regelgeving wel zullen doen. Hierboven hebben wij in antwoord op vragen met betrekking tot het voorgenomen evaluatieonderzoek, reeds aangegeven om welke redenen wij verwachten dat de meldingsbereidheid van artsen als gevolg van de totstandkoming van dit wetsvoorstel zal worden vergroot. Wij hebben er vertrouwen in dat artsen die thans, gegeven het feit dat sprake is van strafbaar handelen, in sommige gevallen aarzelen om levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding te melden, dit in de toekomst wel zullen doen. Er bestaat, ook binnen de beroepsgroep, grote overeenstemming dat dit handelen uiterst zorgvuldig dient plaats te vinden en dat daarover verantwoording moet worden afgelegd. Door de

KNMG wordt op opheffing van de strafbaarstelling voor artsen reeds jarenlang aangedrongen. Deze beroepsorganisatie heeft tegenover haar leden ook steeds benadrukt dat levensbeëindigend handelen gemeld moet worden. Wat de uitspraken van mevrouw mr. W. Sorgdrager betreft, waarnaar deze leden verwezen, merken wij op dat er wellicht te allen tijde artsen zullen zijn – geheel ten onrechte – die in bepaalde gevallen niet bereid zijn over hun levensbeëindigend handelen verantwoording af te leggen. Deze artsen zullen evenwel niet langer als steekhoudend argument voor niet-melden kunnen aanvoeren dat zij als gevolg van het strafbare karakter van dat handelen vrezen voor een strafvervolgning of, daaraan voorafgaand, voor een toetsing in laatste instantie door justitie. Wij zijn ervan overtuigd dat artsen die zich houden aan de zorgvuldigheidseisen en bij hun melding een adequaat verslag overleggen, de toetsing achteraf door de toetsingscommissies zoals die reeds enige tijd functioneren, vol vertrouwen tegemoet kunnen zien. In dat licht zal het binnen de beroepsgroep meer en meer als ongehoord en niet professioneel worden beschouwd indien een arts blijk geeft geen melding te doen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Gevolg van de voorgestelde regelgeving zal naar wij verwachten op een wat langere termijn dan ook zijn, dat artsen die niet willen melden, bijvoorbeeld omdat zij zich niet houden aan de zorgvuldigheidseisen, zich steeds meer buiten de beroepsgroep zullen plaatsen.

De leden van de CDA-fractie uitten onbegrip en de teleurstelling over onze opmerking dat wij het niet zinvol achten nader in te gaan op het door deze leden in het verslag aangehaalde initiatiefvoorstel van D66 van destijds. Bedoeld is hier, voor alle duidelijkheid, het initiatiefvoorstel van het lid van de Tweede Kamer mevrouw Wessel-Tuinstra (later: Kohnstamm). In reactie hierop merken wij op, dat ons ontgaat welke vragen deze fractie door ons beantwoord had willen zien met betrekking tot genoemd wetsvoorstel. Wij vatten de door deze leden in herinnering geroepen passage uit het verslag aldus op, dat zij ons verzochten aan te geven waarom wij van mening zijn dat de maatschappelijke discussie over de gehele problematiek rond levensbeëindigend handelen inmiddels zodanig tot rust is gekomen, dat deze factor niet (langer) aan de totstandkoming van dit wetsvoorstel in de weg staat. Naar aanleiding hiervan merken wij op, dat dit wetsvoorstel niet betrekking heeft op alle vormen van levensbeëindigend handelen of op de problematiek betreffende medische beslissingen rond het levenseinde in het algemeen, maar uitsluitend beoogt vast te leggen hetgeen in de rechtspraak reeds jaren geleden is erkend, namelijk dat de arts die op zorgvuldige wijze levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, straffeloos is. Op dit punt achten wij het maatschappelijk debat voldoende gevoerd, hetgeen overigens, zo erkennen wij, niet wil zeggen dat de gehele samenleving zich in de voorgestelde regeling kan vinden. Wij zijn van oordeel dat het voorliggende wetsvoorstel de rechtszekerheid van artsen en patiënten vergroot en daarom juist bij zal dragen aan maatschappelijke rust wat betreft de toelaatbaarheid van en de in acht te nemen zorgvuldigheid bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Dit is ook de strekking van onze opmerking, waaraan deze leden refereerden, dat dit wetsvoorstel is te zien als het juridisch sluitstuk van de regelgeving inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het antwoord op de vraag welke de reactie van het kabinet zal zijn op amendementen die vanuit de Tweede Kamer op het voorliggende wetsvoorstel mogelijkwijs worden ingediend, alsmede op verder strekkende initiatiefvoorstellen die in de toekomst zouden kunnen worden aanvaard, luidt dat wij zodanige voorstellen op hun eigen merites zullen beoordelen.

De leden van de fractie van het CDA konden zich niet vinden in de opvatting van het kabinet dat het op de weg van de beroepsgroep ligt om erop

te wijzen dat uitsluiting van een functie alleen op grond van het feit dat een arts principiële bezwaren tegen euthanasie heeft, onaanvaardbaar is. Het kabinet is het met deze leden eens dat er niet gediscrimineerd mag worden en dat de mening van een arts die principiële bezwaren heeft tegen euthanasie, gerespecteerd moet worden. Het kabinet acht het evenwel een zaak van de beroepsgroep zelf daar zo nodig nog eens op te wijzen. Ons wettelijk systeem is zodanig dat aan iemand die bijvoorbeeld van mening is dat hij een bepaalde functie niet kan krijgen omdat hij op grond van zijn opvattingen wordt gediscrimineerd, rechtsmiddelen ter beschikking staan. Tot het treffen van extra maatregelen zien wij geen aanleiding.

Deze leden verzochten voorts om verduidelijking met betrekking tot ons standpunt, dat een verpleegkundige die op grond van zijn of haar geweten niet mee wenst te werken aan euthanasie, dat tijdig kenbaar zal moeten maken.

Geen discussie bestaat over het uitgangspunt dat de uitvoering van euthanasie aan een arts is voorbehouden. Aan de uitvoering gaat in veel gevallen een lange weg vooraf, waarin men tot besluitvorming komt. Bij gesprekken in het kader van die besluitvorming, die zich nog wel eens in teamverband afspelen, zijn ook wel verpleegkundigen aanwezig. Bovendien kunnen verpleegkundigen betrokken zijn bij voorbereidingshandelingen. Indien zij op principiële gronden tegen euthanasie zijn, mag van hen worden verwacht dat zij dit tijdig kenbaar maken. Zodoende zullen zij, indien zij dat niet willen, ook niet bij de gesprekken over het verzoek van de patiënt en bij de verdere besluitvorming, zijn betrokken.

Ons voornemen om het openbaar ministerie niet te binden aan een wettelijke vervolgingstermijn voor zaken betreffende levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding houdt niet de mogelijkheid in voor het openbaar ministerie om zaken eindeloos te rekken, zoals de leden van de CDA-fractie het formuleerden. Voor het openbaar ministerie gelden, indien de commissie haar oordeel dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld 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.

De reden dat familieleden of anderen geen inzage kunnen hebben in de gegevens waarover de toetsingscommissies beschikken, is gelegen in de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van degenen op wie dit een inbreuk kan betekenen, zoals de patiënt en diens familie of naasten. De mogelijkheid tot inzage in deze gegevens is alleen aangewezen voor diegenen die belast zijn met de toetsing van het handelen van de arts. Net zoals dat het geval is voor de gegevens waarover de huidige toetsingscommissies beschikken, zal onder de nieuwe regelgeving worden voorzien in een privacyreglement overeenkomstig de geldende regelgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens. De meldings- en toetsingsprocedure waarin het wetsvoorstel voorziet is gericht op transparantie, beoogt maatschappelijke controle en kwaliteitsbevordering van het medisch handelen en voorkomt naar ons oordeel dat, zoals deze leden het uitdrukten, onoirbare zaken onder de mat worden geveegd. De Wet openbaarheid van bestuur (Wob) strekt ertoe de toegang voor burgers tot onder de overheid berustende informatie te waarborgen als element van de democratische rechtsstaat. Dit belang zal bij de vraag of informatiever-

strekking moet plaatsvinden op grond van de Wob, altijd worden afgewogen tegen het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen. Naar wij mogen aannemen zal het laatstgenoemde belang zich, gelet op de specifieke aard van de desbetreffende informatie, te allen tijde verzetten tegen openbaarmaking. Openbaarmaking betekent immers dat de informatie voor een ieder toegankelijk wordt; het is in het kader van de Wob niet mogelijk informatie selectief aan bepaalde personen te verstrekken.

Op de herhaalde vraag van de leden van de CDA-fractie, om het Wetboek van Strafrecht zodanig aan te passen dat de verspreiding van informatie over zelfdoding strafrechtelijk kan worden aangepakt, geven wij als antwoord daarvoor niet te voelen, omdat dergelijke informatie, al kan deze als onkies of eenzijdig worden aangemerkt, niet als zodanig maatschappelijk ongewenst kan worden beschouwd, dat de verspreiding daarvan een inbreuk op het grondrecht van informatieverspreiding door middel van een wettelijk verbod, rechtvaardigt. Wij herhalen nogmaals, dat uit de tekst van artikel 294 Sr., ook blijkt de jurisprudentie, volgt dat algemene informatie of een advies in algemene zin niet als strafbare behulpzaamheid bij zelfmoord worden beschouwd.

Met betrekking tot de activiteiten van de Stichting De Einder hebben wij in de nota naar aanleiding van het verslag aangegeven dat het openbaar ministerie alert is en blijft op door deze en andere organisaties ontplooide activiteiten, gelet op de nauwlettende grens tussen niet strafbare hulpverlening, zoals het voeren van gesprekken, het bieden van morele steun of het geven van algemene informatie over zelfdoding, en strafbare hulp bij zelfdoding, indien de informatie het karakter krijgt van een instructie of daadwerkelijke hulpverlening, zoals in de jurisprudentie uitgewerkt. Indien het vermoeden rijst dat sprake is van laatstbedoelde vorm van hulpverlening, heeft het openbaar ministerie de mogelijkheid en is er aanleiding om een opsporingsonderzoek, en desgeraden vervolging, in te stellen. Wij zien, gelet op het door ons hierboven reeds aangeduide belang van vrijheid van informatieverspreiding, geen aanleiding wijziging te brengen in de geldende strafrechtelijke norm op dit punt.

Wij zijn blij dat de leden van de fracties van de RPF en het GPV de uitvoerige beantwoording van de vele vragen uit het verslag onderkennen en waardeerden. Het spijt ons dat de nota naar aanleiding van het verslag voor deze leden teleurstellend was. Wellicht brengen de antwoorden op een aantal nadere vragen van deze fracties nog verheldering voor deze leden.

Allereerst willen wij ingaan op de intense verontrusting die door deze leden is uitgesproken met betrekking tot onze, volgens deze leden procedurele, opmerkingen betreffende de voorgenomen meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Wij hechten eraan te benadrukken, dat wij niet het voornemen hebben enige wijziging te brengen in de strafbaarstelling ter zake van levensbeëindiging zonder verzoek. Naar aanleiding van een melding, in voorkomend geval, van zodanig levensbeëindigend handelen, blijft een vervolgingsbeslissing door het openbaar ministerie aangewezen. Ons voornemen is evenwel om deze beslissing van het openbaar ministerie een zwaarwegend advies vooraf te doen gaan over de zorgvuldigheid waarmee de arts heeft gehandeld. Wij stellen voor deze advisering op te dragen aan een centrale beoordelingscommissie, waarin 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 zal zijn vertegenwoordigd. De voorgenomen meldingsprocedure zal patiënten betreffen die niet in staat zijn hun wil te uiten, zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die

niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd. Voorts gaat het om patiënten wier vermogen tot het uiten van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest als gevolg van een psychische stoornis of zich ontwikkelende dementie. Zoals wij in het kabinetsstandpunt inzake Late zwangerschapsafbreking (kamerstukken II, 1999–2000, 26 717 , nr. 1) hebben aangekondigd, zijn wij voornemens deze meldingsprocedure ook te betrekken op gevallen van late zwangerschapsafbreking bij aandoeningen in de zogenoemde tweede categorie. Naar ons bleek tijdens het Algemeen Overleg op 5 oktober jongstleden over het kabinetsstandpunt, kan ons voorstel rekenen op instemming van de meerderheid van de Tweede Kamer.

Met het oog op deze verschillende patiëntengroepen zal de medische inbreng in de centrale beoordelingscommissie kunnen wisselen en zal deze specifiek gericht zijn op de problematiek die bij desbetreffende patiënten aan de orde kan zijn, bijvoorbeeld neurologie, psychiatrie, geriatrie, gynaecologie, neonatologie en kindergeneeskunde.

Voorts veronderstelden deze leden dat bij ons geen bereidheid bestaat om suggesties tot aanpassingen van het wetsvoorstel in door deze leden gewenste richting, te honoreren. In antwoord hierop willen wij benadrukken dat bij ons geen sprake is van een categorische onwilligheid om suggesties tot aanpassingen over te nemen. Integendeel, wij hebben juist bij nota van wijziging gevolg gegeven aan enkele wensen en suggesties vanuit verschillende fracties tot aanpassing van het wetsvoorstel, omdat wij van mening waren dat deze bijdragen aan de helderheid van de regeling. Dat neemt niet weg dat wij in reactie op diverse suggesties, zoals door deze leden aangehaald, inderdaad als ons oordeel hebben gegeven dat deze onnodig zijn of geen verbetering brengen. Het wetsvoorstel zoals het thans voorligt behelst naar ons oordeel een goede en afgewogen regeling, waaraan te veel aanpassingen eerder zouden afdoen dan toevoegen. Wij wijzen deze leden erop dat wij onze conclusie dat een voorgestelde aanpassing niet nodig is of dat daartoe geen aanleiding bestaat, in voorkomend geval steeds hebben gemotiveerd.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV stelden ten onrechte dat wij geen zelfstandige rechtvaardiging van de indiening van dit wetsvoorstel zouden hebben gegeven. Wij herhalen hier nogmaals de gronden voor indiening van dit wetsvoorstel.

Het kabinet acht het van belang de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van Strafrecht aldus vast te leggen, dat een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult, niet strafbaar is. Dit voornemen, zoals opgenomen in het Regeerakkoord (kamerstukken II, 1997–1998, 26 024, nr. 10, blz. 47), hebben wij daadwerkelijk tot uitvoering gebracht door de indiening van dit wetsvoorstel, waarin wordt voorgesteld een bijzondere strafuitsluitingsgrond in het Wetboek van Strafrecht op te nemen voor de arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent en daarbij voldoet aan bepaalde zorgvuldigheidseisen. Teneinde te verzekeren dat dit handelen in alle gevallen aan toetsing achteraf is onderworpen, kan de arts zich slechts op deze bijzondere strafuitsluitingsgrond beroepen indien hij zijn handelen meldt bij de gemeentelijke lijkschouwer en daarbij een verslag voegt bevattende een gemotiveerde uiteenzetting betreffende de inachtneming van die zorgvuldigheidseisen. Voorts voorziet het wetsvoorstel in toetsing achteraf van gemelde levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door multidisciplinair samengestelde commissies.

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. Deze aanvaarding onder voorwaarden in de jurisprudentie van levensbeëindiging op verzoek en

hulp bij zelfdoding heeft geleid tot de invoering van een zogenoemde meldingsprocedure, welke per 1 juni 1994 wettelijk verankerd werd in de Wet op de lijkbezorging (Besluit van 17 december 1993, Stb. 688). Van deze meldingsprocedure maakt reeds jarenlang een vervolgingsbeleid deel uit, waarbij artsen niet vervolgd werden indien zij hun handelen meldden en vervolgens door het openbaar ministerie werd vastgesteld dat zij zich hadden gehouden aan de in de jurisprudentie ontwikkelde zorgvuldigheidscriteria.

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, werd destijds de verwachting uitgesproken, dat de toegevoegde waarde van toetsingscommissies en in samenhang daarmee de verwachte toeneming van het aantal meldingen beperkt zou blijven, zolang dit handelen van artsen strafbaar zou blijven. Deze organisatie is sindsdien ook blijven aandringen op aanpassing van de strafrechtelijke norm.

Het onderhavige wetsvoorstel vormt van dit beleid het sluitstuk in die zin, dat nu de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding wordt opgeheven voor de arts die handelt overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, welke wettelijk worden vastgelegd. Daarnaast biedt het een wettelijke basis voor de reeds bij ministeriële regeling van 27 mei 1998, nr. 698972/98/6 (de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie, Stcrt. 1998, 101) ingestelde regionale toetsingscommissies.

Wij zijn, samenvattend, van mening dat dit wetsvoorstel een juridisch deugdelijke regeling biedt voor een reeds lang in de rechtspraak als gerechtvaardigd aangemerkt handelen. Voorts zijn wij de overtuiging toegedaan dat het wetsvoorstel zal bijdragen aan vergroting van de meldingsbereidheid. Daarbij achten wij van belang dat zich in het debat dat reeds jarenlang wordt gevoerd zowel binnen de beroepsgroep, bij belangenverenigingen als in de samenleving als geheel, inmiddels een duidelijke meerderheid heeft afgetekend die voorstander is van een wettelijke regeling met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, zodat dit wetsvoorstel naar onze overtuiging een voldoende breed draagvlak in de samenleving heeft.

De leden van de fracties van de RPF en het GPV spraken over het zelfbeschikkingsrecht als «verzwegen dragend beginsel» van dit wetsvoorstel. Wij merken naar aanleiding daarvan het volgende op. Het maatschappelijke uitgangspunt, 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. In zoverre kan dit wetsvoorstel worden opgevat als een tegemoetkoming aan de gedachte van zelfbeschikking voor de patiënt. Dit uitgangspunt kan evenwel, waar het gaat om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, geenszins worden opgevat als een zelfbeschikkingsrecht, zoals deze leden stelden, 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 recht op levensbeëindiging nimmer sprake kunnen zijn. Wij hebben ons hierover steeds duidelijk uitgesproken. De suggestie als zou sprake zijn van een «verzwegen dragend beginsel», zoals door deze leden verondersteld, wijzen wij dan ook van de hand.

Dat laatste geldt ook voor de opmerking van deze leden, dat de motivering van dit wetsvoorstel tweeslachtig zou zijn. De met dit wetsvoorstel beoogde codificatie beoogt de rechtszekerheid van artsen én patiënten te vergroten. De rechtszekerheid van artsen wordt, zoals deze leden al aangaven, vergroot door het wettelijk vastleggen van de voorwaarden waarop een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van een patiënt kan worden ingewilligd.

De waarborgen voor de rechtszekerheid van patiënten, waarnaar deze leden informeerden, is 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 leden van de fracties van de RPF en het GPV gingen voorts in op de merites van het voorgenomen evaluatieonderzoek naar het functioneren van de meldingsprocedure, naar de ervaringen die zijn opgedaan met de regionale toetsingscommissies en naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere 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. Hierboven hebben wij uiteengezet waarom wij de totstandkoming van dit wetsvoorstel wenselijk achten en waarop onze overtuiging is gebaseerd dat het wetsvoorstel zal bijdragen aan vergroting van de meldingsbereidheid. Met verwijzing naar die uiteenzetting merken wij op dat het niet in de rede ligt om de verdere behandeling en inwerkingtreding van dit wetsvoorstel op te houden totdat dit evaluatie-onderzoek is afgerond. In tegenstelling tot deze leden achten wij het niet merkwaardig om tot de codificatie van jarenlange jurisprudentie over te gaan. Zoals wij hierboven hebben aangegeven in antwoord op vragen van de CDA-fractie, achten wij het voorgenomen onderzoek met name van belang uit een oogpunt van beleidsvorming op langere termijn op het terrein van medische beslissingen rond het levenseinde. Vanzelfsprekend kunnen de uitkomsten van het onderzoek aanleiding geven tot bijstelling van dat beleid en tot aanpassing op onderdelen van de regelgeving. Wij gaan evenwel ervan uit dat dergelijke aanpassingen vooral betrekking zullen kunnen hebben op de uitvoeringsregels betreffende het praktisch functioneren van de toetsingscommissies. Ten principale hebben wij vertrouwen in de waarde

van de ingestelde toetsingscommissies, mede gelet op de positieve eerste ervaringen met deze commissies.

Het onderzoek naar de rol van verpleegkundigen bij de besluitvorming over de uitvoering van euthanasie, zo beantwoorden wij een vraag daarover van de leden van de fracties van de RPF en het GPV, wordt uitgevoerd door het Instituut voor Gezondheidsethiek (IGE) te Maastricht. De hoofdvraagstelling voor dit onderzoek luidt: Wat is de feitelijke positie van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsenpraktijk bij medische beslissingen rond het levenseinde, welke opvattingen leven dienaangaande onder verpleegkundigen, welke knelpunten worden geconstateerd met betrekking tot de formele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en hoe verhouden zich deze positie, opvattingen en formele verantwoordelijkheid tot die van andere beroepsgroepen (met name artsen)?

Deze hoofdvraagstelling wordt in diverse subvraagstellingen nader uitgewerkt.

De beroepsgroep van verpleegkundigen is bij de opstelling en uitwerking van de onderzoeksvragen betrokken geweest.

Wanneer het onderzoek zal zijn afgerond, zal het kabinet aan de hand van de conclusies en aanbevelingen zich nader beraden of er ten aanzien van de rol van verpleegkundigen bij de besluitvorming over medische beslissingen rond het levenseinde nadere maatregelen genomen moeten worden. Het kabinet kan daar niet op vooruit lopen. Tot die tijd bestaat er geen aanleiding wijziging te brengen in de positie van de verpleegkundigen.

Wij verwerpen de stelling van deze leden dat de voorgestelde wettelijke regeling ertoe zou leiden dat verpleegkundigen gewetensbezwaren zouden moeten aanvoeren tegen het plegen van een misdrijf. Zoals wij hierboven al hebben benadrukt, is de uitvoering van euthanasie aan een arts voorbehouden. Verpleegkundigen voeren geen euthanasiehandeling uit. Bij de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding overeenkomstig dit wetsvoorstel is voorts in het geheel geen sprake van het plegen van een misdrijf.

In het traject van de besluitvorming omtrent het verzoek van de patiënt wordt echter soms ook in teamvorm overlegd. Daar kunnen verpleegkundigen bij aanwezig zijn. Zij kunnen ook bij voorbereidingshandelingen worden betrokken. Betrokkenheid bij de besluitvorming met betrekking tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding alsmede bij voorbereidingshandelingen kan achterwege blijven, indien verpleegkundigen tijdig kenbaar maken dat zij op principiële gronden tegen euthanasie zijn.

In dit verband vroegen deze leden of tegen het opnemen in het wetsvoorstel van een verbod voor artsen om de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek aan anderen over te laten, overwegende bezwaren bestaan. Wij menen van wel, aangezien volstreekte helderheid bestaat over de norm dat de arts levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zelf dient uit te voeren. Dit uitgangspunt maakt onderdeel uit van de medisch-professionele standaard. 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) is vastgelegd dat de arts levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zelf dient uit te voeren. 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). Aldus maakt uitvoering van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door de arts zelf deel uit van het in het wetsvoorstel opgenomen zorgvuldigheidsvereiste van medisch zorgvuldige uitvoering.

Ook de leden van de SGP-fractie uitten hun teleurstelling over de beantwoording in de nota naar aanleiding van hun vragen uit het verslag en vonden deze kwalitatief ontoereikend. Wij volstaan hier met de opmerking dat wij er begrip voor hebben dat de bedoelde beantwoording deze leden niet tot een andere overtuiging heeft gebracht. In tegenstelling tot deze leden menen wij in de nota naar aanleiding van het verslag, in het licht van de toezegging van de Minister-President tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen 1999, wél zorgvuldig aandacht te hebben besteed aan de door deze en andere leden naar voren gebrachte bezwaren tegen dit wetsvoorstel.

Een zelfstandige rechtvaardiging voor dit wetsvoorstel menen wij te hebben gegeven in antwoord op een vraag van gelijke strekking van de leden van de fracties van de RPF en het GPV. Wij mogen de leden van de SGP-fractie hiernaar verwijzen.

De leden van de fractie van de SGP waren van mening dat in de memorie van toelichting geen aandacht is besteed aan de mogelijke morele effecten van de totstandbrenging van een wettelijke regeling die opzettelijke levensbeëindiging onder omstandigheden straffeloos maakt. Het kabinet heeft bij het concipiëren van de wettelijke regelingen voor het onder speciale omstandigheden en voorwaarden kunnen uitvoeren van euthanasie, de ontwikkeling in de samenleving voor ogen gehad en de vragen die in de samenleving leven. De vraag om toepassing van euthanasie is een individuele vraag, die een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt aan zijn arts kan stellen. Onder speciale voorwaarden van grote zorgvuldigheid kan een arts aan dat verzoek gehoor geven. Voor een wettelijke regeling die deze mogelijkheid inhoudt, bestaat naar ons oordeel in de samenleving inmiddels een voldoende breed draagvlak. Zoals bij alle kwesties die aan de orde zijn bij besluitvorming rond leven en dood, zal niet iedereen het met de voorgestelde regeling eens kunnen en behoeven te zijn. De mening van diegenen die het niet eens zijn met deze regeling en niet kunnen meewerken, is evenzeer te respecteren als de mening van hen die vragen om een dergelijke regeling en wel aan de uitvoering willen meewerken. Hoewel het kabinet zich de bezorgdheid van de leden van de SGP-fractie kan indenken, is het niettemin van mening dat het morele effect van de geldende en voorgestelde regelingen positief beoordeeld moet worden.

Het is een ieder duidelijk is dat euthanasie geen alledaags onderwerp betreft, maar dat het gaat om een heel moeilijke kwestie waar een zeer zorgvuldige afweging is aangewezen. Uitvoering kan alleen plaatsvinden met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en het handelen zal altijd getoetst moeten worden. Het kabinet acht juist door de opzet en invulling van de regeling het morele effect als antwoord op de vraag uit de maatschappij een positief gegeven. Het is van groot belang dat een patiënt het vertrouwen kan hebben dat hij rustig zal kunnen sterven, zonder tot het uiterste te moeten lijden. Het kabinet is van mening dat de beschermwaardigheid van het leven ook tot uiting komt in het niet onnodig laten lijden van mensen die ondraaglijk lijden en voor wie geen hoop op herstel meer bestaat. Het kabinet ziet hier geen verzwakking in van het besef van beschermwaardigheid, doch geeft juist aan begrip te hebben voor het uitzichtloos lijden en de mens voor het onnodig langer lijden te willen beschermen. hierin is, naar ons oordeel, de intrinsieke waarde gelegen van deze, op democratische wijze tot stand te brengen regeling. Het is vanzelfsprekend aan een ieder persoonlijk voorbehouden om zelf een wens kenbaar te maken over het levenseinde zonder dat daar verantwoording over behoeft te worden afgelegd.

Zeker is de inbreng van verplegenden en verzorgenden van essentieel belang, omdat zij inderdaad, zoals deze leden stelden, dicht rond de patiënt staan en bijdragen aan de verlichting van diens lijden. Wij achten

de verpleegkundige inbreng bij de besluitvorming over een concreet verzoek van een patiënt om euthanasie, van groot belang en hechten eraan dat de arts over een voorgenomen beslissing op een dergelijk verzoek de betrokken verplegenden of verzorgenden zoveel mogelijk raadpleegt. In het modelverslag voor de arts, zoals dat wordt gebruikt in de huidige meldingsprocedure, staat daartoe dan ook de vraag opgenomen, of er over de levensbeëindiging overleg is geweest met verplegend of verzorgend personeel; zo ja, met wie en wat hun opvattingen waren; zo nee, waarom niet? (vragen 12a t/m c). Een dergelijke vraag zullen wij opnieuw opnemen in het ter uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel voor te schrijven modelverslag voor de arts. Aldus, zo menen wij, wordt recht gedaan aan de zienswijze van de verpleegkundige met betrekking tot het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding van de patiënt en de situatie waarin deze verkeert. Dit laat overigens, zo benadrukken wij, de primaire verantwoordelijkheid van de arts onverlet. Overleg met verplegenden en verzorgenden is evenwel niet aan te merken als een zorgvuldigheidsvereiste waaraan moet zijn voldaan voor een gerechtvaardigde toepassing van levensbeëindiging op verzoek of verlening van hulp bij zelfdoding. Voor het verplicht stellen van zodanig overleg, zoals door deze leden voorgesteld, voelen wij dan ook niet.

De leden van de SGP-fractie verzochten om een reactie op hun bezwaar dat de toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding achteraf plaatsvindt.

Wij erkennen dat het bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gaat om een onherroepelijke en verstrekkende beslissing, die om uiterste zorgvuldigheid vraagt, zowel vooraf als achteraf.

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.

Het belang dat wij hechten aan de consultatie van een tweede, onafhankelijke 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. 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. Beoordeling vooraf van het voornemen tot levensbeëindigend handelen zou neerkomen op het verlenen van 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.

Naar aanleiding van de opmerking van de leden van de SGP-fractie, dat het voor een gewetensbezwaarde arts evenzeer belastend zal zijn indien hij een aan zijn zorg toevertrouwde patiënt aan een collega moet overdragen, merken wij het volgende op.

Zoals wij hierboven, in antwoord op een vergelijkbare vraag van de leden van de fractie van het CDA hebben aangegeven, moet de mening van de arts die op principiële gronden tegen euthanasie is, vanzelfsprekend worden gerespecteerd, maar hij mag tegelijkertijd op grond van zijn plicht als goed hulpverlener een patiënt niet in de steek laten. Dat laatste kan impliceren dat wanneer een patiënt niet zelf in staat is een andere arts te vinden die niet afwijzend tegenover euthanasie staat, de arts de patiënt in de gelegenheid moet stellen een andere arts te benaderen. Inherent aan het beroep van arts is het gegeven, dat een patiënt tot hem een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan richten, of althans zijn mening vraagt over euthanasie. Verschil is er wat betreft artsen die voor of tegen euthanasie zijn wél waar het gaat om het met een patiënt spreken over diens wens of verzoek enerzijds en het zelf daadwerkelijk ook willen meewerken bij de uitvoering van euthanasie anderzijds. Geen verschil kan er zijn in de mogelijkheid om met een zodanige vraag benaderd te kunnen worden. Zoiets laat zich niet bij wet regelen. Men kan slechts weten of een arts principiële bezwaren tegen euthanasie heeft, wanneer men hierover met een arts heeft gesproken. 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. Een wettelijke regeling van gelijke strekking als het door deze leden aangehaalde artikel 20 van de Wet afbreking zwangerschap, zou aan het bovenstaande niet afdoen.

De leden van de SGP-fractie stelden nog enkele vragen over de positie van verpleegkundigen, die op grond van gewetensbezwaren niet mee willen werken bij de uitvoering van euthanasie, en die ook niet in dat kader handelingen willen verrichten die zij formeel wel mogen verrichten. In de Wet beroepen individuele gezondheidszorg is geregeld waar de grens ligt tussen het handelen van artsen en dat van verpleegkundigen. Ook is duidelijk welke handelingen mogen worden gedelegeerd en welke niet. Voorbereidende handelingen mogen wel door verpleegkundigen worden gedaan, uitvoeringshandelingen niet. Het kabinet is van mening dat de positie van verpleegkundigen duidelijk genoeg is geregeld en geen nadere wettelijke regeling behoeft. Hoewel het kabinet oog heeft voor de gang van zaken zoals die soms in de praktijk kan voorkomen, blijft het van mening dat het enerzijds de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige zelf is om aan te geven dat hij of zij niet mee wil werken op grond van principiële bezwaren, en dat het anderzijds ook een taak van het management van een instelling is om zodanige maatregelen te treffen, dat verpleegkundigen de ruimte en mogelijkheden hebben zich te distantiëren van medewerking bij handelingen gericht op levensbeëindiging. Deze leden gaven onder meer de werkdruk aan die het erg moeilijk kan maken dat aan de houding van deze verpleegkundigen voldoende aandacht

wordt besteed. Het kabinet is van mening dat de geldende wettelijke regelingen genoeg bescherming voor verpleegkundigen bieden waar zij een beroep op kunnen doen, ook in de door deze leden genoemde situaties van extra belasting van het personeel. Tenslotte gaat het niet aan om verpleegkundigen af te wijzen uitsluitend op grond van het feit dat zij principiële bezwaren zouden hebben tegen euthanasie. In dit verband verwijzen wij naar ons hierboven gegeven antwoord op een vraag van de CDA-fractie over de bejegening van gewetensbezwaarde artsen naar aanleiding van een sollicitatie.

Deze leden verwezen naar een artikel van J. Vesseur in Medisch Contact van 14 april 2000. Het is inderdaad in beginsel niet wenselijk dat de euthanaserend arts, de gemeentelijke lijkschouwer en de consulent die bij een melding zijn betrokken, uit eenzelfde huisartsen- of waarneemgroep afkomstig zijn. In kleinere gemeenten, waarin slechts enkele artsen met elkaar alle diensten verzorgen, zal evenwel eerder sprake zijn van wederzijdse afhankelijkheid dan in grote steden, waarbinnen grotere waarneemgroepen kunnen functioneren, waarvan de leden elkaar lang niet altijd goed kennen. In laatstbedoelde gevallen behoeft consultatie van een collega uit de waarneemgroep niet bezwaarlijk te zijn. Voorts zijn er geografisch grotere gebieden waarbinnen waarneemgroepen functioneren bestaande uit artsen vanuit diverse kleinere, verspreide gemeenten. In deze situaties kan de beschikbaarheid van een consulent problematisch zijn, indien niet een beroep gedaan zou kunnen worden op een collega uit de waarneemgroep. Wij willen het consulteren van een lid van de waarneemgroep dan ook niet uitsluiten. Hetzelfde kan worden opgemerkt met betrekking tot de lijkschouwer.

Waar het om gaat is, dat de geconsulteerde arts in de gegeven situatie in staat moet zijn om een deskundig en onafhankelijk oordeel te geven over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt, inclusief de vraag of er nog alternatieven zijn om dat lijden te verlichten, alsmede over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding.

Voorts wijzen wij nog op onze voornemens zoals aangegeven in het rapport «Forensische geneeskunde, een nieuwe praktijk», 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). Daarin komt ook de positie van de huisarts-gemeentelijke lijkschouwer aan de orde. Door de ontwikkeling van een landelijk netwerk van GGD'en is de functie van gemeentelijke lijkschouwer steeds meer geconcentreerd bij GGD'en. Dit is zeker het geval bij grote GGD'en in grote bevolkingscentra. In meer landelijke gebieden is het nog niet mogelijk om de taken van gemeentelijke lijkschouwer overal te laten vervullen door artsen die aan een GGD zijn verbonden. Daar wordt de taak nog uitgeoefend door huisartsen, zoals dat vanouds gebruikelijk was. In sommige situaties werken huisartsen in deze functie onder de supervisie van een GGD.

Het feit dat de huisarts-gemeentelijke lijkschouwer de meldende huisarts kent, kan van invloed zijn op zijn oordeelsvorming, zonder dat dit overigens de vereiste objectiviteit behoeft aan te tasten. Huisartsen geven dit zelf ook aan. Men kent veelal de zorgvuldigheid waarmee de collega te werk gaat. Dit is ook gebleken uit het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure euthanasie in 1996. Het kan echter voorkomen dat een huisarts-gemeentelijke lijkschouwer een oordeel geeft waarbij hij het moeilijk vindt om kritiek op zijn collega uit te oefenen. Teneinde alle mogelijke vragen en twijfels met betrekking tot het geven een objectief oordeel uit te bannen en ook om de expertise van een gemeentelijke lijkschouwer te incorporeren in het takenpakket van een forensisch geneeskundige (welke taken veel meer omvatten dan alleen de lijkschouw bij euthanasie), is het streven er op gericht om de functie huisarts-gemeen-

telijke lijkschouwer af te bouwen. Dat zal echter niet in alle gevallen in niet-stedelijke gebieden mogelijk zijn. In gevallen waar dat niet mogelijk is, moet een huisarts dan wel bij de uitoefening van de functie van gemeentelijke lijkschouwer werken onder supervisie van een GGD en over de vereiste expertise van forensisch geneeskundige beschikken. Tenslotte wijzen wij erop dat, zoals ook uit het aangehaalde artikel blijkt, de regionale toetsingscommissies in voorkomend geval zowel de individuele arts als de inspectie wijzen op en aandacht vragen voor deze ongewenst geachte situatie. Zodanige terugkoppeling zal leiden tot verbetering van werkprocessen met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

De leden van de SGP-fractie stelden enkele vragen over het SCEN-project. In artikel 2, eerste lid, onderdeel e. van het wetsvoorstel is bepaald dat de arts tenminste één andere, onafhankelijke arts moet hebben geraadpleegd, die de patiënt ook gezien moet hebben. Het is geen verplichting dat dit een SCEN-arts moet zijn. Er worden ook thans in regio's waar SCEA- of SCEN-artsen zijn gevestigd, artsen als consulent gevraagd die niet hebben deelgenomen aan het SCEN-project. Wanneer de regionale toetsingscommissies bepaalde vragen hebben naar aanleiding van het verslag van de consulent, dan zullen zij de betreffende consulent hun vragen voorleggen en znodig met hem overleggen. De inhoud van het consult wordt derhalve mede bij de toetsing betrokken. Dit systeem functioneert nu reeds vanaf het begin van het SCEN-project en zal ook blijven functioneren wanneer in alle regio's van de districtshuisartsenverenigingen (DHV's) SCEN-artsen zijn opgeleid. Het is te verwachten dat naarmate er meer opgeleide SCEN-artsen komen, deze ook vaker benaderd zullen worden voor consultatie. Niet iedere behandelend arts zal echter altijd op een SCEN-arts als consulent een beroep doen. Aangezien ook in de toekomst van beide mogelijkheden gebruik gemaakt zal worden en de inhoud van het consult, ongeacht door welke arts dit is gedaan, ook bij de toetsing wordt betrokken, achten wij het niet aangewezen om de invoering van de wet te laten wachten tot het netwerk van SCEN-artsen is voltooid.

Bij het toetsing door de regionale toetsingscommissies wordt ook aandacht besteed aan de mogelijkheden van palliatieve zorg die in ieder individueel geval nog voorhanden waren. Hierbij wordt ook het verslag van de consulent betrokken. Zowel de consulent die niet aan het SCEN-project heeft deelgenomen als degene die wel heeft deelgenomen zal met de arts de mogelijkheden van palliatieve zorg bespreken. In het SCEN-project is voorzien dat per district het COPZ (Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg) in die regio de kennis over palliatieve zorg verzorgt. De COPZ'en hebben veelal een goed palliatief team, waar iedere arts, zoals behandelend arts of consulent, voor wie dat noodzakelijk is en die daar behoefte aan heeft, een beroep op kan doen. In overleg tussen KNMG en alle COPZ'en gezamenlijk is afgesproken de richtlijnen van het Integraal Kanker Centrum Midden Nederland te gebruiken als materiaal bij de SCEN opleiding.

De leden van de SGP-fractie vroegen het kabinet te beargumenteren in hoeverre het een verwijsplicht naar een palliatieve zorginstelling wenselijk en noodzakelijk acht.

Het kabinet acht het aangewezen dat in het behandelproces en in het overleg met de patiënt de nodige aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden om de patiënt palliatief te behandelen en te verzorgen. Deze aandacht moet door de behandelend arts worden gegeven en ook de consulent moet de mogelijkheden van palliatieve zorg bij het consult ter sprake brengen. Het is evenwel de eigen keus van de patiënt om hetzij verder in te gaan op de mogelijkheden die er palliatief nog voorhanden zijn hetzij om te persisteren bij het verzoek tot euthanasie en geen nadere

palliatieve zorg te wensen. Een patiënt kan niet worden verplicht palliatieve zorg te ondergaan en gebruik te maken van zorginstanties op palliatief gebied. Tot het voorzien in een verwijsplicht als door deze leden voorgesteld, zien wij dan ook geen aanleiding.

Voor de gerechtvaardigde inwilliging van het in een wilsverklaring neergelegde verzoek om levensbeëindiging van een inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt, is de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid vereist. 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. Zoals wij in de nota naar aanleiding van het verslag al hebben aangegeven, vormt dementie, 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. Dementie is een mogelijke oorzaak van wilsonbekwaamheid, maar dement zijn houdt op zichzelf niet uitzichtloos en ondraaglijk lijden in. 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, bijvoorbeeld hevige benauwdheid als gevolg van herhaalde, therapieresistente verslikpneumonieën, of hevige pijn als gevolg van ernstige decubitus. 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. Overigens gaan wij op de status en de reikwijdte van de wilsverklaring, waarnaar deze leden vroegen, hieronder nog nader in, naar aanleiding van vragen van de GroenLinks-fractie.

Ook deze leden stonden stil bij het voorgenomen evaluatieonderzoek naar het functioneren van de meldingsprocedure, naar de ervaringen die zijn opgedaan met de regionale toetsingscommissies en naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde.

Wij verwijzen hier naar ons eerder in deze nota gegeven antwoord op vragen van de leden van de fracties van de RPF en het GPV, waarin wij uiteen hebben gezet waarom wij de totstandkoming van dit wetsvoorstel thans wenselijk achten en waarom wij het niet nodig vinden hiertoe eerst de resultaten van dit evaluatie-onderzoek af te wachten.

De leden van de fractie van de SGP gaven te kennen het uit een oogpunt van continuïteit en vergelijkbaarheid wenselijk te vinden wanneer een grootschalig onderzoek weer zou worden uitgevoerd door de onderzoekers Van der Maas en Van der Wal.

Het kabinet heeft in de nota naar aanleiding van het verslag aangegeven er naar te streven dat een zodanig onderzoek begin 2001 van start kan gaan. Over de opzet en uitvoering van een zodanig onderzoek is momenteel overleg gaande. In dit kader heeft inmiddels tussen de beide betrokken departementen en de genoemde onderzoekers een oriënterend gesprek plaats gevonden.

Met de leden van de fractie van GroenLinks zijn wij van mening dat aan het overleg met familie en naasten en met de verplegenden of verzorgenden veel waarde moet worden gehecht, omdat deze de patiënt goed kennen en veel in zijn nabijheid zijn. Voor de arts kan dit overleg een bevestiging geven van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt. Voorts ligt het uit professioneel oogpunt in de

rede dat de arts, indien de patiënt hiermee instemt, diens naasten informeert over de stappen die hij onderneemt in zijn besluitvorming en hen overigens, voor zover dat evenzeer in de rede ligt, bij de gang van zaken betreft. Overleg met familie en naasten of met verplegenden en verzorgenden is evenwel niet aan te merken als een zorgvuldigheidsvereiste waaraan moet zijn voldaan voor een gerechtvaardigde toepassing van levensbeëindiging op verzoek of verlening van hulp bij zelfdoding. In het modelverslag voor de arts zoals gebruikt in de huidige meldingsprocedure staat de vraag opgenomen, of er over de levensbeëindiging overleg is geweest met verplegend of verzorgend personeel; zo ja, met wie en wat hun opvattingen waren; zo nee, waarom niet? (vragen 12a t/m c). Dezelfde vragen worden gesteld met betrekking tot naasten (vragen 13a t/m c). Dergelijke vragen zullen wij opnieuw opnemen in het ter uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel voor te schrijven modelverslag voor de arts.

De leden van de fractie van GroenLinks merkten terecht op dat bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden de nadruk ligt op de beleving van de patiënt. In het vereiste van uitzichtloos en ondraaglijk lijden hangen de begrippen «uitzichtloos» en «ondraaglijk» nauw met elkaar samen en kunnen dan ook niet goed los van elkaar worden beoordeeld. De ondraaglijkheid van het lijden zal in veel gevallen juist mede zijn ingegeven door de objectieve vaststelling dat naar medisch vakkundig oordeel de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Zo menen wij in het door deze leden gegeven voorbeeld dat inderdaad sprake kan zijn van ondraaglijk lijden als gevolg van de wetenschap op korte termijn te zullen overlijden aan een fatale ziekte waarvoor elk behandelingsperspectief ontbreekt. De arts kan in dat geval tot de conclusie komen dat aan het betreffende zorgvuldigheidsvereiste is voldaan doordat hij in gesprekken met de patiënt diens beweegredenen om zijn verzoek te doen, nagaat. In dit verband zijn ook van belang de zorgvuldigheidsvereisten onder c. en d. Het is aan de arts om met de patiënt – ook indien sprake is van een infauste prognose – voor te lichten over diens vooruitzichten en met hem na te gaan of er voor de patiënt nog alternatieven zijn. 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. Maar het vooruitzicht van verdergaande ontluistering en de angst om niet op een waardige wijze te kunnen sterven, zijn wezenlijke elementen, die door iedere patiënt anders worden beleefd en die ondraaglijk lijden tot gevolg kunnen hebben.

De leden van de fractie van GroenLinks gingen nog in op de taak van de gemeentelijke lijkschouwer. Deze houdt in een zodanige beoordeling van de situatie te geven 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. Deze toetsing is, zo beamen wij de opmerking van deze leden, een marginale. De lijkschouwer beoordeelt niet 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. Zijn aanwezigheid ter plaatse en het uitvoeren van een uitwendige schouw kunnen leiden tot de constatering dat de toestand van de overleden patiënt 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 spreekt onder meer 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.

Voor het antwoord op de vraag van de GroenLinks-fractie met betrekking tot de situatie dat de euthanaserend arts, de gemeentelijke lijkschouwer en de consulent die bij een melding zijn betrokken, uit eenzelfde praktijk of waarneemgroep afkomstig zijn, verwijzen wij naar de uiteenzetting die wij hierboven hebben gegeven in antwoord op een vraag van gelijke strekking van de leden van de SGP-fractie.

De bevestiging van het verzoek van de patiënt tegenover de consulent, zo beantwoorden wij een vraag daarover van de GroenLinks-fractie, vindt plaats bij gelegenheid van het bezoek dat de consulent brengt aan de patiënt. De consulent geeft tegenover de behandelend arts zijn eigen oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen a tot en met d is voldaan en gaat dit na in een gesprek met de behandelend arts, door bestudering van het medisch dossier én in gesprek met de patiënt. Is er een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt, dan is voor de inwilliging van het daarin vervatte verzoek om levensbeëindiging de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen in het eerste lid vereist. 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 dat aan de zorgvuldigheidsvereisten is voldaan, 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. De rechtskracht die wij in dit wetsvoorstel aan de wilsverklaring willen toekennen houdt in, dat deze kan 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. Naar aanleiding van vragen van gelijke strekking van de CDA-fractie hebben wij hierboven voorts gewezen op het belang van bespreking van de schriftelijke wilsverklaring met de behandelend arts ter gelegenheid van de opstelling ervan.

De overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen genoemd in het eerste lid kan er ook toe leiden dat de arts niet toekomt aan inwilliging van het verzoek in de op zichzelf geldig te achten wilsverklaring. De alsdan ontstane situatie – de patiënt is inmiddels in coma geraakt – 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 GroenLinks-fractie vroegen voorts naar de verhouding tussen de consulterende arts en de SCEN-artsen.

In alle gevallen dient de consulent zijn onafhankelijk oordeel te geven over de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in de onderdelen a tot en met d. Net als iedere consulent moet ook de SCEN-consulent ten opzichte van de consultvragende arts en ten opzichte van de patiënt een onafhankelijke positie innemen, en bijvoorbeeld niet lid zijn van dezelfde maatschap of medebehandelaar zijn. Er is geen verplichting is om een arts te consulteren die aan het SCEN-project heeft deelgenomen. Wanneer de regionale toetsingscommissie een individueel geval ter toetsing krijgt voorgelegd

zal zij het verslag van de consultant op zijn inhoudelijke merites beoordelen en zondig nadere inlichtingen vragen.

Zoals wij hierboven hebben aangegeven, moet de mening van de arts die op principiële gronden tegen euthanasie is, vanzelfsprekend worden gerespecteerd, maar hij mag tegelijkertijd op grond van zijn plicht als goed hulpverlener een patiënt niet in de steek laten. Dat laatste kan impliceren dat wanneer een patiënt niet zelf in staat een andere arts te vinden die niet afwijzend tegenover euthanasie staat, de arts de patiënt in de gelegenheid moet stellen een andere arts te benaderen. Verder verwijzen wij deze leden naar de hierboven gegeven uiteenzetting in antwoord op vergelijkbare vragen van de leden van de fracties van het CDA en de SGP.

De leden van de fractie van GroenLinks stelden in een aantal vragen de positie aan de orde van de verpleegkundige, die wordt betrokken bij de uitvoering van euthanasie.

Op grond van de geldende wettelijke bepalingen mag een arts de uitvoering van euthanasie niet aan anderen overlaten. Het voorliggende wetsvoorstel brengt hierin geen verandering. Een verpleegkundige moet formeel weigeren om mee te werken aan uitvoeringshandelingen. Het management van een instelling heeft de taak voorwaarden daarvoor te scheppen en er op toe te zien dat een verpleegkundige geen uitvoeringshandelingen verricht bij de toepassing van euthanasie. De druk op personeel in de praktijk mag geen reden zijn om van de wettelijke regels af te wijken. De verantwoordelijkheid voor de toepassing van euthanasie ligt bij de arts: deze moet voldoen aan de zorgvuldigheidseisen en er wordt getoetst of hij deze voorwaarden in acht heeft genomen. De verpleegkundige is hiervoor niet aansprakelijk.

Bij gesprekken in het kader van de besluitvorming die aan de uitvoering vooraf gaat, zijn dikwijls wél verpleegkundigen aanwezig en betrokken. Bovendien kunnen verpleegkundigen betrokken zijn bij voorbereidingshandelingen. Indien zij op principiële gronden tegen euthanasie zijn, mag van hen worden verwacht dat zij dit tijdig kenbaar maken. Zodoende zullen zij, indien zij dat niet willen, ook niet bij de gesprekken over het verzoek van de patiënt en bij de verdere besluitvorming, zijn betrokken. In de Wet beroepen individuele gezondheidszorg is geregeld waar de grens ligt tussen het handelen van artsen en dat van verpleegkundigen. Ook is duidelijk welke handelingen mogen worden gedelegeerd en welke niet. Voorbereidende handelingen mogen wel door verpleegkundigen worden gedaan, uitvoeringshandelingen niet. Het kabinet is van mening dat de positie van verpleegkundigen duidelijk genoeg is geregeld en geen nadere wettelijke regeling behoeft.

In antwoord op de door de leden van de GroenLinks-fractie gemaakte opmerkingen over de sanctionering van de verschillende zorgvuldigheidseisen merken wij het volgende op.

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. Vervolgens komt de afweging aan de orde welke reactie, een tuchtrechtelijke of een strafrechtelijke, op de door de commissie vastgestelde omissie van de arts in de rede ligt. Bij deze afweging speelt uiteraard een rol het gewicht dat aan de niet-inachtneming van de zorgvuldigheidseisen moet worden toegekend. Van deze zorgvuldigheidseisen kan worden gesteld dat de eerste twee, 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 het niet-inachtnemen van eerstgenoemde eisen ernstiger moet worden opgevat dan het niet-inachtnemen 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. Gelet hierop menen wij dat een scherpe onderscheiding in het régime waaronder niet-inachtneming van de onderscheiden zorgvuldigheidseisen is gesanctioneerd, niet de voorkeur verdient. Wij zijn van oordeel dat de meest afgewogen reactie op onzorgvuldig handelen in voorkomend geval tot stand komt doordat het College van procureurs-generaal van het openbaar ministerie en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts.

De meldplicht is uitdrukkelijk in de omschrijving van de bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen om expliciet tot uitdrukking te brengen dat alleen die arts straffeloos is, die op zorgvuldige wijze levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent én zijn handelen meldt opdat hij verantwoording hierover aflegt. Hiermee wordt het belang van meldingsbereidheid en van het geven van openheid van zaken, tot uitdrukking gebracht.

Opneming van de meldplicht in de bijzondere strafuitsluitingsgrond brengt met zich mee, dat bij ontdekking dat de arts levensbeëindigend heeft gehandeld zonder hiervan melding te maken, het vermoeden kan ontstaan van schuld aan overtreding van artikel 294 Sr. Dit zal aanleiding voor het openbaar ministerie zijn om een opsporingsonderzoek in te stellen. Daarmee staat op zichzelf nog niet vast dat de arts zal worden vervolgd terzake van dat levensdelict. Indien blijkt dat de arts, zoals de leden van de GroenLinks-fractie het uitdrukten, op het melden na aan alle voorwaarden heeft voldaan, dan kan vervolging worden overwogen terzake van het misdrijf van artikel 228 Sr. (betreft valsheid in geschrifte in verband met het valselijk opmaken van een overlijdensverklaring) of van de overtreding van artikel 81, eerste onderdeel, van de Wet op de lijkbezorging (handelen in strijd met artikel 7, eerste en tweede lid, Wet op de lijkbezorging, betreffende het opmaken van een valse overlijdensverklaring en/of het achterwege laten van een beredeneerd verslag).

Wij zijn van mening, dit in antwoord op de opmerking van deze leden dat een strafrechtelijke reactie op het niet-inachtnemen van de voorschriften rond consultatie niet-proportioneel zou zijn, dat het gewicht van de schending en de meest passende reactie daarop het beste kan worden beoordeeld in de context van het concrete geval. Wij zijn van oordeel dat de toetsingscommissies en, in voorkomend geval in tweede instantie het openbaar ministerie, hierover het meest adequaat een afgewogen standpunt kunnen innemen. Op de vraag betreffende de wenselijke sanctieering van de verschillende zorgvuldigheidseisen zijn wij hierboven reeds ingegaan.

Graag gaan wij nogmaals nader in op de wettelijke status die wij beogen te geven aan de schriftelijke wilsverklaring aan de hand van de vragen die de leden van de fractie van GroenLinks daarover stelden.

Voor levensbeëindiging bij een zogenoemde wilsbekwame patiënt is essentieel het uitdrukkelijk verzoek daartoe van de patiënt. Dit verzoek is bij voorkeur schriftelijk vastgelegd, al is dit op zichzelf niet vereist voor het gerechtvaardigd zijn van de inwilliging ervan. Het voorhanden zijn van een schriftelijke wilsverklaring vormt in dat geval een hulpmiddel bij de beoordeling van de vraag of er sprake is van een gerechtvaardigd verzoek

om levensbeëindiging, maar ontslaat de arts niet van de plicht om, alvorens tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding over te gaan, na te gaan of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De regeling betreffende de wilsverklaring in artikel 2, tweede lid geldt, dit in antwoord op een vraag van deze leden, niet zozeer voor wilsbekwame patiënten. De erkenning van de schriftelijke wilsverklaring die wij met dit wetsvoorstel beogen, is juist gericht op de situatie waarin de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

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. Deze legitimeert de arts, met inachtneming van de overigens in het wetsvoorstel genoemde zorgvuldigheidseisen, om aan de wens van de patiënt gevolg te geven. De arts 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. Aan de wilsverklaring kunnen derhalve inderdaad, zoals deze leden opmerkten, geen rechten ontleend worden. Het opstellen van een wilsverklaring wil niet zeggen dat aan het daarin vervatte verzoek op enig moment vanzelf zal worden voldaan. Voorkómen moet dan ook worden, dat bij de patiënt of diens naasten zodanige ongerechtvaardigde verwachtingen worden gewekt. Hiervoor is het, zo herhalen wij nogmaals, in de eerste plaats van belang dat de arts die van zijn patiënt een wilsverklaring krijgt aangereikt «voor later», met de patiënt bespreekt welke motieven daaraan ten grondslag liggen en van welke waarde de wilsverklaring te zijner tijd zal kunnen zijn voor de behandelend arts. Hij zal de patiënt voorlichten over de rol die de wilsverklaring zal kunnen spelen bij behandelbeslissingen in de toekomst. Dit kan inhouden dat de behandelend arts op enig moment vaststelt dat de inmiddels wilsonbekwaam geworden patiënt verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en besluit het in de wilsverklaring vervatte verzoek in te willigen. Maar ook indien de arts niet overgaat tot levensbeëindiging, omdat naar zijn oordeel niet aan de daarvoor geldende zorgvuldigheidsvereisten is voldaan of omdat hij hiertoe om op grond van zijn eigen opvattingen niet bereid is, zal de wilsverklaring voor hem van waarde kunnen zijn als richtsnoer bij behandelbeslissingen op dat moment. De inhoud van de wilsverklaring kan hem bijvoorbeeld sterken in zijn overtuiging dat het in de rede ligt een behandeling niet in te stellen of te staken. Dit is, zo beantwoorden wij de vraag van deze leden, de richting waarin naar onze verwachting de praktijk zich zal ontwikkelen als gevolg van de erkenning van de schriftelijke wilsverklaring.

In de nota naar aanleiding van het verslag hebben wij uiteengezet dat, en waarom, wij de suggestie van deze leden om te voorzien in een te raadplegen databank, waarin alle oordelen van de commissies in geanonimiseerde vorm zijn opgenomen, graag in beraad houden, met dien verstande, dat wij menen dat aan de openbaarheid van zodanige databank grote bezwaren kleven. Wij kunnen ons evenwel voorstellen dat aan een dergelijke databank in de toekomst behoefte zal blijken te bestaan bij de toetsingscommissies en dat een dergelijke voorziening kan bijdragen in de eenheid van oordelen van de toetsingscommissies. Voor het inzicht in de werkwijze en afwegingen van de commissies waaraan binnen de beroepsgroep en meer van waarde in het algemeen, in de samenleving, behoefte bestaat, vinden wij de uit te brengen jaarverslagen geschikt.

Ter bewaking van de eenheid van oordelen hebben wij vooralsnog 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. 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. Voor het instellen van een raad van toezicht, zoals door deze leden gesuggereerd, voelen wij niet. Wij zijn van mening dat het systeem van toetsing waarin het wetsvoorstel voorziet, daardoor nogal zwaar aangezet zou worden en tot onnodige bureaucratisering zou leiden.

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

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