

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)

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 23 februari 2001

Graag zullen wij in de hiernavolgende beschouwingen ingaan op de opmerkingen en vragen van de vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij hopen de bij verschillende fracties levende zorg en bedenkingen op onderdelen te kunnen wegnemen, opdat een brede aanvaarding van dit wetsvoorstel ook in de Eerste Kamer mogelijk zal zijn.

Over de opzet van deze memorie merken wij vooraf op dat wij, teneinde recht te doen aan de vele indringende vragen en opmerkingen van de leden van de verschillende fracties, onze antwoorden veelal herhaald hebben daar waar ook met een verwijzing naar andere beschouwingen had kunnen worden volstaan.

1. Algemeen

De leden van de CDA-fractie hechtten eraan meer precies te vernemen welke de grondslag is van het voorliggende wetsvoorstel.

Aan de onderhavige regeling is een lange discussie vooraf gegaan. Deze discussie is op een juiste en inzichtelijke wijze verwoord in de memorie van toelichting bij het initiatiefwetsvoorstel met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van de fracties van D66, PvdA en VVD (kamerstukken II 1997/98, 26 000, nr. 3, blz. 1–3). Deze discussie is voldoende uitgekristalliseerd om het voorliggende wetsvoorstel te kunnen rechtvaardigen. De aanvaarding van euthanasie in brede kring van onze samenleving spoorde niet langer met het feit dat euthanasie in het Wetboek van Strafrecht onder alle omstandigheden verboden is. Reeds gedurende lange tijd geldt ingevolge de bestaande meldingsprocedure dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in de regel niet vervolgd worden indien aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. De geneeskundige mag in dat laatste geval de verwachting hebben dat bij euthanasie die is gemeld en die overigens conform de geldende zorgvuldigheidseisen is toegepast niet zal worden vervolgd. Die verwachting werd in het verleden niet altijd bewaarheid. Dat heeft bij geneeskundigen gevoelens van onzekerheid opgeroepen. Ook bij de patiënten riep die situatie problemen op doordat zij zich ervan bewust zijn met de euthanasievraag hun arts in een strafrechtelijk moeilijke positie te brengen. Dat belemmert hen in hun overleg met hun arts als zij onver-

hoopt in een situatie zijn komen te verkeren van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Om hieraan tegemoet te komen is in de onderhavige regeling het uitgangspunt neergelegd dat een arts die op een zorgvuldige wijze euthanasie of hulp bij zelfdoding toepast en dit meldt aan de gemeentelijke lijkschouwer niet langer strafbaar is. Deze regeling brengt tevens met zich dat niet langer een min of meer oneigenlijk gebruik behoeft te worden gemaakt van artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Deze rechtvaardigingsgrond is immers niet bedoeld voor structureel, maar voor incidenteel gebruik. Uit het bovenstaande volgt dat de juridische aanvaarding van euthanasie en hulp bij zelfdoding een eigen wettelijke regeling die tegemoet komt aan de hierboven genoemde gevoelens van onzekerheid rechtvaardigt. Daarbij sluit aan het uitgangspunt dat een arts die euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent straffeloos is indien hij zich aan de daartoe gestelde wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen houdt. Tevens verwachten wij dat dit uitgangspunt bijdraagt aan het toenemen van de meldingsbereidheid van de arts. Deze verwachting is erop gebaseerd dat een arts die zorgvuldig handelt weet dat hij voortaan niet langer strafbaar is. Dit in tegenstelling tot de huidige regeling, die uitgaat van de strafbaarheid van de arts. Dit verschil in uitgangspunten maakt de toch al zware beslissing van de arts om euthanasie of hulp bij zelfdoding toe te passen emotioneel draaglijker. Dit geldt voor de arts maar zeker ook, weliswaar in mindere mate, voor de patiënt.

De leden van de CDA-fractie wilden graag weten wat geschiedt, indien de meldingsbereidheid niet zou toenemen. In 1999 zijn 2216 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld aan de toetsingscommissie. Het aantal meldingen in het jaar 2000 is op dit moment nog niet precies bekend. Onder voorbehoud kan worden aangegeven dat dit aantal op ongeveer 2124 zal liggen. Uit dit voorlopig cijfermateriaal zou de conclusie getrokken kunnen worden dat er een lichte daling is in het aantal meldingen. Nog niet duidelijk is wat de oorzaak van deze daling is. Wel is bekend dat de discussie die het afgelopen jaar is gevoerd met het oog op de parlementaire behandeling van het onderhavige wetsvoorstel in de praktijk enige onzekerheid teweeg heeft gebracht over de richting die uiteindelijk met het vraagstuk van de euthanasie en hulp bij zelfdoding zal worden ingeslagen. Aan deze onzekerheid zal pas een einde zijn gekomen als dit wetsvoorstel wet is geworden. Indien na aanvaarding van het wetsvoorstel en inwerkingtreding van de wet de meldingsbereidheid niet zou toenemen, moet worden nagegaan wat de oorzaak hiervan is. Het is evident dat wij deze ontwikkeling nauwlettend zullen volgen. Veel inzicht in de meldingsbereidheid verwachten wij te krijgen uit de uitkomsten van het komende evaluatieonderzoek naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde waarmee in het voorjaar van dit jaar een aanvang wordt gemaakt.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie welk meldingspercentage de regering binnen welke tijd voor ogen staat kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard, is er duidelijkheid met betrekking tot de uitgangspunten inzake de toepassing van de euthanasie en de verlening van hulp bij zelfdoding. De arts die op een zorgvuldige manier een levensbeëindigende handeling verricht zal niet langer strafbaar zijn. Wij gaan ervan uit het aantal meldingen zal toenemen. Deze gedachte wordt ondersteund door het feit dat ook de KNMG de noodzaak van melden ondersteunt en uitdraagt en de nieuwe wet kan onderschrijven.

De leden van de VVD-fractie vroegen om welke bijzondere strafuitsluitingsgrond het in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht gaat. Zij wezen op de verschillende formuleringen in de

stukken. In aansluiting op hetgeen deze leden aangaven is de bijzondere strafuitsluitingsgrond een rechtvaardigingsgrond, hetgeen wil zeggen dat het feit niet strafbaar is.

De leden van de fractie van GroenLinks sloten niet uit dat de wijze waarop de jurisprudentie wordt gecodificeerd als een morele grondslagverschuiving wordt ervaren nu, zo meenden deze leden, zij aansluit bij een tendens die meer de stervenswens van de betrokkene en diens autonomie centraal stelt dan het conflict van plichten waar een arts zich op een gegeven moment voor geplaagd ziet en de vraag wat barmhartigheid hem gebiedt.

De maatschappelijke en juridische erkenning van levensbeëindigend handelen door de arts heeft geleid tot de formulering van voorwaarden waaronder dit handelen toelaatbaar is. In zoverre zou wellicht van een grondslagverschuiving kunnen worden gesproken dat een arts die zich aan deze voorwaarden houdt niet langer strafbaar is. Het is niet zo dat wij de stervenswens van de patiënt met deze codificatie meer recht willen doen dan het conflict van plichten waarin de arts verkeert. Wij willen de uitdrukkelijke en vrijwillige stervenswens van de patiënt respecteren door het zorgvuldig handelen van de arts in dit kader niet aan te merken als een strafbaar feit. Hiermee wordt naar onze mening meer dan nu het geval is recht gedaan aan het belang van de arts die zijns ondanks wordt geconfronteerd met een zeer moeilijke situatie.

De gedachte van zelfbeschikking komt in het voorliggende wetsvoorstel terug, doordat volledig wordt erkend dat gehoor mag worden gegeven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Dit kan echter nooit worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking.

Het feit dat euthanasie niet langer strafbaar is zal – dit in antwoord op een vraag hierover van de leden van de fractie van GroenLinks – niet als een afdwingbaar recht op een milde dood mogen worden beschouwd. Een arts zal op grond van de nieuwe wet nimmer gehouden zijn om een verzoek om levensbeëindigend te honoreren.

Met genoegen lazen wij dat de leden van de D66-fractie dit wetsvoorstel konden onderschrijven, zij het dat zij nog wel enige nadere vragen en opmerkingen naar voren wensten te brengen. Van hetgeen door deze leden naar voren werd gebracht over de achtergrond, de inhoud en de betekenis van dit wetsvoorstel, namen wij met instemming kennis.

De leden van de D66-fractie vroegen waarom niet in de wettekst de bepaling uit het initiatiefvoorstel is overgenomen waarin is geregeld dat de geconsulteerde arts «de patiënt, indien een zorgvuldige beoordeling zulks vergt» diende te onderzoeken.

Wij hebben van een dergelijke clausulering afgezien, omdat dit een interpretatie vergt in ieder individueel geval en daarom naar ons oordeel onvoldoende duidelijkheid in de praktijk biedt. Zowel uit het standpunt inzake euthanasie van het Hoofdbestuur van de KNMG (1995, aangevuld in 1998) als uit terzake voorhanden zijnde literatuur blijkt, dat het als een medisch-professionele norm wordt gezien dat de consulent zijn oordeel mede vormt op basis van een bezoek aan en een gesprek met de patiënt. Een consult alleen op telefonische basis of afgaand op een medisch dossier is in beginsel niet toereikend. Het zien van de patiënt kan ook medisch onderzoek inhouden maar alleen indien en voorzover dit noodzakelijk is voor de consulent om zijn oordeel te kunnen vormen, met name betreffende medische aspecten.

De leden van de fractie van D66 waren van mening dat de consulent in beginsel de patiënt dient te bezoeken maar dat daarvan in gevallen waarin het bezoeken van de patiënt naar het oordeel van de geconsulteerde arts geen toegevoegde waarde heeft bij het totstandkomen van zijn of haar medisch oordeel terzake, dan wel in gevallen waarin de spoedeisendheid

van het geval dat op medische gronden niet wenselijk doet zijn, achterwege kan blijven. Het is niet zo dat het subjectieve oordeel van de consulent op dit punt doorslaggevend is. Het gaat erom dat dat naar objectieve medische maatstaven een bezoek aan de patiënt niet zinvol is, omdat bijvoorbeeld de situatie van de patiënt bijzonder snel verslechtert. Dit houdt in dat slechts in uitzonderlijke gevallen van een bezoek door de consulent kan worden afgezien. Overigens ontslaat afwijking van de norm in zulke gevallen de arts niet om een consulent in te schakelen. De behandelend arts zal in zijn verslag moeten motiveren waarom de consulent de patiënt niet persoonlijk heeft bezocht.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vernamen gaarne van ons of het terecht is om het wetsvoorstel van 1993 ten aanzien van euthanasie te karakteriseren als «nee, tenzij» en het huidige wetsvoorstel als «ja, mits».

In 1993 werd de meldingsprocedure in de Wet op de Lijkbezorging verankerd. Volgens deze procedure maakt de arts geen verklaring van overlijden op, maar meldt hij de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding aan de gemeentelijke lijkschouwer. De gemeentelijke lijkschouwer stelt de officier van justitie hiervan op de hoogte. De officier van justitie beoordeelt of hij tot vervolging zal overgaan, aangezien euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbare feiten zijn. De officier van justitie ziet van vervolging af als de arts aan de door de rechtspraak geformuleerde zorgvuldigheidsnormen heeft voldaan. In dat geval staat immers vast dat de arts een beroep kan doen op overmacht in de zin van noodtoestand. In zoverre kan het door de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP aangehaalde wetsvoorstel worden gekarakteriseerd als «nee, tenzij» in die zin dat in het hierboven geschetste systeem euthanasie en hulp bij zelfdoding in beginsel strafbare feiten zijn. Het voldoen aan de wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen en de melding bewerkstelligen dat de officier van justitie de zaak seponeerde. In het onderhavige wetsvoorstel zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar indien aan de zorgvuldigheidseisen en de meldplicht is voldaan. In zoverre kan deze regeling – zo men wil – als een «ja, mits» worden aangemerkt.

Naar onze mening miskent de karakterisering van de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP, inhoudende dat het verrichten van een levensbeëindigende handeling vroeger een misdaad was en onder de nieuw voorgestelde regeling zou worden gewaardeerd als een weldaad de ontwikkelingen en maatschappelijke discussies die op dit gebied de afgelopen decennia richtinggevend zijn geweest.

Artsen worden huns ondanks geconfronteerd met moeilijke situaties, waarin mensen die zijn getroffen door dodelijke, onluisterende ziekten langer in leven kunnen worden gehouden dan vroeger. Mede hierdoor worden patiënten er soms toe gebracht, de arts dringend te vragen om iets te doen wat strijdig lijkt met zijn roeping, namelijk het leven te beëindigen in plaats van het leven te redden en te beschermen. Wij spreken hier uitdrukkelijk van «strijdig lijkt», omdat geleidelijk het besef is gegroeid dat in uitzonderlijke situaties de arts geroepen kan zijn het lijden te verlichten, ook als dit een bekorting van het leven tot gevolg heeft. Daar, waar het lijden zo ernstig is dat alleen de dood daaraan een eind kan maken, moet het mogelijk zijn dat de arts na zorgvuldige afweging kiest voor het inwilligen van het uitdrukkelijke en weloverwogen verzoek van de patiënt. Daarbij komt het gegeven dat de medisch-technologische ontwikkelingen het mogelijk maken dat de mens langer kan blijven leven, maar waarbij de laatste levensjaren soms bijzonder moeilijk kunnen zijn. Juist vanwege het problematisch en strafbare karakter van dergelijk handelen, is een decennialange maatschappelijke discussie gevoerd over de toelaatbaarheid van, de rechtvaardiging van en de voorwaarden voor

dit handelen. Aansluitend op deze discussie heeft het kabinet een wetsvoorstel ingediend, dat ertoe strekt deze strafbaarstelling onder strikte voorwaarden op te heffen. Vanzelfsprekend moet de overheid prudent omgaan met wijzigingen in het wettelijk kader op dit punt. De overheid moet in deze kwestie een normatief kader stellen: ruimte geven waar zij dat verantwoord acht en grenzen trekken waar zij dat nodig oordeelt.

Wij benadrukken dat met dit wetsvoorstel de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding op zichzelf niet wordt opgeheven. Het gaat om een beperking van de reikwijdte van de strafbaarstelling. Een uitzondering wordt gemaakt voor de arts die voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en die zijn handelen meldt aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig hetgeen daaromtrent is bepaald in de Wet op de lijkbezorging.

Voor de beantwoording van de vraag van dezelfde leden inzake de grondslag van het wetsvoorstel verwijzen wij naar het hetgeen wij hierboven op een vraag van de leden van de CDA-fractie hebben aangegeven. In aansluiting daarop en mede naar aanleiding van nadere vragen op dit punt van de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP kunnen wij daaraan nog het volgende toevoegen.

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 langer strafbaar is. Dit voornemen uit het Regeerakkoord hebben wij tot uitvoering gebracht door de indiening van dit wetsvoorstel. De arts kan zich op een bijzondere strafuitsluitingsgrond beroepen indien hij voldoet aan strikte zorgvuldigheidseisen en van zijn handelen tevens verslag doet bij de gemeentelijke lijkschouwer. Het handelen wordt achteraf getoetst door multidisciplinair samengestelde commissies.

Het is tijd voor dit wetsvoorstel. De voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond komt in feite neer op de codificatie van criteria, die in jarenlange jurisprudentie zijn ontwikkeld. In deze jurisprudentie zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding onder voorwaarden aanvaard. Als gevolg van deze aanvaarding is de meldingsprocedure tot stand gekomen, welke per 1 juni 1994 ook een wettelijke basis kreeg in de Wet op de lijkbezorging. Onder de gelding van deze meldingsprocedure bestaat reeds jarenlang een vervolgingsbeleid, waarbij artsen niet vervolgd worden indien zij hun handelen melden en vervolgens wordt vastgesteld dat zij zich hebben gehouden aan de in de meldingsprocedure opgenomen zorgvuldigheidseisen.

Naar aanleiding van het evaluatie-onderzoek naar de meldingsprocedure waarvan de resultaten eind 1996 bekend werden, besloot het vorige kabinet om de toetsing achteraf in eerste instantie, dat wil zeggen vóórdat het openbaar ministerie beslist over al dan niet vervolgen, meer op medisch-professionele leest te schoeien. Een minder directe dreiging van een strafrechtelijke vervolging, in combinatie met een intensivering van de toetsing in het kader van de eigen beroepsgroep, zou de meldingsbereidheid van artsen kunnen vergroten. Zoals bekend hebben deze overwegingen geleid tot invoering van de versterkte consultatie, uitmondend in het zogeheten SCEN-project, en tot instelling van de regionale toetsingscommissies.

Van verschillende zijden, 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 kabinet heeft vervolgens op basis van het Regeerakkoord besloten het nu voorliggende wetsvoorstel in te dienen. Dit wetsvoorstel vormt van het

beleid in de afgelopen jaren het sluitstuk in die zin, dat nu ook de formele strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor de arts onder voorwaarden, wordt opgeheven.

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 een 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, alsmede 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 RPF/GPV en de SGP-fractie stelden de vraag of het mensen met gewetensbezwaren niet steeds moeilijker gemaakt wordt hun bijdrage te leveren aan de gezondheidszorg en welke stappen worden ondernomen om deze leegloop te voorkomen.

Er hebben ons geen signalen bereikt dat de gezondheidszorg kampt met een leegloop welke te wijten is aan veranderingen in de medische ethiek. Indien mensen van mening zijn dat het leven hun is gegeven en dat zij dit leven niet zelf mogen aantasten, ook niet in het geval van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dan wordt een zodanige levenshouding vanzelfsprekend volledig gerespecteerd. Maar dat betekent niet dat geen rekening wordt gehouden met de meerderheid van opvattingen die een andere houding voorstaan. Dit is een verworvenheid van onze democratische samenleving waar ruimte moet zijn voor verschillende inzichten. De overheid zal dan, binnen juridisch en ethisch aanvaardbare grenzen, een regeling proberen te treffen die recht doet aan de meerderheid van de opvattingen ten aanzien van het leven en het lijden dat daarbij kan behoren respecteert. Een regeling, waarbij ook de eigen wens van een ernstig lijdende mens binnen strikte grenzen een plaats kan krijgen. Een arts of andere hulpverlener kan nimmer worden verplicht om zijn medewerking te verlenen aan levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Deze plicht kan ook uit het wetsvoorstel geenszins worden afgeleid.

De leden van de RPF/GPV en de SGP-fractie vroegen voorts of een klimaat van uiterste zorginspanning nog wel vanzelfsprekend zal blijven. Zoals wij hiervoor reeds aangaven, menen wij dat het ook de taak van de arts is om het lijden te verlichten. Uiteraard maakt de arts daarbij gebruik van palliatieve zorg, maar daar, waar het lijden zo ernstig is dat alleen de dood daaraan een eind kan maken, moet het mogelijk zijn dat de arts na zorgvuldige afweging kiest voor het inwilligen van het uitdrukkelijk, vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Het inwilligen van het verzoek maakt in dat geval deel uit van de uiterste zorginspanning van de arts in plaats van dat het daarvan een tegenstelling is. Wij wijzen er hier overigens op dat bijna tweederde van de verzoeken om levensbeëindiging niet wordt ingewilligd, hetgeen onzes inziens betekent dat de houding van artsen ten aanzien van euthanasie daarom terughoudend mag worden genoemd.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP verzochten om een systematische vergelijking met betrekking tot de voorgestelde en de huidige rechtspositie van zowel de arts als de patiënt. De positie van de arts is op een aantal punten versterkt. Ten eerste is de arts die de levensbeëindigende handeling zorgvuldig uitvoert en meldt niet langer strafbaar. Ten tweede zijn alle zorgvuldigheidseisen in de wet opgesomd. De arts weet dus precies welke zorgvuldigheidseisen hij in acht moet

nemen. Ten derde zal in beginsel met een positief oordeel van de toetsingscommissie de zaak zijn afgedaan. Ten vierde is duidelijk dat de arts nimmer een plicht heeft om mee te werken aan de stervenswens van de betrokken patient.

De rechtspositie van de patiënt is eveneens versterkt. Op grond van het wetsvoorstel staat buiten twijfel dat een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt erkend. Niet alleen voor de arts maar ook voor de patiënt is het van belang dat duidelijk is aan welke zorgvuldigheidseisen moet worden voldaan. Op grond van deze wetenschap kan de patiënt een weloverwogen keuze maken voor het al dan niet uitspreken of op schrift stellen van een stervenswens.

Op grond van het bovenstaande kan niet zonder meer worden aangegeven wiens positie het meest is versterkt. Door ons is uitdrukkelijk een versterking van beider posities beoogd.

De leden van de fractie van SP vroegen om ons haar oordeel over de opvatting van mevrouw H. Dupuis, in het artikel «Euthanasie, een tolerantieprobleem», gepubliceerd in Relevant januari 2001, dat de keuze voor euthanasie – in de zin van een actieve bekorting van (het laatste deel van) het leven – een keuze is waarover de overheid geen mening behoort te hebben.

Wij beogen met dit wetsvoorstel de grenzen van de toepassing van euthanasie aan te geven, omdat de overheid een effectieve bescherming van het menselijk leven als uitgangspunt neemt en het haar taak is om er zorg voor te dragen dat dit uitgangspunt zo veel mogelijk tot gelding kan komen. Daartegenover staat dat wij de wens van ernstig lijdende mensen om op een voor hen waardige wijze te kunnen sterven willen respecteren. De keuze om daadwerkelijk tot een actieve bekorting van het (laatste deel van het) leven over te gaan behoort echter in de eerste plaats toe aan de persoon om wiens leven het gaat. Dit betekent dat het een overheidsverantwoordelijkheid is de juridische grenzen af te bakenen waarbinnen een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding ingewilligd kan worden. Zo is het ook een overheidsverantwoordelijkheid om ruimte te laten aan mensen die van de mogelijkheid hiertoe op grond van (principiële) bezwaren geen gebruik zullen maken. Wij menen uit het artikel te kunnen opmaken dat mevrouw Dupuis het belang van dit uitgangspunt ten zeerste onderschrijft.

2. Reikwijdte van het wetsvoorstel

De leden van de CDA-fractie hechtten aan structurele en specifieke aandacht van de toetsingscommissies aan het aanbod van palliatieve zorg.

Wij kunnen deze gedachte onderschrijven. Over de aandacht voor palliatieve zorg bij de beoordeling door de toetsingscommissies is meerdere malen met de leden van de toetsingscommissies gesproken. De leden van deze commissies hebben te kennen gegeven dat zij bij de beoordeling van gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding stelselmatig aandacht besteden aan de mogelijkheden voor palliatieve zorg die voorhanden waren en aan de vraag of daar in voorkomende gevallen in voldoende mate gebruik van gemaakt is.

De leden van de CDA-fractie stelden het op prijs te vernemen of het verslag van de consulent met het verslag van de arts wordt meegezonden naar de toetsingscommissie. Dit is inderdaad het geval. In artikel 2, eerste lid onderdeel e, is opgenomen het vereiste dat de consulent zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen schriftelijk geeft. De toetsingscommissie betreft dit schriftelijk oordeel bij de beoordeling van het voorgelegde geval. Opdat de commissie over het verslag beschikt wordt in de algemene maatregel van bestuur die is gebaseerd op artikel 9 van de Wet

op de lijkbezorging bepaald dat het schriftelijk oordeel van de consulent moet worden gevoegd bij het verslag van de arts. Tevens is bepaald dat de gemeentelijke lijkschouwer verplicht is dit schriftelijk oordeel van de consulent mee te zenden naar de toetsingscommissie. Overigens wordt in de huidige praktijk het verslag van de consulent ook al gevoegd bij het verslag van de arts.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af wat de status is van de mondelinge toelichting op het oordeel dat de commissie op grond van artikel 9, vierde lid, tegenover de arts kan geven. De mondelinge toelichting heeft geen formele status. Het gaat om een toelichting. Het oordeel van de toetsingscommissie staat al vast. Door inzicht te bieden in het beoordelingsproces en met de arts de gevolgde werkwijze en gemaakte keuzes te bespreken, krijgen de commissies tevens een educatief karakter. Dit bevordert het zorgvuldig handelen door de arts bij de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding. In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie of het noodzakelijk is dat van de bijeenkomst waarbij een toelichting wordt gegeven een verslag wordt gemaakt antwoorden wij dat een dergelijk verslag niet noodzakelijk is. Het doel van de bijeenkomst is dat de commissie haar oordeel nog eens mondeling uiteen zet. Het bespreken van nieuwe informatie is niet aan de orde.

De toelichting op het oordeel van de commissie op grond van artikel 9, vierde lid, is een toelichting achteraf. Maar ook voorafgaand aan haar oordeelsvorming kan de commissie op grond van artikel 8, tweede lid, de arts verzoeken om een gesprek. In dat gesprek wordt de arts gevraagd om een toelichting op zijn verslag te geven.

Dezelfde leden vroegen of hetgeen besproken is behoort tot de informatie die de commissie op grond van artikel 10 aan de officier van justitie moet geven. De toetsingscommissie kan van een dergelijke bespreking melding maken bij de officier van justitie. Aangezien er geen verslag van die bijeenkomst hoeft te worden gemaakt kan slechts met een mondelinge uiteenzetting worden volstaan. Hieruit zal geen andere informatie dan die reeds voortvloeit uit het schriftelijk oordeel naar voren komen. De bespreking heeft immers het karakter van een toelichtend gesprek. Het is denkbaar, dit in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, dat een bijeenkomst ter toelichting van het oordeel van de commissie plaatsvindt op een moment dat reeds aangifte is gedaan bij de officier van justitie betreffende hetzelfde geval, respectievelijk door de officier van justitie al is besloten op grond van een dergelijke aangifte een opsporingsonderzoek te laten verrichten. Met het oog hierop wilden de leden van de CDA-fractie weten hoe zich dit verhoudt tot de cautieregeling in het Wetboek van Strafvordering en de rechten van de arts op rechtsbijstand tijdens het opsporingsonderzoek en eventueel het gerechtelijk vooronderzoek. Het toelichtend gesprek heeft betrekking op de oordeelsvorming door de commissie. De commissie verduidelijkt waarom zij tot haar oordeel is gekomen. De arts kan om een nadere toelichting vragen. Het is niet zo dat de arts zich hoeft te verweren. Enerzijds is het oordeel al gegeven. Anderzijds is het oordeel van de commissie een deskundigenoordeel en bevat het geen oordeel over eventueel strafrechtelijk verwijtbaar handelen. Het gesprek heeft tot doel de reden waarom en de context waarin het oordeel van de commissie is gegeven te verwoorden. Voorzover dit niet duidelijk is kan de arts om opheldering vragen. Daarop antwoordt de commissie. De commissie verhoort de arts niet. Het zwijgrecht van de arts is in geen enkel opzicht aan de orde. Aangezien de arts geen verdachte is en dus de rechten van een verdachte niet in het geding zijn, heeft de arts niet op grond van het feit dat hij verdachte is recht op rechtsbijstand. Dit is anders als de rechten van de arts bij de opsporing of vervolging zijn betrokken.

De leden van de CDA-fractie wilden weten of voornoemde vragen zich niet in meer algemene zin voordoen, indien voor de afronding van het onderzoek door de commissie een aangifte is gedaan of een opsporingsonderzoek of gerechtelijk vooronderzoek is aangevangen. De rechten van de arts als verdachte komen in een dergelijk geval niet in het geding. Zoals hierboven al is aangegeven verricht de toetsingscommissie geen strafrechtelijk onderzoek. De commissie geeft een oordeel over de zorgvuldigheidseisen en beantwoordt niet de vraag of strafrechtelijk verwijtbaar is gehandeld. Het onderzoek naar de strafrechtelijke verwijtbaarheid komt voor rekening van het openbaar ministerie. Ook in het geval er bijvoorbeeld aangifte is gedaan alvorens de commissie haar oordeel heeft gegeven doet dit niet af aan de aard van de oordeelsvorming van de commissie. Het oordeel is uitsluitend gericht op de beoordeling van de toepassing van de zorgvuldigheidsnormen door de arts. Dit houdt in dat de commissie alle aspecten van het handelen van de arts tegen het licht houdt vanuit een medische, een ethische alsmede een juridische invalshoek. Een eventuele aangifte of aanvang van een vervolging verandert aan de taak van de commissie niets. Het is evident dat een eventueel strafrechtelijk onderzoek van het openbaar ministerie gepaard gaat met alle waarborgen voor de arts als verdachte. Wat betreft de strafrechtelijke positie van de consulent, waarnaar dezelfde leden vroegen, merken wij op dat jegens de consulent nimmer een opsporingsonderzoek of een gerechtelijk vooronderzoek zal worden aangevangen met het oog op zijn advisering in het kader van een consultatie bij een levensbeëindigende handeling. De consulent geeft aan de arts zijn oordeel over de toepassing van de zorgvuldigheidseisen. Hij beslist niet over de uitvoering van een levensbeëindigende handeling. Daarvoor is de betrokken arts volledig verantwoordelijk. De consulent komt bij de uitoefening van zijn taak dus op generlei wijze in aanraking met het strafrecht.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of de familie van de patiënt ook de bevoegdheid heeft om haar zienswijze naar voren te brengen bij de toetsingscommissie. Zoals dezelfde leden terecht opmerkten, kan de arts in zijn beredeneerd verslag ook mededelingen doen omtrent hetgeen de familie heeft medegedeeld. De familie wordt echter niet gehoord door de toetsingscommissie. Dit is ook niet nodig, aangezien de toepassing van de zorgvuldigheidsvereisten mede wordt beoordeeld door de consulent. De consulent moet zich over alle zorgvuldigheidseisen in zijn schriftelijk oordeel uitspreken. Indien de arts bepaalde oordelen mede heeft gebaseerd op informatie van de familie, kan de consulent dit bij de familie verifiëren, indien hij dat noodzakelijk vindt. Is de consulent van mening dat aan de zorgvuldigheidseisen al is voldaan op grond van andere bronnen of waarnemingen dan kan hij verificatie bij de familie achterwege laten.

De leden van de CDA-fractie signaleerden dat bij euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt uitgegaan van een arts die het ziekteverloop heeft meegemaakt en de sociale context van de patiënt kent. Zij vroegen of geregistreerd wordt bij de toetsingcommissies welke arts en welke consulent bij de euthanasie en hulp bij zelfdoding betrokken zijn. Deze vraag kunnen wij bevestigend beantwoorden. Zoals deze leden terecht aangaven is kennis van de relatie tussen de arts en de patiënt en van de duur van deze relatie een essentieel onderdeel van de beoordeling van de zorgvuldigheidsvereisten. Dit volgt al uit het eerste zorgvuldigheidsvereiste inhoudende dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Om aan dit vereiste te kunnen voldoen zal er een bepaalde vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt aanwezig moeten zijn.

De leden van de CDA-fractie opperden dat het wenselijk is dat de vijf toetsingscommissies inzicht moeten kunnen hebben in de registratiegegevens over het gehele land. Zoals wij tijdens de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer hebben aangegeven zijn wij voornemens naar de wijze waarop hieraan uitvoering kan worden gegeven onderzoek te verrichten in het kader van het evaluatieonderzoek. Op dit moment beschikken de commissies over een database waarin veel gegevens betreffende de gemelde gevallen zijn opgenomen. Dit systeem bevat zoekmogelijkheden aan de hand van deze gegevens, maar fungeert niet als een landelijke databank waarin de oordelen kunnen worden opgezocht. Het ontwerpen, beheren en actueel houden van zo'n systeem vergt echter een aanzienlijke financiële investering en personele inzet. Om die reden is het wenselijk dat eerst onderzoek naar de wensen en mogelijkheden wordt gedaan.

De leden van de CDA-fractie informeerden of de inlichtingen op grond van een dergelijke registratie kunnen worden beschouwd als inlichtingen in de zin van artikel 10. Dit is alleen mogelijk voorzover de officier van justitie deze inlichtingen in een concreet geval nodig heeft ten behoeve van een in te stellen opsporingsonderzoek of ten behoeve van een adequate beoordeling van een door de commissie als onzorgvuldig beoordeeld geval. Het is dus niet zo dat de officier van justitie meer in het algemeen om informatie uit de registratie kan vragen.

De leden van de VVD-fractie constateerden dat er met dit wetsvoorstel vele vormen van toetsing en toezicht ontstaan. Zij verwijzen daarbij naar de regionale toetsingscommissies, de inspectie, het openbaar ministerie en de medische tuchtcolleges. Zij vroegen of niet met twee toetsingsprocedures had kunnen worden volstaan. Bij de opzet van de regeling, zoals vervat in dit wetsvoorstel is een andere wijze van strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding neergelegd dan thans geldt. De algemene strafbaarstelling van deze gedragingen wordt weliswaar niet opgeheven, maar wel beperkt in die zin, dat de arts, die voldoet aan de gestelde zorgvuldigheidseisen, niet langer strafbaar is. De voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond komt in feite neer op de codificatie van criteria, op grond waarvan volgens vaste jurisprudentie tot dusver een beroep op de algemene strafuitsluitingsgrond overmacht in de zin van noodtoestand is aanvaard. Het gaat derhalve om de vastlegging in wettelijke regels van gedrag dat thans in brede kring in onze samenleving gerechtvaardigd wordt geacht.

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

Aldus dient uitdrukkelijk onderscheid te worden gemaakt tussen de

toetsing door de commissies en een volledige justitiële toets door het openbaar ministerie indien het handelen van de arts door de commissie als niet-zorgvuldig wordt aangemerkt.

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

Wij zijn hierboven iets uitvoeriger op de verhouding van de verschillende toetsende instanties ingegaan om de eigen rol van elk van de instanties beter voor het voetlicht te laten komen. Daarbij merken wij nog op dat door de multidisciplinaire toetsing van de zorgvuldigheidseisen door een deskundigencommissie het meeste recht wordt gedaan aan de belangen van zowel de arts als de patiënt. Voorts wijzen wij er op dat het niet uitzonderlijk is dat meerdere toetsende instanties op een bepaald terrein opereren. Voor wat betreft het gezondheidsrecht waren de inspectie, het openbaar ministerie en de tuchtrechter al actief. Het specifieke karakter van de euthanasie rechtvaardigt, zoals wij hebben uiteengezet, een multidisciplinair samengestelde commissie als toetsende instantie.

De leden van de VVD-fractie informeerden wat er gebeurt als de toetsingscommissie unaniem tot een positief oordeel komt en de officier van justitie om hem moverende redenen toch vervolging instelt. Wij wijzen er op dat de officier van justitie bevoegd is om een opsporingsonderzoek te starten als er een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit is. Indien de toetsingscommissie een positief oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen ligt het niet voor de hand dat er een zodanig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit is. Zonder bijkomende informatie zal er voor de officier van justitie geen aanleiding kunnen bestaan voor het instellen van een strafrechtelijk onderzoek.

Met de leden van de PvdA-fractie zijn wij van mening dat euthanasie alleen aanvaardbaar is als gewaarborgd is dat deze slechts plaats vindt als degene die het aangaat zulks uitdrukkelijk en weloverwogen wil. Dit geldt ook voor de zwakkeren, zoals ouderen en gehandicapten. De waarborg hiervoor vloeit voort uit de opzet van het wetsvoorstel. De arts moet aan alle zorgvuldigheidseisen voldoen. Een van die zorgvuldigheidseisen is dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Bij dit zorgvuldigheidsvereiste is van belang te benadrukken dat de arts daadwerkelijk de overtuiging moet hebben gekregen dat de patiënt zich bewust is van de strekking van zijn verzoek en zich volledig achter zijn verzoek schaaft. Dit houdt in dat de arts rekening moet houden met de persoon die een stervenswens uit. Daarbij tekenen wij aan dat niet alle ouderen aan te merken zijn als zwakkeren. De arts zal zich moeten afvragen of de betrokkene in voldoende mate beseft waar het om gaat. Van belang is dat de patiënt zijn verzoek heeft herhaald. Maar ook als het verzoek wordt herhaald zal de arts zich goed rekenschap moeten geven van de intentie van het verzoek. Dit kan blijken uit gesprekken met de patiënt. Ook kunnen gesprekken met de familie bijdragen aan de intentie die de patiënt heeft met zijn verzoek.

Een verdere waarborg ter bescherming van de zwakkeren is gelegen in de second opinion van de consulent. Ook de consulent moet tot de overtuiging komen dat de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan. Vervolgens beoordeelt de toetsingscommissie of de arts aan de zorgvuldigheidsnormen heeft voldaan. Wij hebben de stellige overtuiging dat hiermee voldoende waarborgen zijn ingebouwd. De arts die een levensbeëindigende handeling verricht is op de hoogte van al deze toetsingsmomenten. Het is naar onze mening niet goed denkbaar dat een arts, bij wie het honoreren van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding tot een van de allermoeilijkste beslissingen van zijn professie

behoort, niet zorgvuldig met verzoeken om levensbeëindiging zal omgaan.

De leden van de PvdA-fractie vernamen graag een visie van het kabinet met betrekking tot het recht op zelfbeschikking. Voorts stelden deze leden enige vragen over de rol van de overheid in situaties waar een individu uitdrukkelijk kiest te sterven.

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

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

In dit licht moet ook het vraagstuk van medische beslissingen omtrent het eigen leven worden gezien. De essentie ligt in het feit dat het in casu gaat om actieve levensbeëindiging van iemand op zijn verzoek door een ander; een aangelegenheid die is geregeld in het Wetboek van Strafrecht, gelet op de verantwoordelijkheid van de overheid voor de bescherming van het recht op leven. Er moet een balans worden gevonden tussen het aanvaarden dat een burger in de huidige maatschappij een eigen verantwoordelijkheid voor zijn leven mag hebben en de verantwoordelijkheid die de overheid moet bieden tegen aantasting van de bescherming van dit leven. Tegen deze achtergrond zijn de wettelijke regels ontstaan rond het thema van medische beslissingen rond het levenseinde. Het maatschappelijke uitgangspunt, zoals wij hierboven hebben uiteengezet, dat mensen zoveel mogelijk hun leven naar eigen inzicht kunnen inrichten, komt in het voorliggende wetsvoorstel terug, doordat het mogelijk wordt gehoor te geven aan de uitdrukkelijke en weloverwogen wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Dit uitgangspunt kan evenwel naar ons oordeel, waar het gaat om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, nooit worden uitgelegd als een recht op zelfbeschikking, en wel om twee redenen. In de eerste plaats geldt de voorgestelde strafeloosheid alleen de arts, die zich gehouden weet aan de normen en ethiek van zijn professie en die zich bovendien moet houden aan strikte criteria, welke zijn vastgelegd teneinde te waarborgen dat levensbeëindiging zonder dat iemand daartoe een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan, niet mogelijk is. In de tweede plaats houdt de voorgestelde regelgeving geenszins de plicht in aan de gewenste levensbeëindiging mee te werken. Aldus zal ook van een af te dwingen récht op levensbeëindiging nimmer sprake kunnen zijn.

De leden van de PvdA-fractie vroegen ons uiteen te zetten of en hoe aan de waarborg, dat niemand zich gedwongen ziet om voor euthanasie te kiezen, omdat hij of zij onvoldoende zorg krijgt, enerzijds en aan de waarborg, dat voor degenen die euthanasie willen en die vallen onder de criteria van het wetsvoorstel ook de mogelijkheid moet bestaan om hun verzoek ingewilligd te zien, eventueel door een adequate verwijzing, anderzijds is voldaan.

Wij onderstrepen zowel het belang van de bescherming van het menselijk leven, als het respecteren van de wens van ernstig lijdende mensen om op een voor hen waardige wijze te kunnen sterven. Wij menen dat in onze samenleving nooit het klimaat mag ontstaan waarin mensen zich als het ware genoodzaakt zien om levensbeëindiging te verzoeken omdat zij zich overbodig en een last voor anderen voelen. De voorwaarden die dit wetsvoorstel verbindt aan de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging waarborgen naar onze overtuiging afdoende, dat een verzoek uitsluitend wordt ingewilligd, indien dit vrijwillig en weloverwogen tot stand is gekomen, terwijl er overigens geen andere mogelijkheid is om het lijden van de patiënt te verlichten. Voor een uitgebreider betoog met betrekking tot de invloed van een tekort aan zorg op een verzoek om euthanasie verwijzen wij naar de beantwoording van de vragen van de fracties van RPF/GPV, SGP en SP daarover verderop in deze memorie. Wanneer een arts op principiële gronden tegen euthanasie is, moet deze wens vanzelfsprekend worden gerespecteerd. Wij zien het echter als een plicht van een arts om als goed hulpverlener een patiënt niet in de steek laten. Dat laatste impliceert dat wanneer een patiënt niet zelf (meer) 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. In principe moet een arts zijn bezwaren in een zo vroeg mogelijk stadium kenbaar maken, namelijk op het moment dat de patiënt het onderwerp ter sprake brengt. Dat biedt de patiënt de beste mogelijkheid nog op eigen gelegenheid een andere arts kan zoeken.

De leden van de PvdA-fractie stelden enige vragen over het uit te voeren evaluatieonderzoek, waarvan de evaluatie van de toetsingscommissies een onderdeel uitmaakt.

Toen in november 1998, nog tijdens deze kabinetsperiode, de toetsingscommissies hun werk hebben aangevangen, is met hen overlegd dat een evaluatie van de commissies reeds bij de parlementaire behandeling van de voorstellen tot instelling van deze commissies aan de orde was geweest. In het overleg met de commissies is toen besproken dat een evaluatie pas een effectief resultaat zou kunnen opleveren, wanneer de commissies enige tijd zouden functioneren, hun werkwijze gevonden zouden hebben en de eerste jaarverslagen zouden zijn gepubliceerd. Dit tijdstip achten wij nu aangebroken. Met de commissies is een en ander ook besproken.

Wij hebben besloten de evaluatie van de toetsingscommissies te combineren met een derde onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde; een herhaling van de onderzoeken uit 1990/1991 en uit 1995/1996. Door het uitvoeren van één groot onderzoek ontstaat wederom een allesomvattend beeld van hetgeen er om gaat op het terrein van medische beslissingen rond het levenseinde, gericht op de situatie zoals die zich thans voordoet.

Volgens het onderzoeksvoorstel, zoals dit nu voorligt, zal onder meer aandacht worden besteed aan het gedrag van artsen, het meldingsgedrag, de invloed van de ontwikkelingen op het terrein van de palliatieve zorg, de consultatie, de wilsverklaringen, de toetsingscommissies en hun werkwijze, de effecten van hun werkwijze, een onderzoek naar reacties van nabestaanden en naar de opvattingen en kennis van het publiek ten aanzien van de meldingsprocedure. Het CBS zal ook nu weer zijn medewerking verlenen ten aanzien van het sterfgevallen onderzoek. De

ondergetekenden hebben met deze opzet, waarover uitvoerig overleg is gepleegd, ingestemd.

De opzet van het evaluatieonderzoek is vrijwel gelijk aan de opzet van beide vorige onderzoeken. Eén van de redenen voor de grote waardering die deze onderzoeken en de wijze waarop zij zijn opgezet en uitgevoerd hebben gekregen en de grote medewerking uit het veld van beroeps-beoefenaars die heeft plaats gevonden, is gelegen in het feit dat de onderzoeken een volstreekte anonimiteit hebben gewaarborgd, waardoor de respons zeer groot is geworden en een goed beeld is verkregen wat er op het genoemde terrein omgaat. Dezelfde anonimiteit wordt ook thans weer gewaarborgd.

De resultaten van het onderzoek zullen ook nu weer volledig worden gepubliceerd, zoals dat ook bij de vorige onderzoeken is gebeurd. Iedereen kan daar derhalve kennis van nemen. Vanzelfsprekend zullen de uitkomsten van het onderzoek aan de beide Kamers van de Staten-Generaal worden toegezonden en met de Kamers worden besproken.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie of het bestaan van de toetsingscommissies heeft geleid tot een toename van het aantal meldingen moet ontkennend worden geantwoord. Zoals uit het jaarverslag van de regionale toetsingscommissies van 1998/99 blijkt en zoals wij eerder in deze memorie reeds hebben aangegeven, hebben de toetsingscommissies in 1999 in totaal 2216 meldingen ontvangen. Het aantal meldingen in 2000 is nog niet met zekerheid bekend. Daarom kan slechts onder voorbehoud worden aangegeven dat dit aantal ongeveer 2124 is.

Uit dit voorlopig cijfermateriaal kan de conclusie worden getrokken dat er een lichte daling is in het aantal meldingen. Niet duidelijk is wat de oorzaak van deze daling is. Wel is bekend dat de discussie die het afgelopen jaar is gevoerd met het oog op de parlementaire behandeling van het onderhavige wetsvoorstel in de praktijk enige onzekerheid teweeg heeft gebracht over de richting die uiteindelijk met het vraagstuk van de euthanasie en hulp bij zelfdoding zal worden ingeslagen. Aan deze onzekerheid komt pas een einde als de wetgever zich heeft uitgesproken over het wetsvoorstel.

Ook de recente introductie van de toetsingscommissies – deze commissies zijn ingesteld op 1 november 1998 – behoeft enige gewenning. De reden hiervan is niet gelegen in het feit dat de regeling met scepsis is ontvangen maar dat dit een niet ongebruikelijk reactie is op nieuwe regelgeving op een terrein dat ingrijpt in emotionele waarden en normen. Dit betekent voor het onderhavige onderwerp dat enige tijd is gemoeid met het opbouwen van het vertrouwen van de medische stand.

Overigens moet niet worden uitgesloten dat het gevolg van de gewenning aan de nieuwe regeling kan zijn dat het aantal verzoeken om levensbeëindigend handelen dat is gehonoreerd is gedaald.

Indien na aanvaarding van het wetsvoorstel de meldingsbereidheid niet toeneemt, moet worden onderzocht wat de oorzaak hiervan is. Het is evident dat wij deze ontwikkeling nauwlettend zullen volgen. Veel inzicht in de meldingsbereidheid verwachten wij ook te krijgen uit het evaluatieonderzoek naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde waarmee in het voorjaar van dit jaar een aanvang zal worden gemaakt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen zich voorts af of het opportuun is de toetsingscommissies nu neer te leggen in de wet, zonder dat een behoorlijke onafhankelijke evaluatie heeft plaats gehad van het functioneren van deze commissies. Naar aanleiding van het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure waarvan de resultaten eind 1996 bekend werden, besloot het vorige kabinet om de toetsing achteraf in eerste instantie, dat wil zeggen vóórdat het openbaar ministerie beslist over al

dan niet vervolgen, meer op medisch-professionele leest te schoeien. Een minder directe dreiging van een strafrechtelijke vervolging, in combinatie met een intensivering van de toetsing in het kader van de eigen beroepsgroep, zou de meldingsbereidheid van artsen kunnen vergroten. Wij onderschrijven deze opvatting van het vorige kabinet. Dit wetsvoorstel biedt een eenduidige en duidelijke regeling met betrekking tot levensbeëindigend handelen. Er vindt een zekere verschuiving in gewicht van de taak van de toetsingscommissies plaats. Hun toetsingsbevoegdheid krijgt een meer zelfstandig karakter. De commissies zijn zich bewust van het belang van hun taak en werken nog steeds aan verbetering van hun werkzaamheden. Wij hebben er volledig vertrouwen in dat de nieuwe regeling bijdraagt aan een meer transparante omgang met levensbeëindigend handelen. Indien uit de evaluatie zou blijken dat de toetsingscommissies niet het beoogde effect hebben gehad, behoeft – dit in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie – het functioneren van de commissies heroverweging. Wat de precieze gevolgen zijn van zodanige uitkomst, zal pas op dat moment kunnen worden beoordeeld.

Het recht op zelfbeschikking, waaraan de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP refereerden, vormt niet direct de grondslag van het onderhavige wetsvoorstel maar komt daarin wel naar voren. Het maatschappelijk 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.

Tegelijkertijd kan de zelfbeschikking van de patiënt, waar het gaat om levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, nooit worden opgevat als een afdwingbaar recht en wel om twee redenen. In de eerste plaats geldt de voorgestelde straffeloosheid alleen de arts, die zich houdt aan de normen en ethiek van zijn professie en die zich bovendien houdt aan strikte criteria, welke zijn vastgelegd teneinde te waarborgen dat levensbeëindiging zonder dat iemand daartoe een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan, niet mogelijk is. In de tweede plaats houdt de voorgestelde regelgeving geenszins de plicht in aan de gewenste levensbeëindiging mee te werken. Aldus zal ook van een af te dwingen récht op levensbeëindiging nooit sprake kunnen zijn. Hiermee is tevens ingegaan op de vraag van deze leden omtrent de relatie tussen zelfbeschikking en de verantwoordelijkheid van de arts.

Op de gronden voor de opheffing van de strafbaarheid, waarnaar de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen, zijn wij hierboven bij de beantwoording van een vraag van dezelfde leden over de grondslag van dit wetsvoorstel ingegaan. Samengevat hebben wij aangegeven dat de opheffing van de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding indien dit zorgvuldig wordt uitgevoerd is ingegeven door en als een soort sluitstuk kan worden aangemerkt van een jarenlange discussie op dit terrein.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen of de voorgestelde zorgvuldigheidscriteria waaraan voldaan moet worden onomstotelijk of onbetwifelbaar vast te stellen zijn. Per individueel geval waarin de arts een levensbeëindigende handeling heeft toegepast, zal moeten worden getoetst aan de zorgvuldigheidscriteria. Daarbij moet bedacht worden dat onderscheid moet worden gemaakt tussen patiënten die op het moment van de beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan wilsbekwaam waren en degenen die dat op dat moment niet waren. De

zorgvuldigheidseisen moeten zonder meer worden toegepast. Alleen in hoogst uitzonderlijke gevallen kan een onvolkomenheid in de uitvoering van de zorgvuldigheidseisen geaccepteerd worden. Als voorbeeld kan worden aangehaald de situatie waarin het vanwege de snel verslechterde situatie van de patiënt het voor de arts geen zin meer heeft om de patiënt te zien. Hierover zal de arts in zijn verslag verantwoording moeten afleggen.

In het geval dat de patiënt op het moment waarop wordt besloten tot levensbeëindigend handelen over te gaan niet wilsbekwaam is, zijn ook de in de onderhavige regeling neergelegde zorgvuldigheidseisen van toepassing indien er een schriftelijke wilsverklaring is die is afgelegd voordat sprake was van wilsonbekwaamheid. De zorgvuldigheidseisen moeten dan worden toegepast voorzover de feitelijke situatie dit toelaat. Aangezien de patiënt niet meer tot een redelijke waardering in staat is, zal de arts de vereiste overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan moeten krijgen op basis van zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, 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. Het is van belang dat de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts wordt besproken naar aanleiding van, en op het moment van het opstellen van die verklaring. Hierdoor kan de arts, als hij voor die afweging komt te staan, ervan overtuigd 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. De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen of er in de toekomst zorgvuldigheidseisen zullen worden toegevoegd. Wij zijn niet voornemens om de zorgvuldigheidseisen aan te vullen. Met de voorgestelde regeling wordt de jurisprudentie die de afgelopen jaren met betrekking tot levensbeëindigend handelen is ontstaan gecodificeerd. Voorts zijn de zorgvuldigheidseisen op basis van onderzoeken en maatschappelijke discussies aangescherpt. Gedacht kan hierbij worden aan het vereiste dat de arts de patiënt moet hebben gezien. Wij zijn van mening dat met dit wetsvoorstel vooralsnog een sluitstuk van de regeling is bereikt. Het is evenwel op voorhand niet mogelijk om te voorspellen in hoeverre in de toekomst er behoefte kan blijken te bestaan aan een aanvulling of wijziging van de zorgvuldigheidseisen.

De vraag van de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP waarom niet de zelfbeschikking van de patiënt de grondslag van het wetsvoorstel is maar uiteindelijk het inzicht van de arts met betrekking van het lijden van de patiënt hebben wij hierboven beantwoord. Wij willen benadrukken dat in de regelgeving met zowel het belang van de patiënt als dat van de arts rekening is gehouden. Daarbij willen wij er nogmaals op wijzen dat de zelfbeschikking van de patiënt in die zin niet de enige grondslag van het wetsvoorstel is dat de patiënt geen recht heeft op levensbeëindigend handelen. De stervenswens van de patiënt wordt uitsluitend als zodanig erkend.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen naar de verhouding tussen het onderhavige wetsvoorstel en de gevallen van euthanasie bij wilsonbekwamen.

De melding en toetsing overeenkomstig dit wetsvoorstel vinden plaats indien door de arts, alvorens hij tot de beslissing komt om een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen, is vastgesteld dat de patiënt wilsbekwaam was. Ook in het geval de wilsuiting van een patiënt gestoord kan zijn dient eerst te worden vastgesteld of er sprake is van wilsonbekwaamheid bij deze patiënt. Wordt deze vraag bevestigend

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

Kan de patiënt echter niet als wilsbekwaam worden aangemerkt en ontbreekt tevens een schriftelijke wilsverklaring, dan geldt de meldingsprocedure voor levensbeëindiging bij enkele bijzondere categorieën patiënten. Dit houdt in dat de gemeentelijke lijkschouwer de noodzakelijke stukken direct zendt aan de officier van justitie. Zoals wij al in de schriftelijke stukkenwisseling met de Tweede Kamer hebben opgemerkt ligt het in ons voornemen dat deze stukken in de toekomst naar een centrale toetsingscommissie worden gezonden.

Hierboven is reeds ingegaan op de vraag van dezelfde leden met betrekking tot de criteria die worden toegepast bij wilsbekwamen met een wilsverklaring. Samengevat komt dit erop neer dat dezelfde zorgvuldigheidseisen gelden als bij wilsbekwamen met dien verstande dat de toetsing ervan moet worden gerelateerd aan de feitelijke situatie.

De leden van de RPF/GPV en van de SGP-fractie vroegen waarom wij niet in navolging van het buitenland hebben gekozen voor versterking van palliatieve zorg en voor terugdringing van de vraag naar actieve euthanasie.

Alvorens deze vraag te beantwoorden willen wij voor alle zuiverheid opmerken dat de definitie, die in ons land wordt gebruikt voor euthanasie, het begrip actief inhoudt: het gaat om levensbeëindiging door een arts op verzoek van de patiënt. Er moet voor worden gewaakt begripsverwarring te voorkomen.

Er zijn in de laatste jaren vele maatregelen genomen om de palliatieve zorg nog verder te ontwikkelen en te versterken. Ons land staat hiermee op een vergelijkbaar niveau met ontwikkelingen in het buitenland. Wij onderschrijven ten volle het belang van een goede palliatieve zorg. Het is zeer wel mogelijk dat in voorkomende gevallen bij een goede palliatieve zorg de vraag van een patiënt om euthanasie niet meer aan de orde komt. Wij zijn daarbij evenwel van oordeel dat het evenzeer kan voorkomen dat de toepassing van levensbeëindiging op verzoek van de patiënt plaatsvindt in een ziekteproces waarin ook alle aandacht is besteed aan de toepassing van palliatieve zorg.

In het kader van de bespreking met een patiënt van nog eventueel voorhanden zijnde behandelalternatieven, zullen ook de mogelijkheden voor palliatieve zorg ter sprake komen. Het zal dus niet zo zijn, zo beantwoorden wij de vraag van de leden van de RPF/GPV en de SGP-fractie, dat euthanasie zonder meer in de plaats kan komen van palliatieve zorg. De arts zal met de patiënt in diens specifieke situatie alle afwegingen maken die noodzakelijk zijn en met de patiënt diens verzoek bespreken. Op grond van deze afwegingen zal de arts uiteindelijk in alle zorgvuldigheid tot zijn beslissing op het verzoek moeten komen.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP spraken hun zorg uit over het zogenaamde «hellende vlak» met betrekking tot levensbeëindigend handelen. Wij vrezen geen hellend vlak. In het onderhavige wetsvoorstel worden de grenzen aan levensbeëindigend handelen duidelijk gesteld. Daarbij zijn wij niet verder gegaan dan hetgeen uit de jurisprudentie voortvloeit. Wel hebben wij ervoor gekozen dat de arts die zich aan de zorgvuldigheidseisen houdt niet langer strafbaar is. Daarmee begeven wij ons niet op een hellend vlak aangezien de normen in de wet zijn

vastgelegd. Daardoor wordt de regeling en daarmee ook de grenzen aan levensbeëindigend handelen door een arts transparanter.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen zich af hoe sprake kan zijn van een medisch oordeel van de zogenaamde toetsingscommissie. De toetsingscommissie geeft een deskundigenoordeel. Bij de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen komt de beoordeling van het medisch handelen aan de orde. Er wordt overigens niet alleen maar een medisch oordeel gegeven. Het oordeel van de toetsingscommissie is ook van ethische en juridische aard. Dit hangt samen met het feit dat de zorgvuldigheidseisen op al deze vlakken in meer of minder mate raakpunten hebben. Het is om die reden dat de leden van de toetsingscommissie een medische, ethische en juridische achtergrond moeten hebben. Daarmee wordt de kwaliteit van het deskundigenoordeel gewaarborgd.

In dit kader vragen deze leden ook naar het verschil tussen een normaal en een niet normaal medisch handelen. Medisch handelen houdt in dat het handelen behoort tot het deskundigheidsterrein van de arts. Naar algemeen wordt aangenomen is voor de uitvoering ervan medische deskundigheid vereist. Levensbeëindiging is een medische handeling. Levensbeëindiging op verzoek kan naar ons oordeel, en ook op grond van de jurisprudentie terzake, uitsluitend als gerechtvaardigd worden beschouwd indien dit plaatsvindt door een arts ten aanzien van een patiënt die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt – binnen een medische context derhalve en dan nog onder strikte voorwaarden. Deze beperking brengt met zich dat levensbeëindiging op verzoek wél is te beschouwen als een medische handeling, als een handeling die behoort tot het deskundigheids-terrein van een arts. Er is echter geen sprake van *normaal* medisch handelen waarop Afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek inzake de geneeskundige behandelovereenkomst van toepassing is.

Uitgangspunt voor de definitie van euthanasie is de wettelijke omschrijving: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Uit het woord opzettelijk vloeit voort dat sprake moet zijn van de intentie om te doden. Deze intentie ontbreekt bij het niet instellen of staken van een behandeling op verzoek van de patiënt, het afzien van medisch zinloos handelen en het bestrijden van pijn of symptomen, ook als de arts er rekening mee houdt dat dit het levenseinde van de patiënt waarschijnlijk bespoedigt. Laatstgenoemde handelwijzen worden niet tot euthanasie gerekend en behoren tot het normaal medisch handelen.

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

De vraag van de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP of het voldoen aan alle voorwaarden van zorgvuldigheid constitutief is voor het vervallen van de strafbaarheid beantwoorden wij in beginsel bevestigend. Wij

wijzen er echter op dat in uitzonderlijke gevallen onvolkomenheden bij de toepassing van de zorgvuldigheidseisen aan een zorgvuldige toepassing van levensbeëindigend handelen niet in de weg hoeft te staan. Voor een nadere uitwerking op dit punt verwijzen wij naar hetgeen wij hierboven op dit punt hebben opgemerkt.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP vroegen waarom de wilsverklaring in alle gevallen schriftelijk moet worden vastgelegd. Wij benadrukken dat een wilsverklaring alleen dan schriftelijk moet zijn vastgelegd als de patiënt op het moment dat de arts het verzoek om een levensbeëindigende handeling te verrichten wil honoreren wilsbekwaam is. In dat geval moet onderzocht worden of de schriftelijke wilsverklaring is opgesteld op het moment dat de patiënt wilsbekwaam was. De arts mag er dan van uitgaan dat er een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt is. Zou deze wilsverklaring niet op schrift zijn gesteld dan is het niet eenvoudig om te achterhalen in welke toestand de patiënt zijn verzoek heeft gedaan en of het verzoek ook strookt met de wensen van de patiënt. Alhoewel de arts kan afgaan of hetgeen andere hulpverleners en familieleden menen te weten over de stervenswens van de patiënt biedt een schriftelijke wilsverklaring meer zekerheid. De informatie van anderen kan dan dienen ter bevestiging van hetgeen reeds op schrift is gesteld, hetgeen een extra waarborg is voor een zorgvuldige beslissing tot toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. De arts heeft met de schriftelijke wilsverklaring een duidelijk aanknopingspunt voor zijn verder handelen.

Dezelfde leden vroegen ook of euthanasie kan worden toegepast op dementerende bejaarden.

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Deze ziekte kenmerkt zich door een sluipend begin met een geleidelijke progressie. In het beginstadium treedt vergeetachtigheid op, maar heldere momenten overheersen. In het verloop van de ziekte nemen de heldere momenten af. Dementie vormt op zichzelf geen reden voor levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Dit geldt uiteraard ook voor andere ziekten. Ook bij de beoordeling van een in een schriftelijke wilsverklaring neergelegd verzoek om levensbeëindiging vindt besluitvorming plaats aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria. Het ziektebeeld speelt daarbij een rol, omdat moet worden vastgesteld of, en zo ja, in hoeverre, de gevolgen van het ziektebeeld een uitzichtloos en ondraaglijk lijden impliceren. Het uitzichtloos en ondraaglijk lijden moet geplaatst kunnen worden in het ziektebeeld. Dit is bij demente patiënten de prangende vraag. Aangenomen kan worden dat het besef van een diep demente patiënt dermate is afgenomen dat verondersteld kan worden dat ondraaglijk lijden niet meer kan worden ervaren.

Het voorgaande neemt niet weg dat een bijkomend somatisch lijden bij de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijden kan veroorzaken. Tot de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging zal wél aanleiding kunnen zijn indien uit concrete feiten en omstandigheden binnen de situatie waarin de demente patiënt verkeert, is af te leiden dat deze ondraaglijk lijdt onder uiterst onaangename gevolgen van zijn dementie of onder andere bijkomende aandoeningen. Concluderend geldt, dat voor de bepaling of sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in het geval van dementie geen andere criteria gelden dan in het geval van andere ziekten en dat alleen aan de hand van de omstandigheden van het geval, en niet aan de hand van het algemene ziektebeeld, door een arts wordt bepaald of een verzoek om levensbeëindiging kan worden ingewilligd.

De leden van de RPF/GPV en SGP-fractie vroegen welke maatregelen worden getroffen om het ethos van artsen hoog te houden. Het hooghouden van de beroepsethos is een zaak voor de beroepsgroep

zelf. Tijdens de opleiding, de bij- en nascholingen bij inter- en supervisie wordt hieraan aandacht gegeven.

De leden vragen zich af welke maatregelen worden getroffen richting patiënten die hun arts wantrouwen vanwege het bekend worden van zijn medewerking aan euthanasie.

Een verzoek om levensbeëindiging gaat uit van de patiënt. De formulering van de vraag roept de gedachte op dat een arts die op zo'n verzoek ingaat en handelt conform de zorgvuldigheidscriteria een bedreiging voor patiënten zou vormen en daarmee zijn we het oneens. Indien een patiënt zijn arts wantrouwt kan hij zonder probleem van arts veranderen.

Ook stelden de leden de vraag hoe de weerstand van artsen tegen druk vanuit de omgeving (erfgenamen, pensioenfondsen, verzekeringsmaatschappijen) kan worden vergroot om op grond van ondraaglijk lijden euthanasie toe te passen.

Een dergelijke druk is nooit uit te sluiten. Van de arts wordt verwacht dat hij het verzoek van de patiënt beoordeelt en vaststelt of dit verzoek in alle vrijheid is genomen en dat het verzoek niet wordt ingegeven door gebrek aan zorg of door druk van buiten af. Van de arts wordt verwacht dat hij een eventuele verborgen boodschap herkent en naar bevinding zal handelen. Hij kan nimmer tot handelen met betrekking tot levensbeëindiging worden gedwongen. Dat geldt eveneens voor de vraag van de leden met betrekking tot de steeds moeilijker worden positie van artsen in de zorg die in hun visie zou leiden tot een verdere verruiming van de zorgvuldigheidseisen van ondraaglijk lijden. Wij menen dat daarvan op grond van het bovenstaande geen sprake is.

De leden van de SP-fractie stelden een vraag met betrekking tot de aanwezigheid van achterstanden en tekorten in de ouderenzorg, de verpleeghuizen en de palliatieve zorg en de invloed daarvan op de vraag naar euthanasie. Voorts vroegen zij ons of wij bereid zijn om deze tekorten en achterstanden eerst weg te werken.

Toen het eerste Paarse kabinet aantrad, trof zij een situatie aan in verpleeg- en verzorgingstehuizen, die dringend verbetering behoefde. Het kabinet heeft zich toen direct ingezet om de capaciteit en de kwaliteit van de verpleeg- en verzorgingstehuizen te verbeteren. Dit is gedaan door het verminderen van de meerpersoonskamers en door het stimuleren van andere vormen van zorg. De kwaliteit van leven van de bewoners van verzorgings- en verpleegtehuizen is ons inziens duidelijk verbeterd. Het aantal bedden per kamer en de wachtlijsten in de zorg lopen terug. Aan deze tekorten en achterstanden wordt dus, niet zonder resultaat, hard gewerkt.

Wij kunnen niet uitsluiten dat een verzoek om euthanasie wordt ingegeven door een gebrek aan aandacht of zorg. Hierboven gaven wij aan dat een arts dan ook altijd alles in het werk moet stellen om het werkelijke motief van een verzoek te achterhalen.

Wij zijn ervan overtuigd dat in de medische beroepsgroep het honoreren van een verzoek om euthanasie tot de allermoeilijkste beslissingen behoort en een beslissing is, die zelden als «de gemakkelijkste weg» gekozen zal worden. Daarbij merken wij op dat het aantal afgewezen verzoeken bijna twee derde van het totaal aantal verzoeken bedraagt, hetgeen naar onze mening een aanwijzing vormt voor de wijze waarop artsen met een verzoek om euthanasie plegen om te gaan. Het is naar ons oordeel dan ook geen zaak van of-of, maar van en-en. Wij streven enerzijds naar het bevorderen van een optimale kennis en ontwikkeling van palliatieve zorg en pijnbestrijding en anderzijds naar het scheppen van de mogelijkheid dat een arts in de situatie waarin een patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, in een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding mag honoreren.

De leden van de SP-fractie vroegen ons oordeel over het standpunt van de NVVE dat is verwoord in haar brief aan de leden van de Eerste Kamer van 18 januari inhoudende dat de «patiënt» de verzoeker is en dat niet relevant is of deze persoon ziek is.

Ziek zijn is een rekbaar begrip dat samenhangt met de beleving van betrokkene. Het heeft dan ook weinig zin om uit te wijden over wat ziek en wat niet ziek is. Waar het in dit voorstel van wet om gaat is dat het een verzoeker moet betreffen die uitzichtloos en ondraaglijk lijdt.

Wij wijzen er op dat termen als «patiënt» of «ziek» niet de doorslag geven. Ziek zijn is, zoals hierboven aangegeven, een uitermate subjectief begrip. Waar het in dit wetsvoorstel in de kern om gaat is de vraag of betrokkene uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. In die zin kunnen wij ook de brief van de NVVE onderschrijven.

De leden van de SP-fractie vroegen of wij het oordeel delen dat goede palliatieve zorg het aantal euthanasieverzoeken doet afnemen. Ook vroegen ze zich af of de meeste euthanasievragen hulpvragen zijn die feitelijk een gebrek aan palliatieve zorg maskeren.

De vraag of goede palliatieve zorg het aantal euthanasieverzoeken doet afnemen is afhankelijk van de situatie waarin de patiënt zich bevindt.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel hebben wij aangegeven dat euthanasie alleen verantwoord kan plaatsvinden in de context van goede palliatieve zorg. Het gaat erom dat serieus aandacht wordt besteed aan de vraag of er mogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt te verlichten en zo ja, op welke wijze dit gerealiseerd kan worden. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt afziet van het verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, of dat het niet tot inwilliging van het verzoek komt omdat de patiënt met behulp van goede palliatieve zorg zijn grens van wat hij nog kan en wil verdragen steeds verder verlegt.

In sommige gevallen kan het beëindigen van het leven van een patiënt door euthanasie het sluitstuk zijn van goede palliatieve zorg.

Daarnaast kan het nog zo zijn dat de patiënt niet meer verder kan en wil leven ondanks alle zorg waarmee hij wordt omgeven of die hem nog wordt aangeboden. In dit geval ziet de patiënt af van de mogelijkheid van goede palliatieve zorg en kiest hij voor levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

Deze leden vroegen waarom wij dan niet bereid zijn het voorstel te ondersteunen om te komen tot palliatieve supportteams en om palliatieve consultatie voorafgaande aan euthanasie verplicht te stellen.

Wij zijn van mening dat het niet noodzakelijk is om het voorstel van palliatieve supportteams te ondersteunen. De huidige regeling biedt de mogelijkheid gebruik te maken van consultatie van een collega van dezelfde discipline of juist van een andere discipline.

Daarnaast wordt aan de palliatieve deskundigheid van een consulent nadrukkelijk aandacht besteed in het SCEN-project.

Meer in algemene zin is kennis van de palliatieve zorg als eindterm opgenomen in het Besluit inzake de artsopleiding. Dit is gebaseerd op de Wet BIG. De faculteiten bepalen zelf hoe de eindtermen in concreto worden vertaald in het eindprogramma.

Is de regering het in dat verband met deze leden eens, zo vroegen zij voorts, dat ook hier geldt dat preventie de voorkeur verdient, dat waar mogelijk voorkomen moet worden dat de betrokkene om euthanasie verzoekt?

In het algemeen geldt voor de gezondheidszorg dat van de overheid mag worden verwacht dat zij randvoorwaarden creëert, waarbinnen de zorgverleners op basis van professionele autonomie hun werk kunnen doen. Hieronder wordt ook verstaan het verlenen van goede palliatieve zorg.

Dit laat echter onverlet dat het een keuze van de patiënt is in hoeverre hij kiest voor palliatieve zorg, hoe lang hij daarvan gebruik wil maken en wanneer voor hem de grens is bereikt. De keuze van de patiënt geeft uiteraard geen afdwingbaar recht op levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Het is aan de arts om met de patiënt de mogelijkheden te bespreken en om vervolgens, wanneer de patiënt bij zijn verzoek blijft in alle zorgvuldigheid zijn afweging te maken of hij het verzoek ook zal kunnen en willen inwilligen.

De leden van de SP-fractie wilden graag geïnformeerd worden over de verhouding tussen de toetsingscommissies enerzijds en het openbaar ministerie anderzijds nu in het wetsvoorstel de mogelijkheid van strafbaarheid weliswaar wordt gehandhaafd, maar de toetsingscommissies door hun bevoegdheden de mogelijkheid krijgen om te beslissen of een arts zorgvuldig heeft gehandeld en alleen indien dat volgens de commissies niet het geval is, de commissies zulks melden aan het openbaar ministerie.

Bij de opzet van de regeling is een andere wijze van strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding neergelegd dan thans geldt. De algemene strafbaarstelling van deze gedragingen wordt weliswaar niet opgeheven, maar wel beperkt in die zin, dat de arts, die voldoet aan de gestelde zorgvuldigheidseisen, niet langer strafbaar is. Daarbij wordt voorzien in een systeem van uiterst nauwgezette controle achteraf, in iedere zaak afzonderlijk. Deze controle heeft plaats in de vorm van een beoordeling van ieder gemeld geval van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door gemengde commissies van deskundigen. Deze commissies zullen zich alleen uitlaten over de vraag of de arts de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht zonder enige vooronderstelling van een – al dan niet strafrechtelijk verwijtbaar – onjuist handelen van de arts. De toetsing omvat zowel het besluitvormingsproces vooraf, inclusief de consultatie, als de uiteindelijke uitvoering. Dit houdt in dat de commissies alle aspecten van het handelen van de arts tegen het licht houden vanuit een medische, een juridische en een ethische deskundigheid. Dit verklaart ook het belang van een paritaire samenstelling van de commissies uit de drie vertegenwoordigende disciplines die bij de besluitvorming zijn betrokken. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen, brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. Bij het openbaar ministerie volgt dan de strafrechtelijke toetsing door het openbaar ministerie. Het behoort tot de exclusieve taak van de officier van justitie om zich bij het nemen van de vervolgingsbeslissing af te vragen of aannemelijk is dat de rechter na de afsluiting van het onderzoek op de terechtzitting tot de conclusie zal komen dat de strafuitsluitingsgrond aanwezig is.

Wij onderschrijven niet de conclusie van de leden van de SP-fractie dat voornoemde procedure betekent dat de toetsingscommissies in feite de taak en rol van het openbaar ministerie overnemen. Ten eerste hebben wij aangegeven dat de commissies zich niet uitlaten over de vraag of de arts strafrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Ten tweede laat de procedure onverlet dat het openbaar ministerie in al die gevallen waarin er een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit is een opsporingsonderzoek kan instellen. Dit is immers de taak van het openbaar ministerie. Deze wordt niet overgenomen door de commissies.

De leden van de SP-fractie wilden de argumenten weten op grond waarvan is geoordeeld dat het instellen van de adviescommissies met een zwaarwegend advies aan het openbaar ministerie niet tot het gewenste

resultaat zou kunnen leiden. Wij willen voorop stellen dat de keuze voor een toetsingscommissie niet is ingegeven door het feit dat een adviescommissie niet in staat zou zijn een vakkundig deskundigenoordeel te geven. Wij hebben voor de voorliggende opzet gekozen om de navolgende redenen. In 1994 werd de meldingsprocedure euthanasie ingevoerd en wettelijk verankerd in de Wet op de lijkbezorging (Besluit van 17 december 1993, Stb. 688). Volgens deze procedure maakt de arts geen verklaring van overlijden op, maar meldt hij de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aan de gemeentelijke lijkschouwer en overhandigt hem een beredeneerd verslag.

De gemeentelijke lijkschouwer verwittigt op zijn beurt de burgerlijke stand en de officier van justitie ter verkrijging van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding. De toetsing van en besluitvorming over het gemelde levensbeëindigend handelen vindt plaats door de officier van justitie.

Naar aanleiding van het evaluatie-onderzoek, waarvan het rapport getiteld: «Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde; 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 1996/97, 23 877, nr. 13). De toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding werd opgedragen aan regionale toetsingscommissies, die tot taak hebben te beoordelen of de arts ter zake zorgvuldig heeft gehandeld. Dit oordeel brengen zij ter kennis van het openbaar ministerie dat, zolang in de strafbaarstelling van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding geen wijziging wordt gebracht, in alle voorkomende gevallen een vervolgingsbeslissing moet nemen. De aldus aangepaste meldingsprocedure trad in werking op 1 november 1998.

Van verschillende kanten, onder meer door de KNMG en de NVVE, werd de verwachting uitgesproken, dat de toegevoegde waarde van toetsingscommissies en in samenhang daarmee de verwachte toeneming van het aantal meldingen beperkt blijven, zolang dit handelen van artsen strafbaar zou blijven. Deze organisaties zijn sindsdien ook blijven aandringen op aanpassing van de strafrechtelijke norm. Het toenmalige kabinet besloot evenwel op dat moment (nog) niet de aanpassing van de ter zake geldende strafbepalingen te bevorderen.

Het onderhavige wetsvoorstel vormt, zoals gezegd, 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.

Het is dus niet zo, zoals de leden van de SP-fractie veronderstelden dat wij van mening zijn dat de meldingsbereidheid van artsen zal toenemen indien de toetsingscommissie in plaats van het openbaar ministerie gaat beslissen over de zorgvuldigheidseisen. Onze verwachting dat de meldingsbereidheid zal toenemen is gelegen in de keuze om de euthanasie en hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar te doen zijn. Dit maakt de toch al zware beslissing om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen emotioneel draaglijker voor de arts en, in mindere mate, voor de patiënt.

Wij beschikken niet over bewijzen – dit in antwoord op een vraag van dezelfde leden – dat adviescommissies met een zwaarwegend advies aan het openbaar ministerie niet tot een vergelijkbaar resultaat zouden kunnen komen. Wel zijn wij van mening, en daarin worden wij gesterkt door de KNMG, dat een opheffing van de strafbaarstelling van levensbeëindigend handelen een positieve invloed op de meldingsbereidheid zal hebben. Indien euthanasie of hulp bij zelfdoding zorgvuldig wordt uitgevoerd is er geen strafbaar feit gepleegd en is er dus ook geen taak voor het openbaar

ministerie weggelegd. In deze opzet past geen adviescommissie, maar wel een zelfstandig beslissende toetsingscommissie.

De leden van de SP-fractie vroegen om meer duidelijkheid over de reikwijdte van het zogenaamde Schoonheim-criterium.

Uit het Schoonheimarrest kan worden opgemaakt dat onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan worden verstaan de vrees voor een verdergaande ontluistering of de kans niet meer op waardige wijze te kunnen streven. De patiënt verkeert in een situatie die naar medisch inzicht leidt tot een verdergaande verergering van het reeds als ondraaglijk ervaren lijden, waardoor een zodanige ontluistering zou intreden dat de patiënt niet meer op een menswaardige wijze zou kunnen sterven.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voorzover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medische ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood. Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. De enkele verwachting van een ontluistering is op zichzelf geen uitzichtloos lijden.

Met het bovenstaande willen wij aangeven dat het Schoonheim-criterium niet alleen op een bepaalde ziekte of bepaalde categorieën ziekten van toepassing is. Per individueel geval zal de arts zich een oordeel moeten vormen over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dit geldt ingeval van de ziekte van Alzheimer, maar ook voor de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington of MS.

Het lid van de fractie van OSF heeft ons de vraag voorgelegd wat de reden is dat pas na levensbeëindiging op verzoek een toetsingscommissie wordt ingeschakeld. Wij gaan hieronder in op de vele vragen op dit punt.

De beoordeling vooraf van een voornemen tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door toetsingscommissies achten wij niet wenselijk. De beslissing om het uitdrukkelijke verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in te willigen komt toe aan de arts, die dit afweegt in samenspraak met de patiënt binnen de context van hun behandelrelatie. Wij zien geen aanleiding hierin verandering te brengen. Een beoordeling vooraf van het voornemen tot levensbeëindigend handelen door commissies zou neerkomen op toestemming vooraf, hetgeen in onze ogen afbreuk doet aan de autonomie van de arts als hulpverlener en aan de intimiteit rond het ziekbed. De met zodanige beoordeling vooraf onvermijdelijk gepaard gaande procedurele aspecten zouden voorts leiden tot een bureaucratisering van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek. Dit is onwenselijk, niet alleen met het oog op de precare situatie waarin de patiënt, diens familie en naasten zich bevinden, maar ook op heel praktische gronden. Mede naar aanleiding van de vraag van het lid van de OSF fractie dat elke onzorgvuldigheid er een te veel is, benadrukken wij dat wij veel belang hechten aan de consultatie van een tweede, onafhankelijke arts als waarborg voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijke afweging van de zorgvuldigheidsnormen door 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 lid van de OSF fractie vroeg zich af in hoeverre het eigen normen- en waardenstelsel van de behandelend arts een rol zal spelen bij het al dan niet inwilligen van een verzoek tot levensbeëindiging. De regeling voorziet in objectieve criteria die toetsbaar en inzichtelijk zijn. De zorgvuldigheidseisen zijn ontleend aan de jurisprudentie die in de afgelopen jaren terzake van deze problematiek is gevormd. Bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen heeft de rechter voor de feitelijke waardering van de situatie van de patiënt van met of aan aansluiting gezocht bij het «wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en in de medische ethiek geldende normen». De voorgestelde zorgvuldigheidseisen zijn dan ook congruent met de binnen de beroepsgroep geldende «professionele standaard». De arts zal zijn beslissing op deze objectieve normen moeten baseren. Dit wil niet zeggen dat bij de waardering van de objectieve normen in het concrete geval geen subjectief aspect wordt betrokken. Dit is inherent aan het beoordelen van een individuele situatie op basis van abstract geformuleerde criteria. Het oordeel van de consulent biedt een waarborg voor een juiste toepassing van de zorgvuldigheidscriteria. De mogelijkheid om een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding af te wijzen waarborgt dat de arts niet hoeft te handelen in strijd met zijn eigen normen- en waardenstelsel. Het lid van de fractie van OSF vroeg zich af of nog wel kan worden gesproken van voldoende objectiviteit gezien de reële mogelijkheid dat verschillende artsen over dezelfde casus verschillend zullen oordelen. De zorgvuldigheidseisen zijn sinds de totstandkoming van de meldingsprocedure in de praktijk goed bruikbaar gebleken voor de toetsing achteraf van meldingen. Uit de praktijk totnutoe is niet gebleken dat de behandelend arts en de consulent in een concrete situatie tot een geheel verschillend oordeel komen over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Het blijft uiteindelijk de behandelend arts die eindverantwoordelijk is voor de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding.

3. Betekenis van de bijzondere strafuitsluitingsgrond

De leden van de CDA-fractie vroegen of in het geval in de rechtspraak in de zaak Brongersma artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht van toepassing wordt verklaard dit zal leiden tot een aanpassing van het voorliggende wetsvoorstel of van de verruiming van de werkingsfeer. In de zaak Brongersma was met name de vraag aan de orde of sprake was van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit de feiten kan worden opgemaakt dat het in die zaak ging om iemand op hoge leeftijd, die niet zozeer in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, maar die ondraaglijk leed omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven. Zodanig lijden wordt tot dusver niet begrepen onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals dat in de huidige meldingsprocedure en ook in het onderhavige wetsvoorstel is vastgelegd.

De ondraaglijkheid van het lijden is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan bovendien moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd.

De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden achteraf komt neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.

Dit is anders voor wat betreft het begrip uitzichtloosheid, waarvoor –

uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend is. Volgens geobjectiveerde medische maatstaven moet worden nagegaan of de situatie van de patiënt nog te verbeteren is. Als deze vraag ontkennend moet worden beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel indien er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, binnen afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.

De begrippen uitzichtloos en ondraaglijk zijn, ook blijkens de jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zij vormen elk een noodzakelijke, maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Bij de toetsing van gemelde gevallen worden beide begrippen tot dusver ook te allen tijde in onderlinge samenhang gewogen.

Er is geen reden om het voorliggende wetsvoorstel op dit punt te wijzigen naar aanleiding van een nadere uitspraak in de zaak Brongersma. Ook is het in dit licht niet gewenst om van een verruiming van de werkingssfeer melding te maken. Niet ondenkbaar is dat uit het opnieuw beoordelen en wegen van het feitencomplex komt vast te staan dat er in het concrete geval inderdaad sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Alsdan komt pas de vraag aan de orde of en zo ja in welke zin de regeling aanpassing behoeft.

Het voorgaande is ook een begin van een antwoord op de vraag van dezelfde leden met betrekking tot de wijze waarop de regering om zal gaan met uitspraken van rechterlijke colleges op het onderhavige terrein. Telkens zal in een geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding moeten worden beoordeeld of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en of de levensbeëindigende handeling is gemeld. Als dit is gebeurd, is als zodanig aan de regelgeving voldaan. Wij zijn het met de leden van de CDA-fractie eens dat de toetsing van de zorgvuldigheidseisen van de concrete omstandigheden afhangt. Het is dan ook van groot belang dat deze toetsing bijzonder zorgvuldig geschiedt. Aan deze zorgvuldigheid draagt bij de wetenschap van de arts dat zijn handelwijze achteraf wordt getoetst door een uit verschillende relevante disciplines samengestelde toetsingscommissie.

Wij zijn het ook met de leden van de CDA-fractie eens dat door rechterlijke colleges geformuleerde toetsingscriteria niet zonder meer kunnen worden verheven tot wettelijke criteria. Dit is ook niet gebeurd bij de opstelling van het huidige wetsvoorstel. Aan de opstelling van de onderhavige regelgeving hebben vele jaren jurisprudentievorming en maatschappelijke discussie ten grondslag gelegen. Pas nadat consensus was verkregen over de toe te passen zorgvuldigheidseisen zijn laatstgenoemde eisen in een voorstel voor een wettelijke regeling vastgelegd.

Tot op heden hebben rechterlijke colleges bij hun beoordeling van euthanasie en hulp bij zelfdoding slechts houvast aan in de jurisprudentie ontwikkelde regels. Na aanvaarding van het onderhavige wetsvoorstel zal voortaan een wettelijke regeling ten grondslag aan hun beoordeling liggen. In tegenstelling tot in de jurisprudentie ontwikkelde regels kan van een wettelijke regeling niet worden afgeweken. Een rechterlijk college kan dan ook geen nieuw toetsingscriterium ontwikkelen. In dat opzicht behoudt – in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie op dit punt – de wetgever zijn eigen verantwoordelijkheid. De rechter is uiteraard wel gehouden de feiten te toetsen aan de door de wetgever opgestelde regelgeving.

De leden van de CDA-fractie vroegen of de rechterlijke macht niet in de rol van wetgever wordt gedrongen gelet op het gewicht dat de wetgever toekent aan uitspraken van rechterlijke colleges in individuele gevallen. Meer in het algemeen merken wij op dat het niet ongebruikelijk is dat in

de jurisprudentie normen worden ontwikkeld die later worden gecodificeerd. Een voorbeeld hiervan vormen delen van het in 1992 ingevoerde Burgerlijk Wetboek. Ook op het terrein van de euthanasie en hulp bij zelfdoding is passend gebruik gemaakt van de normen die zich in de rechtspraak hebben uitgekristalliseerd. Deze normen zijn in de praktijk werkbaar en toetsbaar gebleken. Bovendien zijn deze normen de afgelopen decennia onderhevig geweest aan een brede maatschappelijke discussie. Het onderhavige wetsvoorstel sluit aan bij hetgeen in de praktijk breed wordt gedragen. In zoverre is er op dit moment geen reden, dit in antwoord op een vraag van voornoemde leden, af te wijken van rechterlijke oordelen. Met het bovenstaande wordt ook een antwoord gegeven op een vraag van dezelfde leden welke normen de regering hanteert om in de naaste toekomst af te wijken van rechterlijke oordelen. Toetsingscriteria die zijn ontwikkeld door de rechterlijke macht moeten zich maatschappelijk bewijzen. Deze zullen niet zonder meer worden overgenomen.

De leden van de CDA-fractie vroegen of wij het met hen eens is dat waar de toetsingscommissie een positief oordeel geeft over het handelen van de arts, het openbaar ministerie de facto geen redelijk vermoeden van een strafbaar feit meer kan constateren.

Het vervolgingsmonopolie behelst het alleenrecht van het openbaar ministerie om strafzaken bij de strafrechter aan te brengen. In het verlengde daarvan is het openbaar ministerie bevoegd om een opsporingsonderzoek in te stellen. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek is slechts aanleiding bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dit geldt in het algemeen en niet slechts bij de strafbare feiten waar het bij dit wetsvoorstel om gaat. In dit opzicht wordt ingevolge dit wetsvoorstel op het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie geen inbreuk gemaakt, omdat het openbaar ministerie in alle gevallen de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolging over te gaan. Wel leidt dit wetsvoorstel ertoe dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie ter zake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Dit wetsvoorstel strekt er namelijk toe, de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. Dit gebeurt door opnemings van de voorgestelde bijzondere strafuitsluitingsgrond in artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, is er geen sprake van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. In die gevallen is er ook geen aanleiding de zaak aan het openbaar ministerie voor te leggen. Zonder bijkomende informatie zal er voor het openbaar ministerie geen aanleiding zijn voor het instellen van strafrechtelijk onderzoek. Dit houdt dus in dat in beginsel ook na een positief oordeel van de toetsingscommissies een strafrechtelijk onderzoek kan worden ingesteld. Het vervolgingsrecht van het openbaar ministerie is dus niet beperkt. Een vraag op dit punt van voornoemde leden beantwoorden wij dan ook ontkennend.

De leden van de CDA-fractie constateerden terecht dat aanleiding tot vervolging kan ontstaan, indien het openbaar ministerie zulks nodig acht, *nadat* de commissie het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld of indien een opsporingsonderzoek daartoe aanleiding geeft. Zodanig opsporingsonderzoek zou kunnen worden ingesteld na een aangifte door familie of na een mededeling van de gemeentelijke lijkschouwer aanstonds na de overlijdensmelding.

De leden van de CDA-fractie verlangden duidelijkheid over het karakter van het toetsingsoordeel van de commissie. Graag verschaffen wij de gevraagde duidelijkheid. De toetsingscommissies zullen zich alleen uitlaten over de vraag of de arts de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht

zonder enige vooronderstelling van een – al dan niet strafrechtelijk verwijtbaar – onjuist handelen van de arts. De toets omvat zowel het besluitvormingsproces vooraf, inclusief de consultatie, als de uiteindelijke uitvoering. Dit houdt in dat de commissies alle aspecten van het handelen van de arts tegen het licht houden vanuit een medische, een juridische en een ethische deskundigheid. Dit verklaart ook het belang van een paritaire samenstelling van de commissies uit de drie vertegenwoordigende disciplines die bij de besluitvorming met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn betrokken. Het medisch oordeel is met name van belang voor het beoordelen van de medische situatie van de patiënt en over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Het ethisch oordeel zal met name betrekking hebben op de handhaving van de medisch-ethische waarden. Als voorbeeld kan genoemd worden de beoordeling van de vraag of de arts voldoende indringend met de patiënt heeft gesproken. Het juridisch oordeel heeft betrekking op de toepasselijkheid van alle zorgvuldigheidseisen, waarbij voor de beoordeling van de specifieke eisen de jurist afgaat op het oordeel van de andere leden van de commissie. Deze meer overkoepelende taak rechtvaardigt dat een jurist voorzitter is van de toetsingscommissie. Met dit laatste is ingegaan op de vraag van de leden van de CDA-fractie waarom een jurist voorzitter van de toetsingscommissie dient te zijn. Overigens betekent het voornoemde niet dat ieder lid van de toetsingscommissie uitsluitend op zijn terrein een oordeel geeft. De toetsingscommissie geeft als commissie een oordeel, waarbij gebruik wordt gemaakt van de specifieke expertise van de leden. Het gaat om een deskundigenoordeel.

De leden van de CDA-fractie vroegen of de officier van justitie of de politie moet wachten met het starten van een opsporingsonderzoek of met het vorderen van een gerechtelijk vooronderzoek totdat het advies van de toetsingscommissie is afgegeven. Dit is niet zonder meer het geval. Een opsporingsonderzoek kan onmiddellijk worden ingesteld na een aangifte door familie of na een mededeling van de gemeentelijke lijkschouwer aanstonds na de overlijdensmelding. In die gevallen behoeft het oordeel van de toetsingscommissie niet te worden afgewacht. Indien hiervan geen sprake is kan de vervolging pas een aanvang namen nadat de toetsingscommissies het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld. Alsdan is pas sprake van een vermoeden van een strafbaar feit. De vraag van de leden van de CDA-fractie of de aanvang van de redelijke termijn van artikel 6 EVRM niet onduidelijk wordt ten gevolge van het niet melden van positieve oordelen van de toetsingscommissies beantwoorden wij ontkennend. De redelijke termijn van artikel 6 EVRM neemt eerst een aanvang nadat tegen de betrokkene een vervolging is ingesteld.

De toetsingscommissies moeten hun oordeel geven binnen maximaal 12 weken na ontvangst van het verslag van de lijkschouwer. Is dat oordeel positief, dan komt de vraag naar het instellen van een vervolging niet aan de orde is. Is dat oordeel negatief, dan is het aan het openbaar ministerie om te beoordelen of een strafvervolging wordt ingesteld. Er is geen reden om te veronderstellen dat dit niet binnen korte tijd zal plaatsvinden. Het geval dat deze leden noemden, namelijk dat pas een jaar na een positief oordeel, aangifte zal worden gedaan, kan onzes inziens hier buiten beschouwing blijven. Er is geen reden te veronderstellen dat, zo er reden is tot aangifte, deze niet aanstonds, nog voordat de toetsingscommissie tot een oordeel heeft kunnen komen, zal worden gedaan.

Wij kunnen instemmend antwoorden op de vraag van de leden van de CDA fractie of wij van mening zijn dat de zorgvuldigheidseisen met het oog op de geloofwaardigheid van het wetsvoorstel zeer serieus moeten worden genomen. Dezelfde leden vroegen waarom een toetsingscommissie de ruimte krijgt

om ondanks onvolkomenheden bij het voldoen aan de zorgvuldigheidseisen toch tot een positief oordeel te komen.

Van de 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. Daarom is een scherpe onderscheiding in het régime waaronder niet-inachtneming van de onderscheiden zorgvuldigheidseisen is gesanctioneerd, niet wenselijk. 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.

De meest afgewogen reactie op onzorgvuldig handelen in voorkomend geval komt tot stand 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 leden van de CDA-fractie vroegen waar de wettekst de ruimte laat voor de toetsingscommissie om tot een positief oordeel te komen ondanks dat er onvolkomenheden bij de toepassing van de zorgvuldigheidseisen zijn geconstateerd. Voorzover deze leden vragen naar concrete bewoordingen zijn deze niet in de tekst terug te vinden. Wij hebben bewust geen uitzonderingen op de toepassing van de zorgvuldigheidseisen opgenomen. Daarmee wordt duidelijk dat aan alle vereisten moet zijn voldaan. Uitzonderingen zijn als zodanig niet mogelijk. Bij de uitvoering van de zorgvuldigheidseisen kunnen zich echter uitzonderlijke gevallen voordoen waarin het onverhoopt niet mogelijk is om volledig aan een zorgvuldigheidsvereiste te voldoen. Daarmee vervalt het zorgvuldigheidsvereiste nog niet. Maar er kan niet voor honderd procent aan worden voldaan. Of dit in de concrete situatie gerechtvaardigd is moet uiteindelijk de toetsingscommissie beoordelen.

De leden van de CDA-fractie vroegen ons argumenten te noemen tegen een constructie waarin de toetsingscommissie zich strikt baseert op de wettekst en bij enige onvolkomenheid tot een negatief oordeel komt, maar in de overwegingen het gewicht van de onvolkomenheid een zodanige plaats geeft dat dit het openbaar ministerie niet kan ontgaan bij de justitiële toets. Wij zijn geen voorstander van een dergelijke constructie. Dit wetsvoorstel voorziet juist in een toetsingscommissie die over de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding oordeelt. Het geven van een oordeel over de juiste toepassing van de zorgvuldigheidseisen is niet van eenvoudige aard. Om die reden is ervoor gekozen om een uit verschillende relevante disciplines samengestelde commissie te laten oordelen over de zorgvuldigheidseisen. De aanwezigheid van een medicus, een ethicus en een jurist in de toetsings-

commissie draagt bij aan een zuivere beoordeling van mogelijke onvolkomenheden bij de toepassing van de zorgvuldigheidseisen. Elk lid van de commissie kan vanuit zijn of haar eigen discipline hierover een oordeel geven. Wij zijn van mening dat daardoor het eindoordeel van de commissie recht doet aan de concrete situatie. Wij hechten eraan om de volwaardige plaats van dat eindoordeel zoals dat thans in het wetsvoorstel is neergelegd te handhaven.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in het geval wordt bepaald dat de toetsingscommissie een negatief oordeel dient te geven bij het constateren van onvolkomenheden in de toepassing van de zorgvuldigheidsnorm, dit niet betekent dat het openbaar ministerie of de inspectie moet overgaan tot het nemen van maatregelen. Met deze constatering kunnen wij instemmen. Zij zijn van mening dat de door hen voorgestane constructie beter recht doet aan de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Zoals uit het bovenstaande blijkt kunnen wij hier niet mee instemmen. Het wetsvoorstel strekt ertoe de toetsingscommissie een eigen, volwaardige, positie te geven. Dat deze positie het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie niet aantast is hierboven uiteengezet.

De leden van de CDA-fractie constateerden tegenstrijdige opmerkingen met betrekking tot het al dan niet zenden van een positief oordeel van de toetsingscommissie aan het College van procureurs-generaal. Wij betreuren dit. De regel is dat een positief oordeel van de toetsingscommissie, ook als dit positieve oordeel tot stand is gekomen na afweging van mogelijke onvolkomenheden bij de toepassing van de zorgvuldigheidseisen, niet wordt gezonden naar het College van procureurs-generaal. De leden van de CDA-fractie benadrukten nog eens dat zij het in dat geval wenselijk vinden dat dit positieve oordeel wel naar het College van procureurs-generaal wordt gezonden. Zij achten dit in het bijzonder wenselijk bij een grote onvolkomenheid die desondanks tot een positief oordeel leidt.

Hierboven hebben wij uiteengezet waarom wij hechten aan het geven van de volle verantwoordelijkheid aan de toetsingscommissie, zonder daarmee de verantwoordelijkheid van het openbaar ministerie aan te tasten.

De leden van de CDA-fractie wilden graag weten wat de aard van de toetsing van de toetsingscommissie is, een medische of een juridische. Op een vraag van deze leden van gelijke strekking zijn wij hierboven reeds uitvoerig ingegaan. Wij mogen daarnaar verwijzen.

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat het wetsvoorstel op zichzelf leidt tot grotere juridische en principiële zuiverheid. Zij vroegen zich echter af of dit in de praktijk ook tot verbeteringen zal leiden en of de wet zal bijdragen aan een betere controleerbaarheid van de praktijk. Naar onze mening ligt de verbetering in de transparantie van de regeling. Alhoewel in de jurisprudentie normen zijn ontwikkeld op grond waarvan levensbeëindigend handelen gerechtvaardigd is, zijn deze normen niet systematisch vastgelegd. Dit betekent dat vooraf niet precies duidelijk is welk gewicht in een concreet geval aan de normen moet worden toegekend. Door een duidelijke normstelling in het onderhavige wetsvoorstel vast te leggen, behoeft niet langer te worden afgewacht op welke wijze de rechtspraak reageert op levensbeëindigend handelen door een arts. Het feit dat de zorgvuldigheidseisen in het wetsvoorstel ook per geval moeten worden beoordeeld doet daaraan niet af. Op grond van het wetsvoorstel staan alle zorgvuldigheidsnormen waaraan moet worden getoetst, alsmede de wijze van melding en afhandeling van een levensbeëindigende handeling zonder meer vast. Daaraan kan niet worden getornd. Zowel de arts als de patiënt weten waaraan zij toe zijn. Door deze inzichtelijkheid verwachten wij dat de toepassing van euthanasie en hulp

bij zelfdoding ook in de praktijk tot een verbetering zal leiden. Het voorgestelde systeem voorziet in een uiterst nauwgezette controle achteraf, in iedere zaak afzonderlijk. Deze controle heeft plaats in de vorm van een beoordeling van ieder gemeld geval van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door gemengde commissies van deskundigen. Deze commissies zullen zich alleen uitlaten over de vraag of de arts de vereiste zorgvuldigheid heeft betracht. Pas indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig deze zorgvuldigheidseisen, brengt de commissie haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, die vervolgens – ieder met behoud van de eigen verantwoordelijkheid – bezien of, en zo ja, welke stappen moeten worden ondernomen in de richting van de arts. Door de wettelijke vastlegging van zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan in combinatie met een nauwgezette toetsing achteraf in ieder individueel geval, wordt naar ons oordeel de maatschappelijke controleerbaarheid van levensbeëindiging op verzoek vergroot.

Dezelfde leden vroegen of de wet er toe bijdraagt dat meer dan voorheen euthanasie zorgvuldig geschiedt en dat dus alleen gerechtvaardigde verzoeken worden gehonoreerd. De aanvaarding van euthanasie en levensbeëindigend handelen in het onderhavige wetsvoorstel maakt het onderwerp meer dan voorheen bespreekbaar. Daarmee wordt naar onze mening een duidelijke basis gecreëerd voor een zorgvuldige toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Als uitvloeisel van deze openheid zal ook de vergroting van de controleerbaarheid een positieve invloed op een zorgvuldige uitvoering van een levensbeëindigende handeling hebben. Een belangrijke bijdrage zal in dit opzicht het SCEN-project hebben. Dit project strekt tot de landelijke invoering van een systeem van steunpunten voor overleg en advies door daartoe nader opgeleide artsen. De arts die wordt geconfronteerd met een verzoek om levensbeëindiging zal zich in de toekomst moeten kunnen wenden tot een dergelijk steunpunt.

Wij onderschrijven de weergave van de leden van de PvdA-fractie met betrekking tot de wijze waarop door de commissie met onvolkomenheden in de toepassing van de zorgvuldigheidsnormen wordt omgegaan. Deze komen kort weergegeven op het volgende neer. Uitgangspunt is dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Denkbaar is echter dat in uitzonderlijke gevallen op enigerlei wijze niet voor honderd procent aan deze eisen kan worden voldaan. Daarbij denken wij aan het niet voldoen aan de eis van consultatie in het geval het ziektebeeld van de patiënt in korte tijd zodanig verslechtert dat deze nog maar kort te leven heeft. Het zien door de consultant is in die concrete situatie een vereiste, waarvan de zin ernstig betwijfeld moet worden. Het is dan niet redelijk om van de arts te verlangen aan deze eis vast te houden. De commissie kan dan concluderen dat aan de zorgvuldigheidseisen desondanks is voldaan. Het College van procureurs-generaal behoeft in dat geval niet te worden ingelicht. Voor een nadere uiteenzetting verwijzen wij naar de beantwoording van een gelijkkluidende vraag van de leden van de CDA-fractie. De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af waarom de woorden van de wet niet duidelijker aangeven dat in het geval van een onvolkomenheid er desalniettemin sprake kan zijn van zorgvuldig handelen. Wij hebben bewust geen uitzonderingen willen creëren voor de toepassing van de zorgvuldigheidseisen. Daarmee wordt duidelijk dat aan alle vereisten moet zijn voldaan. Uitzonderingen zijn als zodanig niet mogelijk. Dit wil echter niet zeggen dat bij de toepassing van de euthanasie zich uitzonderlijke gevallen kunnen voordoen waarin het niet mogelijk is om volledig aan een bepaald zorgvuldigheidsvereiste te voldoen. Daarmee vervalt het zorgvuldigheidsvereiste nog niet; er kan alleen niet voor honderd procent aan worden voldaan. Of dit in de concrete situatie te billijken valt, staat ter

De leden van de PvdA-fractie vroegen ons te reageren op de brief van de NVVE van 18 januari 2001 en een gelijklopende brief van de Vereniging van Huntington waarin om uitleg wordt gevraagd over de verhouding tussen het begrip ziek zijn en het Chabot-arrest en de reikwijdte van het zogeheten Schoonheim-criterium.

Beide arresten geven een nader inzicht in een geval waarin sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit het Chabot-arrest volgt dat euthanasie of hulp bij zelfdoding niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in een stervensfase verkeert. Het lijden moet van de oorzaak worden geabstraheerd, omdat de oorzaak niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Aan de beleving van lijden is altijd een geestelijke kant verbonden. Het maken van een onderscheid in lichamelijk en geestelijk lijden heeft daarmee iets willekeurig. Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten, hetgeen wellicht als ziekte kan worden aangemerkt. In het Chabot-arrest wordt naar de medicalisering van het lijden verwezen waar de Hoge Raad overweegt dat het abstraheren van de oorzaak van het lijden niet wegneemt dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische oorzaak of aandoening en *niet enkel* bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld.

Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat de professie van de medicus te buiten. Situaties waarin van zodanig lijden sprake is, worden ook niet door het onderhavige wetsvoorstel bestreken. Uit het Schoonheimarrest kan worden opgemaakt dat onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan worden verstaan de vrees voor een verdergaande ontluistering of de kans niet meer op waardige wijze te kunnen streven. De patiënt verkeert in een situatie die naar medisch inzicht leidt tot een verdergaande verergering van het reeds als ondraaglijk ervaren lijden, waardoor een zodanige ontluistering zou intreden dat de patiënt niet meer op een menswaardige wijze zou kunnen sterven.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voorzover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medische ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood. Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. De enkele verwachting van een ontluistering is op zichzelf geen uitzichtloos lijden.

Met het bovenstaande willen wij aangeven dat het Schoonheim-criterium niet alleen op een bepaalde ziekte of bepaalde categorieën ziekten van toepassing is. Per individueel geval zal de arts zich een oordeel moeten vormen over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dit geldt ingeval van de ziekte van Alzheimer, maar ook voor de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington of MS.

De leden van de fractie van GroenLinks zouden graag vernemen waarom wij van mening zijn dat het openbaar ministerie niet mocht berusten in het vonnis van de Rechtbank te Haarlem in de zaak Brongersma. In dit vonnis heeft de rechter vastgesteld dat de heer Brongersma in 1998 enige somatische klachten had, te weten onwillekeurig verlies van ontlasting en urine en onvastheid ter been. Voorts heeft de heer Brongersma zijn arts medegedeeld dat hij leed onder de fysieke aftakeling en de zinloosheid van zijn bestaan. De betrokkene was 86 jaar. Uit de feiten in het arrest kan worden opgemaakt dat hij niet in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening. Hij leed ondraaglijk omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven.

De rechtbank geeft aan dat de kernvraag in deze zaak betrof de vraag of er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

De rechtbank toetst de ondraaglijkheid van het lijden. Daarbij stelt de rechtbank terecht dat de ondraaglijkheid van het lijden, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor is.

Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd.

Daarnaast zal tijdsverloop bij de besluitvorming enige objectiverende werking kunnen hebben op de vaststelling dat sprake is van ondraaglijk lijden. De vaststelling dat sprake was van ondraaglijkheid van het lijden achteraf komt neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden. Uit het vonnis van de rechtbank kan worden opgemaakt dat bovenstaande toetsing van de ondraaglijkheid van het lijden is verricht. Voor de uitzichtloosheid van het lijden is – uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend. Volgens geobjectiveerde medische maatstaven moet worden nagegaan of de situatie van de patiënt nog te verbeteren is. Als deze vraag ontkennend moet worden beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel indien er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, binnen afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.

De begrippen uitzichtloos en ondraaglijk zijn, ook blijkens de bovengenoemde jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zij vormen elk een noodzakelijke, maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Bij de toetsing van gemelde gevallen worden beide begrippen tot dusver ook te allen tijde in onderlinge samenhang gewogen. Het vonnis lijkt voorbij te gaan aan de onlosmakelijkheid van de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden. De rechtbank concludeert – weliswaar mede op basis van twee deskundigen-verklaringen – dat er *voor de patiënt* geen perspectief op verbetering of verandering was en dat zijn situatie derhalve als uitzichtloos kan worden aangemerkt. Maar een ontbreken van *behandelingsperspectief* veronderstelt toch een medisch oordeel over een medisch probleem en het is in onze opvatting de vraag of daarvan in deze zaak sprake was. Daarom hechten wij aan het oordeel van een hogere feitelijke rechter.

Met het bovenstaande hebben wij tevens antwoord gegeven op een vraag van dezelfde leden of niet alleen een onbehandelbare ziekte, maar ook een combinatie van gebreken en fysieke klachten, uitval van vermogens en

verlies van vaardigheden, tezamen leidend tot een totaal verlies van levenszin kan leiden tot de conclusie dat sprake is van uitzichtloosheid. Samenvattend kan worden aangegeven dat niet alleen waarde moet worden gehecht aan de subjectieve beleving van de ondraaglijkheid van het lijden, maar dat ook naar objectieve medische maatstaven de mogelijkheid tot verbetering van de toestand van de patiënt moet worden nagegaan.

Het verheugt ons dat ook de leden van de fractie van GroenLinks constateerden dat termen als klaar-met-leven of levensmoe tekort schieten als aanduiding voor het lijden dat zich in dit soort situaties manifesteert. Zoals blijkt uit hetgeen wij hierboven hebben aangegeven, is een goed beeld van de situatie van de patiënt van belang om te kunnen beoordelen of sprake is van uitzichtloosheid en ondraaglijkheid.

In hetzelfde kader wilden de leden van de fractie van GroenLinks weten hoe zich de noodzaak van het aanwezig zijn van ziekte bij het criterium uitzichtloos en ondraaglijk verhoudt tot de Chabot-casus waarin door de arts zelf werd benadrukt dat er juist geen sprake was van ziekte maar van totaal verlies van levenszin. Uit het Chabot-arrest blijkt dat ook aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan als het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt niet een somatische oorzaak heeft. Het lijden moet van de oorzaak worden geabstraheerd, omdat de oorzaak niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Aan de beleving van lijden is altijd een geestelijke kant verbonden. Het maken van een onderscheid in lichamelijk en geestelijk lijden heeft daarmee iets willekeurig. Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten, hetgeen wellicht als ziekte kan worden aangemerkt. In het Chabot-arrest wordt naar de medicalisering van het lijden verwezen waar de Hoge Raad overweegt dat het abstraheren van de oorzaak van het lijden niet wegneemt dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische oorzaak of aandoening en *niet enkel* bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld.

Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten. Een dergelijke situatie wordt ook niet door het onderhavige wetsvoorstel bestreken.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen of wij hebben overwogen de discussie over de pil van Drion vooraf te laten gaan aan de opstelling van dit wetsvoorstel en of wij een rol voor onszelf zien weggelegd bij het entameren van dit debat.

Omdat deze discussie zich in een ander stadium bevindt dan de discussie met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, zoals bedoeld in dit wetsvoorstel, hebben wij niet overwogen om de pil van Drion bij dit wetsvoorstel te betrekken. Wij zullen geen voorttrekkersrol spelen ten aanzien van het entameren van dit debat, maar wij zullen de maatschappelijke discussie op de voet volgen.

De leden van de fractie van GroenLinks verifieerden of het juist is dat het weigeren van een bepaalde behandeling door de patiënt een verschillend gevolg kan hebben voor de beoordeling van het criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden al naar gelang het genezend handelen een redelijk perspectief betreft, dan wel pijn- en symptoombestrijding. Iedere patiënt heeft het recht een behandeling te weigeren. Uit het Chabot-arrest kan worden opgemaakt dat van uitzichtloosheid van het lijden in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om het lijden te verlichten

door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Zoals wij hierboven hebben aangegeven, is van uitzichtloosheid sprake indien naar verantwoord medisch inzicht vaststaat dat genezing van de patiënt niet mogelijk is. In dat geval ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Verdere verzorging en behandeling van de patiënt zullen dan uitsluitend gericht kunnen zijn op het voorkómen en verlichten van lijden. Deze veelomvattende zorg, doorgaans aangeduid met de term palliatieve zorg, vormt op zichzelf naar ons oordeel niet een «reëel alternatief» waarnaar de Hoge Raad verwijst in het bovengemelde arrest-Chabot. Indien de patiënt zodanige zorg afwijst, terwijl hij verkeert in een situatie die naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloos en ondraaglijk is, staat deze afwijzing niet aan inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding in de weg.

Doorslaggevend is niet het al dan niet weigeren van een behandeling, maar de vraag of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden hetgeen erop neerkomt dat er geen reëel behandelingsperspectief is. In het Schoonheim-arrest wordt onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden verstaan de situatie waarin de patiënt verkeert die naar medisch inzicht leidt tot een verdergaande verergering van het reeds als ondraaglijk ervaren lijden, waardoor een zodanige ontluistering zou intreden dat de patiënt niet meer op een menswaardige wijze zou kunnen sterven. Ook uit het Schoonheim-arrest bleek dat er in die concrete zaak geen reëel behandelingsperspectief meer aanwezig was.

Hierboven hebben wij aangegeven dat in een situatie waarin de patiënt een reële behandeling afwijst de arts strafbaar is als hij desondanks een levensbeëindigende handeling verricht. Dit wil niet zeggen dat vervolgens geen levensbeëindigende behandeling meer straffeloos mogelijk is. Indien door de weigering een bepaalde behandeling te ondergaan de toestand van de patiënt verslechtert, kan deze in een situatie terecht komen waarin geen reële behandeling meer mogelijk is. In dat geval is een nieuwe situatie ontstaan die de levensbeëindigende handeling wel kan rechtvaardigen. Hiermee is antwoord gegeven op een vraag op dit punt van de leden van de fractie van GroenLinks.

Dezelfde leden vroegen ook of wij kunnen bevestigen dat de Schoonheim-criteria niet slechts van toepassing zijn bij een bepaald ziektebeeld. Wij stellen voorop dat de regering met dit wetsvoorstel geen enkele koppeling heeft aangebracht tussen het Schoonheimcriterium en de ziekte van Alzheimer. Deze is in de rechtspraak niet aangebracht en wij brengen daar geen verandering in. Van geval tot geval, bij uiteenlopende ziektebeelden, dient te worden bekeken of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Wel heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in dit verband gewezen op de bijzondere feitelijke situatie, waarvan sprake is in het geval van een zich ontwikkelende dementie in verband met het verlies van de persoonlijkheid. Het oordeel of in een feitelijke situatie sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden behelst echter een medisch professioneel oordeel, dient derhalve van geval tot geval te worden bekeken door een arts en hoort om die reden niet in een politieke discussie thuis.

Met de leden van de fractie van GroenLinks zijn wij van oordeel dat de officier van justitie geen vervolging zal aanvangen bij een positief oordeel van de toetsingscommissie. De officier van justitie kan slechts een opsporingsonderzoek instellen

indien er aanleiding is om aan te nemen dat er een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit is. Dit geldt in het algemeen en niet slechts bij de strafbare feiten waar het bij dit wetsvoorstel om gaat. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, is er geen sprake van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. In die gevallen is er ook geen aanleiding de zaak aan het openbaar ministerie voor te leggen. Zonder bijkomende informatie zal er voor het openbaar ministerie geen aanleiding zijn voor het instellen van strafrechtelijk onderzoek.

Aanleiding tot vervolging zal alleen kunnen ontstaan, indien het openbaar ministerie zulks nodig acht, nadat de commissie het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld of indien een opsporingsonderzoek daartoe aanleiding geeft. Zodanig opsporingsonderzoek zou kunnen worden ingesteld na een aangifte door familie of na een mededeling van de gemeentelijke lijkschouwer aanstonds na de overlijdensmelding.

Met de leden van fractie van D66 zijn wij van oordeel dat onder ondraaglijk lijden ook valt de vrees voor verdergaande ontluistering en de kans om niet meer waardig te kunnen sterven. Naar onze mening ligt het niet voor de hand om uitsluitend op dit punt een explicitering van het criterium ondraaglijk te geven. Dat zou eerder verwarring scheppen dan helderheid brengen. Wel benadrukken wij dat het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden kan worden aangemerkt. Het gaat erom dat een als ondraaglijk ervaren lijden kan bestaan in pijn, toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood in een naar medisch vakkundig oordeel uitzichtloze situatie.

Voorts kunnen wij ons geheel vinden in de constatering van de leden van de fractie van D66 dat in het ondraaglijk lijden een verbinding gelegd blijft worden naar een medische setting waarin ruimte is voor de concrete omstandigheden van het geval. De ondraaglijkheid van het lijden is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd. Maar in alle gevallen moet het lijden op grond van medische maatstaven vaststaan.

De leden van de fractie van D66 wilden vastgesteld zien dat de ziekte van Alzheimer niet de enige ziekte is die kan vallen onder «vrees voor verdergaande ontluistering».

Wij stellen voorop dat de regering met dit wetsvoorstel geen unieke koppeling heeft aangebracht tussen het Schoonheimcriterium en de ziekte van Alzheimer. Deze is in de rechtspraak niet aangebracht en wij brengen daar geen verandering in. Van geval tot geval, bij uiteenlopende ziektebeelden, dient te worden bekeken of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Wel heeft de minister van Volksgezondheid in dit verband gewezen op de bijzondere feitelijke situatie, waarvan sprake is in het geval van een zich ontwikkelende dementie in verband met het verlies van de persoonlijkheid. Het oordeel of in een feitelijke situatie sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden behelst echter een medisch professioneel oordeel, dient derhalve van geval tot geval te worden bekeken door een arts en hoort om die reden niet in een politieke discussie thuis.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP fractie vroegen zich af of het wetsvoorstel rijp is voor parlementaire behandeling gelet op het feit dat nog onderzoeken moeten plaatsvinden. Naar onze mening hangt de wenselijkheid van de totstandkoming van de onderhavige regeling niet af van de uitkomsten van de door deze leden genoemde onderzoeken. 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.

Het eerste voorgenomen onderzoek is 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.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP informeerden hoe reëel de verwachting van een grotere meldingsbereidheid genoemd mag worden, mede gelet op het feit dat de wij zelf al met zoveel woorden hebben moeten erkennen dat naleving van de meldingsplicht niet kan worden afgedwongen en gelet op het feit dat door de voorzitter van een toetsingscommissie is verklaard dat de nieuwe regeling in de praktijk een mogelijkheid voor veel strengere controle dan voorheen creëert. Onze verwachting dat de meldingsbereidheid zal toenemen is gebaseerd op signalen uit de praktijk en een aantal aanknopingspunten uit het evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure van 1996, getiteld «Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk van de meldingsprocedure». Toetsing door multidisciplinair samengestelde commissies, naast of voorafgaande aan juridische procedures, werd in het evaluatie-onderzoek genoemd als aanknopingspunt voor verbetering om de doelstellingen van de bestaande meldingsprocedure te realiseren (zie blz. 238 van het evaluatierapport). Voorts merkte de Begeleidingscommissie naar aanleiding van de onderzoeksresultaten op dat een minder directe dreiging van een strafrechtelijke vervolging, in combinatie met een intensivering van de toetsing in het kader van de eigen beroepsgroep, de meldingsbereidheid van artsen zou kunnen vergroten. Zoals bekend hebben deze overwegingen geleid tot invoering van de thans fungerende regionale toetsingscommissies. Van verschillende kanten, onder meer door de KNMG en de NVVE, werd destijds de verwachting uitgesproken, dat de toegevoegde waarde van toetsingscommissies en in samenhang daarmee de verwachte toeneming van het aantal meldingen beperkt zou blijven, zolang dit handelen van artsen strafbaar zou blijven. Deze organisaties zijn sindsdien ook blijven aandringen op aanpassing van de strafrechtelijke norm.

Het feit dat de meldingsplicht niet kan worden afgedwongen staat aan de meldingsbereidheid niet in de weg. Wel loopt de arts die in strijd met de waarheid een verklaring van overlijden afgeeft, die inhoudt dat betrokkene een natuurlijke dood is gestorven, het risico dat hij wordt vervolgd voor valsheid in geschrifte. Ook hangt op dat moment een vervolging op basis van het plegen van een levensdelict boven zijn hoofd. Dit zijn naar onze mening voldoende prikkels die artsen ertoe zullen bewegen euthanasie of

hulp bij zelfdoding daadwerkelijk te melden. Dezelfde leden vroegen in hoeverre wij kunnen instemmen met de visie van mevrouw mr. Sorgdrager, neergelegd in een artikel in het Nederlands juristenblad van 9 juni 2000, waarin zij heeft verklaard dat de nieuwe regeling een strengere controle dan thans het geval is, creëert. Zij informeerden voorts naar de verhouding tussen de verwachting van de regering met betrekking tot een grotere meldingsbereidheid en deze strengere controle. De beoordeling van de zorgvuldigheidseisen door de toetsingscommissie op grond van het onderhavige wetsvoorstel zal niet anders zijn dan op dit moment gebeurt. In zoverre is geen sprake van een strengere controle. Mevrouw Sorgdrager zette haar visie uiteen in het licht van het verschil in aanpak tussen de wijze waarop de huidige toetsingscommissies tot hun oordeel komen en de wijze waarop vóór 1998 werd geoordeeld over de zorgvuldigheidseisen. Vóór 1998 bestonden er nog geen toetsingscommissies. Euthanasie en hulp bij zelfdoding werden direct gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer en de officier van justitie. De officier van justitie beoordeelde de zorgvuldigheidseisen in het licht van de vraag of een strafrechtelijk onderzoek moest worden aangevangen. Werd aan de zorgvuldigheidseisen voldaan dan seponeerde hij de zaak. Rees bij hem het vermoeden dat niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan dan werd een gerechtelijk vooronderzoek gestart, in welk kader de arts werd gehoord. Met de introductie van de toetsingscommissie in 1998 werd de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen in die zin naar voren geschoven dat de toetsingscommissie eerst een deskundigenoordeel geven en dat daarna –bij een negatief oordeel van de commissie – door de officier een oordeel wordt gegeven over een eventuele strafrechtelijke vervolging. Niet uitgesloten is dat deze opzet gevoelsmatig overkomt als een strengere controle. Deze suggestie zal met het onderhavige wetsvoorstel in die zin worden wegegenomen dat de fase waarin de toetsingscommissie oordeelt uit de sfeer van het strafrecht wordt gehaald.

De leden van de RPF/GPV en SGP wilden weten waarom het niet mogelijk is om steekproefsgewijs maar regelmatig onderzoek te doen naar het euvel van valse overlijdensverklaringen. Een onderzoek naar valse overlijdensverklaringen komt neer op het doen van forensisch-geneeskundig onderzoek in een sterfgeval. Per jaar moet worden uitgegaan van ruim 130 000 sterfgevallen. Het doen van regelmatig onderzoek achten wij een onevenredig, ondoelmatig en ondeugdelijk middel ter bevordering van de bereidheid van artsen om levensbeëindigend handelen te melden. De acceptatie van de plicht om levensbeëindigend handelen te melden en daartoe opening van zaken te geven, dient in de eerste plaats binnen de beroepsgroep plaats te vinden. Het stemt ons dan ook tot tevredenheid dat de artsenorganisatie KNMG dit aspect binnen de beroepsgroep ook voortdurend benadrukt. Uit het evaluatieonderzoek in 1996 naar de meldingsprocedure euthanasie kwam bovendien naar voren dat binnen de beroepsgroep wel degelijk de bereidheid bestaat om verantwoording af te leggen.

De leden van de RPF/GPV en SGP fractie concludeerden uit het verschil in formulering tussen artikel 9, onder b van de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie en artikel 2, eerste lid, onder b, van het onderhavige wetsvoorstel dat in laatstgenoemde bepaling uitsluitend het subjectieve inzicht van de arts van belang is. Deze conclusie is niet juist. Met het verschil in formulering wordt materieel geen andere toetsing beoogd. Voor de uitzichtloosheid van het lijden is – uiteindelijk – het medisch oordeel bepalend. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. De ondraaglijkheid van het lijden is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor.

Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren.

De arts kan zich dan ook niet, zoals deze leden opperden, onttrekken aan de toetsing van de commissie. In het verslag moet de arts zijn bevindingen met betrekking tot het uitzichtloos en ondraaglijk lijden neerleggen. Op basis van deze gegevens beoordeelt de commissie of op een juiste wijze met de gangbare medische inzichten rekening is gehouden.

4. Internationale aspecten

De leden van de CDA – fractie hadden kennisgenomen van de beschouwing van de eerste ondergetekende over de onvervreemdbaarheid van mensenrechten zoals neergelegd in het Europese mensenrechtenverdrag (EVRM). Over de vraag of het in artikel 2 van het verdrag neergelegde recht op wettelijke bescherming van het leven moet worden beschouwd als een onvervreemdbaar recht, waarbij nimmer de mogelijkheid zou bestaan er afstand van te doen, geeft de wordingsgeschiedenis van het EVRM noch de jurisprudentie van het Europees Mensenrechtenhof duidelijk uitsluitel.

Het is aan de staten die partij zijn bij het verdrag om aan artikel 2 een uitleg te geven die redelijk is en overigens in overeenstemming met de strekking van het EVRM. Zodanige uitleg is volgens het kabinet de volgende.

Artikel 2 EVRM luidt, voor zover hier van belang, allereerst: «Het recht op van een ieder op het leven wordt beschermd door de wet». Dit recht op wettelijke bescherming van het leven behoort naar de mening van het kabinet tot de meest fundamentele mensenrechten. Daarom ligt aan het onderhavige wetsvoorstel de beschermwaardigheid van het menselijk leven dan ook ten grondslag. Zo bepaalt artikel 293, eerste lid, van het wetboek van Strafrecht dat hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, strafbaar is. Het tweede lid van artikel 293 bevat een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor de arts die euthanasie toepast en daarbij voldoet aan wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen, waaronder de strikte eis dat hij de toepassing van euthanasie moet melden.

Artikel 2 EVRM bepaalt in dit verband verder dat niemand opzettelijk van het leven mag worden beroofd. Op dit verbod kent artikel 2 enkele uitzonderingen die hier niet ter zake doen. Het kabinet is van mening dat het verbod van opzettelijke levensberoving bij dit wetsvoorstel niet in het geding is. De toepassing van euthanasie door een arts op vrijwillig en weloverwogen verzoek van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt, is geen vorm van opzettelijke levensberoving in de zin artikel 2 EVRM of van het vergelijkbare artikel 6 van het VN Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten. De plicht voor de overheid om het leven te beschermen, zoals neergelegd in de genoemde internationale mensenrechtenverdragen komt in het onderhavige wetsvoorstel tot uiting in de strafbaarstelling in het eerste lid van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht in samenhang met de regeling van de in acht te nemen zorgvuldigheidsvereisten, zoals bedoeld in artikel 293, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Het is aan de staten die partij zijn bij het EVRM op de plicht om het leven te beschermen af te wegen tegen – zoals in casu – de uitdrukkelijke, vrijwillige en weloverwogen wil van ernstig lijdende patiënten om hulp te krijgen teneinde waardig te kunnen sterven.

Het kabinet is van mening dat dit wetsvoorstel recht doet aan de bijzondere beschermingsplicht van artikel 2 EVRM, een plicht die niet

zonder meer kan wijken voor de wil van de rechthebbende. Bij het onderhavige wetsvoorstel gaat het om een evenwichtige afweging van de in het geding zijnde belangen, welke afweging in overeenstemming kan worden geacht met het internationale recht.

In aansluiting op het bovenstaande merken wij overigens op dat artikel 2 tot uitdrukking brengt dat het leven van ieder mens een te beschermen rechtsgoed is. Uit dit verdragsartikel vloeit nog niet zonder meer voort dat er voor een ieder een plicht tot leven zou bestaan. Zo kent onze rechtsorde niet een strafbaarstelling van zelfdoding of de poging daartoe. Het is uiteindelijk aan ieder individu om te bepalen of zijn of haar leven nog levenswaardig is. Daarmee is – voor zover hier ter zake doende – nog geen recht op euthanasie geschapen. Dit wetsvoorstel heeft zo'n recht ook niet als uitgangspunt.

De aan het woord zijnde leden vroegen ons om bij onze hierboven weergegeven argumentatie inzake de verenigbaarheid van dit wetsvoorstel met het EVRM te betrekken het feit dat ingevolge dit wetsvoorstel het openbaar ministerie op afstand wordt geplaatst, merken wij op dat naar onze mening het door deze leden gememoreerde feit niet van invloed is op onze argumentatie dat dit wetsvoorstel in overeenstemming is met het EVRM.

Dit wetsvoorstel heeft alleen betrekking op de regeling van euthanasie en hulp bij zelfdoding ingeval van een vrijwillig, uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek. De daarop betrekking hebbende vraag van deze leden naar de regeling van euthanasie bij (latere) wilsonbekwaamheid kan om die reden hier buiten beschouwing blijven.

Wij hebben inderdaad, dit in antwoord op een vraag daarnaar van de leden van de VVD – fractie, kennisgenomen van de door deze leden genoemde aanbeveling van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa. Met deze leden zijn wij het volstrekt eens dat in deze aanbeveling niet een absoluut verbod op euthanasie en hulp bij zelfdoding valt te lezen.

Wij hebben, evenals de aan het woord zijnde leden, kennisgenomen van de reactie van het Comité van Ministers op de bovenbedoelde aanbeveling en het daarin opgenomen voornemen om onderzoek te verrichten naar wetgeving en praktijk in de lidstaten van de Raad van Europa. Wij zullen naar vermogen onze medewerking verlenen aan het hierbedoelde voornemen. Wij beschikken niet over gegevens die inzicht zouden kunnen bieden in de situatie in de overige lidstaten, met uitzondering van de situatie in België. De situatie aldaar is – kort weergegeven – dat bij de Senaat een parlementair initiatief in bespreking is dat grote gelijkenis vertoont met het onderhavige wetsvoorstel.

Hierboven hebben wij, dit in reactie op vragen hierover van de leden van de CDA – fractie, uitvoerig aangegeven dat dit wetsvoorstel verenigbaar is met het internationale recht, in het bijzonder met artikel 2 EVRM. Wij mogen de leden van de PvdA – fractie daarnaar allereerst verwijzen. De aan het woord zijnde leden noemden in dit verband ook nog artikel 3 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Wij wijzen er allereerst op dat deze verklaring een resolutie van de Verenigde Naties betreft, welke later is uitgewerkt in het Internationaal verdrag inzake burger – en politieke rechten (BuPo – Verdrag) en het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten. Op de rechten, opgenomen in het eerstgenoemde verdrag kan de Nederlandse burger rechtstreeks een beroep doen. Qua inhoud en strekking komen artikel 3 van de Universele Verklaring, artikel 6 van het BuPo – Verdrag en artikel 2 EVRM in hoofdzaak met elkaar overeen. Ons standpunt dat dit wetsvoorstel verenigbaar is met artikel 2 EVRM, geldt mutatis mutandis voor de andere hiervoor genoemde bepalingen van het internationale recht.

De leden van de PvdA – fractie noemden in dit verband nog artikel 3 van

het EVRM, dat – kort gezegd – een recht op vrijwaring van een onmenselijke behandeling betreft. Hun vraag of dit verdragsartikel in dit verband relevant is, valt niet eenduidig te beantwoorden. Het is aan de wetgever om een afweging te maken tussen de twee in het geding zijnde mensenrechten: het recht op bescherming van het leven en het recht om gevrijwaard te blijven van een onmenselijke behandeling. Aan de totstandkomingsgeschiedenis noch aan de jurisprudentie van het Europees mensenrechtenhof kan een argument worden ontleend dat een regeling zoals vervat in dit wetsvoorstel onverenigbaar zou zijn met een van de rechten, neergelegd in het EVRM.

Ons ontgaat de stellingname van tegenstanders van dit wetsvoorstel dat hiermee in strijd zou worden gehandeld met artikel 7 van de Universele Verklaring en artikel 14 van het BuPo – Verdrag. Het eerste lid bepaalt dat allen voor de wet gelijk zijn en zonder onderscheid aanspraak hebben op gelijke bescherming door de wet. Verder wordt in dit lid bepaald dat allen aanspraak hebben op gelijke bescherming tegen iedere achterstelling in strijd met de(ze) Verklaring en tegen iedere splitsing tot een dergelijke achterstelling. Het tweede artikel bepaalt – kort gezegd – dat allen gelijk zijn voor de rechter en de rechterlijke instanties en dat ieder recht heeft op een eerlijk proces. Voorts bevat het artikel enkele nader genoemde waarborgen voor een verdachte in een strafproces. Het verband tussen de in dit wetsvoorstel opgenomen regeling en de genoemde bepalingen van internationaal recht vermogen wij niet direct te zien.

Wij verwijzen de leden van de fractie van D66 voor wat betreft onze weerlegging van de opvatting van tegenstanders van dit wetsvoorstel dat het in strijd zou zijn met artikel 2 EVRM naar onze hierboven weergegeven beschouwing naar aanleiding van een vraag van gelijke strekking van de leden van de CDA-fractie.

Wij mogen de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP voor onze reactie op de vraag naar de verenigbaarheid van dit wetsvoorstel met artikel 2 EVRM verwijzen naar onze beschouwing eerder in deze memorie in reactie op dezelfde vraag van de leden van de CDA-fractie. Uit die beschouwing blijkt dat het kabinet van mening is dat dit wetsvoorstel in overeenstemming is met het internationale recht. Deze conclusie betreft alle onderdelen van het wetsvoorstel, te weten de opname van de bijzondere strafuitsluitingsgrond, de rol van de toetsingscommissies, de meldingsplicht en de wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen. Artikel 2 EVRM staat er niet aan in de weg dat, zoals geregeld in dit wetsvoorstel, de melding van euthanasie of hulp bij zelfdoding, wordt beoordeeld door een multidisciplinair samengestelde commissie die een oordeel geeft over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. De stelling van deze leden dat de commissie daarmee het openbaar ministerie en de rechter zou vervangen, is onjuist.

Er bestaat geen aanleiding, zoals deze leden vroegen, om telkenmale de toetsingscommissie de arts te laten horen. Voor opname van een zodanige verplichting zien wij geen reden.

Het blijft mogelijk, dit in reactie op een vraag daarnaar van deze leden, dat nabestaanden (of derden) aangifte doen bij het openbaar ministerie van een strafbaar feit.

Met de leden van de fractie van D66 zijn wij van mening dat een vergelijking tussen levensbeëindigend handelen en de moorden tijdens het Naziregime volledig mank gaan. Bij levensbeëindigend handelen is sprake van een stervenswens van betrokkene. Het is evident dat hiervan tijdens het Nazi regime geen sprake was.

5. Artikelen

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

De leden van de CDA-fractie gingen in op het begrip «patiënt». Zij concludeerden uit de discussie in de Tweede Kamer dat het in het wetsvoorstel gehanteerde begrip «patiënt» geen betrekking kan hebben op om het even wie verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Wij delen deze mening in die zin dat een ieder weliswaar een wens tot (hulp bij) levenbeëindiging kan uiten; echter, voor eventuele inwilliging van die wens moet voldaan zijn aan de in artikel 2 van het voorstel van wet vervatte zorgvuldigheidseisen. In die zin kan aan het begrip «patiënt» dan ook niet meer betekenis worden toegekend dan dat het betreft een persoon die een verzoek heeft gedaan voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het hanteren van een term in de wet zonder dat daaraan een bepaalde inhoudelijke betekenis kan worden toegekend, is niet ongebruikelijk. Zo zegt het in het kader van de WGBO gehanteerde begrip «patiënt» als zodanig niets over de vraag of de betreffende persoon ziek dan wel gezond is. Een ander voorbeeld is de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische inrichtingen waarin van een patiënt wordt gesproken in de context van onvrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. De term patiënt zegt dan als zodanig niets over de vraag of deze wilsbekwaam of wilsonbekwaam is.

Aan de wijze waarop de term «patiënt» in deze andere wetgeving wordt gehanteerd kan voor het onderhavige voorstel van wet dan ook geen betekenis worden ontleend.

Vanwege de onduidelijke discussie tijdens de mondelinge behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer vroegen de leden van de fractie van D66 of de patiënt ziek moet zijn.

Ziek zijn is een moeilijk te interpreteren term. Uit het Chabot-arrest volgt – wij gaven dit eerder in deze memorie al aan – dat euthanasie of hulp bij zelfdoding niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in een stervensfase verkeert. Het lijden moet van de oorzaak worden geabstraheerd, omdat de oorzaak niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Aan de beleving van lijden is altijd een geestelijke kant verbonden. Het maken van een onderscheid in lichamelijk en geestelijk lijden heeft daarmee iets willekeurigs. Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten, hetgeen wellicht als ziekte kan worden aangemerkt. In het Chabot-arrest wordt naar de medicalisering van het lijden verwezen waar de Hoge Raad overweegt dat het abstraheren van de oorzaak van het lijden niet wegneemt dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische oorzaak of aandoening en *niet enkel* bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten. Een dergelijke situatie wordt ook niet door het onderhavige wetsvoorstel bestreken.

Wij zijn overigens van mening dat het «klaar zijn met het leven» als zodanig niet aan de eisen van uitzichtloos en ondraaglijk in onderlinge

samenhang bezien voldoet. Zoals ook is uiteengezet in de brief aan de Voorzitter van de Tweede kamer inzake de strafzaak hulp bij zelfdoding van een 86 jarige man (Kamerstukken II 2000–2001, 26 691, nr. 26) is ondraaglijk lijden een in hoge mate subjectieve niet te objectiveren factor. Voor het begrip uitzichtloosheid daarentegen is uiteindelijk het medisch oordeel bepalend. Het gaat daarbij om de vraag of volgens geobjectiverde maatstaven de situatie van betrokkene nog te verbeteren is.

In artikel 1, onder c, is het begrip «de arts» gedefinieerd zoals in dat artikelonderdeel is omschreven. Kort gezegd gaat het om de behandelend arts die de euthanasie heeft toegepast. In het tweede, derde en vierde lid van artikel 2 is dezelfde definitie van toepassing, zo beantwoorden wij een vraag hierover van de fracties van RPF/GPV en SGP. In artikel 3, tweede lid, is niet sprake van «de arts», maar van «één arts», waarmee de hoedanigheid wordt aangeduid van degene die naast het rechtsgeleerd lid en de deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken deel uitmaakt van de toetsingscommissie. Zowel uit de tekst als uit het verband van dit artikellid is volstrekt duidelijk dat hier niet de behandelend arts is bedoeld.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP stelden enkele vragen over het begrip «patiënt». Voor de beantwoording van deze vragen verwijzen wij naar onze hierboven gegeven beantwoording van soortgelijke vragen van de leden van de CDA-fractie.

HOOFDSTUK II ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2, eerste lid

Wij kunnen de vraag van de leden van de CDA-fractie of van duurzaamheid van het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kan worden gesproken als er sprake is van een herhaald verzoek bevestigend beantwoorden. De stervenswens moet herhaaldelijk zijn geuit. Een verzoek gedaan in een opwelling of naar aanleiding van een tijdelijke sombere periode, mag niet ingewilligd worden omdat het niet voldoet aan het vereiste van weloverwogenheid. Weloverwogenheid veronderstelt een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht. Het verzoek zal in meer gesprekken tussen arts en patiënt diepgaand aan de orde moeten zijn geweest.

De leden van de CDA-fractie vroegen of niet aan het zorgvuldigheidsvereiste is voldaan als het verzoek eenmalig is geweest. Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. Dit geldt zowel in het geval van een mondeling als van een schriftelijk verzoek. Indien echter het verzoek is neergelegd in een wilsverklaring en verder niet mondeling of schriftelijk is herhaald wegens wilsonbekwaamheid, is het tweede lid van artikel 2 van toepassing. De arts kan aan het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding in de wilsverklaring gevolg geven. Hierbij wijzen wij erop dat in de praktijk schriftelijke wilsverklaringen nagenoeg altijd worden besproken met de arts met als gevolg dat ook in die situatie er sprake is geweest van een herhaald verzoek. Bovendien kan er geen weloverwogen verzoek worden aangenomen, indien de arts, ondanks een schriftelijke wilsverklaring, aan die weloverwogenheid twijfelt.

De leden van de CDA-fractie vroegen verder waarom het aanhoren en vastleggen van hetgeen de patiënt wenst door de arts zoveel minder formaliserend en bureaucratisch is voor de patiënt dan wanneer het verzoek om euthanasie wordt geuit tegenover bijvoorbeeld een familielid teneinde dit vast te leggen.

Wij zijn van mening dat het niet wenselijk is de eis te stellen dat de

wilsverklaring op schrift moet zijn gesteld. Afgezien van het feit dat een dergelijke eis totnutoe niet in de jurisprudentie is gesteld, zijn wij van mening dat een ieder op elk moment tegenover de behandelend arts een verzoek om een euthanasie of hulp bij zelfdoding moet kunnen doen. Dit doet aan de rechtszekerheid van de patiënt geen afbreuk. De arts moet in zijn beredeneerd verslag aangeven wanneer de patiënt het verzoek voor de eerste keer heeft gedaan en wanneer hij dat verzoek heeft herhaald. Dit volgt uit het vereiste dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Het vastleggen van de stervenswens door de arts is van andere aard dan het vastleggen van die wens door de familie. In het eerste geval voldoet de arts aan een van de zorgvuldigheidsvereisten. In het tweede geval gaat het daadwerkelijk om het op schrift stellen van de stervenswens, dus om het opstellen van een wilsverklaring. Vervolgens moet de arts de overtuiging hebben dat aan het criterium weloverwogen en vrijwillig is voldaan. Daartoe is het enkel kennis nemen van de wilsverklaring die door de familie is opgeschreven niet voldoende.

De leden van de CDA-fractie wilden weten of het argument van de bureaucratie opweegt tegen het belang van een schriftelijke wilsverklaring. Zoals wij hierboven hebben aangegeven willen wij de weg van een mondelinge wilsverklaring niet uitsluiten. Ook memoreerden wij dat de rechtszekerheid daarmee niet in het geding komt. Wij zijn het met deze leden eens dat ervan kan worden uitgegaan dat over een wilsverklaring die op schrift is gesteld goed is nagedacht en dat dit bij de beoordeling van de zorgvuldigheidsnormen door de arts een «voorsprong» biedt. Naar onze mening vormt dit niet een voldoende rechtvaardiging om dit vormvereiste voor elke wilsverklaring in de wet neer te leggen. Dit kan wellicht betekenen dat de arts meer moeite moet doen om overtuigd te raken van de weloverwogenheid en de reikwijdte van een mondeling gedaan verzoek om levensbeëindigend handelen. De eisen gesteld aan beide vormen van wilsverklaring zijn immers gelijk. Daarom zouden wij geen onderscheid willen maken.

Wij ondersteunen de visie van de leden van de CDA-fractie dat in het kader van het element «vrijwilligheid» in artikel 2, eerste lid, onder a, undue influence op de patiënt en de arts te allen tijde moet worden tegengegaan.

Wij zijn het met de leden van het CDA eens dat «undue influence» op zowel de patiënt als de arts moet worden voorkomen. Het is echter nooit uit te sluiten dat derden ongewenste invloed willen uitoefenen op de partijen. De in de wet vastgelegde zorgvuldigheidscriteria bieden voldoende waarborgen en transparantie om deze ongewenste invloeden te voorkomen dan wel te weerstaan. Met name het verplicht inschakelen van een onafhankelijk arts waarborgt dat wordt vastgesteld of het verzoek in alle vrijheid is gedaan en de besluitvorming daarover op een zorgvuldige wijze heeft plaats gevonden.

Dezelfde leden vroegen of er in een wet een strafbepaling is opgenomen die straf bedreigt op personen die een dergelijke undue influence uitoefenen.

Voor het zeer ernstige geval dat er ongeoorloofde dwang op iemand wordt uitgeoefend om een verzoek tot euthanasie te doen kan artikel 284 van het Wetboek van Strafrecht van toepassing zijn. Hierin is strafbaar gesteld het gedrag van degene die een ander door (geweld of) enige andere feitelijkheid of door bedreiging (met geweld of) met enige andere feitelijkheid gericht tegen die ander, wederrechtelijk dwingt iets te doen, niet te doen of te dulden. Het belang dat met deze bepaling wordt beschermd is te voorkomen dat iemand op een wederrechtelijke manier in zijn vrijheid van handelen wordt beperkt, doordat er dwang ten aanzien

van hem wordt uitgeoefend. Indien de arts beschikt over aanwijzingen dat dwang is uitgeoefend, kan hij daarvan aangifte doen.

In alle gevallen moet hij evenwel onderzoeken of degene die een verzoek om euthanasie doet, dit vrijwillig heeft gedaan dat wil zeggen zonder druk van anderen. Als hij daaraan twijfelt, zal hij het verzoek om euthanasie niet mogen inwilligen. In het kader van een zorgvuldige behandeling van een verzoek om euthanasie is het beoordelen van de vrijwilligheid van het verzoek van de patiënt door de arts en de geconsulteerde een essentieel onderdeel.

Voor het overige is in de bepaling van artikel 294: het aanzetten tot zelfmoord, voldoende duidelijk aangegeven welk gedrag strafbaar is geacht: namelijk het begunstigen van zelfdoding. Gelet op het bovenstaande kan de door deze leden gelegde relatie met artikel 2 EVRM buiten beschouwing blijven.

De leden van de CDA-fractie informeerden waar de wettekst grond geeft voor uitsluiting van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ingeval van klaar met het leven situaties. De grondslag hiervoor ligt in artikel 2, eerste lid, onder b. Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die «klaar is met zijn leven». Hierbij wordt wel bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood zouden willen verkiezen boven verder leven. Wij gaan niet zover dat wij van mening zijn dat een ieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de geregleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te (doen) beëindigen. Wel dat in de samenleving aandacht besteed wordt aan dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp kan schuilgaan.

De leden van de CDA-fractie constateerden dat levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding ingeval van klaar met het leven situaties kunnen worden beoordeeld met inachtneming van artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Zij vragen of rechterlijke overwegingen met betrekking tot artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht kunnen worden betrokken op de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen zoals geformuleerd in artikel 2 van het wetsvoorstel. Dit is alleen mogelijk indien die rechterlijke overwegingen een invulling geven aan de zorgvuldigheidsnorm. In de praktijk lijkt dat niet goed mogelijk. Immers, gevallen met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding worden primair aan de toetsingscommissie voorgelegd. Indien de toetsingscommissie tot het oordeel komt dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan wordt dit oordeel aan het College van procureurs-generaal medegedeeld. Wordt de zaak voor de rechter gebracht en doet de arts een beroep op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht dan zal de rechter hierover oordelen met inachtneming van de onderhavige regeling.

De leden van de CDA-fractie wilden weten of levensmoeheid blijft vallen buiten de werkingssfeer van het wetsvoorstel, ongeacht de uitspraak in de zaak Brongersma.

In de door deze leden genoemde zaak was met name de vraag aan de orde of sprake was van een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit de feiten kan worden opgemaakt dat het in die zaak ging om iemand op hoge leeftijd, die niet zozeer in medisch opzicht leed aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, maar die ondraaglijk leed omdat voor hem de waarde van het leven zodanig was afgenomen dat hij de dood verkoos boven verder leven. Zodanig

lijden wordt niet begrepen onder het begrip uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zoals dat in de huidige meldingsprocedure en ook in het aanhangige wetsvoorstel is vastgelegd.

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe de uitspraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het nog moeten starten van een maatschappelijke discussie over verdere verruiming en mogelijk de pil van Drion te rijmen is met de aankondiging dat dit wetsvoorstel een sluitstuk is. Levensmoeheid, ook wel aangeduid als «klaar zijn met leven» voldoet naar onze mening niet aan de in dit wetsvoorstel neergelegde eisen van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Wij onderkennen echter het nut van een maatschappelijke discussie over de gehele problematiek rond levensbeëindigend handelen. Die discussie zal na totstandkoming van de onderhavige wettelijke regeling niet verstommen en zal van invloed kunnen zijn op de jurisprudentievorming, die bij elke wettelijke regelgeving plaatsvindt en nodig is. Dit impliceert op zichzelf echter niet dat daardoor de regels versoepeld zouden moeten worden.

De leden van de CDA-fractie constateerden een verschil in uitleg van het Chabot- en Schoonheimarrest in enerzijds de memorie van toelichting en anderzijds de uitspraak van de minister van VWS tijdens de behandeling van het wetsvoorstel door de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beide arresten geven een nader inzicht in een geval waarin sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit het Chabot-arrest volgt dat euthanasie of hulp bij zelfdoding niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in een stervensfase verkeert. Of sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden is in een dergelijke situatie moeilijk vast te stellen. Daarbij geldt dat voor de uitzichtloosheid van het lijden het medisch oordeel bepalend is. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt verergerd en niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. De ondraaglijkheid van het lijden dient voor de vraag of euthanasie mag worden toegepast evenzeer te worden vastgesteld, maar is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve en moeilijk te objectiveren factor. Deze vaststelling komt neer op een marginale toetsing of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldige toetsing van de arts moeten worden verlangd.

In het Schoonheimarrest wordt op een ander wijze uitdrukking gegeven aan ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Daaronder kan worden verstaan de situatie waarin de patiënt verkeerd die naar medisch inzicht leidt tot een verdergaande verergering van het reeds als ondraaglijk ervaren lijden, waardoor een zodanige ontluistering zou intreden dat de patiënt niet meer op een menswaardige wijze zou kunnen sterven.

In beide arresten worden handreikingen gegeven om het ondraaglijk en uitzichtloos lijden te kunnen beoordelen. De uitspraak van de Minister van VWS beoogt geen afbreuk te doen aan de individuele toetsing van elk geval aan voornoemde criteria. Dementie gaat als zodanig niet gepaard met uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dit wil niet zeggen dat in individuele gevallen behalve dementie ook andere aandoeningen aanwezig kunnen zijn die wel tot de conclusie nopen dat de betrokkene uitzichtloos en ondraaglijk lijdt.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of de wettekst of memorie van toelichting aanknopingspunten bieden voor het categoriseren van bepaalde ziekten. Met het bovenstaande hopen wij duidelijk te hebben gemaakt dat dit niet en dat het allerm minst de bedoeling van de Minister van VWS is geweest om deze suggestie te wekken. Zoals dezelfde leden

terecht meedeelden is de toetsing van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden individueel bepaald. Gelet op de complexiteit van ziekte en ziektebeelden zal een individuele beoordeling immer noodzakelijk blijven.

De leden van het CDA vroegen of een arts indien hij verlichting van pijn nog als behandelalternatief ziet, wanneer een patiënt deze palliatieve zorg weigert, toch over mag gaan tot de uitvoering van levensbeëindiging, aangezien een behandelingsalternatief zou ontbreken.

Een patiënt heeft te allen tijde het recht om een behandeling te weigeren. De arts is evenmin verplicht om over te gaan tot de uitvoering van euthanasie. Bij een weigering van verdere palliatieve zorg door de patiënt zal een arts de situatie uitvoerig met deze moeten bespreken en er van overtuigd moeten zijn dat de patiënt volledig is geïnformeerd over zijn situatie. Ook kan de arts een consulent om advies vragen, evenzeer als een patiënt het advies van een andere arts kan vragen.

De vraag of de weigering van een patiënt om nog gebruik te maken van de mogelijkheden van palliatieve zorg, de levensbeëindiging in de weg staat, kan slechts in het algemeen worden beantwoord. De vraag moet in iedere situatie op eigen merites worden beoordeeld. Wanneer een patiënt in een situatie verkeert, die naar medisch vakkundig inzicht uitzichtloos is en voor de patiënt ondraaglijk is, zal de arts wanneer de patiënt in de wetenschap dat hij zal sterven geen verdere zorg meer wenst, in alle zorgvuldigheid moeten afwegen of en op welk moment hij het verzoek van de patiënt kan honoreren.

De leden van de CDA-fractie constateerden dat is vastgesteld dat de consulent niet in alle gevallen de patiënt hoeft te zien. Zij vragen of de consulent daarmee niet verwordt tot een marginale beoordelaar die uitsluitend op grond van hetgeen de arts hem mondeling en/of schriftelijk heeft voorgelegd aan informatie een oordeel geeft.

Het vereiste dat de consulent de patiënt moet zien is op te vatten als een medisch-professionele norm. De consulent vormt zijn oordeel mede op basis van een bezoek aan en een gesprek met de patiënt, en niet alleen op telefonische basis of afgaand op een medisch dossier. Een gesprek met de patiënt vormt voor de beoordeling van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden en van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek een belangrijke bron. In de praktijk zijn echter situaties voorstelbaar waarin een persoonlijke visitatie achterwege kan blijven. Het moet dan wel gaan om zeer uitzonderlijke situaties. Hierbij valt te denken aan de situatie van een onvoorzienbaar snelle verergering van het ziekteproces, waardoor een persoonlijk bezoek van de consulent aan de patiënt niet of nauwelijks zinvol is, omdat het levenseinde al in zicht is. In zoverre moeten wij de leden van de CDA-fractie toegeven dat de consulent in dergelijke gevallen slechts een marginale toets kan verrichten, omdat de feitelijke situatie in de weg stond aan een volledige toetsing.

Wel blijft de verplichting bestaan om een onafhankelijke collega te consulteren. De arts 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, en waarom, een persoonlijk gesprek tussen consulent en patiënt achterwege is gebleven. Op deze wijze vindt controle plaats op het achterwege laten van het niet zien van de patiënt door de consulent. Het feit dat de consulent de patiënt niet heeft gezien als gevolg van uitzonderlijke omstandigheden, behoeft dan niet in de weg te staan aan de conclusie van de toetsingscommissie dat de arts op zorgvuldige wijze aan het vereiste van consultatie heeft voldaan.

De leden van de CDA-fractie vroegen of de strafuitsluitingsgrond ook geldt als de consulent zijn werk niet of niet naar behoren heeft gedaan. In

beginsel geldt dan ook de strafuitsluitingsgrond voor de arts. De consulent moet schriftelijk zijn oordeel geven over de vraag of is voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Indien de arts redelijkerwijs niet hoeft te twifelen aan het oordeel van de consulent, heeft hij aan het vereiste van raadpleging van een consulent voldaan.

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

De leden van de CDA-fractie informeerden in hoeverre de arts het werk van de door hem ingeschakelde consulent dient te beoordelen. De arts hoeft dit werk niet te beoordelen. De arts moet zelf voldoen aan alle zorgvuldigheidseisen. De consulent geeft op dit punt een second opinion. De arts neemt natuurlijk wel kennis van het oordeel van de consulent en zal dit bij zijn eigen oordeelsvorming betrekken. Het is de toetsingscommissie die uiteindelijk beoordeelt of de arts heeft voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen.

De leden van de VVD-fractie stelden met betrekking tot het zogeheten Schoonheimcriterium de vraag of dit criterium alleen geldt bij de ziekte van Alzheimer en niet voor patiënten met andere, progressief verlopende aandoeningen, zoals Parkinson, Huntington of MS.

Zoals deze leden terecht aangaven, kan uit het Schoonheimarrest worden opgemaakt dat onder ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan worden verstaan de vrees voor een verdergaande ontluistering of de kans niet meer op waardige wijze te kunnen streven. De patiënt verkeert in een situatie die naar medisch inzicht leidt tot een verdergaande verergering van het reeds als ondraaglijk ervaren lijden, waardoor een zodanige ontluistering zou intreden dat de patiënt niet meer op een menswaardige wijze zou kunnen sterven.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voor zover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medische ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood. Het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan in het licht van het bovenstaande niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. De enkele verwachting van een ontluistering is op zichzelf geen uitzichtloos lijden.

Met het bovenstaande willen wij aangeven dat het Schoonheim-criterium niet alleen op een bepaalde ziekte of bepaalde categorieën ziekten van toepassing is. Per geval zal de arts zich een oordeel moeten vormen over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dit geldt ingeval van de ziekte van

Met het oog op het voorgaande stelden de leden van de VVD-fractie voor om het oordeel over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid over te laten aan de patiënt. Daarmee zou nog meer recht worden gedaan aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Wij wijzen erop dat niet alleen de gedachte van zelfbeschikking aan dit wetsvoorstel ten grondslag heeft gelegen. De oorspronkelijke aanvaarding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de jurisprudentie is gestoeld op de moeilijke situatie waarin de arts kan komen te verkeren indien hij wordt geconfronteerd met een ernstig lijdende patiënt wiens lijden hij niet kan verlichten en die een dringend beroep op hem doet om hem uit dat lijden te verlossen. Deze jurisprudentie heeft, door de erkenning van het beroep van die arts op overmacht, geleid tot de formulering van voorwaarden waaronder levensbeëindigend handelen juridisch toelaatbaar wordt geacht. De criteria zijn in de praktijk goed bruikbaar gebleken voor de toetsing achteraf van voorkomende gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Het wetsvoorstel beoogt nu deze voorwaarden te codificeren.

Het bovenstaande betekent niet dat niet ook de gedachte van zelfbeschikking in het voorliggende wetsvoorstel is terug te vinden. Op grond van het wetsvoorstel wordt het immers mogelijk gehoor te geven aan de wens van een uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënt om te sterven. Overigens benadrukken wij dat dit niet betekent dat deze mogelijkheid een individueel recht op zelfbeschikking in zich bergt. Aangezien wij het van belang achten dat met zowel de belangen van de patiënt als van de arts rekening wordt gehouden zijn wij er geen voorstander van dat alleen de patiënt beoordeelt of het lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Daarmee zouden wij geen recht doen aan de medisch objectieve kennis van de arts die juist met betrekking tot dit criterium uitermate van belang is.

Door de leden van de PvdA-fractie werd terecht aangehaald dat in de discussie in de Tweede Kamer is gebleken dat de zogenaamde klaar met leven situaties niet worden bestreken door dit wetsvoorstel. Zoals deze leden memoreerden zal het maatschappelijk en professioneel debat op het terrein van de levensbeëindigende handelingen doorgaan. In het onderhavige wetsvoorstel worden de voorwaarden gesteld waaraan de arts moet voldoen om een beroep te kunnen doen op de strafuitsluitingsgrond. De zorgvuldigheidseisen die worden gesteld, moeten per geval worden beoordeeld. Op welke wijze deze eisen worden getoetst hangt af van de op dat moment algemeen aanvaarde kennis op het terrein van de medische, ethische en juridische wetenschap. Aangezien de wetenschap zich op elk van deze terreinen zal blijven ontwikkelen, zal de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen zich ook ontwikkelen.

In tegenstelling tot hetgeen de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP voor ogen staat, zijn wij van mening dat het niet wenselijk is de eis te stellen dat de wilsverklaring op schrift moet zijn gesteld. Afgezien van het feit dat een dergelijke totnu toe niet in de jurisprudentie is gesteld, zijn wij van mening dat een ieder op elk moment tegenover de behandelend arts een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding moet kunnen doen. Dit doet aan de rechtszekerheid van de patiënt geen afbreuk. Het eenmalig doen van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding is onvoldoende om aan de eis van weloverwogenheid te voldoen. Een verzoek dat gedaan is in een opwelling of naar aanleiding van een tijdelijke sombere periode, mag niet ingewilligd worden. Weloverwogenheid veronderstelt een zorgvuldige afweging op basis van volledige informatie en een helder ziekte-inzicht. Het verzoek zal in meer gesprekken tussen arts en patiënt diepgaand aan de orde moeten zijn geweest. In zijn verslag zal de arts

moeten vermelden op welke gronden het verzoek weloverwogen is gedaan.

De leden van de RPF/GPV en SGP fractie waren de mening toegedaan dat aan het criterium uitzichtloos en ondraaglijk lijden ter wille van de objectieve vaststelling zou moeten worden toegevoegd dat dit lijden onbehandelbaar is. Een dergelijke toevoeging achten wij overbodig. De uitzichtloosheid van het lijden wordt op medische gronden vastgesteld. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Het ontbreekt dan aan een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Als de vraag of dergelijk perspectief ontbreekt bevestigend wordt beantwoord, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Uitzichtloosheid is in dat geval op te vatten als onbehandelbaarheid.

Deze leden betreurden het dat de arts in zijn rapportage volgens de zorgvuldigheidseisen niet verplicht is om de mogelijkheden en wenselijkheden van palliatieve zorg te vermelden.

In de toetsing van de gevallen van euthanasie zullen de toetsingscommissies steeds aandacht besteden aan de aandacht die de arts heeft besteed aan de mogelijkheden op het terrein van palliatieve zorg die er in de situatie van de patiënt voorhanden waren. Indien zij dit nodig achten zullen de commissies hier nog met de arts over spreken. Ook bij het raadplegen van een onafhankelijke arts zal deze consulent met de arts bespreken of en zo ja welke mogelijkheden voor palliatieve zorg er nog voorhanden zijn voor de patiënt.

De consulent stuurt zijn verslag naar de toetsingscommissies. Het kan dus niet zo zijn dat geen aandacht zou worden besteed aan de mogelijkheden voor palliatieve zorg, zonder dat dit in het gehele proces op enige manier wordt besproken of getoetst. In artikel 2, lid 1d, komt de palliatieve zorg impliciet ter sprake in het kader van nog voorhanden zijnde alternatieve behandelingsmogelijkheden. Op grond van de hierboven uiteengezette besprekings- en toetsingsmogelijkheden achten wij het niet nodig om de verplichting waar de leden naar vroegen, nog eens apart in de zorgvuldigheidseisen op te nemen.

De leden van de RPF/GPV en SGP-fractie betreurden het dat het bezocht moeten hebben van de patiënt niet verplicht is gesteld.

Wij wijzen hier op eerder genoemd artikel waarin de tweede onafhankelijke arts verplicht wordt de patiënt gezien te hebben. Het kan echter onder uitzonderlijke omstandigheden gebeuren dat de consulent de patiënt niet heeft gezien. In het schriftelijk oordeel van de consulent zal de reden hiervoor moeten worden aangegeven. De commissie zal dat moeten beoordelen en kan dan niettemin tot het oordeel komen dat zorgvuldig is gehandeld.

De leden van fracties van RPF/GPV en SGP vroegen waarom wij ons ertegen verzetten om voor te schrijven dat een arts het oordeel van een verpleegkundige betreft bij zijn besluitvorming inzake euthanasie. Een verpleegkundige kan naar ons oordeel reeds in een vroeg stadium bij een wens van een patiënt om euthanasie worden betrokken en op die wijze een verbinding leggen naar de arts, die uiteindelijk moet beslissen of hij al of niet op het verzoek in kan gaan. Het zal in iedere situatie een eigen gegeven zijn in hoeverre een verpleegkundige bij het verdere besluitvormingsproces wordt betrokken. Er zullen ook situaties voorkomen, in het bijzonder in de thuissituatie, dat er geen verpleegkundige bij de besluitvorming is betrokken.

Daarbij moet ook worden opgemerkt dat een patiënt kan weigeren dat een verpleegkundige kennis neemt van zijn wens tot euthanasie.

Voor de situaties waarin wel een verpleegkundige haar mening ten aanzien van de besluitvorming heeft kunnen geven, achten wij het van belang die mening te kennen.

Daartoe zijn in het formulier dat de arts moet invullen en bij zijn verslag inlevert, vragen opgenomen die er op zijn gericht te vernemen of er een verpleegkundige of verzorgende bij de besluitvorming is betrokken en welke diens mening was. Deze vragen moeten reeds enkele jaren worden beantwoord en dit zal na het in werking treden van het voorliggend wetsvoorstel niet veranderen. Er wordt derhalve wel degelijk aandacht besteed aan de betrokkenheid en mening van de verpleegkundige.

Artikel 2, tweede lid

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of ingeval van latere wilsonbekwaamheid aan de zorgvuldigheidsnormen kan worden voldaan. De wilsverklaring kan ook zonder dat deze met de arts is besproken, worden beschouwd als overeenstemmend met de wil van de patiënt, mits deze tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht voordat hij wilsonbekwaam werd. Anders dan de leden van de CDA-fractie menen is bij de schriftelijke wilsverklaring wel sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek indien de bevindingen van de arts geen aanleiding geven om het tegendeel aan te nemen. Dit is nu juist de rechtskracht die wij aan de wilsverklaring toekennen. Dit houdt in antwoord op een vraag daarover van dezelfde leden in dat van een duurzaam, in de zin van herhaald, verzoek geen sprake kan zijn. De specifieke positie van de wilsonbekwame patiënt brengt met zich dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. De arts zal de vereiste overtuiging dan ook moeten krijgen op basis van zijn eigen beoordeling van de situatie door bijvoorbeeld bestudering van de medische geschiedenis van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten.

De leden van de CDA-fractie vroegen ook naar de wijze waarop de andere zorgvuldigheidsvereisten kunnen worden toegepast. Voor de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden is, evenals bij wilsbekwame patiënten, het medisch vakkundig oordeel dat de situatie van de patiënt verergert en niet te verbeteren is, bepalend. De vraag of de patiënt ondraaglijk lijdt, zal de arts moeten beantwoorden aan de hand van de omschrijving in de wilsverklaring van de situatie waarin de patiënt levensbeëindiging wenst en voorts afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties. Voorlichting aan de patiënt is slechts mogelijk voor zover de communicatie met de patiënt die nog toelaat. Daarnaast zal het, uit hoofde van zijn taak als goed hulpverlener, wel op de weg van de arts liggen familie en andere naasten, gelet op de aanwezigheid van een wilsverklaring, voor te lichten over de medische vooruitzichten en mogelijkheden van de patiënt. Ook de bespreking met de patiënt van een mogelijke redelijke andere oplossing is slechts mogelijk voorzover de communicatie met de patiënt zulks toelaat. Wel kan het voorkomen dat de arts, alles afwegende, tot het oordeel komt dat, ondanks de uitdrukkelijke wens tot levensbeëindiging van de patiënt die is neergelegd in de wilsverklaring, een andere oplossing uiteindelijk te verkiezen is boven actieve levensbeëindiging. Bij deze andere oplossing moet in dit geval worden gedacht aan het afwachten van de natuurlijke dood, terwijl de patiënt met alle zorg wordt omringd. Juist de wilsonbekwaamheid van de patiënt kan ertoe leiden dat moet worden vastgesteld dat hij niet ondraaglijk lijdt. Dit zal met name het geval kunnen zijn indien de patiënt in een diep en onomkeerbaar coma verkeert. De beoordeling daarvan blijft

evenwel voorbehouden aan de arts aan de hand van de concrete omstandigheden van het geval.

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

De leden van de CDA-fractie hadden de indruk dat de regering ervan uitgaat dat de arts steeds op de hoogte behoort te zijn van de sociale context waarin de patiënt zijn wilsuiting kenbaar maakt. De sociale context is als zodanig geen zorgvuldigheidsvereiste. Wel merken wij op dat het voldoen aan de zorgvuldigheidsvereisten veelal samenhangt met de sociale context van de patiënt. Dit zal met name het geval zijn bij een later wilsonbekwaam geworden patiënt. In dergelijke gevallen kan lang niet altijd worden vertrouwd op een goede communicatie. De arts zal dus andere wegen moeten bewandelen om aan de zorgvuldigheidsvereisten te kunnen voldoen.

De leden van de CDA-fractie vroegen wat de consequenties zijn als de arts ook onbekend is met de sociale context. Onbekendheid van de sociale context doet geen afbreuk aan de toepasselijkheid van de zorgvuldigheidsvereisten. Het is in een dergelijk geval echter niet ondenkbeeldig dat de arts tot de conclusie moet komen dat hij niet aan een of meer zorgvuldigheidseisen kan voldoen.

De leden van de CDA-fractie hadden in één uitvoerige passage vele vragen gesteld met betrekking tot de positie van verpleegkundigen. Wij zullen deze vragen in de navolgende passage bij elkaar beantwoorden. Aan het onderzoek naar de positie van verpleegkundigen is een ruime voorbereidingstijd vooraf gegaan. In deze tijd zijn de verschillende aspecten waaraan in het onderzoek aandacht zou moeten worden besteed, duidelijk geworden. Aangezien ook de vraag meegenomen zou moeten worden naar de relatie toetsingscommissie en de positie van de verpleegkundigen – deze vraag was enige malen in de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer aan de orde gesteld –, was het raadzaam om eerst de toetsingscommissies enige tijd te laten functioneren, opdat deze zich ook zelf een oordeel zouden kunnen vormen over hun rol in relatie tot de positie van verpleegkundigen. Vervolgens zijn enkele onderzoeksoffertes gevraagd en bestudeerd. Het is een toevallige gang van zaken, veroorzaakt door logistieke uitvoeringsmogelijkheden, dat het onderzoek eerst gestart kon worden na de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, de opdracht voor het onderzoek was reeds enige maanden vóór de mondelinge behandeling gegeven. Indien verpleegkundigen hun werk volgens hun professionele standaard verrichten en hun op dat gebied geen verwijten kunnen worden gemaakt, zullen zij niet tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn, ook niet indien een toetsingscommissie tot een oordeel komt dat de arts in het proces dat tot de uitvoering van euthanasie heeft geleid, niet zorgvuldig heeft gehandeld. Het is, zoals de leden van de CDA fractie onderschreven, de arts die verantwoordelijk is voor de beslissing omtrent en voor de uitvoering van euthanasie.

Indien hetzij toetsingscommissies, hetzij het Openbaar Ministerie, hetzij de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek naar de gang van zaken rond de uitvoering van euthanasie moet instellen, zijn zij gerechtigd diegenen in het onderzoek te betrekken, die naar hun mening een bijdrage kunnen leveren tot een juiste oordeelsvorming. Hiertoe kunnen ook verpleegkundigen behoren.

De aan het woord zijnde leden hadden gevraagd waarom consultatie van een verpleegkundige niet als zorgvuldigheidseis is opgenomen. Het kan voorkomen dat een verpleegkundige in de zorgrelatie met de patiënt eerder van een wens tot euthanasie op de hoogte is dan de arts. De verpleegkundige moet de patiënt dan naar de arts verwijzen of zelf de arts, na toestemming van de patiënt, informeren en op die wijze het contact leggen tussen arts en patiënt over de wens van de patiënt. De arts is en blijft verantwoordelijk voor het besluitvormingsproces en het al of niet uitvoeren van euthanasie. De verpleegkundige kan in het besluitvormingsproces worden betrokken. De arts kan de verpleegkundige naar diens mening vragen. Een consultatie in de zin van het op vergelijkbare wijze consulteren als een tweede, onafhankelijke arts geconsulteerd moet worden, ligt niet in de rede, gelet op de eigen verantwoordelijkheid van de arts voor de uitvoering. Vanuit de geschetste achtergrond is ook de betreffende vraag in het formulier geformuleerd, dat de arts moet invullen. Daar wordt wel aangegeven of, in welke zin en met welk resultaat de mening van de verpleegkundige is gehoord. Indien er bij de toetsingscommissies aarzelingen bestaan over de invulling met betrekking tot de rol van de verpleegkundige, kunnen zij hier navraag naar doen; dat geldt ook ten aanzien het eventueel nader inzage willen hebben in een verpleegkundig verslag; het komt in de praktijk voor dat nadere informatie terzake wordt gevraagd.

Wij willen er hierbij overigens nog eens op wijzen dat lang niet in alle gevallen is een verpleegkundige bij de besluitvorming betrokken, en zeker niet bij de besluitvorming in de thuissituatie.

De wijze waarop in de huidige situatie door de toetsende en onderzoekende instanties informatie kan worden verkregen, stemt deze instanties tot tevredenheid, zij achten die voldoende. Wij zijn van oordeel dat met de voorgestelde regeling genoegzaam inzicht verkregen kan worden in de positie en de rol van de verpleegkundige. Indien uit het thans lopende onderzoek naar de positie van verpleegkundige bij medische beslissingen rond het levenseinde bevindingen naar voren zouden komen, die een nuancering van de huidige regels wenselijk zouden maken, zal zulks alsdan besproken kunnen worden.

Wij hebben gedurende de behandeling van de wetsgeschiedenis aangegeven dat wij de vigerende bepalingen op grond waarvan artsen en verpleegkundigen kunnen weigeren om aan euthanasie mee te werken, voldoende achten.

Het is aan iedere arts zelf voorbehouden om kenbaar te maken dat hij niet aan een verzoek om euthanasie mee kan werken. Hij kan dit doen op grond van zijn medische professie, een arts kan immers nooit worden verplicht zijn medewerking te verlenen. Hij zal zulks in alle openheid met de patiënt kunnen en moeten bespreken in een zo voeg mogelijk stadium, wanneer hij wordt geconfronteerd met een verzoek van de patiënt.

Eenzelfde motivering geldt ten aanzien van een verpleegkundige. Zijn professionele deskundigheid en beroepsattitude stelt hem in staat om tijdig kenbaar te maken dat hij niet bij het besluitvormingsproces betrokken wil worden. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om in voorkomende gevallen voor zijn mening uit te komen. Hij is immers niet verplicht om medewerking te verlenen, indien hij zulks niet met zijn persoonlijke opvatting kan verenigen. Hij kan en mag niet tot medewerking worden gedwongen.

Gelet op het bovenstaande zijn wij van oordeel dat het op nemen van een wettelijke bepaling inhoudelijk geen toevoeging brengt aan de mogelijk-

heden die artsen en verpleegkundigen hebben om op grond van hun persoonlijke levensbeschouwing niet aan euthanasie mee te willen werken.

De leden van de CDA-fractie vroegen tot slot naar voorbereidings- en uitvoeringshandelingen.

Bij de toepassing van euthanasie moge geheel duidelijk zijn dat de uitvoering alleen aan de arts is voorbehouden en dat verpleegkundigen geen handelingen mogen verrichten die direct de levensbeëindiging ten gevolge hebben. In het proces van verpleging en verzorging worden veel handelingen door verpleegkundigen uitgevoerd, van het geven van injecties tot het inbrengen van een infuus. Ook het aansluiten van een infuus en het inbrengen en afstellen van de infuusvloeistof kan onder supervisie van een arts door een verpleegkundige geschieden. Deze handelingen zijn gericht op het bestrijden van de klachten van de patiënt. Deze handelingen worden veelal door de aard van de aandoening bepaald. Een verpleegkundige weet tegenwoordig op grond van zijn professionele deskundigheid heel goed waar een bepaald middel toe dient: welke vloeistof met welk doel in een infuus wordt gebracht, welke injecties moeten worden klaargemaakt. Indien een verpleegkundige aarzelt over het middel, dient hij dat de arts om informatie te vragen. Zodra het gaat om medicamenten, die gericht zijn op de uitvoering van euthanasie, zal een verpleegkundige zich moeten distantiëren van klaarmaken en toedienen. Deze handelingen zijn aan de arts voorbehouden: deze neemt de beslissing tot uitvoering en is daarvoor ook ten volle voor verantwoordelijk. Hij mag deze handelingen niet delegeren.

De leden van de VVD-fractie vroegen wanneer de arts met succes een beroep kan doen op de strafuitsluitingsgrond in het geval een comateuze patiënt een schriftelijke wilsverklaring heeft die betrekking heeft op comasituaties.

Een comateuze patiënt is niet langer in staat om zich te uiten over de mogelijkheid tot levensbeëindigend handelen. In dit geval mag de arts de schriftelijke wilsverklaring aanmerken als een verzoek om euthanasie. De schriftelijke wilsverklaring is te beschouwen als een vrijwillig en weloverwogen verzoek tenzij de arts aanleiding heeft om dit niet aan te nemen. De arts zal de vereiste overtuiging moeten krijgen door zijn eigen beoordeling van de situatie. Daartoe kan hij de medische geschiedenis besturen, overleg voeren met hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg voeren met de familie. De andere zorgvuldigheidseisen, genoemd in het eerste lid van artikel 2, zijn eveneens van toepassing voorzover de feitelijke situatie dat toelaat. De arts zal zich een oordeel moeten geven over het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarvan hoeft bij een comapatiënt geen sprake te zijn. De arts zich hierover een medisch oordeel moeten vellen, waarbij hij rekening houdt met de medische kennis over lijden in vergelijkbare gevallen. Niet uitgesloten is dat de arts, ondanks de wilsverklaring, concludeert dat in het concrete geval niet kan worden aangenomen dat de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. In dat geval is niet aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan en zal niet met recht een beroep op een strafuitsluitingsgrond kunnen worden gedaan.

De arts zal ook, voorzover de feitelijke situatie dat toelaat, aan de andere zorgvuldigheidseisen moeten voldoen. Voorlichting aan de comateuze patiënt uit de aard der zaak is niet mogelijk. In dat geval ligt het voor de hand dat de arts de vooruitzichten met de familie bespreekt. Hetzelfde geldt voor de bespreking van de eventuele redelijke andere oplossingen. Aan het vereiste van het raadplegen van een consulent kan wel zonder meer worden voldaan.

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe wordt gewaarborgd dat alleen wilsverklaringen worden uitgevoerd, die werkelijk in overeenstemming

zijn met de wil van de betrokkene op het moment, dat euthanasie daadwerkelijk aan de orde is.

De verklaring vormt een richtsnoer voor de arts en biedt hem een aanknopingspunt voor verder handelen. Belangrijk is dat arts en patiënt de inhoud van de verklaring bespreken en dat de arts zich overtuigt van de authenticiteit van de wilsverklaring. Van dit gesprek moet dan een verslag worden opgenomen in het dossier, zodat de wensen van de patiënt helder zijn. Dat betekent dat op het moment dat de arts beslist tot medewerking aan de euthanasie of hulp bij zelfdoding de wensen van de patiënt bekend zijn. De arts die het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgt kan de wilsverklaring beschouwen als overeenstemmend met de wil van de patiënt. De wilsverklaring betekent niet dat hij het verzoek moet inwilligen, hij zal dit uitsluitend mogen doen met inachtneming van de zorgvuldigheidscriteria.

De leden van de PvdA-fractie vroegen de regering hoe de arts moet omgaan met de familie van betrokkene, met name als sprake is van een meningsverschil tussen familieleden en kan ervan worden uitgegaan dat de wil van degene die de verklaring getekend heeft de doorslag geeft? Indien de toestand die in de wilsverklaring is beschreven, is ingetreden, mag de arts de verklaring beschouwen als overeenstemmend met de wil van de patiënt in de acute situatie. Is dit dus aan de orde, en is de verklaring voldoende duidelijk, dan is de arts gerechtigd de wilsverklaring ook te volgen. De visie van een vertegenwoordiger of familielid kan in zo'n situatie niet voor de wilsverklaring in de plaats treden. Van een verzet van een familielid tegen een voorgenomen levenbeëindiging dat desalniettemin zou moeten worden gerespecteerd, kan dus geen sprake zijn.

De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af of de regering ook nagedacht heeft over de mogelijkheid, dat mensen die wel weten wat zij willen, maar niet voldoende taalvaardig zijn een wilsverklaring zouden willen opmaken en hoe dat zou moeten plaats vinden.

Het verzoek om levenbeëindiging kan mondeling worden gedaan en met de betrokken arts worden doorgesproken. Deze zal van het gesprek een verslag maken en vastleggen in het dossier. De patiënt kan zich doen vergezellen door bijvoorbeeld een familielid, die wel in staat is te overzien wat is afgesproken en door de arts is vastgelegd. Een patiënt kan zich ook laten ondersteunen door een persoon van zijn keuze bij het invullen van een schriftelijke verklaring.

De leden van de fracties van RPF/GPV en SGP stelden enige vragen over wat nu precies normaal en niet normaal medisch handelen is. Voorzover dit punt van belang is voor de vraag wanneer sprake is van euthanasie of hulp bij zelfdoding dan wel van al dan niet normaal medisch handelen is op eenzelfde vraag op dit punt van dezelfde leden hierboven uitvoerig ingegaan. Wij mogen de aan het woord zijnde leden daarnaar verwijzen.

De leden van de RPF/GPV en SGP-fractie vroegen welke argumenten worden aangevoerd tegen de eeuwenoude medische ethiek dat het artsen verboden is te doden of daarbij hulp te bieden.

Artsen worden geconfronteerd met moeilijke situaties, waarin mensen die zijn getroffen door dodelijke, ontluisterende ziekten langer in leven kunnen worden gehouden dan vroeger. Mede hierdoor worden patiënten er soms toe gebracht, de arts dringend te vragen iets te doen wat strijdig lijkt met zijn roeping, namelijk het leven beëindigen in plaats van het leven te redden en te beschermen. Wij spreken hier uitdrukkelijk van «strijdig lijkt», omdat geleidelijk het besef is gegroeid dat het ook de taak van de arts is het lijden te verlichten. En daar, waar het lijden zo ernstig is dat alleen de dood daaraan een eind kan maken, moet het mogelijk zijn dat de arts na zorgvuldige afweging kiest voor het inwilligen van het uitdrukkelijke en weloverwogen verzoek van de patiënt. Het zijn de

medisch-technische wetenschappelijke ontwikkelingen die hebben zorggedragen voor een toegenomen medisch kunnen waardoor mensen langer leven en waarbij moet worden bedacht dat laatste levensjaren soms de moeilijkste zijn. De toegenomen medische behandelingsmogelijkheden brengen met zich mee dat ook bij de uiteindelijke besluitvorming de ethische vragen, die daarbij aan de orde komen, worden gezien in het licht van de consequenties van deze toegenomen behandelingsmogelijkheden.

De leden van de RPF/GPV en SGP-fractie vroegen welke maatregelen worden getroffen om het ethos van artsen hoog te houden.

Het hooghouden van de beroepsethos is een zaak voor de beroepsgroep zelf. Tijdens de opleiding, de bij- en nascholingen bij inter- en supervisie wordt hieraan aandacht gegeven.

De leden vragen zich af welke maatregelen worden getroffen richting patiënten die hun arts wantrouwen vanwege het bekend worden van zijn medewerking aan euthanasie.

Een verzoek om levensbeëindiging gaat uit van de patiënt. De formulering van de vraag roept de gedachte op dat een arts die op zo'n verzoek ingaat en handelt conform de zorgvuldigheidscriteria een bedreiging voor patiënten zou vormen en daarmee zijn we het oneens. Indien een patiënt zijn arts wantrouwt kan hij zonder probleem van arts veranderen.

Ook stelden de leden de vraag hoe de weerstand van artsen tegen druk vanuit de omgeving (erfgenamen, pensioenfondsen, verzekeringsmaatschappijen) kan worden vergroot om op grond van ondraaglijk lijden euthanasie toe te passen.

Een dergelijke druk is nooit uit te sluiten. Van de arts wordt verwacht dat hij het verzoek van de patiënt beoordeelt en vaststelt of dit verzoek in alle vrijheid is genomen en dat het verzoek niet wordt ingegeven door gebrek aan zorg of door druk van buiten af. Van de arts wordt verwacht dat hij een eventuele verborgen boodschap herkent en naar bevinding zal handelen. Hij kan nimmer tot handelen met betrekking tot levensbeëindiging worden gedwongen. Dat geldt eveneens voor de vraag van de leden met betrekking tot de steeds moeilijker worden positie van artsen in de zorg die in hun visie zou leiden tot een verdere verruiming van de zorgvuldigheidseisen van ondraaglijk lijden. Wij menen dat daarvan op grond van het bovenstaande geen sprake is.

In antwoord op de vraag van de leden van de fracties van RPF/GPV en SGP kunnen wij bevestigen dat er geen verschil van mening is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts moeten worden uitgevoerd. Dit is in de jurisprudentie bepaald en vastgelegd in de wettelijke regeling.

De arts is verantwoordelijk voor de besluitvorming en voor de uitvoering van euthanasie. Het betreft hier een handeling die niet aan anderen kan worden gedelegeerd. De arts is aansprakelijk en zijn handelen wordt getoetst.

Dezelfde leden achtten de rechtsbescherming van gewetensbezwaarde werkers in de gezondheidszorg gebrekkig en ontoereikend en stelden naar aanleiding daarvan enkele vragen.

De uitvoering van euthanasie is slechts voorbehouden aan artsen.

Verpleegkundigen mogen zich niet met de uitvoering van euthanasie bezig houden. Zij zullen zich derhalve ook niet met handelingen bezig houden die strafbaar zijn gesteld.

Indien verpleegkundigen op persoonlijke gronden in het geheel niet bij het besluitvormingsproces betrokken willen worden, moeten zij dit tijdig kenbaar maken. Het is hun eigen verantwoordelijkheid hier duidelijkheid over te verschaffen.

Eenzijds weten verpleegkundigen op grond van hun professionele

standaard heel goed dat zij geen uitvoerende handelingen ten aanzien van de toepassing van euthanasie mogen verrichten. Zij moeten daarom ook geen opdrachten tot handelingen accepteren die gericht zijn op de uitvoering van euthanasie. Anderzijds weten artsen op grond van hun professionele standaard dat de besluitvorming over en de uitvoering van euthanasie uitsluitend aan hun is voorbehouden en dat zij geen handelingen mogen delegeren aan verpleegkundigen.

De verantwoordelijkheden van beide categorieën hulpverleners zijn derhalve duidelijk en zij dienen daarnaar te handelen. Het is op die grond naar ons oordeel dan ook niet nodig om terzake een aparte regeling betreffende verbod op delegatie op te nemen.

In het voorgaande, alsmede ook in de beantwoording van vragen terzake van leden van de CDA-fractie, hebben wij uiteengezet dat de vigerende bepalingen met betrekking tot het weigeren van medewerking aan de uitvoering van euthanasie naar haar oordeel voldoende zijn. Artsen en verpleegkundigen weten ten aanzien van hun professionele standaarden waar hun bevoegdheden en grenzen liggen. Wij achten opnemings van een bepaling analoog aan artikel 20 van de Wet afbreking zwangerschap dan ook niet opportuun.

HOOFDSTUK III REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES VOOR LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Artikel 3

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of bij de medicus, als lid van een toetsingscommissie, wordt uitgegaan van een profiel waarbij specifieke deskundigheid op het terrein van de palliatieve zorg is vereist. De betrokken arts 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, voorzover daartoe aanleiding bestond. De complexiteit van een ziekteproces vraagt bij toetsing van een arts meer dan alleen aandacht voor palliatieve zorg. Wij zijn van oordeel dat het voor een adequate toetsing en beoordeling niet aangewezen is dat een arts in de toetsingscommissie noodzakelijkerwijs een palliatief deskundige is.

HOOFDSTUK IV WIJZIGINGEN IN ANDERE WETTEN

Artikel 20

De leden van de CDA-fractie hadden de indruk dat niet-melden of hulp bij zelfdoding een element is van de strafbepaling van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht.

Indien de arts zelfstandig heeft beslist geen melding te maken van het overlijden van de patiënt terwijl er sprake was van euthanasie, heeft deze zich zelf in de positie gebracht dat zijn handelen niet op de gebruikelijke wijze getoetst kan worden aan de zorgvuldigheidseisen. Dat betekent dat hij in beginsel geen beroep kan doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond die is opgenomen in artikel 293, tweede lid. Indien hij dat achteraf wenst te doen, zal hij zelf aannemelijk moeten maken dat hij wel zorgvuldig heeft gehandeld. Het melden is echter ook een belangrijk onderdeel van de zorgvuldigheid van het handelen.

Een vervolging zal in een dergelijk geval op het vervullen van de delictomschrijving van artikel 293, eerste lid, zijn gebaseerd. Indien de arts een beroep wil doen op de algemene strafuitsluitingsgronden overmacht in de zin van noodtoestand of afwezigheid van alle schuld zal

het ook op zijn weg liggen om feiten en omstandigheden aan te dragen die het honoreren van een dergelijk beroep kunnen dragen. Het openbaar ministerie is niet gehouden met de afwezigheid van deze strafuitsluitingsgronden in de telastlegging rekening te houden. De officier van justitie zal zich uiteraard op de terechtzitting over de deugdelijkheid van het beroep kunnen uitlaten. Het geven van voorbeelden, waar de leden van de CDA-fractie om verzochten, is thans niet aan de orde. Van belang is dat een beroep op de aanwezigheid van een algemene strafuitsluitingsgrond niet op voorhand kan worden uitgesloten.

De leden van de PvdA-fractie plaatsten vraagtekens bij de sanctionering van het niet voldoen aan de meldingsplicht. Zij wezen erop dat niet-melden reeds strafbaar is als valsheid in geschrifte of op grond van de strafbepalingen in de Wet op de lijkbezorging. 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. De onlosmakelijkheid met euthanasie of hulp bij zelfdoding rechtvaardigt het hogere strafmaximum. Op dit punt antwoorden wij dezelfde leden dat wij geen aanwijzingen hebben om aan te nemen dat een hoger strafmaximum zal bijdragen aan de meldingsbereidheid. Opneming van de meldplicht in de bijzondere strafuitsluitingsgrond brengt 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 van het Wetboek van Strafrecht. 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 op het melden na aan alle voorwaarden heeft voldaan, dan kan vervolging worden overwogen terzake van het misdrijf van artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht (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). Met het bovenstaande hebben wij ook antwoord gegeven op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de strafwaardigheid van het enkel niet-melden.

Artikel 21

De leden van de fractie van D66 opperden de suggestie om in de Wet op de lijkbezorging een derde categorie, te weten dood ten gevolge van een zorgvuldig uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding op te nemen, of in diezelfde wet een dergelijk zorgvuldig handelen expliciet gelijk te stellen met de natuurlijke dood. Wij zijn geen voorstander van deze gedachte. Een doodsoorzaak kan natuurlijk of onnatuurlijk zijn. De wijze waarop de doodsoorzaak intreedt verandert daaraan niets. Euthanasie of hulp bij zelfdoding, al dan niet zorgvuldig uitgevoerd, is een niet natuurlijke doodsoorzaak. Een derde categorie sluit hierbij niet aan. Naar onze mening strookt het niet met het systeem van de regeling om levensbeëindigend handelen als euthanasie en hulp bij zelfdoding te beschouwen als een natuurlijke doodsoorzaak. Het gevolg zou zijn dat noch de gemeentelijke lijkschouwer, noch de officier van justitie wordt geïnformeerd over de onnatuurlijke doodsoorzaak. Dit houdt in dat zonder verklaring van geen bezwaar van de officier van justitie uitvoering kan worden gegeven aan

begraven of cremen. Een toetsing van de zorgvuldigheid van de levensbeëindigende handeling kan niet zijn verricht alvorens betrokkene is begraven of gecremeerd. Gelet op de mogelijkheid dat een levensbeëindigende handeling niet zorgvuldig kan zijn uitgevoerd lijkt deze gang van zaken ons niet juist. Het is dan niet goed meer mogelijk om sectie te laten verrichten waardoor eventuele misstanden boven water komen. Wij kunnen ook niet doorgronden dat door overneming van het voorstel van de leden van de D66 fractie de meldingsbereidheid zou kunnen worden verhoogd. Ook in de voorgestelde regeling is het uitgangspunt dat een levensbeëindigende handeling die zorgvuldig is uitgevoerd niet langer strafbaar is. Het opnemen van een aparte categorie of gelijkstelling van een zorgvuldig uitgevoerde levensbeëindigende handeling met een natuurlijke doodsoorzaak in de Wet op de lijkbezorging maakt deze benadering niet anders.

De Minister van Justitie,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,