

# OPENBAAR MINISTERIE

College van procureurs-generaal

Postbus 20305, 2500 EH Den Haag

Ministerie van Justitie en Veiligheid

D.t.v. (...)

Postbus 20301

2500 EH 'S-GRAVENHAGE

Prins Clauslaan 16

2595 AJ Den Haag

T +31 88 699 11 00

www.om.nl

Tevens per e-mailbericht aan: [h.abma@minjenv.nl](mailto:h.abma@minjenv.nl).

Datum (...)
Onderdeel Bestuurlijke en Juridische Zaken
Ons kenmerk PaG/BJZ-B/18909
Contactpersoon (...)
Doorkiesnummer(s) 088 - (...)
Uw kenmerk -
Bijlage(n) 3
Onderwerp Reactie op ontwerpregeling levensbeëindiging 1-12 jaar.

Bij beantwoording de datum en ons kenmerk vermelden.

Geachte mevrouw (...)

Bij brief van 11 januari 2022 heeft u het College van procureurs-generaal (hierna: het College) verzocht om te reageren op de ontwerpregeling levensbeëindiging bij kinderen 1 tot 12 jaar.

Zoals aangegeven in mijn brief van 1 februari jl. (met kenmerk PaG/BJZ-B/1811) was het helaas niet mogelijk u binnen een maand te berichten omdat een zorgvuldige beoordeling van de regeling langer tijd vergde. Dit hield onder meer verband met het feit dat het College ten behoeve van de onderhavige zienswijze te rade is gegaan bij enkele, hieronder te noemen, deskundigen die buiten het Openbaar Ministerie werkzaam zijn.

## *Samenvatting van de zienswijze*

Het College merkt als eerste op dat het te waarderen is dat het afgelopen jaar zich zoveel personen hebben ingespannen om een ontwerpregeling tot stand te brengen die tot doel heeft om artsen – die worden geconfronteerd met uitzichtloos en ondraaglijk lijdende kinderen – behulpzaam te zijn bij het nemen van complexe (juridische) beslissingen rond het levenseinde.

Dit neemt niet weg dat het College afwijzend staat tegenover de voorgestelde ontwerpregeling. Alvorens dit standpunt uitvoerig toe te lichten, vat ik de kern van de bezwaren hieronder eerst kort samen.

Het College komt tot de conclusie dat het hier gaat om een complexe materie die zich niet goed leent voor een voorziening in de vorm van een ministeriële regeling. Dit houdt verband met het gebrek aan casuïstiek die voor het ontwerpen van een solide regeling van belang is. Vanwege het geringe aantal zaken, valt niet te verwachten dat de huidige lacunes in de ontwerpregeling binnen korte tijd hersteld kunnen worden. Het zal nodig zijn om eerst meer kennis te verwerven over dit onderwerp en nader (wetenschappelijk) onderzoek te laten verrichten.

Verder is het College van oordeel dat de nu voorgestelde regeling niet geschikt is voor het doel waarvoor het is ontworpen. Dat doel was om artsen meer handvatten te geven voor de praktijk zodat artsen, in bijzondere omstandigheden, het leven van ernstig zieke en ondraaglijk lijdende kinderen kunnen beëindigen zonder angst voor vervolging. Dit doel kan niet worden bereikt. Niet alleen omdat het onmogelijk is om vooraf strafvorderlijke garanties te bieden over immuniteit, maar ook omdat de ontwerpregeling op belangrijke punten niet juist of onduidelijk is. Dit is geen verwijt aan de ontwerpers van de regeling. Het betreft nu eenmaal een zeer complexe materie, maar het leidt er wel toe dat de regeling in de huidige vorm niet geschikt is om de verlangde duidelijkheid te geven.

Kwesties die nu niet adequaat worden geadresseerd zijn bijvoorbeeld de definitie van levensbeëindiging en het lijdensbegrip. Het bestrijden van ondraaglijk lijden, uiteindelijk door het leven van het kind te beëindigen, is het dragend uitgangspunt van de regeling maar het College constateert dat over de vraag wat nu precies onder lijden moet worden begrepen, nog veel onduidelijkheid bestaat. In ieder geval ontbreekt consensus binnen de beroepsgroep of onder lijden ook kan worden begrepen een gebrek aan voldoende levenskwaliteit in de toekomst. Ook is niet duidelijk of en zo ja in welke mate het lijden (of de belastbaarheid) van ouders kan worden meegewogen in het nemen van levenseindbeslissingen. Nu hierover geen medisch-ethisch professionele norm bestaat en het bovendien gaat om beslissingen die op gespannen voet staan met mensenrechten, is het juridisch niet goed mogelijk in een algemene regeling (die ziet op een grote groep kinderen) een uitwerking te geven van overmacht in de zin van noodtoestand. Van een noodtoestand is namelijk alleen sprake als de arts met zijn handeling een hoger rechtsbelang heeft gediend.

Om dit te kunnen aannemen, is het nodig dat er voldoende consensus bestaat over dit te dienen rechtsbelang. Het gaat immers om een objectieve vorm van overmacht.<sup>1</sup>

Dit alles brengt het College tot de conclusie dat de ontwerpregeling niet de door artsen gewenste duidelijkheid kan en zal geven. Dit standpunt wordt ook ingenomen door de geraadpleegde deskundigen. Hier kom ik later nog uitgebreid op terug.

Het College is van oordeel dat zonder uitbreiding van de bestaande regeling, er geen sprake is van knelpunten. Immers, op dit moment bestaat er al een wettelijke voorziening, te weten de huidige algemene wettelijke strafuitsluitingsgrond van overmacht (die is neergelegd in artikel 40 Sr). Deze biedt artsen voldoende ruimte om in exceptionele gevallen over te gaan tot levensbeëindigend handelen. Het gaat dan om situaties waarin het actuele lijden van een kind niet kan worden verlicht op andere wijze dan door het leven te beëindigen. Indien de regering echter van oordeel is dat ondanks het bestaan van de overmachtsbepaling, sprake is van een lacune waarvoor een voorziening moet worden getroffen, dan is de meest aangewezen weg hiervoor een wetswijziging.

Tot slot wijst het College op de ontwikkeling die het signaleert waarin vanaf de inwerkingtreding van de eerste regeling Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging Pasgeborenen (hierna afgekort als LZA/LP) in 2007 het strafrecht steeds verder op afstand is geplaatst. De toetsing van de LZA/LP-zaken die het College nu ontvangt, vindt nagenoeg uitsluitend plaats op basis van het advies van de beoordelingscommissie dat zwaar weegt. Uit het evaluatierapport van de huidige regeling LZA/LP volgt dat – ondanks dat geen enkele gemelde zaak heeft geleid tot een strafrechtelijk onderzoek laat staan vervolging – artsen moeite blijven houden met de beoordeling van de gemelde zaken binnen een strafrechtelijke context. Dit betekent dat het doel dat ooit met de regeling was beoogd, te weten artsen geruststellen en daardoor de meldingsbereidheid verhogen, niet wordt gehaald. Ook gelet hierop is het de vraag of de ontwerpregeling aan de verwachtingen kan voldoen. Immers, als artsen al moeite hebben met de beperkte strafrechtelijke toets in de zaken die nu gemeld worden, zal dat niet anders zijn in de zaken die straks onder de nieuwe regeling vallen.

---

<sup>1</sup> Zie aantekening 7 Machielse bij artikel 40 Sr in Noyon/Langemeijer/Rommelink *Strafrecht en De Hullu, Materieel strafrecht*, 2018, p. 311.

### *Adviezen*

De onderhavige reactie is tot stand gekomen na inwinning van advies bij de volgende deskundigen:

1. Prof. mr. P.A.M. Mevis verbonden aan de vakgroep strafrecht van de Erasmus Universiteit Rotterdam;
2. Mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt, verbonden aan de vakgroep gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Groningen.
3. Drs. T.H.R. de Jong, neurochirurg (kinderen) Erasmus MC Rotterdam;
4. Dr. E.J.O. Kompanje, Associate professor Clinical Ethics - Consultant in Clinical Ethics, Erasmus MC Rotterdam.

De heer Mevis en de heer Dorscheidt hebben een schriftelijk advies opgesteld dat u als bijlage 1 en 2 bij deze brief wordt meegestuurd. Waar van belang wordt in dit ambtsbericht verwezen naar de betreffende paginanummers uit het advies, op **de volgende wijze: "advies Mevis 2022" en "advies Dorscheidt 2022"**.

De heren De Jong en Kompanje hebben geen schriftelijk advies opgesteld. Zij hebben hun standpunt mondeling toegelicht en verwezen daarbij naar hun eerdere publicaties over dit onderwerp.<sup>2</sup>

### *Leeswijzer*

Het hierboven samengevatte standpunt van het College wordt hierna uitvoerig uiteen gezet. Hierbij valt een verdeling te maken tussen principiële en tekstuele bezwaren van de regeling. Nu de principiële redenen het zwaarst wegen, zullen deze het meest uitvoerig aan bod komen. De commentaren die meer tekstueel van aard zijn, vindt u in bijlage 3.

Alvorens de bezwaren tegen de ontwerpregeling uiteen te zetten, wordt in paragraaf 1 en 2 de relevante achtergrond geschetst. Paragraaf 1 bevat een korte terugblik op wat aan de ontwerpregeling vooraf ging. Paragraaf 2 gaat in op het mensenrechtelijk kader. In paragraaf 3 wordt het standpunt van de adviseurs samengevat. Het ambtsbericht eindigt dan met paragraaf 4 waarin het College komt tot een conclusie.

---

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld: het artikel van E.J.O.Kompanje, T.H.R.de Jong, W.F.M.Arts en J.J.Rotteveel 'Problematische basis voor 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' als criterium voor actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen met spina bifida' in: NTVG 2005;149:2067-9. Zie ook T.H. R. de Jong, 'Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal', Childs Nerv Syst 2008/24, p. 13-28 (DOI 10.1007/s00381-007-0478-3).

## 1. Wat aan de ontwerpregeling vooraf ging

Het is algemeen bekend dat artsen zich onder omstandigheden genoodzaakt zien om het leven van ernstig zieke en ondraaglijk lijdende kinderen te beëindigen. Bekend is ook dat deze zaken sporadisch worden gemeld. Dit heeft deels te maken met onwetendheid over wanneer sprake is van levensbeëindigend handelen en deels met zorg van artsen over de strafrechtelijke context waarbinnen hun levensbeëindigend handelen kan worden beoordeeld.

Uit onderzoek blijkt dat artsen bang zijn voor vervolging. Onrust ontstond met **name nadat midden jaren '90 twee artsen vervolgd werden voor** levensbeëindiging van een pasgeborene. Het ging om gynaecoloog Prins<sup>3</sup> en huisarts Kadijk.<sup>4</sup> Hoewel het Openbaar Ministerie deze artsen niet wilde vervolgen, gaf toenmalig minister van Justitie Sorgdrager daartoe een aanwijzing. De artsen deden bij de rechter een succesvol beroep op noodtoestand en zij werden uiteindelijk ontslagen van alle rechtsvervolging.

Op grond van deze twee zaken, konden criteria worden bepaald die het Openbaar Ministerie gebruikte om nieuwe zaken te beoordelen. Die nieuwe zaken zijn vervolgens allemaal geseponeerd. Dit sepotbeleid stelde artsen evenwel niet gerust en er waren nog altijd weinig meldingen. Om te bezien hoe de meldingsbereidheid kon worden verhoogd, stelden de ministers van Justitie en VWS in 1996 een Overleggroep in. Die Overleggroep had tot doel de regering te adviseren over de toetsing van zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde bij pasgeborenen. Het advies was gereed in september 1997 en strekte tot een wetwijziging of, als de regering daartoe niet zou overgaan, tot het instellen van een centrale deskundigencommissie die alle gemelde zaken zou kunnen beoordelen en daarna het Openbaar Ministerie zou kunnen informeren over de door artsen betrachtte zorgvuldigheid. Het doel was het strafrecht hiermee meer op afstand te plaatsen en daarmee de zorg van artsen over dat strafrecht weg te nemen.

In 2007 trad de eerste regeling LZA/LP in werking waarmee de bedoelde deskundigencommissie werd ingesteld. Voor het ontwerp van deze ministeriële regeling werd gebruik gemaakt van het zogenoemde Gronings Protocol.

---

<sup>3</sup> Hof Amsterdam 7 november 1995, NJ 1996, 113. In deze zaak ging het om een ernstig zieke **baby genaamd Rianne die leed aan 'een ernstige vorm van hydrocephalie, een grote spina bifida met dwarslaesie thoracaal 12 en misvormde beentjes en voetjes'.**

<sup>4</sup> Hof Leeuwarden 4 april 1996, TvG 1996, 5. In deze zaak ging het om een ernstig zieke baby genaamd Maartje. Zij leed aan trisomie 13, een onbehandelbaar chromosomale afwijking.

Dit protocol was aanvankelijk een lokaal (Gronings) beoordelingskader voor levensbeëindiging van ernstig zieke, uitzichtloos en ondraaglijk lijdende kinderen. Het protocol was opgesteld met medewerking van het Openbaar Ministerie aan de hand van de criteria van 22 door het Openbaar Ministerie geseponeerde zaken. In alle zaken ging het om kinderen met *spina bifida* (open ruggetje). Dit protocol kreeg een landelijke werking toen de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) het in 2005 als landelijke richtlijn aanvaardde.

Een evaluatie in 2013 van de regeling LZA/LP leerde echter dat regeling niet goed functioneerde omdat het aantal meldingen nog altijd laag bleef. Teneinde de meldingsbereidheid te vergroten werd de regeling aangepast. De nieuwe regeling LZA/LP trad in werking in 2016. In die regeling werd de juridische uitstraling van de commissie verminderd doordat er een extra arts als commissielid werd toegevoegd en de voorzitter geen jurist meer hoefde te zijn. Ook werd de regeling verruimd door niet alleen actueel maar ook toekomstig lijdende te benoemen als mogelijke grond van zorgvuldig levensbeëindigend handelen. In februari van dit jaar werd bekend dat ook de huidige regeling nog steeds niet werkt zoals bedoeld. Bij de onderzoekers bestaat de indruk dat artsen uit zorg over de strafrechtelijke context terughoudender zijn dan nodig is.

In 2015 publiceerde de NVK een standpunt waarin onderzoek werd bepleit naar de belangrijkste knelpunten bij de zorg rond het levenseinde in de leeftijdsgroep 1-12 jaar. Waaruit die knelpunten precies bestonden, volgde niet uit het standpunt. Deze konden in ieder geval niet gelegen zijn in strafzaken, nu er geen artsen meer werden vervolgd. Het standpunt leek dan ook vooral ingegeven door de ontwikkelingen in België waar een jaar eerder de euthanasiewetgeving was gewijzigd. Door die wijziging konden in België ook euthanasieverzoeken van **'oordeelsbekwame' minderjarigen worden gehonoreerd. Wat hier verder ook van** zij, de toenmalig minister van VWS kende een subsidieaanvraag toe voor onderzoek en ook werd een rondetafelbijeenkomst georganiseerd. Tijdens die bijeenkomst, gehouden op 22 januari 2016, werd opnieuw de angst voor het strafrecht door verschillende deelnemers benadrukt.

**In september 2019 was het door de NVK gevraagde onderzoeksrapport 'medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' gereed.<sup>5</sup>** Uit dit onderzoek volgde dat in 13% van de sterfgevallen die artsen hadden meegemaakt, actieve levensbeëindiging een welkome optie geweest zou zijn.

---

<sup>5</sup> Rapport, **'medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' ongedateerd**, van M. Brouwer, MA, Prof. A. van der Heide, I. Hein, PhD, E. Maeckelberghe, PhD, Prof. E. Verhagen en V. van de Wetering, LLM.

Onderzoekers concludeerden ook dat een **'beperkt deel van de ouders en artsen** duidelijke behoefte hebben aan verruiming van de mogelijkheid van **levensbeëindiging bij kinderen'**. Een grote meerderheid van de artsen vond dat er een wettelijke regeling voor levensbeëindiging zou moeten komen. Over de zorgen waarmee artsen worstelen zei een van de onderzoekers tijdens een uitzending van Nieuwsuur:

**'Je wilt niet de arts zijn die zijn hoofd op het hakblok legt en dan maar moet wachten op het oordeel van een rechter of je het goed gedaan hebt of niet.'**<sup>6</sup>

Het College benadrukt volledigheidshalve nog een keer dat na de zaken Prins en **Kadijk uit de jaren '90 geen arts meer is vervolgd voor levensbeëindiging van een** uitzichtloos en ondraaglijk lijdend kind.

Bij brief van 28 september 2019 zond de toenmalig minister van VWS De Jonge voormeld onderzoeksrapport aan de Tweede Kamer. In deze brief zegde de minister toe in gesprek te zullen gaan met de onderzoekers zodat zij de uitkomsten van het onderzoek en de aanbevelingen konden toelichten. Zonder afstemming met het Openbaar Ministerie, liet minister De Jonge bij brief van 13 oktober 2020 de Tweede Kamer weten dat hij zou overgaan tot het uitwerken van **een regeling voor levensbeëindiging van 'ongeneeslijk zieke kinderen die** uitzichtloos en ondraaglijk lijden en bij wie alle mogelijkheden van palliatieve zorg **niet toereikend zijn om hun lijden te verlichten'**. De minister benadrukte daarbij dat het zou gaan om **'kinderen waarvan verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd zullen overlijden.'**<sup>7</sup>

(...)

---

<sup>6</sup> Onderzoekster M. Brouwer in Nieuwsuur van 28 september 2019 (raadpleegbaar via: [https://www.npostart.nl/nieuwsuur/28-09-2019/VPWON\\_1303266](https://www.npostart.nl/nieuwsuur/28-09-2019/VPWON_1303266)).

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2020/21 32 647, nr. 82, p. 3. Het zou daarbij gaan om een klein aantal kinderen **'ongeveer 5 tot 10 gevallen per jaar'**.

## 2. Het mensenrechtelijk kader

Uit voorgaande blijkt dat artsen moeite hebben met de strafrechtelijke context waarbinnen hun levensbeëindigend handelen wordt beoordeeld. Hoewel begrijpelijk, zal een strafrechtelijke context nooit volledig afwezig kunnen zijn. Dit heeft te maken met de rechten die voortvloeien uit internationale verdragen, in dit geval het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM) en het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK).

Voor dit ambtsbericht voert het te ver om uitvoerig op beide verdragen in te gaan, maar in de kern komt de uitleg van de toepasselijke verdragen neer op het volgende. Het recht op leven wordt beschermd in artikel 2 EVRM. Uit dit recht vloeien ook positieve verplichtingen voort. Dit betekent dat de overheid zich actief moet inspannen om dit recht te beschermen. Het IVRK verplicht de aangesloten lidstaten om het belang van het kind te laten prevaleren. Dit betekent bijvoorbeeld dat kinderen recht hebben op bescherming en zorg en dat lidstaten moeten erkennen dat een gehandicapt kind een volwaardig en behoorlijk leven dient te hebben. Gehandicapte kinderen hebben dan ook recht op bijzondere zorg.

Dit alles leidt er *niet* toe dat op voorhand is uitgesloten dat het leven van een ernstig ziek kind, dat uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, wordt beëindigd. Het betekent wel dat telkens goed moet worden bewaakt dat meer permissieve wet- en regelgeving op dit vlak, niet op gespannen voet komt te staan met de mensenrechten. Zeker waar het gaat om levensbeëindiging van (meervoudig) gehandicapte kinderen.

In dat kader merk ik op dat binnen medische en juridische vakkringen kritisch is gereageerd op zowel het Gronings Protocol (dat ten grondslag lag aan de eerste regeling LZA/LP) als de verruiming van de regeling in 2016 met toekomstig lijden. Van belang zijn bijvoorbeeld de publicaties van een aantal kinderneurologen, onder wie van kinderneurochirurg De Jong waaraan hierboven al is gerefereerd. Deze kinderneurologen stellen ter discussie dat bij kinderen met de aandoening *spina bifida* sprake zou zijn van lijden dat levensbeëindiging rechtvaardigt. Deze neurologen stellen dat de bedenkers van het Gronings Protocol niet zijn uitgegaan van actueel lijden bij deze kinderen, maar hun levenseindebeslissingen baseren op *verondersteld toekomstig* lijden. Dit lijden ziet dan bijvoorbeeld op toekomstige zelfredzaamheid en communicatie van het gehandicapte kind. Het is een heikele kwestie om op basis daarvan een mensenleven te beëindigen.

In zijn dissertatie uit 2006<sup>8</sup> heeft Dorscheidt dan ook gewaarschuwd dat wanneer levenseindebeslissingen van gehandicapte kinderen worden gebaseerd op dit soort argumenten dit mogelijk kan leiden tot schending van mensenrechten.

### 3. Samenvatting adviezen

In deze paragraaf worden de adviezen samengevat die het College ontving van prof. mr. P.A.M. Mevis en mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt. Het eerste advies heeft met name een strafrechtelijk perspectief, het tweede voornamelijk een gezondheidsrechtelijke invalshoek.

Voor het gemak is de samenvatting verdeeld in aparte deelonderwerpen en zijn in **de voetnoten de vindplaatsen vermeld die verwijzen naar de betreffende pagina's** in de adviezen. De kanttekeningen van meer taalkundige aard, vindt u in bijlage 3.

1. Ontbrekende noodzaak.
2. Regeling of wet in formele zin?
3. Definitie levensbeëindiging.
4. Lijdensbegrip.
5. Leeftijden.

#### Ad 1 – Ontbrekende noodzaak

Zowel Mevis als Dorscheidt vraagt zich af of een regeling nodig is.

Beide wijzen erop dat er een wettelijke voorziening bestaat, namelijk de meldingsprocedure van de Wet op de lijkbezorging en aansluitend de beoordeling door het Openbaar Ministerie op grond van de overmachtsbepaling van 40 Sr.<sup>9</sup> Mevis wijst erop dat de reden om de ministeriële regeling uit te breiden gebaseerd lijkt te zijn op de wens van slechts een *bepert* deel van de artsen.<sup>10</sup> Zo ook Dorscheidt.<sup>11</sup> Die noemt het standpunt van de NVK dat er geen passende regeling zou bestaan onjuist.<sup>12</sup> **Dorscheidt bespeurt 'een vorm van medisch-professioneel activisme' waardoor zaken te eenzijdig worden benaderd.**

---

<sup>8</sup> Dissertatie Dorscheidt "levensbeëindiging bij gehandicapte pasgeborenen" (Groningen 2006).

<sup>9</sup> Advies Mevis 2022, p. 23-24, advies Dorscheidt 2022, p. 6.

<sup>10</sup> Advies Mevis 2022, p. 24.

<sup>11</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 3, 11.

<sup>12</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 6.

Ten aanzien van de NVK merkt hij op dat sprake is van '(...) ontbrekende bereidheid om tegenover kritische juridische reflecties op hun bestaande regulatieve voorkeur stelling te nemen en zich nadrukkelijk te mengen in het discours daarover'.<sup>13</sup>

Ook gaan Mevis en Dorscheidt in op de zorgen die artsen hebben over de strafrechtelijke context waarin hun handelen wordt getoetst. Dorscheidt is kritisch over de verminderde bereidheid onder kinderartsen om zich maatschappelijk te verantwoorden.<sup>14</sup> In zijn advies herhaalt Dorscheidt het maatschappelijke belang bij publieke kennis en externe toetsing van levensbeëindigend handelen, welk belang kennelijk ten onrechte door een beperkt deel van de kinderartsen wordt gerelativeerd. Er kan nu eenmaal geen sprake zijn van een regeling die een bijna categorische straffeloosheid van de kinderarts in het leven roept en strafrechtelijke immuniteit biedt.<sup>15</sup> Zo ook Mevis die benadrukt dat nu het gaat om levensbeëindiging *zonder* verzoek, het niet mogelijk zal zijn om op enige wijze strafuitsluitende garanties te geven.<sup>16</sup>

Beiden wijzen er bovendien op dat er weinig casuïstiek is. Dit roept ten eerste de vraag op of actieve levensbeëindiging (of euthanasie) bij kinderen (vaak) voorkomt. Nu een empirische aanleiding ontbreekt, zou dit volgens Dorscheidt de beoogde aanpassing 'voorbarig, om niet te zeggen overbodig maken'.<sup>17</sup> Het gebrek aan gemelde zaken leidt er vervolgens ook toe dat er te weinig casuïstiek is om een algemene regeling op te kunnen baseren.<sup>18</sup> Dit pleit er volgens Mevis voor om voorrang te geven aan kennisverwerving boven het creëren van een regeling die nu (te) algemeen lijkt te zijn.<sup>19</sup>

Dorscheidt is dezelfde mening toegedaan. In zijn advies wijst hij er bijvoorbeeld op dat bij gebrek aan zaken, het Openbaar Ministerie en het parlement geen kennis kunnen nemen van de relevante details die nodig zijn om te beoordelen in hoeverre een eventuele regulering van dit soort zaken juridisch verdedigbaar is.

---

<sup>13</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 11.

<sup>14</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 6.

<sup>15</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 10.

<sup>16</sup> Advies Mevis, p. 24.

<sup>17</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 2.

<sup>18</sup> Advies Mevis 2022, p. 24.

<sup>19</sup> Advies Mevis 2022, p. 25. Mevis doet hierbij verschillende suggesties zoals het met de NVK stimuleren, beschrijven en delen van casuïstiek. Ook zou het OM de zaken kunnen beoordelen en in dat kader aan de commissie om advies kunnen vragen.

Dorscheidt schrijft:

‘Hiervoor is immers overtuigende argumentatie nodig en die argumentatie valt niet goed te substantiëren als de daarvoor cruciale inzichten in feiten en omstandigheden (lees: meldingsdetails) ontbreken.’<sup>20</sup>

Net als Mevis pleit Dorscheidt voor kennisverwerving. Dorscheidt is voorstander van gericht onderzoek. Dit onderzoek zou moeten zien op onder meer euthanasie bij kinderen onder de 12 jaar, de methodologische waarborgen voor de vaststelling van wilsbekwaamheid van kinderen, de gerechtvaardigde positie van ouders (of voogd) in de besluitvorming, de vereiste communicatieve deskundigheid, de mogelijkheid van rechterlijke goedkeuring vooraf en de systematiek van leeftijdsgrenzen.<sup>21</sup>

#### Ad 2 – Regeling of wet in formele zin?

Mevis en Dorscheidt begrijpen dat een deel van de kinderartsen steun zoekt voor een regeling voor levensbeëindiging van uitzichtloos en ondraaglijk lijdende kinderen. Wel menen beiden dat een doordachte regeling tijd vergt, net zoals destijds de euthanasiewet een lang traject kende.<sup>22</sup>

Volgens Mevis ligt het voor de hand om wanneer er behoefte bestaat aan een regeling in aanvulling op de bestaande strafuitsluitingsgrond, te kiezen voor een wet in formele zin.<sup>23</sup> Hij benadrukt dat het EVRM en het IVRK zich niet verzetten tegen een dergelijke wettelijke voorziening nu het gaat om een uitzondering op strafbaarheid.<sup>24</sup> Het treffen van een wettelijke voorziening was bovendien ooit ook door de Raad van State voorgesteld, in zijn advies over de WtI, maar is destijds **door de wetgever ‘geparkeerd’**.<sup>25</sup> Hoewel begrijpelijk, is het volgens Mevis problematisch dat levensbeëindiging *niet* op verzoek zich nu moet behelpen met een ministeriële regeling. Het gaat per slot van rekening om zwaarwegende belangen.<sup>26</sup> Zo ook Dorscheidt die het belang van een wet in formele zin koppelt aan kinderen jonger dan 12 die in staat zijn om over hun levenseinde met de arts in gesprek te gaan.<sup>27</sup>

---

<sup>20</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 2.

<sup>21</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 4-5.

<sup>22</sup> Advies Dorscheidt 2002, p. 11, advies Mevis 2022, p. 26 (voetnoot 24).

<sup>23</sup> Advies Mevis 2022, p. 5.

<sup>24</sup> Advies Mevis 2022, p. 7.

<sup>25</sup> Advies Mevis 2022, p. 6.

<sup>26</sup> Advies Mevis 2022, p. 6-7.

<sup>27</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 9.

Los van de hierboven genoemde, meer algemene punten, hebben de deskundigen ook inhoudelijke kritiek op de ontwerpregeling. Volgens Mevis is de moeilijke materie van adequate levensbeëindiging van 1-12 jarigen nog niet 'in alle onderscheidende facetten' voldoende doordacht.<sup>28</sup>

### Ad 3 – Definitie levensbeëindiging

Mevis wijst erop dat in de ontwerpregeling 'levensbeëindiging' niet juist is gedefinieerd en de toelichting op die definitie bovendien te summier is. Het probleem is dat de definitie uitgaat van het *doel* waarmee de farmaca wordt toegediend. Dit miskent dat ook de enkele toediening van farmaca onder omstandigheden een levensdelict kan opleveren.<sup>29</sup> Dit definitieprobleem raakt ook het grensgebied tussen 'palliatieve sedatie' en 'levensbeëindiging' waarover onder artsen veel onzekerheid bestaat. Die onzekerheid is er niet alleen bij levensbeëindiging zonder verzoek, maar ook bij euthanasie. Aan deze complexiteit en de bredere context doet de ontwerpregeling geen recht.<sup>30</sup> Niet alleen wordt een soort incidentele afbakening gegeven (terwijl het een breder probleem is) maar de toelichting lijkt bovendien alleen toe te zien op het 'witte' en 'zwarte' scenario. Het is opvallend dat hoewel er veel discussie is over het grijze gebied, juist dit gebied in de ontwerpregeling buiten beschouwing blijft.<sup>31</sup> Deze onduidelijkheid is riskant. Nu artsen hun handelen niet altijd goed juridisch weten te kwalificeren, kunnen zij (onbedoeld) hun levensbeëindigend handelen onttrekken aan juridische controle.<sup>32</sup>

Ook Dorscheidt wijst op de onjuiste definitie van levensbeëindiging die hij 'misleidend' noemt. Onder verwijzing naar de tweede evaluatie van de regeling LZA/LP stelt Dorscheidt dat dit één van de redenen is waarom artsen kiezen voor een werkwijze die artsen op terminologische gronden niet als opzettelijke levensbeëindiging hoeven te melden. Dit terwijl daarvan feitelijk wel sprake is.<sup>33</sup> Dorscheidt wijst ook op het grijze gebied tussen palliatieve sedatie/zorg en levensbeëindiging die in normatief opzicht van elkaar moeten worden onderscheiden. Over de controle door de lijkschouwer merkt Dorscheidt op dat het opvallend is dat er wel aanwijzingen zijn om aan te nemen dat meldingen van feitelijke levensbeëindiging uitblijven (omdat die naar beleving van de betrokken arts is aan te merken als verantwoorde palliatie), terwijl het daarentegen weinig

---

<sup>28</sup> Advies Mevis 2022, p. 26.

<sup>29</sup> Advies Mevis 2022, p. 7-8, 10.

<sup>30</sup> Advies Mevis 2022, p. 11.

<sup>31</sup> Advies Mevis 2022, p. 8-9.

<sup>32</sup> Advies Mevis 2022, p. 10-11.

<sup>33</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 7.

voorkomt dat gevallen van toegepaste palliatie achteraf gezien *onnodig* als levensbeëindiging aan de gemeentelijk lijkschouwer zijn gemeld.<sup>34</sup>

#### Ad 4 - Lijdensbegrip en de stervensverwachting

Zowel Mevis als Dorscheidt bespreekt het lijden dat ten grondslag ligt aan een beslissing tot levensbeëindiging. Het is dan ook een complex begrip waarbij op belangrijke punten consensus ontbreekt. Beide wetenschappers wijzen op de discussie die in vakkringen bestaat. Mevis wijst op de discussie over de onmogelijkheid van het voorspellen van leven en lijden van kinderen met de aandoening *spina bifida*.<sup>35</sup> **Dorscheidt vraagt zich af of de regeling 'voldoende kan bogen op de noodzakelijke kinder-palliatieve inzichten'. Hij acht het van belang om consensus te verkrijgen over de vraag wanneer de grens van verantwoorde palliatieve zorg is bereikt.**<sup>36</sup> Verder vraagt hij zich af of met het lijden als bedoeld in ontwerpartikel 7a onder d enkel het lijden van het kind wordt bedoeld of mede het lijden van ouders.<sup>37</sup>

Hoe complex lijden is, volgt overigens ook uit het rapport '**Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)**'. Daarin wordt gesproken over lijden als een combinatie van verschillende vormen van fysiek, existentieel en psychosociaal lijden.<sup>38</sup> Gelet hierop stelt Mevis ter discussie of in dit concept alle problematische aspecten met betrekking tot het vereiste uitzichtloos en ondraaglijk lijden wel adequaat zijn geadresseerd.<sup>39</sup> Mevis meent dat het lijdensbegrip nu onvoldoende is opgehelderd en toegelicht terwijl dit lijden wel het cruciale onderdeel is van de regeling.<sup>40</sup> Die onvoldoende uitwerking raakt enerzijds de legitieme, juridisch-normatief verantwoorde en afbakenende grondslag. Anderzijds zorgt de onvoldoende uitwerking ervoor dat de regeling artsen nog steeds onvoldoende handvatten geeft voor de praktijk. Dit terwijl bij het ontwerpen van deze regeling het nu juist te doen was geweest die onduidelijkheid weg te nemen.<sup>41</sup>

De toelichting op het lijden in de conceptregeling roept verschillende vragen op. Zo wordt in **die toelichting over lijden gezegd dat het 'actueel' aanwezig moet zijn** maar ook dat het kan zien op lijden waarvan verwacht wordt dat het (herhaaldelijk) zal terugkeren.

---

<sup>34</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 2-3.

<sup>35</sup> Advies Mevis 2022, p. 16.

<sup>36</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 3.

<sup>37</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 8.

<sup>38</sup> Advies Mevis 2022, p. 21.

<sup>39</sup> Advies Mevis 2022, p. 20.

<sup>40</sup> Advies Mevis 2022, p. 22.

<sup>41</sup> Advies Mevis 2022, p. 23.

Mevis vraagt zich af of met deze formulering nu wel echt iedere vorm van toekomstig lijden wordt uitgesloten. Ook wijkt binnen het concept de formulering van artikel 7a af van artikel 7.<sup>42</sup> Daarnaast wijst Mevis erop dat met de conceptregeling, vanwege de verruiming naar 12 jaar, een nieuw soort lijden wordt geïntroduceerd, namelijk het lijden dat zich gedurende een periode kan ontwikkelen. Zo kan dit lijden in de loop der tijd als uitzichtloos en ondraaglijk worden ervaren of, andersom, juist dat karakter verliezen.<sup>43</sup> Deze ontwikkeling van lijden geldt evengoed voor de ouders. Weliswaar staat in de conceptregeling dat het uiteindelijk gaat om het lijden van kinderen, maar dat doet niet af aan het feit dat het lijden van ouders ook enige rol speelt. Dit kan ook volgen uit het **rapport 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)'**. Dit doet de vraag rijzen hoe met dit lijden moet worden omgegaan.<sup>44</sup>

Mevis vindt verder dat in de conceptregeling ten onrechte de stervensverwachting is los gelaten. De toelichting op het loslaten van deze eis (te weten dat het een relatief begrip is en de term niet te vatten is in een specifieke tijdsduur) noemt **Mevis 'weinig overtuigend'**. **De stervensverwachting is dan wellicht** een open norm, maar het geeft wel een betere legitimiteit voor levensbeëindiging dan wanneer die eis ontbreekt. Het risico is bijvoorbeeld dat zonder deze eis **"prognose en daarmee ook een waardering van het toekomstig lijden in het lijdensbegrip" een rol gaat spelen**.<sup>45</sup> Volgens Mevis hoeft dit niet in de weg te **staan aan een beroep op overmacht, maar hij wijst er wel op dat het een 'bepaald een heikele situatie' is die om aparte normering lijkt te vragen**.<sup>46</sup>

#### Ad 5 - Leeftijden

Mevis en Dorscheidt bespreken uitvoerig de in de ontwerpregeling gehanteerde leeftijdsgrenzen. Hoewel hun commentaren deels overlappen behandel ik ze hier separaat.

---

<sup>42</sup> Advies Mevis 2022, p. 20.

<sup>43</sup> Advies Mevis 2022, p. 21.

<sup>44</sup> Advies Mevis 2022, p. 21.

<sup>45</sup> Advies Mevis 2022, p. 22.

<sup>46</sup> Advies Mevis 2022, p. 22. Ook Dorscheidt wijst er in zijn advies op dat het uitmaakt of wel of geen sprake is van een stervensproces (advies Dorscheidt 2022, p. 3).

Mevis constateert dat hoewel met de nieuwe regeling eigenlijk de absolute grens van 1 jaar wordt losgelaten, de regeling toch nog onderscheid maakt tussen kinderen *tot* 1 jaar en kinderen van 1 tot 12 jaar. Dit leidt tot verschillende vragen waar de regeling geen antwoord op geeft.

Ten aanzien van de grens van 1 jaar, vraagt Mevis zich bijvoorbeeld af waarom er onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen een kind van 10 en 14 maanden en wat te doen als een levenseindebeslissing wordt genomen vóór het eerste jaar maar daarna wordt uitgevoerd? Hij vraagt zich af waarom het überhaupt nodig is om de grens van 1 jaar te handhaven.<sup>47</sup>

Ten aanzien van de groep van 1-12 jaar merkt hij op dat die categorie te grofmazig<sup>48</sup> is. Zo is het wellicht beter een andere verdeling te maken al naar gelang het bevattingvermogen van het kind.<sup>49</sup> Een kind van 18 maanden is nu eenmaal een ander kind dan een kind van 4, 7 of 11 jaar en daarmee heeft ook het levenseinde in zekere zin een andere aard.<sup>50</sup> De gehanteerde 12-jaarsgrens acht Mevis begrijpelijk omdat het duidelijkheid biedt. Toch doet deze leeftijd als harde grens volgens Mevis mogelijk geen recht aan de concrete situatie. Een kind zou namelijk onder omstandigheden in staat kunnen zijn om in voor hem begrijpelijke taal te communiceren over het levenseinde.<sup>51</sup> Mevis merkt verder op dat er ook 12-minners zijn die misschien wel als wilsbekwaam kunnen worden gezien.<sup>52</sup>

Dorscheidt benoemt vergelijkbare punten. Zo wijst hij erop dat het serieus nemen van een doodsverlangen van een minderjarige niet slechts vrees hoeft op te roepen voor schending van diens fundamentele rechten. Het kan namelijk ook recht doen aan een cruciaal kinderrechtelijk belang, te weten de eerbiediging van een diep gevoelde autonome wens van een minderjarige. Onder omstandigheden moet het dan ook mogelijk zijn om een authentiek verlangen van een minderjarige te eerbiedigen. Hiervoor is dan wel aanvullend onderzoek nodig, zoals onderzoek naar de vaststelling van de wilsbekwaamheid bij kinderen.<sup>53</sup>

---

<sup>47</sup> Advies Mevis 2022, p. 13.

<sup>48</sup> Advies Mevis 2022, p. 15.

<sup>49</sup> Advies Mevis 2022, p. 14.

<sup>50</sup> Advies Mevis 2022, p. 15.

<sup>51</sup> Advies Mevis 2022, p. 14. Mevis realiseert zich dat het niet voor de hand ligt om alleen de WtI aan te passen zodat misschien toch moet worden vastgehouden aan de 12-jaarsleeftijd. Wat hij in ieder geval wil zeggen is dat er vermoedelijk een ander (zinniger) onderscheid in leeftijd valt te maken dan nu het geval is tussen 0-1 en 1-12 jaar.

<sup>52</sup> Advies Mevis 2022, p. 17- en 25.

<sup>53</sup> Advies Dorscheidt, p. 2, 4, 9.

De ontwerpregeling lijkt volgens Dorscheidt alleen uit te gaan van communicatie met het kind wanneer dat kind voldoende onderscheidend vermogen heeft om te spreken over zijn wensen met betrekking tot levensbeëindiging. Dit brengt hem tot de vraag hoe dan moet worden omgegaan met kinderen die weliswaar communicatief zijn, maar dat onderscheidend vermogen missen.

De ontwerpregeling maakt niet duidelijk hoe een kinderarts bij deze kinderen aan de zorgvuldigheidseisen kan voldoen.<sup>54</sup>

#### 4. Conclusie

Het College komt tot de volgende conclusie.

Artsen maken zich zorgen over de strafrechtelijke context waarbinnen hun levensbeëindigend handelen wordt beoordeeld. Dit blijkt ook uit de recente evaluatie van de huidige regeling LZA/LP. Het College heeft hiervoor begrip, maar constateert ook dat het niet mogelijk is om de strafrechtelijke beoordeling nog terughoudender in te richten dan nu al het geval is. De positieve verplichtingen die voortvloeien uit artikel 2 EVRM vereisen nu eenmaal dat de mogelijkheid bestaat om effectief en adequaat onderzoek te verrichten. Die mogelijkheid kan niet enkel in theorie bestaan.

Dit betekent concreet dat het Openbaar Ministerie de strafrechtelijke toets niet verder kan afschalen. Gelet hierop vraagt het College zich af of de uitbreiding van de bestaande regeling naar 12 jaar de zorg van artsen zal wegnemen en hiermee het gestelde doel van die ontwerpregeling kan worden bereikt.

Het College is er geen voorstander van om in dit stadium een voorziening te treffen voor levensbeëindiging van kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar. Indien de regering die voorziening wel wil treffen, prefereert het College een wet in formele zin. De huidige ontwerpregeling is in ieder geval niet geschikt om het beoogde doel te bereiken. Dit maakt ook dat een aanpassing van de huidige aanwijzing niet voor de hand ligt.

Dit zal overigens niet leiden tot een gewijzigd beleid in de beoordeling van deze zaken. Het Openbaar Ministerie was altijd al terughoudend bij de vervolging van artsen die het leven van uitzichtloos en ondraaglijk lijdende kinderen beëindigen. Dit volgt alleen al uit het feit dat het langer dan een kwart eeuw geleden is dat een arts (op aanwijzing van de minister) hiervoor werd vervolgd. Er bestaat dan ook geen enkele behoefte om dat beleid te wijzigen.

---

<sup>54</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 6.

Datum (...)  
Ons kenmerk PaG/BJZ-B/18909  
Pagina 17/17

Alleen bij grove nalatigheid aan de zijde van de arts en grensverleggende zaken die leiden tot belangrijke nieuwe rechtsvragen, zou het voorleggen van de zaak aan de rechter nog in beeld kunnen komen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Het College van procureurs-generaal,

M. Otte

**Over de concept-wijziging van de Regeling beoordelingscommissie late  
zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen**

Rotterdam, maart 2022

Prof. mr. P.A.M. Mevis

Hoogleraar straf- en strafprocesrecht

Erasmus Universiteit Rotterdam

## Inleiding: achtergrond en reikwijdte van het concept

Het gaat in het onderstaande om het concept tot wijziging van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Het initiatief voor dit concept tot aanpassing van de Regeling gaat terug op de aankondiging van een regeling levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar door de (toenmalige) Minister van VWS in zijn brief aan de Tweede Kamer van 13 oktober 2020.<sup>1</sup> Dat is de beleidsreactie op het rapport 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1 - 12)'<sup>2</sup>, aan de Tweede Kamer aangeboden bij brief van 28 september 2019.<sup>3</sup>

De inhoudelijke wijzigingen van wat voluit heet de concept-Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie en Veiligheid houdende wijziging van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen in verband met de uitbreiding van de taken van de beoordelingscommissie met de beoordeling van levensbeëindiging bij kinderen van 1 – 12 jaar' (hierna: de concept-Regeling' of 'het concept') betreft zowel een aantal wijzigingen van de bestaande Regeling (beperkt tot pasgeborenen tot de leeftijd van één jaar) als – en met name – de uitbreiding van die Regeling naar alle leeftijden tussen 1 jaar (waar de reikwijdte van de bestaande Regeling eindigt) en 12 jaar, vanaf welke leeftijd de Wtl van toepassing is. Beide categorieën van voorstellen komen in het onderstaande aan de orde. Ten aanzien van enkele aspecten bestaat er samenhang met de discussie over eventuele regeling van aspecten van levensbeëindiging niet op verzoek meer in het algemeen, c.q. met aspecten van de regeling van euthanasie in art. 293 lid 1 en lid 2 Sr jo. de Wtl.

De typische problematiek van levensbeëindiging bij kinderen in de leeftijd tussen 1- 12 jaren is al langer voorwerp van discussie. De materie duikt al op in het rapport van de Staatscommissie Euthanasie uit 1985. De discussie betreft zowel medische en medisch-ethische aspecten als juridisch-normatieve aspecten. Afgezien van het bovengenoemde onderzoeksrapport dat aan het concept ten grondslag ligt, is een adequaat overzicht van de discussie te vinden

---

<sup>1</sup> *Kamerstukken II*, 2020/21, 32 647, nr. 82.

<sup>2</sup> M. Brouwer, e.a., 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)'; <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-901797.pdf>. Een bewerking van dit rapport is ook te vinden als hoofdstuk 9 in de hierna nog te noemen dissertatie van V.E. van de Wetering uit 2020.

<sup>3</sup> *Kamerstukken II*, 2019/20, 32 647, nr. 76.

in de derde evaluatie van de Wtl.<sup>4</sup> Onderdeel 2.3.4 van het betreffende evaluatierapport bevat een thematische analyse van wat aldaar wordt aangeduid als ‘euthanasie onder de 12 jaar’, inclusief bronvermelding. Deze wetsevaluatie bevat ter zake onder 9.3.4 twee aanbevelingen. De eerste is om ‘de reikwijdte van de (huidige) Beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen uit te breiden tot alle gevallen van actieve levensbeëindiging bij minderjarigen tot 12 jaar’. De tweede is de aanbeveling om de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde te verzoeken om ‘een richtlijn op stellen ter zake van levensbeëindiging bij minderjarigen van 1 tot 12 jaar, met bijzondere aandacht voor wilsbekwame kinderen jonger dan 12’. In het rapport ‘Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)’ heet het in hoofdstuk 4 onder 4b als aanbeveling als volgt:

“Wij bevelen aan om de (bestaande) regelgeving ten aanzien van actieve levensbeëindiging bij kinderen te verhelderen en daarnaast na te gaan of nadere regulering van actieve levensbeëindiging aangewezen is. In ons onderzoek troffen wij geen casuïstiek aan van 40 wilsbekwame kinderen jonger dan 12 die zelf vroegen om beëindiging van hun leven. De urgentie van het loslaten van de leeftijdsgrens van 12 jaar in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding lijkt daarmee vanuit empirisch oogpunt niet groot.”

3

Het concept geeft met name aan de eerste aanbeveling uit de derde evaluatie van de Wtl inhoud om de beoordeling van levensbeëindiging zonder verzoek in de categorie van 1 -12 jaar onder de reikwijdte van de ‘voortoets’<sup>5</sup> van de betreffende beoordelingscommissie te brengen, als advies aan het OM. Die aanbeveling kwam overigens ook al voor in de (eerste) evaluatie van de bestaande Regeling uit 2013.<sup>6</sup>

4

[https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Kwaliteit\\_van\\_zorg/Evaluatie\\_Regelgeving/Derde\\_evaluatie\\_Wtl.pdf](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Kwaliteit_van_zorg/Evaluatie_Regelgeving/Derde_evaluatie_Wtl.pdf)

<sup>5</sup> De gedraging van de arts in een concrete casus kan gerechtvaardigd zijn door de strafuitsluitingsgrond van overmacht in de zin van noodtoestand. Het OM beslist in elke casus apart en achteraf of die strafuitsluitingsgrond zich voordoet, zulks op basis van het oordeel van de beoordelingscommissie dat daarbij als advies functioneert. Vandaar de term ‘voortoets’.

<sup>6</sup> S. van de Vathorst e.a., ‘Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie-2 geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen, Den Haag 2013, p. 113; [https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/Evaluatie\\_Regelgeving/Evaluatie\\_Regeling\\_centrale\\_deskundigencommissie\\_late\\_zwangerschapsafbreking\\_en\\_levensbeëindiging\\_bij\\_pasgeborenen.pdf](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/Evaluatie_Regelgeving/Evaluatie_Regeling_centrale_deskundigencommissie_late_zwangerschapsafbreking_en_levensbeëindiging_bij_pasgeborenen.pdf).

Anders dan in het concept het geval is, wordt in die derde Wtl-evaluatie – net als in andere discussiestukken – nogal eens nader onderscheiden tussen wilsbekwame kinderen onder de 12 jaar en wilsonbekwame minderjarigen. Dat sluit aan bij de voorstellen die ook door andere personen en instanties wel zijn gedaan om niet te onderscheiden naar leeftijd, maar naar de wilsbekwaamheid van het kind. Binnen het concept wordt dit aspect vertaald naar het zorgvuldigheidscriterium van art. 7a onder d waarin is voorgeschreven dat de arts de diagnose en de daarop gebaseerde prognose dient te hebben besproken met het kind indien dat daartoe in staat is en wel op een wijze die passend is bij te bevattingsvermogen van het kind. In zoverre wordt ook in het concept onderkend dat binnen de leeftijdscategorie van 1- 12 jaar nader onderscheid, al naar gelang de ontwikkeling van het kind, aangewezen is.

Het genoemde zorgvuldigheidscriterium van art. 7a onder d van het concept raakt daarbij aan een ander punt. Anders dan in eerdere documenten het geval is, bevat het concept inhoudelijk-materiële zorgvuldigheidscriteria voor levensbeëindiging niet op verzoek van een kind. Dat aspect sluit daarmee in zoverre aan bij de genoemde brief van de Minister van VWS van 13 oktober 2020 dat ook daarin aandacht wordt besteed aan de aard van de gevallen waarop het concept betrekking zal hebben. Die brief spreekt daarbij van ongeneeslijk zieke kinderen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden en binnen afzienbare tijd zullen sterven.

### **Het verband met de discussie over de inhoud van de bestaande Regeling en de resultaten van het lopende evaluatieonderzoek**

Het concept bevat een wijziging van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Die bestaande Regeling vraagt in het kader van het concept de aandacht en wel in de eerste plaats omdat thans de tweede evaluatie van deze Regeling plaatsvindt. Het ligt voor de hand de uitkomsten van die evaluatie af te wachten en eventuele aanbevelingen tot wijziging van de Regeling mee te nemen in het proces van discussie over de wijzigingen die het concept voorstelt. Anders lopen twee trajecten tot wijziging van één en dezelfde regeling te gemakkelijk naast elkaar of door elkaar heen.

Dit punt klemt – meer inhoudelijk – te meer omdat de bovengenoemde evaluatie van de Regeling uit 2013<sup>7</sup> tot stevige kritiek en betekenisvolle wijzigingen van de Regeling hebben geleid. Of de in 2016 gewijzigde Regeling dan wel aan alle eisen voldoet, is de vraag en zal uit de nieuwe evaluatie moeten blijken. De Regeling levensbeëindiging bij pasgeborenen is kennelijk minder vanzelfsprekend en inhoudelijk complexer dan gedacht. Dat vindt voor een deel zijn oorzaak in aspecten verbonden met het feit dat sprake is van levensbeëindiging niet op verzoek. Het concept bevat in zijn benadering van uitbreiding van de reikwijdte van de Regeling tot kinderen in de leeftijd van 1 tot 12-jarigen telkens die categorie van levensbeëindiging niet op verzoek (daargelaten een mogelijk onderscheid daarbinnen tussen wilsbekwame en wilsonkwame 12-minners). Niet uit te sluiten is daarmee dat de uitkomsten van de lopende evaluatie van de bestaande Regeling 2016 aanleiding geven tot wijzigingen van de bestaande Regeling ten aanzien van aspecten die ook voor de thans voorgestelde categorie van 1 – 12 jarigen van belang kunnen zijn en voor de eventuele regeling daarvan consequenties moeten hebben. Te noemen valt op deze plaats reeds in het bijzonder de inhoud, reikwijdte en omschrijving van het lijdensbegrip, waaraan hierna nog enige aparte aandacht wordt besteed. Ook in zoverre ligt het voor de hand te wachten op de uitkomsten van de evaluatie van de bestaande Regeling. Tegen de achtergrond daarvan zal ook (dan pas) bekeken kunnen en moeten worden of, zoals het concept thans voorstelt, de tweedeling van ‘pasgeborene’ (tot één jaar; criteria van art. 7 van de Regeling) respectievelijk van ‘kind’ (van 1 tot 12 jaar; aparte criteria, volgens het concept op te nemen in art. 7a van de Regeling) inderdaad het meest aangewezen model van regelgeving is.

### **De ‘koninklijke’ weg van wetgeving van levensbeëindiging niet op verzoek?**

Als nadere regeling van levensbeëindiging van kinderen tussen 1 en 12 jaar noodzakelijk en wenselijk is (ik kom op die vraag hierna nog nader terug), dan is de vraag of het (bredere) onderwerp van levensbeëindiging niet op verzoek niet een regeling bij wet in formele zin verdient. De achtergrond van deze opmerking is de volgende.

---

<sup>7</sup> Zie voetnoot 6. Het nodige in dit en het daaropvolgende onderdeel is ontleend aan V.E. van de Wetering, *In het aangezicht van de dood. Euthanasie en wetgeving: artsen en juristen op de uiterste grens*, dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam, 2020, in het bijzonder hoofdstuk 11 ‘De nieuwe Regeling levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen’.

Reeds de levensbeëindiging van pasgeborenen tot de leeftijd tot 1 jaar betreft buitengewoon gevoelige en juridisch lastige materie. Daarvan is iedereen zich bewust. Het gaat bepaald om andere, lastigere materie dan die welke door de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) wordt bestreken. Levensbeëindiging onder die (formele) wet is (immers) levensbeëindiging op verzoek, in strafrechtelijke termen: euthanasie (art. 293 lid 1 Sr).

Levensbeëindiging niet op verzoek is indertijd uitdrukkelijk buiten de Wtl gehouden. Van begin af aan lijkt de gedachte te zijn geweest dat ten aanzien van levensbeëindiging niet op verzoek in andere, nadere waarborgen en criteria moet worden voorzien. Dat laatste is op het niveau van de formele wet nooit adequaat gebeurd. De kwestie is in feite ‘geparkeerd’ door het betreffende antwoord in de MvT<sup>8</sup> bij de Wtl als reactie op een opmerking van de Raad van State die adviseerde om levensbeëindiging niet op verzoek toch bepaald ook van een wettelijke regeling te voorzien. De toenmalige regering heeft er – begrijpelijkerwijze – voor gekozen eerst eens een formeel-wettelijke regeling voor euthanasie (levensbeëindiging op verzoek) tot stand te doen brengen. De kwestie of een ministeriële regeling wel voldoende is voor regulering van levensbeëindiging zonder verzoek, is nadien door de wetgever eigenlijk nooit meer als zodanig onder ogen gezien.<sup>9</sup>

Het bevreemdt in zoverre niet per sé dat in de toelichting van het concept aan dit punt geen aandacht wordt besteed. Kennelijk is regeling bij ministeriële regeling vanzelfsprekend en vanzelfsprekend afdoende. Het is de vraag of dat zo is. Voor de ‘gemakkelijke’ situatie van euthanasie op verzoek is er een reeds sedert 20 jaren in de formele wet van WvSr en Wtl uitgewerkte wettelijke regeling. De legitimatie van de problematische variant van levensbeëindiging niet op verzoek moet zich tot op de dag van vandaag ‘behelpen’ met een ministeriële regeling. Uit normatief oogpunt en gelet op de aard van de materie

---

<sup>8</sup> *Kamerstukken II 1998/99, 26991, nr. 3, p. 4.*

<sup>9</sup> Los van de problematiek van de pasgeborenen en kinderen tot 12 jaar wreekt zich dat ook bij de ‘te gemakkelijke’ regeling van art. 2 lid 2 Wtl inzake de schriftelijke wilsverklaring bij later wilsonbekwaam geworden patiënten als vorm van levensbeëindiging op verzoek. Ook dat artikellid lijkt met het enkele ‘van overeenkomstige toepassing’ verklaren van de zorgvuldigheidseisen van art. 2 lid 1 Wtl voor de situatie van communicatie met de wilsbekwame patiënt eerder een gelegenheidsoplossing dan de uitkomst van adequate inhoudelijke beschouwingen en afwegingen. Zie nader en uitvoerig L. Postma, *Misschien was het nog te vroeg. De regeling van de schriftelijke wilsverklaring euthanasie in art. 2, tweede lid, Wtl vanuit een strafrechtelijk perspectief*, dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam, 2021.

en de bescherming van de belangen die op het spel staan (waaronder de bescherming van het recht op leven) rijst de vraag of dit nog langer een wenselijke situatie is. Moet niet de koninklijke weg worden bewandeld waarin de wetgever in formele zin zich uitspreekt, zeker op een moment dat overwogen wordt de bestaande Regeling een fundamenteel bredere reikwijdte te verlenen door de uitbreiding met de leeftijdscategorie van 1 – 12 jarige kinderen? Gegeven de aard van de materie kan het argument dat het tot stand brengen van een wettelijke regeling tijd kost, niet helemaal het laatste argument zijn.

In het bovenstaande ligt besloten dat het argument dat de bescherming van het recht op leven door art. 2 EVRM of het IVRK een wettelijke regeling van levensbeëindiging niet op verzoek niet zou toelaten, mijns inziens niet opgaat. Men regelt immers de (overigens reeds bestaande) uitzondering op strafbaarheid van levensbeëindiging in een concreet geval (de nadere invulling van art. 40 Sr inzake overmacht in de zin van noodtoestand, waarover hieronder nog nader), niet de toelating van zodanige levensbeëindiging meer in het algemeen.

### **Concept-wijziging van begripsomschrijvingen, in het bijzonder de definitie van ‘levensbeëindiging’**

7

---

Het concept bevat zoals gezegd niet alleen de introductie van een regeling voor kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar. Het stelt ook een wijziging voor van art. 1 van de Regeling tot introductie van enige nieuwe begripsomschrijvingen. In het bijzonder trekt daarbij de aandacht het voorstel om aan art. 1 een onderdeel h. toe te voegen met een omschrijving van hetgeen in de Regeling voortaan zou moeten worden verstaan onder levensbeëindiging.

#### *Begripsomschrijving van levensbeëindiging*

Het concept bevat het voorstel om onder levensbeëindiging te verstaan: “het toedienen van farmaca met als doel het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen”. De toelichting (Artikelsgewijs deel, Artikel I, onderdeel A, p. 9 van het concept) is summier:

“Ten derde wordt het begrip ‘levensbeëindiging’ toegevoegd. Dat wordt omschreven als de toediening van farmaca met als doel het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen. Als toediening van farmaca,

afgestemd op het lijden, wordt toegediend ten behoeve van palliatie, is geen sprake van levensbeëindigend handelen.”

Een inhoudelijke toelichting waarom (thans wel) is gekozen voor het opnemen van een c.q. van deze begripsomschrijving van dit voor de afbakening van de reikwijdte van de Regeling betrekkelijk cruciale begrip ‘levensbeëindiging’ bevat de bovenstaande passage daarmee niet.

Het (nu wel) opnemen van een respectievelijk deze begripsomschrijving met een dergelijke cruciale afbakeningsbetekenis en consequentie, voorzien van de bovenstaande, toch betrekkelijk summiere toelichting verbaast. Het punt raakt aan de afbakening en grensbepaling van palliatieve sedatie en levensbeëindiging. En dan niet alleen als onderscheiden gedragingen van de arts, maar ook in juridische zin van de toepassing van bepaalde delictsomschrijvingen en controlemechanismen. Het punt moge bekend zijn: palliatieve sedatie kan over de grens liggen van de reikwijdte van de delictsomschrijvingen van (bij pasgeborenen) doodslag of moord (art. 287 en art. 289 Sr) en bij wilsbekwame patiënten van euthanasie (art. 293 Sr), in verband met de reikwijdte van het voorwaardelijk opzet.

8

Deze problematiek van wat wel ‘het grijze gebied’ wordt genoemd speelt daarmee niet alleen bij levensbeëindiging van pasgeborenen c.q. levensbeëindiging niet op verzoek, maar ook bij euthanasie op basis van art. 293 lid 2 Sr jo. de Wtl.<sup>10</sup> De problematiek is al vaker geconstateerd en er is al veel over geschreven. Het punt heeft zelfs – als een voor een dergelijk document opvallend concreet punt – het regeerakkoord van het huidige kabinet bereikt waarin (immers) te lezen valt:

“We gaan aan de slag met de aankomende vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding om het verschil tussen euthanasie en palliatieve zorg te verduidelijken.”

De aandacht voor deze problematiek van op gehele terrein van levensbeëindiging en euthanasie heeft in het verleden geleid tot diverse pleidooien en concrete voorstellen voor een regeling tot nadere afbakening. In het bijzonder valt te wijzen op de betreffende aanbeveling in het rapport van

---

<sup>10</sup> Veel van het betoog in deze paragraaf is gebaseerd op V.E. van de Wetering, A. van der Heide en P.A.M. Mevis, ‘De grens tussen strafbare euthanasie en medische palliatieve sedatie; over ‘Typizität’ van levensbeëindigend handelen’, *RMThemis* 2019, p. 233-246.

de Staatscommissie Euthanasie uit 1985 en de betreffende aanbeveling in de eerste twee Wtl-evaluatieonderzoeken. De toenmalige regeringen zagen geen aanleiding daaraan gevolg te geven. Blijkens bovenstaande passage in het regeerakkoord kan dat thans mogelijk anders zijn, afhankelijk van de uitkomsten van de vierde evaluatie van de Wtl, (eveneens) een evaluatieonderzoek dat thans loopt en waarvan dus op dit punt kan worden beargumenteerd dat er goede redenen kunnen zijn de uitkomsten daarvan af te wachten.

Reeds vanwege de bredere reikwijdte van deze problematiek van het grijze gebied ligt het weinig voor de hand ter zake een enigszins incidentele afbakening op te nemen enkel in de ministeriële Regeling levensbeëindiging bij pasgeborenen. Het punt is breder van belang, maar dat lijkt blijkens de toelichting bij het concept niet voldoende te worden onderkend. Inhoudelijk gaat het om complexe problematiek waarin grenzen snel vervagen of onduidelijk zijn. Vgl. de beschouwing in het rapport 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' onder de kop 'Grijs gebied tussen palliatieve sedatie en actieve levensbeëindiging' en samengevat in de conclusie: "Een aantal artsen beschrijft een grijs gebied tussen palliatieve sedatie en euthanasie, waarin zij twijfelen waar de grens bij beide handelingen ligt."

In dat licht verbaast bovenstaande toelichting waarin alleen het 'zwart – wit'-scenario van wat wel en wat – in de woorden van de begripsomschrijving op het geduldige papier – niet onder levensbeëindiging wordt begrepen. In de praktijk blijkt het lastiger om die grenzen met voldoende duidelijkheid te bepalen, helder te definiëren en voor iedereen herkenbaar te maken en adequaat te controleren. Daarbij lijkt bovendien in de toelichting niet of onvoldoende te worden onderkend dat de grens van strafbaarheid ter zake van bepaalde misdrijven in het Wetboek van Strafrecht reeds en onder omstandigheden het toedienen van farmaca kan omvatten. Binnen de Nederlandse staatsrechtelijke verhoudingen is moeilijk denkbaar dat bij ministeriële regeling de reikwijdte van bepalingen van het WvSr als wet in formele zin wordt beperkt, laat staan daarvan wordt afgeweken.

Reeds op grond van het bovenstaande dringt zich de conclusie op dat het concept met de introductie van de begripsomschrijving van levensbeëindiging

een te gemakkelijk geformuleerd element bevat waarvan de achtergrond en reikwijdte voor het bredere terrein van levensbeëindiging en euthanasie niet goed lijkt te zijn doordacht.

Aan het bovenstaande moet een nadere bedenking worden toegevoegd voor de invoering van deze begripsomschrijving juist in de regeling van levensbeëindiging van pasgeborenen. Het gaat daarbij om levensbeëindiging niet op verzoek. Dat is strafbaar op grond van art. 287 of art. 289 Sr. De uitzondering is gebaseerd op de rechtvaardigingsgrond van noodtoestand. Juist vanwege deze constellatie van levensbeëindiging niet op verzoek fungeert het oordeel van de betreffende beoordelingscommissie als advies aan het OM dat ter zake telkens en in alle zaken beslist, ook als de commissie oordeelt dat de arts de zorgvuldigheidscriteria in acht heeft genomen. Terecht worden aldus alle zaken onder de Regeling aan het OM voorgelegd. Daarmee is adequate controle binnen de – onvermijdelijk strafrechtelijke – context van art. 40 Sr gewaarborgd. Ook in het kader van de naleving van internationale mensenrechtenverplichtingen is deze constructie van belang. Dat het OM in deze categorie na de zaken Kadijk en Prins uit 1995 nooit meer tot vervolging heeft besloten c.q. heeft moeten besluiten, doet daaraan niet af, in tegendeel. Het ligt dan weinig voor de hand om juist in deze regeling c.q. ten aanzien van deze materie met een te harde afbakening te gaan werken.

Daar komt bij dat in een enkele zin in de toelichting in verband met de inhoud van de begripsbepaling alleen het toedienen van farmaca ‘met als doel het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen’ als levensbeëindiging geldt. Het – door de arts gekozen of ervaren – doel is daarmee bepalend, ook voor het antwoord op de vraag of regeling van melding en toetsing van toepassing zal zijn. Dat wordt bevestigd door de mededeling in de toelichting van hetgeen er niet onder valt: toedienen van farmaca ‘afgestemd op het lijden’ en ‘ten behoeve van palliatie’ zal geen levensbeëindiging meer zal zijn. Afgezien van, of wellicht beter: juist gelet op het feit dat onvoldoende onderkend wordt waar de juridische grenzen liggen, is nu juist het feit dat artsen hun handelen in juridische zin minder gemakkelijk correct (weten te) kwalificeren terwijl het juist bij levensbeëindiging niet op verzoek op het (kunnen) bewaken van de juridische grenzen aankomt, een belangrijk argument om te betogen dat het weinig voor de hand om juist in deze regeling c.q. ten aanzien van deze categorie van levensbeëindiging, op deze wijze met een ook overigens te gemakkelijke begripsomschrijving de juridische controle nog meer afhankelijk te maken van de juiste inschatting van zijn handelen in

juridische zin door de arts. Introductie van deze begripsomschrijving holt adequate inzichtelijkheid, toetsing en controle daarmee (te zeer) uit. Het strafrecht (de toepassing van art. 40 Sr) heeft nu eenmaal ook als functie om te controleren of grenzen in acht zijn genomen en zo ja, om dan van vervolging af te zien, zij het op uitdrukkelijke beslissing daartoe, zoals thans steeds het geval is.

Tegen deze achtergrond ligt het juist bij pasgeborenen (en levensbeëindiging niet op verzoek in het algemeen) weinig voor de hand om in het – zowel normatief als feitelijk – lastige en complexe grijze gebied op de grens van palliatieve sedatie en levensbeëindiging, in een ministeriële regeling een duidelijke afbakening suggererende begripsomschrijving op te nemen die echter aan de complexe werkelijkheid geen recht doet, waarbij bovendien in juridisch-inhoudelijke zin vraagtekens kunnen worden gezet en waardoor concrete gevallen ten onrechte aan toetsing en beoordeling onder de Regeling kunnen worden onttrokken.<sup>11</sup>

### *Gezaghebbende ouders*

In het concept wordt voorts voorgesteld om aan art. 1 van de Regeling een begripsomschrijving van ‘ouders’ op te nemen. Daarin wordt ‘ouders’ omschreven als de gezaghebbende ouder(s) of voogd(en). Het bijvoeglijk naamwoord ‘gezaghebbend’ wordt kennelijk gebruikt om aan te duiden dat het moet gaan om degene(n) bij wie de ouderlijke macht over het kind berust. Buiten de inhoud van de materie van levensbeëindiging rijst de vraag of deze laatste bedoeling in taalkundige zin correcte uitdrukking vindt in ‘gezaghebbend’, zoals die term in de voorgestelde bewoordingen van het concept wordt gebruikt. In het normale spraakgebruik refereert die term immers eerder aan de status en waarde van iemands opinie en niet aan het feit dat de betreffende persoon enig ouderlijk gezag uitoefent. Om dat laatste uit te

---

<sup>11</sup> Het gaat het bestek van deze reflectie te buiten er alle consequenties van te doordenken, maar er kan wel op worden gewezen dat ter zake van de problematiek van het grijze gebied tussen palliatieve sedatie en euthanasie (dus bij wilsbekwame volwassenen) wel eens is gesuggereerd om bepaalde vormen van palliatieve sedatie onder de competentie van de Rte-toetsingscommissies te brengen. Voor de toepassing van de Wtl bij wilsbekwame volwassenen is die weg niet wenselijk en sowieso om praktische redenen niet begaanbaar; daarvoor doen zich eenvoudigweg veel te veel zaken voor. Maar juist ten aanzien van ernstig gehandicapte pasgeborenen gaat dat praktisch argument niet op.

drukken zijn betere formuleringen denkbaar en in wetgeving voorhanden, in het bijzonder ‘degene die het gezag over een jongere uitoefent’.<sup>12</sup>

### **Het concept voor zover betrekking hebbend op levensbeëindiging van kinderen in de leeftijd van 1 tot 12 jaar**

Het belangrijkste onderdeel van het concept is de uitbreiding van de reikwijdte van de bestaande Regeling tot de categorie van 1 – 12 jarigen. Deze Regeling (en niet de Wtl) wordt dan naar zijn opzet en juridische reikwijdte van toepassing op de gehele categorie van 0 – 12 jarigen. Deze uitbreiding van de reikwijdte wordt met de in ARTIKEL I onder d voorgestelde wijziging van art. 11 van de Regeling inzake de citeertitel ook in die titel tot uitdrukking gebracht.

#### *Vershil in bewoordingen*

Binnen de Regeling zal blijkens het concept vervolgens toch een onderscheid worden gemaakt. Het bestaande art. 7 dat de zorgvuldigheidscriteria voor de arts bevat in geval van levensbeëindiging van een pasgeborene (0 – 1 jaar) blijft behouden. Daar wordt dan met art. 7a van het concept een aparte bepaling aan toegevoegd houdende de zorgvuldigheidscriteria voor de levensbeëindiging door een arts ‘bij’ (bedoeld zal zijn: van) een kind in de zin van de Regeling, te weten een kind dat de leeftijd van één jaar maar nog niet de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt.

Het lijkt op zichzelf verdedigbaar dat in de gehele, ‘brede’ categorie van 0 – 12 jarigen nader onderscheid wordt c.q. moet worden gemaakt in de toepasselijke zorgvuldigheidscriteria. Dat geldt bijvoorbeeld en met name de eis dat, als het kind daartoe in staat is, de arts de levensbeëindiging als enige optie om het lijden weg te nemen, in passende bewoordingen met het kind moet hebben besproken. Voor andere criteria geldt dat zij op gelijke wijze voor beide categorieën zullen kunnen gelden. Dan is in elk geval (als men niet tot gemeenschappelijke regeling in één artikel wil besluiten) eenvormige regeling en formulering aangewezen. Dat lijkt bij tekstvergelijking van art. 7 van de bestaande Regeling en art. 7a van het concept niet altijd het geval. Onder andere de criteria van art. 7a onder a en b, c en onder e van het concept wijken in hun formulering af van de formulering van de equivalente criteria in art. 7 van de Regeling. Als het (bijvoorbeeld) voor de hand ligt om te spreken van de

---

<sup>12</sup> Vgl. verschillende bepalingen van Boek 1 BW maar ook een ter zake relevante bepaling als art. 2 Leerplichtwet.

toestemming van de ouders in plaats van over de ‘instemming’ van de ouders, omdat dit ‘een actievere betrokkenheid’ impliceert zoals in de toelichting t.a.v. art. 7a onder e wordt aangegeven, ligt het voor de hand – aangenomen dat een en ander taalkundig juist is – art. 7 onder c van de Regeling dienovereenkomstig te wijzigen. Waarom zou de betrokkenheid van de ouders in enige leeftijdscategorie immers minder actief kunnen of hoeven te zijn c.q. wat zou inhoudelijk het verschil kunnen maken?

### *De grens van het eerste levensjaar*

De consequentie van het concept is dat de uiterste leeftijdsgrens van 1 jaar in de bestaande Regeling zijn afbakende functie als zodanig verliest, nu de reikwijdte van de Regeling tot 12 jaren wordt uitgebreid. Die uitbreiding in de concept-Regeling is niet tot de wilsbekwame 12-minners beperkt. Dan rijst de vraag wat precies nog rechtvaardigt om een onderscheid te maken tussen de levensbeëindiging op de leeftijd van 10 maanden respectievelijk van 14 maanden na de geboorte. In het concept valt de eerstgenoemde levensbeëindiging onder de criteria van art. 7, de tweede onder die van (andere) criteria van art. 7a. Vanuit de juridische invalshoek rijst de vraag of er op deze grens reden is voor (het handhaven van) dit onderscheid als het concept die thans absolute grens van 1 jaar loslaat. Op deze grens valt ook te denken aan gevallen waarin het beslissingsproces inzake levensbeëindiging voor het einde van het eerste levensjaar wordt ingezet, maar afronding van de beslissing gevolgd door de levensbeëindiging, eerst daarna plaatsvindt. Is in voorkomende gevallen altijd voldoende duidelijk welke set van criteria van toepassing is? De mogelijkheid om op deze grens de ontwikkeling van de pasgeborene c.q. het kind ‘nog even aan te zien’ biedt mogelijkheden en uitdagingen. Is deze grens daarmee niet vloeiender en problematischer dan de tweedeling die het concept op dit punt maakt c.q. handhaaft? Ligt het handhaven van de grens van 1 jaar als onderscheid in de Regeling nog wel voor de hand als de reikwijdte van die regeling wordt uitgebreid tot kinderen tot 12 jaar? Het gaat het bestek van deze observaties te buiten om deze vragen uitputtend te beantwoorden, maar het valt op dat in de toelichting aan dit punt weinig of geen aandacht wordt besteed.

Op de achtergrond speelt daarbij mee dat levensbeëindiging tot de voltooiing van het twaalfde levensjaar als levensbeëindiging zonder verzoek wordt gezien. Voor die gehele periode van 0 – 12 jaar is daarmee steeds de strafuitsluitingsgrond van noodtoestand de enige juridische basis die met het

concept 'slechts' nader wordt ingevuld. Ook vanuit dat oogpunt bezien, rijst de vraag of (het behoud van) een onderscheid op de grens van het einde van het eerste levensjaar nog wel zo voor de hand ligt. Mogelijk is het eerder aangewezen om de zekere tweedeling te maken aan de hand van andere criteria, zoals al naar gelang het bevattingsvermogen van het kind voldoende ontwikkeld is om het kind in de discussie over de beëindiging van zijn leven te betrekken, zonder dat sprake is van de eis van wilsbekwaamheid. Het zorgvuldigheidscriterium van art. 7a onder d van het concept geeft daarvan blijk, maar het is de vraag of met deze enkele nuancering kan worden volstaan c.q. of andere criteria niet tot andere onderscheidingen dringen, bijvoorbeeld naar de aard van het lijden waaraan hierna nog apart aandacht wordt besteed.

### *De grens van het 12<sup>de</sup> levensjaar*

Zoals gezegd is de uitbreiding in de concept-Regeling niet tot de wilsbekwame 12-minners beperkt. Daarmee rijzen aan de andere kant van het spectrum vergelijkbare vragen bij de bovengrens van de leeftijd van 12 jaren; tot de dag van de twaalfde verjaardag geldt de concept-Regeling; daags erna geldt de Wtl.

Op deze grens rijst vooral de vraag of het harde juridisch onderscheid van de twaalf jaarsgrens – hoe begrijpelijk een dergelijke harde grens, mede vanwege de duidelijkheid, ook is – wel helemaal houdbaar en wenselijk is, al naar gelang de ontwikkeling van het (zieke) kind aan beide zijden van deze leeftijdsgrens. De vraag rijst – met andere woorden – of de grens van 12 jaar in voorkomende gevallen en voortvloeiend uit de 'aard' van de materie niet kan of moet worden genuanceerd. Kan het zijn dat het kind in voorkomende gevallen (dus 'in concreto') ertoe in staat is om in voor het kind bevattelijke woorden te communiceren (zoals art. 7a onder d van het concept veronderstelt) op een wijze die de juridische 12-jaarsgrens van handelingsbekwaamheid kan relativeren? Daarbij moet echter worden bedacht dat – zoals in de derde wetsevaluatie van de Wtl<sup>13</sup> uiteen is gezet – het in verband met de verwevenheid met andere regelingen op het gebied van de gezondheidszorg, niet onmiddellijk voor de hand ligt om alleen voor de Wtl een afwijkend, op de concrete patiënt afgestemd criterium voor wilsbekwaamheid c.q. voor het zelfstandig kunnen doen van een rechtsgeldig verzoek tot levensbeëindiging te hanteren. Wellicht moet daarom met deze grens worden volstaan, maar de vraag rijst toch of zich op dit punt van de leeftijd en de ontwikkeling van het kind niet een nader of ander zinnig onderscheid laat maken, wellicht inclusief

---

<sup>13</sup> A.w., p. 46 -47.

de fase kort na het bereiken van de leeftijd van 12 jaar. Ook de positie van de ouders kan in verschillende fasen van leeftijd en ontwikkeling van het kind in het brede spectrum van 1 – 12 jaar mogelijk verschillen. Voor de fase vóór het voltooien van het 12de levensjaar kan – louter procedureel – wel worden geconstateerd dat uit het hanteren van deze leeftijdsgrens geen verklaring voortvloeit voor het feit dat de beantwoording van de vraag of levensbeëindiging door de arts op basis van noodtoestand naar geldend recht niet onderworpen is aan ‘voortoets’ door een toetsings- of beoordelingscommissie, terwijl dat bij levensbeëindiging kort nadat het 12<sup>de</sup> levensjaar voltooid is op grond van de Wtl wel aan de orde is.

*Is één regeling voor de gehele categorie van 1 tot 12 jaar niet te ééndimensionaal?*

Het bovenstaande werpt een blik op een breder punt. In de ene regeling van het concept voor – de facto – de gehele categorie van 0 – 12 jarigen betreft het concept daarmee toch een eenvormige regeling voor mogelijk zeer onderscheiden gevallen, al naar gelang – in elk geval – de leeftijd en daarmee de ontwikkeling van het kind. Een kind van 18 maanden is echter een ander kind dan een kind van 4, 7 of 11 jaren. Levensbeëindiging in dergelijke onderscheiden gevallen is daarmee tot op zekere hoogte ook een andere zaak en van andere aard. Herhaald zij dat hier niet alle vragen te beantwoorden zijn, maar wel dat een eenvormig model zoals het concept voorstaat mogelijk te algemeen of – zo men wil: te grofmazig is en geen recht doet aan de verschillen die in de brede categorie van 0 - 12 jarigen denkbaar zijn.

15

### **Inhoud en bewoordingen van lijden en van het lijdensbegrip**

Een belangrijk aandachtspunt is – het zal niet verwonderen – het lijdensbegrip en de inhoud en mogelijke omschrijving daarvan, zowel in de bestaande Regeling voor de leeftijd van 0 – 1 jaar als in het concept met de uitbreiding naar 1 – 12 jaar.<sup>14</sup> Het is uiteraard zo dat ook voor kinderen van 1 – 12 jaren zich de situatie van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan voordoen. Dergelijk lijden is nu eenmaal niet aan leeftijdsgrenzen gebonden. De reikwijdte van de strafuitsluitingsgrond (strafrechtelijke rechtvaardigingsgrond) van noodtoestand overigens gelukkig ook niet.

---

<sup>14</sup> Er bestaat een zekere relatie met de discussie over (actueel) lijden bij euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring (dementie), de problematiek van art. 2 lid 2 Wtl.

Binnen het onderwerp van het lijdensbegrip loopt een aantal aandachtspunten met betrekking tot het concept samen. Benadrukt zij, dat een en ander in het onderstaande slechts vanuit het gezichtspunt van juridische expertise wordt gezien; ik ben geen arts. Tegelijk leidt juist dat onderscheid of die scheiding tot enige bedenkingen ten aanzien van het concept op dit punt.

*Tot nu toe lijkt geen voldoende inhoud en overeenstemming voor handen*

Uit de geschiedenis en de evaluatie van de bestaande Regeling blijkt dat er niet altijd en soms te weinig duidelijkheid is over de inhoud van het lijdensbegrip (reeds) als grondslag voor de huidige Regeling met z'n beperkte reikwijdte van pasgeborenen tot één jaar. De onduidelijkheid op dit punt gaf aanleiding om op basis van eerste evaluatie de Regeling betrekkelijk fundamenteel te herzien, in het bijzonder op het punt van de discussie over actueel en/of toekomstig lijden.<sup>15</sup> Nochtans was ook die herziening toch vooral gebaseerd op de geconstateerde onduidelijkheid en tekortkoming op dit punt in de voorheen bestaande Regeling en de wens daaraan tegemoet te komen; de gewijzigde, thans geldende Regeling lijkt niet in de eerste plaats gebaseerd op voldoende duidelijke consensus over de inhoud van het lijdensbegrip onder (een meerderheid van) artsen ter zake. Op dit punt van de wijziging kwam dan ook wel kritiek.<sup>16</sup> Of het in 2016 in opgenomen lijdensbegrip en criterium van art. 7 Regeling dan wel voldoende inhoud heeft gekregen, meer duidelijkheid verschaft en in voldoende mate in verantwoorde afbakening voorziet in de leeftijdscategorie van 0 – 1 jaar, zal nog moeten blijken. De uitkomst van de evaluatie van de bestaande Regeling voor die categorie zal mede moeten c.q. kunnen bepalen welk lijdensbegrip en omschrijving daarvan in een eventuele regeling voor de nieuwe categorie van 1 – 12 jaar aangewezen is. Van langer geleden is de discussie in hoeverre ter zake van levensbeëindiging van pasgeborenen met de aandoening van spina bifida in voorkomende gevallen verantwoord is. Over de uitzichtloosheid van ondraaglijk bij die aandoening is in vakkringen discussie ontstaan.<sup>17</sup> Of eigenlijk meer precies: over de

---

<sup>15</sup> S. van de Vathorst e.a., a.w.; zie nader Van de Wetering, a.w., hst. 11 met nader bronverwijzingen.

<sup>16</sup> Vgl. in het bijzonder J.H.H.M. Dorscheidt, 'Een nieuwe regeling beoordeling late zwangerschaps-afbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen: goed inval of bedenkelijke manoeuvre?', *TvGR* 2016, p. 356-368.

<sup>17</sup> Ik volsta hier met verwijzing naar E.J.O. Kompanje, T.H.R. de Jong, W.F.M. Arts en J.J. Rotteveel, 'Problematische basis voor 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' als criterium voor actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen met spina bifida', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005;149:2067-9 in reactie op A.A.E. Verhagen, J.J. Sol, O.F. Brouwer en P.J. Sauer, 'Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen in Nederland; analyse van alle 22 meldingen uit 1997/'04, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005;149:183-8.

onmogelijkheid van het voorspellen van het leven en lijden van een kind met een dergelijke aandoening.

Vanuit het juridisch perspectief zoals dat hier centraal staat, moet worden opgemerkt dat een dergelijke discussie onder medici onvermijdelijk tot de conclusie moet leiden dat het in voorkomende gevallen dan niet meer mogelijk kan zijn of worden om aan te nemen dat zich op basis van een bepaalde aandoening c.q. in een concrete casus op enig moment een zodanig conflict van plichten voordoet dat levensbeëindiging niet op verzoek door de strafuitsluitingsgrond van overmacht in de zin van noodtoestand gerechtvaardigd is. Dat dringt daarmee tot uiterste terughoudendheid ten aanzien van de beslissing van levensbeëindiging niet op verzoek vanwege ondraaglijk en uitzichtloos lijden, zeker als dat niet slechts actueel lijden is.

#### *De categorie van 1 – 12 jarigen*

Voor de categorie van 1 – 12 jarigen is in het kader van het aan het concept ten grondslag liggend onderzoek 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' onderzocht welke levensbedreigende ziektes en aandoeningen en aard van lijden bij kinderen in die leeftijdscategorie aan de orde is. Dat levert een gemengd beeld op; er is sprake van een betrekkelijk brede variëteit van levensbedreigende aandoeningen met zeer verschillende kenmerken in het ziekteproces. Van belang is of het kind ook mentaal beperkt is dan wel dat sprake is van ervaring van fysiek lijden of dat – zoals vaak het geval is – sprake is van meervoudige handicap. Ten aanzien van het lijden wordt uiteengezet dat ouders en artsen verschillende vormen van fysiek, existentieel en psychosociaal lijden herkennen. Dat lijden kan, naar de conclusies van het onderzoek, niet altijd voldoende met geneesmiddelen worden behandeld.

Er wordt voorts een onderscheid gemaakt naar lijden in de stervensfase en patiënten die niet afhankelijk zijn van levensverlengende behandelingen en bij wie de levensverwachting onvoldoende duidelijk is om palliatieve sedatie te kunnen starten ('levenseindebeslissingen voor fysiologisch stabiele kinderen').

In het licht van deze stand van zaken rijst de vraag of thans (reeds) een voldoende uitgekristalliseerde opvatting over de inhoud van het lijdensbegrip en de mogelijke omschrijving daarvan in eventuele regeling voor levensbeëindiging in de leeftijdscategorie tot 12 jaar voorhanden is en of het concept daaraan met het voorgestelde art. 7a voor de leeftijdscategorie van 1 –

12 jaar adequaat uitdrukking geeft. Bij de beantwoording van die vraag is een nader onderscheid van betekenis.

### *De verwachting van overlijden*

Veel voorzeten voor het concept, in het bijzonder ook de brief van de Minister van VWS van 13 oktober 2020 aan de Tweede Kamer die de onmiddellijke grondslag vormt voor het thans voorliggende concept, bevatten een cruciale beperking, of in elk geval de notie van een nader onderscheid. Steeds wordt uitgegaan van de qua leeftijds categorie uit te breiden reikwijdte van de Regeling in geval van levensbeëindiging niet op verzoek van kinderen in de leeftijd van 1 – 12 jaar *waarvan verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd zullen overlijden*. Ook het (herzien) standpunt ‘Levensbeëindiging kinderen 1 – 12 jaar’ (versie maart 2020) van de NVK gaat daar (kennelijk) van uit.<sup>18</sup>

Deze beperking is in het concept bewust niet opgenomen, zoals in de toelichting wordt gememoreerd. Toch ligt dat onderscheid vanuit juridisch perspectief bepaald voor de hand. De categorie van gevallen waarin deze verwachting van overlijden bestaat maar palliatieve sedatie tekortschiet, leent zich vanuit het juridisch perspectief bij uitstek voor een te legitimeren beslissing tot levensbeëindiging niet op verzoek, en daarmee wellicht ook voor een eventuele algemene regeling zoals het concept die bevat. Zodanige levensbeëindiging wordt in die gevallen onderdeel van de juiste, ook in de zin van barmhartige invulling van de laatste levensfase van het kind, nu het overlijden hoe dan ook aan de orde is. Juist op basis van overmacht in de zin van noodtoestand hoeft dan, als aan overige voorwaarden is voldaan, het lijden niet tot aan het te verwachten sterven voort te duren. Dat is een juridisch-normatief alleszins ‘begaanbare’ weg.<sup>19</sup> In de tot deze categorie behorende

---

<sup>18</sup> “Het gaat daarbij om kinderen waarvan verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd zullen overlijden en die een leven van ernstig en uitzichtloos lijden tegemoet gaan.” In feite is de stervensverwachting ook de achtergrond van het onderscheid tussen de categorie 1 en de categorie 2-gevallen bij late zwangerschapsafbreking.

<sup>19</sup> Die aanduiding moet niet verkeerd worden verstaan. Ook in geval het overlijden binnen afzienbare tijd te verwachten is, moet (andermaal) het complexe en in alle opzichten gevoelige van de materie worden benadrukt. In dat kader mag worden vermeld dat uit onderzoek onder Duitse kinderartsen blijkt dat zij, met onderkenning van dezelfde problematiek, (toch) geen behoefte aan de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging als uitiem onderdeel van palliatieve zorg lijken te ervaren. Vgl. Van de Wetering, a.w, hst. 11. Uit het aan het concept ten grondslag liggend onderzoek ‘Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)’ kan worden afgeleid dat Nederlandse (kinder)artsen anders denken over de wenselijkheid van het ter beschikking hebben van de (ultieme) mogelijkheid van levensbeëindiging. Mogelijk kan het maatschappelijk, juridisch en ethisch perspectief op euthanasie in het algemeen het perspectief mede bepalen. Nederland ‘heeft nu eenmaal’ een wettelijke regeling voor euthanasie, net als België waar vervolgens de behoefte aan enige – thans nog ontbrekende – regeling voor wilsonbekwame minderjarigen onderkend wordt.

gevallen waarin die verwachting bestaat, lijkt er vervolgens – naar de aard van die verwachting van overlijden als legitimerende factor bij de beslissing tot levensbeëindiging – geen reden een onderscheid te maken tussen de leeftijdscategorie van 0 – 1 jaar respectievelijk van 1 – 12 jaar, zoals het concept nu wel doet.

Daarmee wil nog niet gezegd zijn dat er ook in de leeftijdscategorie van 1 – 12 jarigen geen gevallen denkbaar zijn waarin de strafrechtelijke rechtvaardiging van overmacht in de zin van noodtoestand (conflict van plichten) zich voordoet, ook al is geen sprake van de verwachting dat het kind binnen afzienbare tijd zal overlijden. In het rapport ‘Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)’ wordt geconcludeerd dat die gevallen wel bestaan, al zijn het er niet veel. De onderzoeksbevinding dat geen gevallen van actieve levensbeëindiging zijn aangetroffen, zegt in zoverre niet alles.

Bij deze stand van zaken kan daarmee wel worden betoogd dat er goede redenen kan zijn beide situaties (stervensverwachting of niet) bij de te stellen (zorgvuldigheids)criteria voor levensbeëindiging (en de eventuele regeling daarvan) te onderscheiden. Met andere woorden: vanuit het juridisch perspectief kan worden betoogd dat er goede aanleiding kan zijn om ook in normatief opzicht een onderscheid te maken in de gevallen waarin de verwachting van overlijden wel bestaat en die waarin dat niet aan de orde is. Dat is een onderscheid dat ook in de Belgische regeling, die op zichzelf beperkt is tot levensbeëindiging van wilsbekwamen, wordt gemaakt. Ingevolge art. 3 lid 3 van de Belgische Wet betreffende de euthanasie<sup>20</sup> gelden er nadere zorgvuldigheidseisen, in het bijzonder nadere consultatie-eisen, indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden. Een dergelijke nadere normering, bijvoorbeeld over de band van voorgeschreven nadere consultatie van een onafhankelijke arts die – kan het zijn – niet verbonden is aan de zorginstelling waar het kind wordt behandeld, lijkt in een eventuele regeling niet te misstaan.<sup>21</sup>

---

Vgl. de recente dissertatie van L. Dombrecht. ‘Medical end-of-life decisions in stillbirths, neonates and infants. A population-based study on prevalence estimates, views and experiences’, Universiteit Gent/Vrije Universiteit Brussel, 2019-2020.

<sup>20</sup> [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N)).

<sup>21</sup> De vergelijking dringt zich op met de nadere consultatie-eis onder de Wtl in geval van psychiatrisch lijden.

### *Het criterium en de bewoordingen van het concept en de toelichting*

Bij deze stand van zaken rijst de vraag of alle problematische aspecten met betrekking tot de inhoud en de bewoordingen van het voor levensbeëindiging vereiste uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een kind in de leeftijd van 1 – 12 jaar in het concept c.q. in de toelichting adequaat worden geadresseerd en in het concept worden vertaald naar verantwoorde bewoordingen voor het betreffende zorgvuldigheidscriterium.

Ten aanzien van de inhoud van het lijden, in het bijzonder ten aanzien van het onderscheid van actueel en toekomstig lijden vermeldt de toelichting:

“Alvorens de arts tot levensbeëindiging overgaat, moet hij kunnen vaststellen dat er sprake is van ondraaglijk lijden waaruit geen enkele andere uitweg mogelijk is dan de beëindiging van het leven. Er moet met andere woorden sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind dat actueel aanwezig is. Hiermee wordt bedoeld dat het lijden zich vrijwel continu manifesteert voorafgaand aan en ten tijde van de besluitvorming rondom het levenseinde. Toekomstige zorgafhankelijkheid of verminderd levensgenot mogen bij de vaststelling van het lijden geen rol spelen. Gevallen waarin het uitzichtloos lijden van het kind wordt onderbroken door periodes waarin het kind minder klachten heeft, maar het niettemin op basis van heersend medisch inzicht onvermijdelijk is dat het ondraaglijk lijden (herhaaldelijk) zal terugkeren, kunnen ook als actueel lijden aangemerkt worden. In deze gevallen hoeft de terugkeer van het ondraaglijk lijden dus niet te worden afgewacht”.

Zijn deze bewoordingen nu voldoende duidelijk c.q. bieden ze voldoende handvat? Wordt in deze formulering nu iedere vorm van toekomstig lijden, anders dan de voorspelbare intervalherhaling uitgesloten? Wijkt de formulering van art. 7a van het concept daarmee inhoudelijk af van de bewoordingen of de inhoud van het lijdensbegrip bij 0 – 1 jarigen, zoals dat thans verwoord is in art. 7 van het concept? Men kan daarover aarzelen en dan rijst de vraag naar de verklaring van eventuele verschillen.

Met de algemene benadering en regeling van het concept kan lijden voorts gedurende de levensfase 1-12 jaar ondraaglijk worden. Dat kan voordelen bieden nu daarmee de absolute grens van 1 jaar wordt gerelativeerd. Tegelijk wordt daarmee geïntroduceerd dat lijden alsnog, in de loop van de tijd, als

uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren. Dat zou kunnen door de ontwikkeling van het kind dat zijn lijden met het ouder worden als ondraaglijk gaat ervaren. Uiteraard geldt ook het omgekeerde: wat voor een kind op enige vroege leeftijd tussen 1 en 12 jaar bij het stellen van diagnose als ondraaglijk lijden wordt ervaren, kan dat karakter in de verdere ontwikkeling van het kind op latere leeftijd verliezen. Van belang is daarbij dan opnieuw dat de periode van 1 – 12 jaar een lange periode is waarin het kind zich ontwikkelt.

Dat geldt overigens ook voor de positie en de ervaring van het lijden van de ouders. Enerzijds blijft in de Regeling en in de in het concept gekozen bewoordingen uiteraard het besef uitdrukkelijk overeind dat het uiteindelijk gaat om het (uitzichtloos en ondraaglijk) lijden van uitsluitend het kind. Maar uit het onderzoek 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' wordt ook duidelijk dat het lijden van de ouders enige rol speelt en in elk geval – neutraal gezegd – aanwezig is. Ook die factor kan in de loop van de leeftijdscategorie van 1 – 12 jaren veranderen, mede in verband met de ontwikkeling van het kind. Het concept bevat immers een regeling voor de gehele categorie van kinderen tot de leeftijd van 12 jaren en dus ook gedurende de gehele eerste 12 levensjaren. Daarmee ontstaat niet alleen toepassing in geval bij het kind lang na de gezonde geboorte op bijvoorbeeld 8-jarige leeftijd alsnog een ernstige aandoening ontstaat waaraan het zal overlijden. Het concept, juist met zijn expliciete regeling ervan, doet in voorkomende gevallen ook de vraag rijzen naar de beoordeling van de langjarige belasting van het kind en de ouders van bij de geboorte reeds aanwezige aandoeningen en de voorspelbaarheid daarvan.

Met andere woorden: uit het onderzoek 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen (1-12)' komt naar voren dat ten aanzien van het lijden sprake is van een combinatie van verschillende vormen van fysiek, existentieel en psychosociaal lijden. De ontwikkeling van het kind zal de ervaring van dat lijden als ondraaglijk (of niet (meer)) mede bepalen. De ervaring van het lijden door de ouders zal een rol spelen. Is er dan bij die stand van zaken (thans reeds) een voldoende duidelijke en verantwoorde afgrenzing mogelijk om de reikwijdte van de Regeling in algemene en eenvormige bewoordingen uit te breiden tot de gehele categorie van kinderen van 1 – 12 jaar, zoals het concept thans voorstelt?

Ten aanzien van het niet opnemen van het aspect dat het moet gaan om een ongeneeslijk zieke kinderen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden en waarvan

verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd zullen overlijden wordt in de toelichting opgemerkt:

“Hiermee is bedoeld aan te geven dat de regeling bedoeld is voor kinderen die, gezien hun ziekte of aandoening, een beperkte levensverwachting hebben. In de regeling is dit echter niet als criterium opgenomen. Het criterium ‘binnen afzienbare tijd’ is namelijk niet te vatten in een specifieke tijdsduur. Het is een relatief begrip dat in de context van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en de progressiviteit van de aandoening die dat lijden veroorzaakt moet worden gezien, in combinatie met het criterium dat er geen redelijke mogelijkheid bestaat om het lijden van het kind weg te nemen, curatief dan wel palliatief”.

Deze passage is weinig overtuigend. Dat ‘binnen afzienbare termijn’ geen specifieke tijdsduur uitdrukt, is waar. Maar dat neemt niet weg dat door (het opnemen van) dat vooruitzicht er vanuit verschillend perspectief bepaald een andere situatie aan de orde is. In geval dat vooruitzicht bestaat, is de beslissing tot levensbeëindiging eerder legitiem dan als dat vooruitzicht niet bestaat, zoals hierboven is weergegeven. In de gevallen waarin aan die voorwaarde niet is voldaan maar actieve levensbeëindiging zonder verzoek toch aan de orde kan zijn, betekent dat vrijwel onvermijdelijk dat in dergelijke gevallen een prognose en daarmee ook een waardering van het toekomstig lijden in het lijdensbegrip een rol gaat spelen. Dat is tot op zekere hoogte onvermijdelijk en staat daarmee ook niet zonder meer aan een gegrond beroep op art. 40 Sr in de weg. Maar het is – ook in het licht van de bescherming van het leven van kind in nationale en bovennationale regelingen – bepaald een heikele situatie, die, zoals hierboven uiteengezet, ook nadere en aparte normering lijkt te vragen. Het belang van het thema en van dit onderscheid kan niet worden gerelativeerd met de enkele vaststelling dat de aanduiding ‘binnen afzienbare tijd’ te open is om als handvat voor normering te kunnen dienen.

De bovenstaande kritische beschouwingen ten aanzien van het lijdensbegrip moeten niet verkeerd worden begrepen. Ten aanzien van veel aspecten van de abstract-juridische argumentatie zal vanuit de moeilijke praktijk het nodige aan ervaringen, casus en gevoelde worstelingen tegengeworpen kunnen worden. Daarvoor bestaat begrip. Waar het echter om gaat is dat naar mijn oordeel het lijdensbegrip, en alle daarmee verbonden facetten ook in hun onderling verband bezien, een (ten minste thans nog steeds) onvoldoende opgehelderd of toegelicht, maar voor de legitimiteit wel cruciaal onderdeel van het hele

concept van levensbeëindiging zonder verzoek bij kinderen tot 12 jaar is. Zonder nadere opheldering of toelichting is het concept op dit cruciale punt naar mijn oordeel te weinig uitgewerkt. En dat in tweeërlei opzicht. Enerzijds is het te weinig uitgewerkt om een voldoende legitieme, juridisch-normatief verantwoorde en afbakenende grondslag te kunnen vormen voor een algemene regeling die een uitbreiding bevat tot de inhoudelijk gedifferentieerde leeftijdscategorie van alle kinderen tussen 1 en 12 jaar ongeacht hun leeftijd en ontwikkeling. Maar het lijdensbegrip lijkt ook inhoudelijk nog te weinig uitgewerkt om voor de toepassing in de praktijk een voldoende helder en eenduidig praktisch handvat te kunnen vormen voor levensbeëindiging van kinderen van 1 – 12 jaar. Dat laatste is niet onbelangrijk want daarmee lijkt met het concept dan niet te bereiken waarvoor het blijkens de toelichting bedoeld is: het verschaffen van wat meer handvat en zekerheid voor de arts in de praktijk en niet – het zij herhaald – voor het überhaupt voorzien in een (enige) legitimerende basis voor levensbeëindiging zonder verzoek bij 1 – 12 jarigen nu die grondslag met art. 40 Sr altijd al ten aanzien van alle leeftijdscategorieën voorhanden is geweest.

**Alternatieve mogelijkheden; is regeling als die waarin het concept voorziet in alle opzichten werkelijk noodzakelijk?**

23

---

De in het bovenstaande geschetste stand van zaken maakt het aangewezen enige opmerkingen te wijden aan alternatieve modaliteiten voor normering van levensbeëindiging in de categorie 1 – 12 jarigen dan de algemene, eenvormige regeling van art. 7a van het concept. Benadrukt zij dat een en ander in het onderstaande beperkt is tot enige gedachten en beschouwingen die uit het bovenstaande voortvloeien; het formuleren van een concreet, afgerond alternatief is niet bedoeld.

In het kader van enige gedachten over alternatieve modaliteiten zijn opnieuw verschillende aspecten van belang.

Het eerste aspect betreft de precieze aanleiding voor de concept-Regeling. Dat is, zoals reeds gezegd, niet het thans ontbreken van iedere grondslag voor rechtvaardiging en strafuitsluiting bij levensbeëindiging zonder verzoek in de leeftijdscategorie van 1 – 12 jaren. De grondslag daartoe was en is aanwezig op basis van art. 40 Sr; de rechtvaardigende noodtoestand in geval van een conflict van plichten. De aanleiding is eerder de bij 'een beperkt deel van de

artsen<sup>22</sup> levende wens naar meer houvast en rechtszekerheid. Daar waar mogelijk, kan uiteraard gezien worden of aan die wens tegemoet kan worden gekomen, maar die aanleiding is toch iets anders dan dat er geen basis voor rechtvaardiging van het handelen zou zijn. Het moet (desnoods) luid en duidelijk worden gezegd: levensbeëindiging bij 1 – 12 jarigen op grond van strafrechtelijke noodtoestand is gerechtvaardigd als in de concrete situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden een conflict van plichten ontstaat en levensbeëindiging daaruit de enige en verantwoorde uitweg is.

De gevoelde onzekerheid bij dat beperkt deel van de artsen raakt daarbij vervolgens aan een ander onveranderlijk element: strafuitsluitende garanties kunnen naar de aard van levensbeëindiging zonder verzoek niet worden gegeven, noch vooraf, noch achteraf, noch procedureel, noch materieel (regelgeving). Ik teken daarbij aan dat de twee laatstgenoemde aspecten ook los van elkaar kunnen worden gedacht. Ook zonder nadere materieel-inhoudelijke regeling als met art. 7a van het concept thans wordt voorgesteld, is denkbaar dat het OM, alvorens te beslissen in een concrete zaak, daarover het advies inwint van de beoordelingscommissie als bedoeld in art. 2 van de Regeling. Het in concreto aan de orde geweest zijnde conflict van plichten dat tot de levensbeëindiging zonder verzoek heeft geleid, kan daarbij als inhoudelijk criterium voor de beoordelingscommissie en het OM centraal staan en houvast bieden. Nadere procedurele eisen (consultatie vooraf, overleg met ouders en met het kind indien dat daartoe in staat is), kunnen als voorwaarden voor een gegrond beroep op noodtoestand worden ontwikkeld, bijvoorbeeld in de betreffende OM-Aanwijzing ter zake.

Ten tweede is het aspect van de casuïstiek van betekenis. Vanuit die optiek is in het bijzonder van belang dat het – afgezien van een zekere onduidelijkheid om welk lijden het nu precies kan gaan en de onvoorspelbaarheid daarvan in de qua ontwikkeling van het kind brede differentiatie in de leeftijdscategorie van 1 tot 12 jaren – hoe dan ook zal gaan om maar een uiterst gering aantal gevallen waarin de afzonderlijke casuïstiek heel belangrijk is. Dat heeft het nadeel dat een algemene regeling niet kan steunen op, of afgeleid kan worden uit brede ervaring met veel en veel verschillende casus. Maar die constatering biedt ook mogelijkheden om – eventueel: vooralsnog – aan nadere kennisverwerving voorrang te geven boven een (te) algemene voorziening van regelgeving op

---

<sup>22</sup> Kamerstukken II, 2020/21, 32 647 nr. 82, p. 1.

basis van een algemeen en uniform lijdensbegrip, zoals het concept dat thans met art. 7a voorstelt. Daarbij is in het bijzonder het volgende van belang.

Voor de toetsing van euthanasie en het houvast voor artsen onder de Wtl is de ontwikkeling van de Code of Practice (thans: Euthanasiecode) bepaald van betekenis geweest. Die kon (weliswaar) gebaseerd worden op een brede ervaring en casuïstiek, maar de kern van de meerwaarde ervan wordt (ook) gevormd door het nader uitschrijven en verkennen van casuïstiek, ook als verder handvat voor ontwikkeling van en denken en discussiëren over die casuïstiek. En dat zonder dat sprake is van het zwaardere karakter van rechtsvormende regelgeving. Zeker in combinatie met de meer algemene betrokkenheid en het inhoudelijk verder ontwikkelen van het denken door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, het stimuleren van het beschrijven en delen van casuïstiek ter verdere ontwikkeling van beroepsnormen en juridische en ethische kaders<sup>23</sup>, de inrichting van een artsensteunpunt en de aandacht die voor de problematiek van levensbeëindiging van (alleen reeds) pasgeborenen ook in de opleiding van artsen kennelijk nog nodig is, rijst de vraag of een model van ruimte voor verdere ontwikkeling op basis van (beschrijving van) casuïstiek, het ontwikkelen van een Code of een manual met een beschrijving van zaken en aandoeningen en het doen toetsen van voorkomende gevallen door de toetsingscommissie niet een betere en meer aangewezen en verantwoorde, eerste of nadere stap is om levensbeëindiging zonder verzoek in de leeftijdscategorie van (in elk geval) 1 – 12 jarigen vorm te geven.

## **Afsluiting**

Het is – ten slotte – van belang om de verschillende, in het bovenstaande aangestipte aspecten ook in onderling verband te bezien. Voorgesteld wordt in het concept om voor de gehele leeftijdsgroep van 1 – 12 jarigen in een voor alle leeftijden en ontwikkelingsfasen van het kind daarbinnen eenvormige regeling te voorzien, die overigens treedt naast de te behouden regeling voor pasgeborenen in het eerste levensjaar. Die laatste begrenzing verliest met de regeling van het concept echter veel van zijn betekenis. Op de praktisch diffuse maar juridisch-normatief relevante grens van palliatieve sedatie en levensbeëindiging zonder verzoek wordt in de Regeling met de – juridisch-inhoudelijk discussiabele – begripsomschrijving van levensbeëindiging zoals het concept die voorstelt, een oplossing gezocht die de gevallen waarin toetsing

---

<sup>23</sup> Vgl. het herzien standpunt 'Levensbeëindiging kinderen 1 – 12 jaar' van de NVK van maart 2020.

van levensbeëindiging aangewezen is, beperkt, zelfs meer beperkt dan thans bij euthanasie (levensbeëindiging op verzoek) naar geldend strafrecht en de reikwijdte van delictomschrijvingen aan de orde is. Over de inhoud en wenselijke omschrijving van het cruciale lijdensbegrip lijkt nog onvoldoende zekerheid te bestaan om thans (reeds) tot de algemene, eenvormige regeling ter zake voor 1 – 12 jarigen te komen in de terminologie die het concept thans voorstelt. Het concept kan op dit punt de gewenste nadere duidelijkheid waarschijnlijk niet verschaffen.

Ten aanzien van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden als legitimerend criterium voor levensbeëindiging valt in het bijzonder op dat de ‘uitbreiding’ tot de juridisch-normatief wezenlijk andere situatie waarin het overlijden niet redelijkerwijze binnen afzienbare tijd kan worden verwacht, in het concept vrij plotsklaps onder de Regeling en daarbinnen onder dezelfde zorgvuldigheidscriteria wordt gebracht als die welke gelden in geval die verwachting van overlijden wel bestaat. Het ligt eerder voor de hand beide categorieën te onderscheiden en de eerstgenoemde categorie waarin die verwachting niet bestaat van nadere aangewezen criteria te voorzien. Het belang van dat onderscheid geldt bij levensbeëindiging van pasgeborenen in dezelfde mate als bij levensbeëindiging van kinderen in de zin van het concept.

Het concept is, met andere woorden, te algemeen en op cruciale onderdelen (nog) niet de resultante van voldoende doordachte en vormgegeven (rechts)ontwikkeling. De moeilijke materie van adequate regeling van levensbeëindiging van 1 -12 jarigen lijkt nog niet in alle onderscheiden facetten voldoende te zijn doordacht. Dat is geen verwijt, want de discussie over deze complexe materie is al relatief oud en heeft tot nu toe nog niet tot in alle opzichten afgeronde en verantwoorde oplossingen geleid.<sup>24</sup> Het is wel aanleiding thans de materie (opnieuw) voldoende te doordenken, ook om te bezien hoe nadere regeling er uit zou moeten zien. Discussie over een c.q. concept kan daarbij bepaald van belang zijn, maar het lijkt te vroeg dit concept thans reeds als daartoe voldoende te omarmen. Het beoogde doel van nadere verduidelijking als handvat voor de praktijk wordt dan met het concept ook niet bereikt. Er lijken bovendien nog adequate mogelijkheden voor verantwoorde ontwikkeling en kennisverwerving, in het bijzonder ten aanzien van de

---

<sup>24</sup> Het kan geen kwaad in dit kader het besef te benadrukken dat aan de Wtl over de ‘gemakkelijkere’ problematiek van euthanasie op verzoek ook een hele periode van kennisverwerving en rechtsvorming vooraf is gegaan alvorens zich daaruit een enigszins verantwoorde en afgeronde modaliteit liet ontwikkelen die zich leende voor codificatie in de algemene regeling van de Wtl.

relevante casuïstiek voorhanden, in het besef dat daarmee ook nu reeds 'hooguit' nadere inhoud kan worden gegeven aan de reeds bestaande juridische basis voor rechtvaardiging van levensbeëindiging zonder verzoek in de leeftijdscategorie van 1 – 12 jaren. Tegen het in dat kader introduceren van de mogelijkheid dat het OM zich in de weinige voorkomende zaken van levensbeëindiging zonder verzoek van een kind in de leeftijd van 1 – 12 jaren van het advies voorziet van de bestaande beoordelingscommissie alvorens te beslissen, bestaat minder bezwaar. Dat kan, samen met andere instrumenten, kennisverwerving en rechtsvorming ten goede komen.

# MEMO

**Aan:** Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie  
Bestuurlijke en Juridische Zaken  
T.a.v.  
Prins Clauslaan 16 / Postbus 20305  
2595 AJ Den Haag / 2500 EH Den Haag

**Betreft:** Advies aangaande voorgestelde Regeling van de Minister van VWS en de Minister van J & V (...), houdende wijziging van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen i.v.m. de uitbreiding van de taken van de beoordelingscommissie met de beoordeling van de zorgvuldigheid van levensbeëindiging bij kinderen van 1 - 12 jaar.

**Auteur:** Mr.dr. J.H.H.M. Dorscheidt  
Groningen Center for Health Law  
Dept. of Transboundary Legal Studies

Rijksuniversiteit Groningen

Zeer geachte

In reactie op uw verzoek d.d. 23 februari 2022, waarin mij is verzocht het Parket-Generaal in adviserend zin te informeren, stuur ik u hierbij mijn gedachten bij de voorgestelde wijziging van de huidige Regeling LZa-LP.

Met betrekking tot de rationale voor en de inhoud van deze wijziging staan voor mij de navolgende vragen centraal:

- A. Is er een evidente rechtvaardiging voor de beoogde wijziging van de Regeling LZa-LP, kennelijk bedoeld in aanvulling op het bestaande regime inzake opzettelijke levensbeëindiging op verzoek van een minderjarige, zoals verwoord in art. 2 lid 3 en 4 WTL?
- B. Wat valt te zeggen over de juridische keuzes bij de nagestreefde regulering van opzettelijke levensbeëindiging bij kinderen van 1-12 jaar? Hierbij ga ik o.a. in op de volgende kwesties:
  - de beoordeling van een thanatische wilsuiting van een minderjarige in die leeftijdscategorie;
  - de juridische positie van de ouders/wettelijk vertegenwoordigers bij een niet-eenduidig doodsverlangen van hun jonge kind,
  - de juridische toetsing en afhandeling van deze gevallen (NB. Zie tevens de regeling in art. 10a Wlb)
- C. Zijn er artikelsgewijs opmerkingen te plaatsen bij de tekst van de Regeling en de bijbehorende Toelichting?

In het onderstaande zal ik op deze vragen ingaan. Daarna sluit ik af met een (korte) conclusie.

## Ad. A

### 1.

Eerder heb ik gesignaleerd dat in Nederland niet zozeer (meer) discussie bestaat over de vraag of minderjarigen een rechtens te erkennen belang kunnen hebben bij de eerbiediging van hun weloverwogen wens tot levensbeëindiging, maar dat thans veeleer centraal staat of regulering van deze thematiek noodzakelijk is en zo ja, met welke inhoud een regulering juridisch en maatschappelijk verantwoordbaar is. Zoals bekend, komen medisch-gerelateerde situaties van ondraaglijk en uitzichtloos lijden niet alleen bij volwassenen voor, maar zijn die soms ook bij minderjarigen onontkoombaar actueel. In het verlengde geldt dat het serieus nemen van een doodsverlangen van een minderjarige niet slechts vrees voor schending van diens fundamentele rechten hoeft op te roepen, maar ook recht kan doen aan een cruciaal kinderrechtelijk belang, nl. de eerbiediging van een diep gevoelde autonome wens van een minderjarige, zeker waar die van evidente geestelijke rijpheid van die minderjarige getuigt. Mede hierdoor kan opzettelijke levensbeëindiging op verzoek van een minderjarige onder specifieke omstandigheden en bij zorgvuldig handelen van de betrokken arts, ook juridisch gerechtvaardigd zijn. De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) hebben in de 16 gevallen die zich ten aanzien van minderjarigen tussen 12 en 18 jaar in de periode tussen april 2002 en november 2022 hebben voorgedaan, nochtans voldoende aanleiding gezien voor die conclusie en geoordeeld dat betreffende artsen in de gegeven omstandigheden overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen hebben gehandeld.

### 2.

Dit laat onverlet dat het huidig voornemen gericht op de regulering van euthanasie bij minderjarigen van 1-12 jaar mij prematuur voorkomt. In mijn ogen althans biedt het onderzoek van VWS 2019 onvoldoende basis daarvoor en bestaan er ook meerdere redenen voor (beter en breder!) aanvullend onderzoek naar direct hiermee samenhangende kwesties. Een ruime meerderheid van de gezondheidsrechtelijke gemeenschap onderschrijft die zienswijze (vgl. J.I. Eijpe in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2022/ 2, p. 141).

Ter toelichting hiervan hieronder een aantal kanttekeningen bij de belangrijkste conclusies uit het rapport van VWS 2019.

- Er zijn anno 2019 geen aanwijzingen dat actieve levensbeëindiging en euthanasie bij kinderen (1-12) voorkomt.  
*Kanttekening:* Nu die aanwijzingen (lijken te) ontbreken, rijst de vraag waarom het nodig zou zijn om tot aanpassing van de bestaande LZa/LP-regeling te komen. De prevalentie van lijdensgevallen bij kinderen tussen 1-12 jaar waarin actieve levensbeëindiging als legitieme handelingsoptie door kinderartsen wordt gemist, kan dus in wezen geen reden daarvoor zijn. Een ontbrekende empirische aanleiding zou de beoogde aanpassing derhalve voorbarig, om niet te zeggen overbodig maken. Daarbij geldt overigens dat, indien deze gevallen in het verleden wél zijn voorkomen en die zich ook tegenwoordig onvermijdelijk (blijven) voordoen – iets, dat m.i. niet onaannemelijk is – dat artsen deze gevallen niet overeenkomstig de daarvoor geldende wettelijke meldingsprocedure hebben gemeld. Los van het feit dat melden nalaten waar dit wel had moeten strafbaar moet worden geacht, heeft de samenleving, i.c. vertegenwoordigd door het Openbaar Ministerie, hierbij geen kennis kunnen nemen van zulke gevallen. Paradoxaal hieraan is dat vanwege deze in de maatschappij ontbrekende kennis over relevante details van zulke gevallen, diezelfde samenleving, vertegenwoordigd in het parlement, onvoldoende genuanceerd kan beoordelen in hoeverre een evt. regulering hiervan ook juridisch verdedigbaar is. Hiervoor is immers overtuigende argumentatie nodig en die argumentatie valt niet goed te substantiëren als de daarvoor cruciale inzichten in feiten en omstandigheden (lees: meldingsdetails) ontbreken.
- Artsen beschrijven wel een grijs gebied tussen palliatieve sedatie en actieve levensbeëindiging, waarin de grenzen tussen beide handelwijzen onduidelijk zijn.  
*Kanttekening:* De genoemde grenzen kunnen in sommige gevallen op farmacologische en medisch-deontologische gronden allicht vaag zijn, maar in normatief opzicht moeten beide

handelwijzen duidelijk van elkaar worden onderscheiden. Problematisch wordt het vooral wanneer palliatieve sedatie / palliatie zorg voorbij haar doelstellingen wordt toegepast en in feite samenvalt met actieve levensbeëindiging, waarbij dit dan als zgn. ‘alternatief’ voor (‘de juridisch gevoelig liggende’) levensbeëindiging wordt gehanteerd. Opvallend hierbij is dat eerder beschreven medicatiebeleid rond de bespoediging van het levenseinde wel aanwijzingen bevat voor het uitblijven van meldingen van feitelijke levensbeëindiging die naar beleving van de betrokken arts als verantwoorde palliatie heeft plaatsgevonden, terwijl het weinig voorkomt dat gevallen van toegepaste palliatie achteraf gezien onnodig als levensbeëindiging aan de gemeentelijk lijkschouwer zijn gemeld.

Met het oog op het verhelderen van de beschreven onduidelijkheid zou m.i. moeten worden geïnvesteerd in een fenomenologische verheldering van de grenzen van beide handelwijzen en in een concretisering van de juridische gevolgen van elk van hen.

- Er komen gevallen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden voor bij kinderen, en artsen zijn niet altijd in staat om dit lijden weg te nemen.

*Kanttekening:* Deze vaststelling verradt m.i. dat gevallen van actieve levensbeëindiging en euthanasie bij kinderen (1-12) zich nu eenmaal gewoon voordoen. Denkbaar en tegelijk aannemelijk is immers dat artsen in dergelijke situaties de natuur niet louter zijn gang laten gaan, resp. de situatie op z’n beloop te laten, maar dat zij een gerezen situatie medicinaal zoveel mogelijk zullen willen begeleiden. Daarbij zal het gebruik van medicatie soms onontkoombaar leiden tot een bespoediging van de dood. Bij een onafwendbaar overlijden, c.q. een ingezet overlijdensproces valt dat om humane redenen ook te billijken. In andere situaties, waarin geen stervensproces aan de orde is, kan zo’n proces door medicatie wel forensisch aantoonbaar op gang worden gebracht. Juridisch is deze laatstgenoemde situatie anders te duiden dan de eerstgenoemde.

De situatie dat artsen niet altijd in staat zijn om ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een minderjarige weg te nemen, verwijst mede naar de jurisprudentie over actieve levensbeëindiging in de neonatologie, waarbij betrokken artsen hiertoe overgingen toen bleek dat zij de voorhanden lijdenssituatie bij een zeer jong kind met de beschikbare pijnmedicatie niet meer effectief konden bestrijden. Deze omstandigheid gold i.c. als een bijkomende omstandigheid die de keuze voor actieve levensbeëindiging juridisch gerechtvaardigd maakte. Dat betekent tegelijk dat voor een toelaatbare actieve levensbeëindiging het moment van ontbrekende effectieve pijnbestrijding redelijkerwijs bereikt moet zijn en dat palliatie in zulke gevallen geen uitkomst meer biedt, gezien (de graad van) het voorhanden fysieke lijden. Ook hier speelt echter de vraag in hoeverre thans sprake is van heersend medisch-professioneel inzicht en binnen de medische ethiek algemeen aanvaarde normen over wanneer de grens van verantwoorde pediatrie palliatieve zorg is bereikt. Het komen tot een degelijke consensus hierover is enerzijds van belang om te voorkomen de er te grote verschillen (regionaal, beleidsmatig, individueel) tussen hulpverleners optreden, anderzijds om actieve levensbeëindiging als laatste optie, in een rug-tegen-de-muur-situatie, in termen van proportionaliteit, subsidiariteit en legitieme doelmatig te kunnen te verantwoorden bij jonge kinderen wiens wilsuiting juridisch niet geduid kan worden. Het is de vraag of de voorgestelde LZa/LP-aanpassing voldoende kan bogen op de noodzakelijke kinder-palliatieve inzichten en in hoeverre feitelijk nog nader onderzoek nodig is om relevante aspecten hiervan te verduidelijken en te kunnen beoordelen.

- Er is onder een beperkt deel van de ouders en artsen duidelijke behoefte aan verruiming van de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging bij kinderen.

*Reactie:* Voor de goede orde: waar VWS 2019 nog spreekt over een behoefte bij “een beperkt deel van de ouders en artsen” rept de Toelichting bij de voorgestelde regelingsaanpassing (zie Algemeen deel 1, Inleiding, pag. 3) hier alleen over een ‘bestaande behoefte’ zonder de beperkte omvang van de populatie met die behoefte te benadrukken. Los hiervan, de vraag is uiteraard in hoeverre een relatief geringe populatie met een specifieke voorkeur een voldoende argument kan opleveren voor een ingrijpende reguleringsaanpassing c.q. -verruiming. Daar komt bij dat het feit dat een ‘beperkt deel’ van ouders en artsen dat intuïtief voor een verruiming van mogelijkheden is, nog niet maakt dat de daarvoor aangevoerde argumenten valide en overtuigend zijn. Een cruciaal aspect hiervan is bovendien waaruit de hier bedoelde

‘mogelijkheden’ concreet zouden moeten bestaan, nu het strafrecht momenteel reeds ‘mogelijkheden’ bevat voor straffeloze actieve levensbeëindiging bij minderjarigen. Daarmee lijkt duidelijk dat de bestaande mogelijkheden vooral door de betreffende ouders en medici als onvoldoende toereikend worden beschouwd.

### 3.

Een maatschappelijk verantwoordbare regulering van euthanasie bij minderjarigen van 1-12 jaar is m.i. pas mogelijk na gericht onderzoek naar:

- frequentie, kenmerken en knelpunten van euthanasie bij kinderen onder 12 jaar. *Opmerking:* nu de tweede evaluatie van de Regeling LZa-LP deze frequentie niet heeft geïnventariseerd en VWS 2019 geen aanwijzingen voor het bestaan van deze gevallen heeft vastgesteld, blijft de exacte aard en omvang van deze probleemsituaties onverminderd vaag. Het blijft m.i. daardoor problematisch om in regeling te willen treffen voor een kwestie die empirisch noch fenomenologisch is geïdentificeerd, terwijl die regeling in essentie wordt gecreëerd, zodat een kinderarts die in deze (vage) situaties thanatisch de regie voerde strafrechtelijk *de facto* buiten schot blijft.
- de methodologische waarborgen voor de vaststelling van wilsbekwaamheid bij deze kinderen met een stervenswens door onafhankelijke deskundigen. *Opmerking:* Er is thans – voor zover bekend – nog geen gevalideerde / wetenschappelijk in brede kring geaccepteerde methode beschikbaar die kinderpsychologen / kind- en jeugdpsychiaters in staat stelt het authentieke wilsbekwame karakter van een doodswens van een minderjarige jonger dan 12 jaar betrouwbaar vast te stellen. Tegelijk heeft de rechtsgang in de kwestie rond de minderjarige David (Vgl. Dorscheidt, in *Ars Aequi* 2018, afl. 4, p. 289-295) laten zien dat er bij de medisch (her)beoordeling van de wilsbekwaamheid van een minderjarige bij geneeskundige behandeling inhoudelijke en methodologische valkuilen bestaan. Dergelijke valkuilen moeten bij het willen eerbiedigen van een doodsverlangen van een minderjarige worden gemedend resp. uitgebannen. Om dit te realiseren is het m.i. nodig dat het onderzoek van Hein (diss. A’dam, 2015) wordt vervolgd en wordt toegespitst op de wilsbekwaamheid van minderjarigen bij levensbeëindiging op verzoek alsook op de wijze waarop een betrouwbaar oordeel daarover kan worden geoperationaliseerd.
- de gerechtvaardigde positie van ouders/voogd in de besluitvorming. *Opmerking:* Ouders en andere wettelijke vertegenwoordigers van een minderjarige staat het juridisch c.q. mensenrechtelijke niet toe om in vragen rond het levenseinde plaatsvervangend te beslissen, wanneer de betrokkene minderjarige onvoldoende in staat is een authentieke doodswens kenbaar te maken. Verder mag een arts, zoals bekend, niet overgaan tot thanatisch handelen op grond van een door hem veronderstelde wens van de patiënt (Vgl. HR 9 november 2004, *NJ* 2005, 217, m.nt. Y. Buruma, ECLI:NL:HR:2004:AP1493). Zie in aansluiting hierop onderstaande opmerkingen bij het nieuwe art. 7a onder e met betrekking tot de zorgvuldigheidseis ‘de ouders toestemming gegeven hebben voor de uitvoering van de levensbeëindiging’.
- de vereiste communicatieve deskundigheid en vaardigheid van de voor de levensbeëindiging;’ verantwoordelijke kinderarts. Tijdens de medische opleiding in het algemeen en de opleiding tot kinderarts in het bijzonder bestaat weinig systematische aandacht voor gesprekvoering met minderjarige patiënten rond hun levenseinde. Daar kom bij dat, zo men al cognitief weet heeft van relevante aspecten en technieken van gespreksvoering, dit nog niet betekent dat (aankomende) kinderartsen zulke gesprekken in het algemeen empathisch vaardig, maar toch diagnostisch adequaat kunnen voeren. Dit heeft m.i. gevolgen voor de mate waarin kinderen en hun ouders/voogd in voorkomende omstandigheden op een kundige en invoelbare wijze tegemoet worden getreden. Het lijkt daarom gepast om de communicatieve scholing van aankomende (kinder)artsen op dit vlak eerst op een hoger plan te brengen en die structureel te intensiveren, om de medische zorg en ondersteuning in deze moeilijke en emotioneel beladen situaties zoveel mogelijk te optimaliseren.
- koppel de wilsbekwaamheidsbeoordeling van minderjarigen die, hoewel jonger dan 12 jaar verzoeken om levensbeëindiging aan rechtelijke toetsing vooraf, en stem dit af met de

meldingsplicht en deskundigenbeoordeling achteraf. Er zijn m.i. goede redenen om te onderzoeken in hoeverre tijdige rechterlijke toetsing in het maatschappelijk verantwoord omgaan met dit specifieke vraagstuk een rol moet spelen. Ter vergelijking: art. 5 lid 2 Wod bepaalt – kort gezegd – dat verwijdering bij leven van een regenererend orgaan van een minderjarige jonger dan 12 jaar (en van een wilsonbekwame minderjarige van 12 jaar en ouder) (...) slechts mag plaatsvinden met toestemming van de met het ouderlijk gezag belaste ouders of voogd én van de kinderrechter! Kan een hieraan analoge regeling, maar dan toegesneden op zorgvuldig toe te passen euthanasie bij minderjarigen jonger dan 12 jaar van toegevoegde waarde zijn? Mij althans lijkt dat inzicht in de voors en tegens van een duidelijke positionering van de (kinder)rechter bij het verantwoorden van opzettelijke levensbeëindiging bij jonge kinderen, interessante reguleringsopties creëert en bestaande nadelen van de geringe meldingsbereidheid kan helpen wegnemen. Denkbaar is nl. dat indien een kwestie vooraf al onder de rechter is geweest, het afzien van een melding naderhand daarmee wordt ondergraven en in wezen ook doelloos wordt. Tegelijk zou vanwege zo'n rechterlijk voortraject de deskundigenbeoordeling en juridische afhandeling van zo'n melding achteraf een ander gewicht/accents kunnen worden verleend.

- onderzoek naar de bestaande systematiek van leeftijdsgrenzen. De juridische positie van minderjarige patiënten in Nederland kenmerkt zich door een wettelijk verankerd regime van leeftijdsgrenzen. De vraag die nu rijst, is hoe een verwezenlijking van het bestaande reguleringsvoornemen zich verhoudt tot deze systematiek van leeftijdsgrenzen in tal van andere wetten op het gebied van de gezondheidszorg; denk aan Wgbo, Wtl, Wmo, Wod, Wdkb, etc. Tegen deze achtergrond verdient het aanbeveling om via onderzoek eerst tot een wetenschappelijk gefundeerde herwaardering van / heroriëntatie op deze systematiek te komen, zodat duidelijk wordt welke gevolgen de omgang met leeftijd in de regulering van euthanasie bij minderjarigen jonger dan 12 jaar heeft voor de systematiek van leeftijdsgrenzen in andere gezondheidszorgwetgeving. Dit was trouwens ook een van de conclusies van de zgn. ronde-tafel conferentie bij VWS in januari 2016. Niet uitgesloten is hierbij dat gericht onderzoek hiernaar gronden kan opleveren voor een herbezinning op de leeftijdsgrenzensystematiek in de huidige gezondheidszorgwetgeving.

## **Ad. B.**

### **1.**

Centraal staat de vraag in hoeverre opzettelijke levensbeëindiging bij minderjarigen jonger dan 12 jaar, mede gelet op hun bijzondere kwetsbaarheid en hun afhankelijkheid van anderen, juridisch verantwoord kan worden gereguleerd. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren dat het hierbij gaat om een rechtens als wilsonbekwaam beschouwde categorie personen, ten aanzien waarvan – naar mijn indruk althans – nog onvoldoende is uitgekristalliseerd welke (relatieve) betekenis die wilsonbekwame hoedanigheid moet toekomen bij de beoordeling van opzettelijke levensbeëindiging door een arts bij zulk een jong kind met bovenbedoeld lijden. Daar komt bij dat, mede vanwege de hiermee samenhangende fundamentele rechtsvragen, het onontkoombaar is dat het mogelijk juridisch gerechtvaardigde karakter van zo'n levensbeëindiging in een met noodzakelijke waarborgen omklede procedure wordt vastgesteld.

Wat die eerste constatering betreft, valt op dat de hier voorgestelde regelingsaanpassing enkel is gericht op situaties waarin minderjarigen in staat zijn over hun wensen met betrekking tot levensbeëindiging te spreken; zie art. 7a onder d. Er ontbreekt echter een toespitsing van de hier beschreven zorgvuldigheidseis ten aanzien van levensbeëindiging bij een minderjarige in de leeftijd tussen 1-12 jaar die het hier bedoelde bevattingsvermogen mist. Dan valt deze zorgvuldigheidseis immers niet in te vullen en rijst de vraag welke gevolgen dit heeft voor het toetsen van de zorgvuldigheid van handelen van de arts. Wordt voor zulke gevallen – stel het betrokken kind is 4 of 5 jaar – nu bepleit het bereik van de regeling inzake LP uit te breiden naar wilsonbekwame minderjarigen ouder dan 1 jaar, zodat hierbij dan alleen de 'instemming' van de ouders nodig is bij gebrek aan relevante inbreng van het betrokken kind?

Eerder is in dit verband geopperd om jonge minderjarigen in relatie tot levensbeëindiging niet alleen te benaderen vanuit hun leeftijd, maar mede vanuit hun communicatieve en mentale vermogens (vgl. Dorscheidt, in Dorscheidt & Doek, 2019, p. 229-232; Dorscheidt. *in History and Philosophy of the Life Sciences*, 2022, in druk). Hierbij kan worden onderscheiden tussen :

1. pasgeborenen (= baby's in hun eerste levensjaar) evenals zeer jonge kinderen zonder hanteerbaar communicatief bewustzijn;
2. communicatieve kinderen jonger dan 12 jaar, met
  - a. onvoldoende onderscheidend vermogen, ofwel
  - b. voldoende onderscheidend vermogen;
3. minderjarigen van 12 t/m 17 jaar, die
  - a. onvoldoende in staat zijn om een onderscheidend vermogen kenbaar te maken, ofwel
  - b. in staat kunnen worden geacht een onderscheidend vermogen kenbaar te maken.

De voorgestelde regelingsaanpassing lijkt vnl. bedoeld voor kinderen hier gemakshalve gerubriceerd zijn onder 2b en strekt zich – als ik het goed zie – niet ook uit over kinderen onder 2a. Zo dat wel het geval is, meen ik dat de zorgvuldigheidseis in art. 7a onder d onvoldoende duidelijk maakt hoe een kinderarts in zo'n situatie aan te stellen zorgvuldigheidseisen kan voldoen.

## 2.

Overigens is het door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) wel gehuldigde standpunt dat ten aanzien van ondraaglijk en uitzichtloos lijdende minderjarigen jonger dan 12 jaar in Nederland geen passende regeling zou bestaan, en dat deze minderjarigen daardoor verstoken zouden blijven van gerechtvaardigde levensbeëindiging door een arts, natuurlijk onjuist. De NVK ziet hier over het hoofd dat opzettelijke levensbeëindiging bij minderjarigen jonger dan 12 jaar weliswaar niet onder de WTL valt, maar krachtens art. 7 lid 3 Wet op de lijkbezorging valt onder een afzonderlijke meldingsprocedure voor gevallen van opzettelijke levensbeëindiging zonder verzoek. Artsen worden geacht deze gevallen te melden, waarna beoordeling en afhandeling hiervan rechtstreeks door Justitie kan plaatsvinden. Welbeschouwd bestaat hierbij de kans dat het Openbaar Ministerie in een concreet geval strafvervolgning van de arts opportuun acht. Ter herinnering: in het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw bepaalde toenmalig Minister Sorgdrager van Justitie dat gemelde gevallen van opzettelijke levensbeëindiging zonder verzoek stevast tot strafvervolgning zouden leiden, mede met het oog op de gewenste rechtsontwikkeling inzake actieve levensbeëindiging bij wilsonbekwamen. De latere strafzaken tegen de gynaecoloog Prins en de huisarts Kadijk waren een duidelijk gevolg van deze meldingsprocedure en de bijbehorende beleidslijn van Minister Sorgdrager. Bij mijn weten geldt deze bijzondere meldingsprocedure nog onverkort. Strikt genomen, worden artsen hierdoor dus niet ervan weerhouden om door henzelf als gerechtvaardigd beschouwde opzettelijke levensbeëindiging bij minderjarigen jonger dan 12 jaar toe te passen. Gevolg van de meldingsprocedure is enkel dat een verantwoordelijke kinderarts zijn/haar als gerechtvaardigd beschouwde levensbeëindiging moet melden, zodat die handelwijze door Justitie kan worden getoetst op evt. strafwaardig gedrag. Eerder heb ik in deze samenhang opgemerkt dat de zienswijze van de NVK in deze nogal ambigu is, omdat haar publieke streven om voor ernstige lijdende jonge kinderen de toegang tot een humaan levenseinde mogelijk te maken, niet zozeer voortkomt uit een gewenste erkenning van gelijkwaardige thanatische rechten voor kinderen van alle leeftijden, maar in waarheid gepaard gaat met een verminderde bereidheid onder kinderartsen om zich maatschappelijk te verantwoorden voor hun opzettelijk levensbeëindigend handelen bij deze jonge kinderen (Dorscheidt in *TJK* 2018/4, p. 346-363, i.c. 355/356; Dorscheidt, in Dorscheidt & Doek, 2019, p. 259).

Overigens is aannemelijk dat deze geldende bijzondere meldingsprocedure en de indertijd door Minister Sorgdrager verwoorde beleidslijn een belangrijke verklaring zijn voor het feit dat na Prins en Kadijk amper gevallen van LP zijn gemeld. De recente tweede evaluatie van de Regeling Beoordelingscommissie LZa-LP laat in deze zien dat sinds de inwerkingtreding van de in 2016 aangepaste Regeling één geval van LP is gemeld, en dat er onder artsen nog (steeds) weinig vertrouwen in de Beoordelingscommissie bestaat. Dit roept wel de vraag op hoe waarschijnlijk het is dat gevallen van euthanasie bij minderjarigen jonger dan 12 jaar t.z.t. de Beoordelingscommissie LZa-

LP daadwerkelijk zullen bereiken. In 2018 (zie Dorscheidt in *TJK* 2018/4, p. 346-363) is deze weinig reële verwachting al eens benoemd en opvallend is dat de tweede LZa-LP evaluatie de basis voor die constatering in wezen bevestigt. Het uitblijven van een hoopgevend antwoord hierop wekt enerzijds weinig vertrouwen in een passende meldingsbereidheid onder kinderartsen en voedt anderzijds de indruk dat de bereidheid van kinderartsen om deze en ook andere gevallen van opzettelijke levensbeëindiging bij wilsonbekwame kinderen te melden, pas zal toenemen bij een *de facto* garantie van een uitblijvende strafprocedure. De overtuiging dat kinderartsen zouden moeten melden op basis van hun professionele én hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en dat zij de bereidheid daartoe niet mogen laten afhangen van toezeggingen over uitblijvende juridische consequenties, wordt weliswaar door sommige juristen als verdedigbaar beschouwd, vindt bij menig kinderarts echter weinig weerklank.

In aansluiting hierop speelt de vraag of de beoordeling van het legitieme karakter van opzettelijke levensbeëindiging bij een minderjarige jonger dan 12 jaar juridisch kan worden uitbesteed aan een overwegend medisch gremium en in welke mate bij deze beoordeling met een op afstand tot het strafrecht ingerichte procedure mag worden volstaan. In deze samenhang zij gewezen op mijn eerdere bijdrage in *NJB* 2004/ 41 (p. 2141-2147). Daarin is uiteengezet – en later door de toenmalig Staatssecretaris van VWS, mw. Ros-Van dorp, ook overgenomen – waarom een vnl. medisch-professionele beoordeling, die praktisch werkt ter vervanging van de strafrechtelijke afhandeling van gevallen van opzettelijke levensbeëindiging bij wilsonbekwamen, zich slecht verdraagt met de vereisten van de artikelen 2 en 13 EVRM en tevens vragen oproept i.r.t. art. 113 lid 1 Grondwet. Tevens schuilt hierin een verklaring voor het feit dat een beoordeling van het handelen van een kinderarts die euthanasie heeft toegepast bij een minderjarige jonger dan 12 jaar door de beoordelingscommissie LZa-LP juridisch slechts kan gelden als deskundigenadvies aan het College van P-G en niet als een zgn. afhandelingsoordeel vergelijkbaar met een positief RTE-oordeel, bijv. na een als zorgvuldig beoordeelde euthanasie bij een minderjarige van 12 jaar of ouder. Dat het oordeel van de Beoordelingscommissie LZa-LP over een geval van euthanasie bij een minderjarige jonger dan 12 jaar het karakter van een afhandelingsoordeel kan hebben, ligt juridisch dan ook niet in de rede.

## **Ad. C**

### **1.**

#### Artikelsgewijs.

##### *Art. 1 onder h*

De hier gegeven definitie van ‘levensbeëindiging’ is m.i. misleidend: op basis van deze formulering zou het toedienen van farmaca zónder het doel om het leven van een pasgeborene of een kind (als bedoeld onder f) te beëindigen maar wél met dat effect, geen levensbeëindiging als hier bedoeld opleveren. De gekozen definitie typeert m.i. een van de redenen waarom artsen die het leven van een ondraaglijk en uitzichtloos lijdend kind beëindigen, dat niet onder de noemer van opzettelijke levensbeëindiging doen, maar ‘alternatieven’ daarvoor kiezen (vgl. Tweede evaluatie LZa-LP-Regeling, ZonMW, 2022, p. 11) die medicinaal weliswaar tot levensbeëindiging leiden, maar op terminologische gronden niet hoeven te worden gemeld. Ik heb hieromtrent eerder al eens voorgesteld dat medicatiebeleid dat niet te boek staat als een thanatische handelwijze, maar onder specifieke omstandigheden bij een heel ziek kind wel als zodanig werkt, eveneens als meldingsplichtige levensbeëindiging moet worden opgevat. Anders gezegd: de hier gebezigde definitie creëert welbeschouwd de ruimte om een beoogde levensbeëindiging medicinaal zodanig in te richten dat die niet meldingsplichtig is. Indien dit voorkomen wil worden, zou ‘levensbeëindiging’ m.i. breder gedefinieerd moeten worden, nl. als ‘het toedienen van farmaca met het doel om het leven van een pasgeborene of een kind te beëindigen, dan wel het toedienen van farmaca die dit redelijkerwijs voorzienbaar tot gevolg heeft’ Deze omschrijving bestrijkt de in de pediatrische praktijk voorkomende verschijningsvormen van opzettelijke levensbeëindiging beter en stelt tegelijk beperkingen aan de ruimte voor artsen om ‘alternatieve vormen’ van levensbeëindiging niet te hoeven melden.

*Art. 7a onder a*

Hierin wordt gesproken over ondraaglijk en uitzichtloos lijden van het kind. Dit werpt de vraag op hoe wenselijk het is om in Nederland een regeling tot stand te brengen die is gemodelleerd naar voorbeeld van de Belgische euthanasiewet en het daarin opgenomen regime ten aanzien van minjarigen. De NVK en VWS-2019 besteden nochtans geen aandacht aan relevante details van de Belgische regeling (vgl. Dorscheidt in *TJK* 2018/4). Zo is ingevolge art. 3 paragraaf 1 lid 1 van de Belgische Euthanasiewet euthanasie bij minderjarigen alleen toegestaan als sprake is van een oordeelsbekwame minderjarige patiënt in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden, dat binnen afzienbare termijn de dood tot gevolg heeft en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Hierdoor kan naar Belgisch euthanasierecht een stervenswens van een oordeelsbekwame minderjarige die een medisch uitzichtloze situatie van psychisch lijden ervaart, niet worden gehonoreerd. Dat geldt in wezen ook bij een stervenswens van de beslisvaardige minderjarige van 12 jaar of ouder. De Nederlandse euthanasiewetgeving maakt geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden als grondslag voor een doodsverlangen en sluit psychisch lijden als grond voor een geoorloofde eerbiediging van een euthanasieverzoek van een minderjarige niet op voorhand uit. Moeten de zienswijzen van de NVK en VWS nu worden begrepen als pleidooien voor een alleen bij levensbeëindiging geldend wettelijk regime zonder leeftijdsgrenzen, met in plaats daarvan de norm van het bevattingsvermogen van het kind, maar zonder de in België gehanteerde beperking in de aard van het lijden?

*Art. 7a onder d*

De hier beschreven zorgvuldigheidseis springt in het oog, omdat daarin wordt gesproken over

- I. de arts die met het kind, 'indien het daartoe in staat was' de diagnose en prognose heeft gesproken 'op een wijze passend bij het bevattingsvermogen van het kind';
- II. dat de arts in overleg met datzelfde kind heeft vastgesteld dat levensbeëindiging de enige reële mogelijkheid is om het lijden (NB alleen dat van het kind of mede ook dat van de ouders?) weg te nemen;
- III. er 'redelijkerwijs geen enkel vermoeden' bestaat dat de levensbeëindiging tegen de wil van het kind plaatsvindt bestaat.

8

Ad. I Deze formulering correspondeert met die in art. 7:448 lid 1 BW. Aldaar betekent die echter dat een geïnformeerd zijn naar zijn bevattingsvermogen onverlet laat dat het kind in kwestie onbekwaam blijft om rechtsgeldige beslissingen over geneeskundige behandeling te nemen.

Ad. II Zie voor de goede orde hetgeen hierboven bij **Ad. B onder 1.** al is opgemerkt. In aanvulling daarop: zoals bekend, komt een verzoek om levensbeëindiging van een minderjarige jonger dan 12 jaar formeel-juridisch geen betekenis toe. De voorgestelde aanpassing van de Regeling streeft ook niet naar een wijziging daarvan. Tegelijk wordt gesteld dat e.e.a. niet betekent dat aan een weigering van het kind om zijn/haar leven te beëindigen voorbij kan worden gegaan. In de Toelichting wordt opgemerkt (pag. 7) dat de arts, op een manier passend bij het bevattingsvermogen van het kind, met het kind moet bespreken in hoeverre bestaande perspectieven een alternatief kunnen vormen en of levensbeëindiging de enige redelijke uitweg vormt uit zijn/haar lijden. Ik probeer me hier voor te stellen hoe een gesprek met die inzet concreet verloopt: hoe gaat een gesprek van een arts met iemand, die juridisch geen rechtens relevante wil kenbaar kan maken, over de vraag of zijn/haar eindigheid naderbij brengen in de gegeven omstandigheden een laatste optie is, en, indien dat wordt beaamd, of het kind daar bezwaren tegen heeft? Hiermee wordt vnl. invulling gegeven aan de eis dat levensbeëindiging niet tegen de wil van het kind mag plaatsvinden en dat 'toestemming van de ouders alleen' niet voldoende is.

Deze zorgvuldigheidseis is, hoezeer begrijpelijk, ergens toch problematisch. Moet hier bijv. uit worden afgeleid dat minderjarigen met wie een op hun bevattingsvermogen afgestemd gesprek hierover wordt gevoerd en die uiteindelijk geen 'bezwaren' hebben tegen levensbeëindiging in feite een verzoek om levensbeëindiging tot uitdrukking brengen, ofschoon dit geen rechtens geen gelding heeft? Daarnaast blijkt hier van een m.i. aanvechtbare argumentatielijn, volgens welke het opzettelijk toepassen van levensbeëindiging – al dan niet op verzoek van betrokkene - onder de reikwijdte van de Wgbo kan worden gebracht (vgl. Toelichting, pag. 7 voetnoot 10, met verwijzing naar de eerste

evaluatie van de Regeling LZa-LP, 2013, p. 27 alwaar wordt gesteld “Uiteraard vinden zowel beslissingen tot LZA als tot levensbeëindiging van pasgeborenen plaats in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst; daarmee zijn op die beslissingen tevens de bepalingen van de WGBO (artt. 7:446 e.v. BW) van toepassing.”) Reeds in 2013 is nader genuanceerd (zie Dorscheidt in *NTBR* 2013/9, p. 338-346) hoe het bereik van de Wgbo in relatie tot levensbeëindigend handelen moet worden geduid en welke knelpunten en ook valkuilen hierbij aan de orde zijn. Het bevreemdt wel dat in de Toelichting bij de voorgestelde Regeling (.. noch in de eerste evaluatie van de Regeling LZa-LP in 2013) geen kennis hierover lijkt te bestaan en er evenmin juridisch verantwoorbare keuzes in dit verband worden beschreven.

### Ad. III

Tenslotte: betekent de gedachte dat minderjarigen die jonger zijn dan 12 jaar en die in hun gesprek met de arts geen bezwaren maken tegen levensbeëindiging als enig uitweg, die zienswijze desondanks niet ook eerder al in een rechtsgeldige schriftelijke verklaring mogen (laten) vastleggen? Vgl. in deze art. 2 lid 2 en 4 WTL. Indien een dergelijke optie mogelijk moet zijn, zou dit m.i. in de regeling moeten worden opgenomen.

Dit werpt – in feite parallel aan eenzelfde overweging in relatie tot andere hier al besproken regelingsonderdelen – tevens de vraag op of de juridische status van de regeling niet veeleer die van een wet in formeel zin moet zijn. Dit zou tegelijk gevolgen hebben voor het wetgevingsproces (denk o.a. aan Advies van de Raad van State) en de geldende motiveringplichten van de wetgever bij het tot stand brengen van een wet met de hier voorgestelde aard, inhoud en strekking.

### *Art. 7a onder e*

Deze eis is begrijpelijk, maar roept nadrukkelijk de vraag op (NB. In art. 7 onder c van de bestaande Regeling Lza-LP wordt m.b.t. LP geëist dat ‘de ouders hebben ingestemd met de levensbeëindiging’) hoe die ‘toestemming’ zich verhoudt tot het in art. 2 EVRM beschermde recht op leven van een wilsonbekwame minderjarige, met name wanneer ouders deze toestemming in de vorm van een kennelijk verzoek om levensbeëindiging t.b.v. hun minderjarige verlenen. Genuanceerde beantwoording van deze vraag is m.i. van belang vanwege de onvervreemdbaarheid van dit fundamentele recht van een ieder. Tevens kan zo’n beantwoording van belang zijn indien mogelijk belanghebbenden later voor het EHRM in Straatsburg zouden betogen dat Nederland met de regelingsaanpassing de kern van de verdragsrechtelijke bescherming van het recht op leven van jonge kinderen heeft miskend. De thans in de Toelichting hieraan gewijde passages (zie par. 3 pag. 4 en 5) zijn m.i. hiervoor ontoereikend. In deze samenhang zij terzijde nog gewezen op eerder geproduceerde kinderrechtelijke literatuur. Daarin is, zoals reeds aangestipt, verdedigd dat respect voor de aanwijsbare thanatische belangen van een minderjarige niet uitsluitend als een bedreiging van de fundamentele rechten van het kind is op te vatten, maar onder bijzondere omstandigheden veeleer tegemoet komt aan de eerbiediging en daarmee ook erkenning van een authentiek verlangen van de betrokken minderjarige.

### **2.**

Een ander aspect van deze materie betreft de juridische constructie waarlangs de straffeloosheid van een arts die levensbeëindiging toepast bij een minderjarige in de leeftijd tussen 1-12 jaar wil worden gerealiseerd. De Toelichting bij de voorgenomen Regeling vermeldt in deze (zie pag. 3 en 4) dat uit VWS 2019 naar voren komt dat artsen zich strafrechtelijk onvoldoende beschermd voelen door het bestaande traject via het beroep op art. 40 Sr, en dat zij behoefte hebben aan concretere handvatten, zoals voorzien bij de regeling inzake LP en in de WTL aangaande euthanasie bij minderjarigen van 12 jaar en ouder.

De Toelichting vertaalt dit nu in:

*“Voor levensbeëindiging bij pasgeborenen is voorzien in een concrete uitwerking van de strafuitsluitingsgrond via de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Deze uitwerking komt erop neer dat indien de met de Regeling LZa/LP ingestelde beoordelingscommissie heeft geoordeeld dat een arts bij zijn handelen*

*heeft voldaan aan de in die regeling neergelegde zorgvuldigheidseisen, er voor de officier van justitie in beginsel geen aanleiding zal zijn een strafrechtelijk onderzoek of vervolging in te stellen (zie voor meer uitleg paragraaf 3)."*

Deze passage is mijns inziens tamelijk misleidend en in wezen ook onjuist, omdat zij suggereert dat een positieve conclusie van de Beoordelingscommissie bij LP, inhoudende dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de in de Regeling genoemde zorgvuldigheidseisen (zie par. 4.2 art. 7), feitelijk een afdoeningsoordeel vormt, ofschoon dat op papier slechts geldt als een 'zwaarwegend deskundigenadvies' aan het College van P-G. Volgens de geschetste passage in de Toelichting lijkt het echter dat de OvJ in de regel het positief 'oordeel' van de Beoordelingscommissie volgt, althans zich in principe daaraan conformeert en bijgevolg geen zelfstandige juridische toetsing meer verricht. (NB. Het beeld dat dit de daadwerkelijke gang van zaken is, wordt versterkt na bestudering van de indertijd door mij opgevraagde afhandelingsbeslissing van het Coll van P-G bij het laatstgemelde LP-geval in 2017; vgl. Jaarverslag LZa-LP 2017, Den Haag 2018, p. 6-8. Voort de tekst van deze beslissing, zie <file:///C:/Users/Dorscheidt/Downloads/Beslissing+OM+nav+oordeel+2017+LP+01.pdf> De tekst van deze beslissing is m.i. niet veel meer dan een herhaling van hetgeen de Beoordelingscommissie in haar 'zwaarwegend advies' heeft beschreven!)

### 3.

Het is bekend dat menig Nederlandse kinderarts de bestaande kans op strafvervolging bij opzettelijke levensbeëindiging bij minderjarigen verwerpelijk vindt. Sterker nog, de route via het beroep op art. 40 Sr voor de strafrechter wordt zowaar 'onbruikbaar' geacht; vgl. kinderarts Verhagen in *Relevant*, 2016, p. 11. Welbeschouwd weerspiegelt die zienswijze echter weinig kennis van ons strafrechtelijk systeem, noch van de maatschappelijke belangen gemoeid met de daarin voorhanden mogelijkheden voor het bewerkstelligen van straffeloosheid in bijzondere situaties. Tegelijk – en dat baart eigenlijk nog wel meer zorgen – achten sommige kinderartsen zich in staat om met recht aan het beslisvermogen van de strafrechter te twijfelen, waarschijnlijk omdat die immers tot een ander oordeel kan komen dan een zich als redelijk en professioneel beschouwend arts geneigd is als juist te beschouwen. Daarmee impliceert de genoemde opvatting – hoe invoelbaar ook vanuit het persoonlijk perspectief van de kinderarts – in wezen een relativering van het maatschappelijk belang bij publieke kennis (en externe toetsing!) van levensbeëindiging door een kinderarts bij een minderjarige in de leeftijd tussen 1 en 12 jaar.

De Regelingsaanpassing wil nu – met het oog op aan kinderartsen te verschaffen rechtszekerheid – bijdragen aan een voor kinderartsen zo transparant (lees: zo voorspelbaar mogelijke) beoordeling door het College van P-G van omstandigheden waarin het beroep op art. 40 Sr. zal slagen. De vraag die hiermee rijst, is m.i. in hoeverre een dusdanig vergaande, en vooraf kenbare modellering van de beoordeling van een beroep op 'noodtoestand' in de zin van een conflict van plichten neerkomt op een instructie, een routebeschrijving als het ware, voor het bereiken van strafrechtelijke immuniteit. Persoonlijk denk ik dat het niet strookt met de exceptionele aard van het strafrechtelijk concept 'noodtoestand' om vooraf alle relevante bouwstenen daarvan te expliciteren, zodanig dat een justitiabele daardoor voorafgaand aan zijn/haar juridisch problematische daad weet hoe die daad in te richten om later van straffeloosheid verzekerd te zijn. Mij lijkt dat een dergelijke constructie het beroep op een juridisch relevant conflict van plichten als rechtvaardigingsgrond te vergaand stileert, en dat een juridisch regime dat ertoe strekt om aldus een bijna categorische straffeloosheid van de kinderarts te realiseren, het beroep op art. 40 Sr. ook behoorlijk normaliseert. Is er enig ander maatschappelijk terrein bekend waarin justitiabelen een vergelijkbaar gegarandeerd perspectief op straffeloosheid wordt geboden voor een gedraging waarvan de strafbaarheid als zodanig niet wordt losgelaten?<sup>1</sup> Ter vergelijking: bij de totstandkoming van de huidige euthanasiewet is indertijd al benoemd dat een te routinematig beroep op art. 40 Sr in euthanasiezaken indruist tegen de eigenlijke aard van dit beroep en dat de juridische rechtvaardiging van levensbeëindiging op verzoek door een arts uiteindelijk beter via een afzonderlijk te definiëren bijzondere strafuitsluitingsgrond kon worden

---

<sup>1</sup> Interessant in dit verband zijn de bespiegelingen van S.R. Bakker: *Uitzonderlijke excepties in het strafrecht*. Een zoektocht naar systematiek bij beslissingen omtrent uitsluiting van strafrechtelijke aansprakelijkheid in bijzondere contexten. Den Haag: Boom Juridisch, 2021.

vormgegeven. Dit heeft later geleid tot de codificatie van de bijzondere strafuitsluitingsgronden in art. 293 lid 2 Sr resp. art. 294 lid 2 Sr jo. art. 2 lid 1 WTL. Hiervoor bestond indertijd ook genoeg juridisch draagvlak vanwege gesignaleerde patronen in de voorhanden euthanasierechtspraak. Mijn indruk is thans dat voor de achterliggende bedoeling van de aan te passen LZa-LP Regeling (NB. In de Toelichting, pag. 5 wordt die verwoord als: “Deze aanpassing beoogt geen verruiming van de mogelijkheid tot levensbeëindiging bij kinderen, maar handvatten te bieden voor een zorgvuldige invulling van de strafuitsluitingsgrond in de praktijk.”) vooralsnog te weinig juridisch draagvlak bestaat.

Tegen deze achtergrond voorbarig, om niet te zeggen bedenkelijk, is wel de recentelijk aan het VN-Kinderrechtencomité in Geneve meegedeelde overweging van de Nederlandse regering om kinderartsen die euthanasie toepassen bij minderjarigen in de leeftijd tussen 1 en 3 jaar strafrechtelijke immuniteit hiervoor in het vooruitzicht te stellen (CRC/C/NLD/QPR/5-6 – nov '20, par. 58: “Following a research report, the government is considering whether it is necessary to set out the grounds for immunity from criminal liability in medical end-of-life decisions involving children between one and two years old.”) Ik volg deze discussie al de nodige jaren en mij is niet helder welke evidente medisch-empirische noodzaak, welke daarop terug te voeren gewijzigde maatschappelijke opvattingen, welke in de medische ethiek heersende opvattingen, dan wel uit de rechtspraak af te leiden bestendige rechtsopvatting op dit moment serieuze aanleiding vormen om zoiets te ‘overwegen’. Het vermoeden is veeleer dan een (beperkt?) deel van de Nederlandse kinderartsen hier aanleiding voor wil zien en daar ook politieke steun voor zoekt. Voor de goed orde: daar is op zichzelf niets mis mee! De totstandkomingsgeschiedenis van de (m.i. doordachte) Nederlandse euthanasiewetgeving heeft echter laten zien dat prudente voorbereiding en een navenant juridisch en maatschappelijk draagvlak een verantwoordere basis zijn voor de regulering van normatief complexe thematiek. Een vorm van medisch-professioneel activisme die regulering op onderdelen te eenzijdig benadert, lijkt mij althans een te wankel fundament daarvoor. Dat de NVK zaken ook enigszins eenzijdig benadert, moge ook wel blijken uit haar ontbrekende bereidheid om tegenover kritische juridische reflecties op hun bestaande regulatieve voorkeur stelling te nemen en zich nadrukkelijk te mengen in het discours daarover. Opvallend is tegelijk dat de bronvermeldingen in het VWS 2019-onderzoek en de tweede evaluatie van de Regeling LZa-LP de conclusie toelaten dat de betrokken onderzoekers geen uitgebreid literatuuronderzoek hebben verricht en zich tevreden hebben gesteld met een beperkte kennis van en inzicht in relevant bronnenmateriaal.

### **Conclusie:**

Op basis van hierboven geschetste overwegingen bij de voorgestelde aanpassing van de Regeling LZa-LP sluit ik korthedshalve af met een verwijzing naar het in november 2021 al verwoorde, en m.i. vooralsnog toepasselijke motto:

“Euthanasie bij minderjarigen is geen kinderspel, de regulering ervan evenmin!”

## Literatuur

- J.H.H.M. Dorscheidt, A.A.E. Verhagen, Een centrale toetsingscommissie voor beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen: een brug te ver, 79 *Nederlands Juristenblad*, 2004, afl. 41, p. 2141-2147.
- J.H.H.M. Dorscheidt, Assessment procedures regarding end-of-life decisions in neonatology in the Netherlands, *Medicine and Law* 24, 2005, p. 803-829.
- J.H.H.M. Dorscheidt: *Levensbeëindiging bij gehandicapte pasgeborenen*. Strijdig met het non-discriminatiebeginsel? (diss.) Den Haag: Sdu Uitgevers, 2006.
- Jo Dorscheidt: De centrale deskundigencommissie inzake levensbeëindiging bij pasgeborenen; enkele juridische reflecties, *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 17 (2007), afl. 3, p. 72-77.
- A.A.E. Verhagen, J.H.H.M. Dorscheidt, B. Engels, J.H. Hubben, P.J.J. Sauer: Analgesics, sedatives and neuromuscular blockers as part of end-of-life decisions in Dutch NICUs, 94 *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 2009, nr. 6, p. F434-438.
- J.H.H.M. Dorscheidt, A.A.E. Verhagen, P.J.J. Sauer, J.H. Hubben: Parental involvement in end-of-life decisions in neonatology: legal considerations with regard to Dutch medical practice, 11 *Medical Law International*, 2011, no. 1, p. 1-22.
- J.H.H.M. Dorscheidt, A.A.E. Verhagen, P.J.J. Sauer, J.H. Hubben: Medication regimes in the context of end-of-life decisions in neonatology: legal considerations with regard to Dutch NICU-practice, 31 *Medicine and Law* (2012) nr. 4, p. 671-685 (Reprint 32 *Medicine and Law* (2013); 215-229).
- J.H.H.M. Dorscheidt: De Dood en het Privaatrecht - Privaatrechtelijke aspecten van euthanasie en hulp bij zelfdoding, 30 *Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht* 2013, afl. 9, p. 338-346
- J.H.H.M. Dorscheidt: Levensbeëindiging bij pasgeborenen: recente ontwikkelingen onder de loep, 90 *Nederlands Juristenblad* 2015, afl. 21, p. 1415-1423.
- I.M. Hein: *Children's competence to consent to treatment or research*, (diss.) Amsterdam: Amsterdam University Press, 2015.
- Jo Dorscheidt: Euthanasie ook voor jonge kinderen? *Kind & Zorg*, mei 2016, p. 19-21.
- J.H.H.M. Dorscheidt: Een nieuwe Regeling beoordeling late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen: goede inval of bedenkelijke manoeuvre? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016, nr. 6, p. 356-368.
- Jo Dorscheidt: Wetgeving en praktijk van euthanasie bij minderjarigen in Nederland, (*Vlaams*) *Tijdschrift Jeugd- en Kinderrechten* 2018, afl. 4, p. 346-363.
- J.H.H.M. Dorscheidt: Medische behandeling en de wilsbekwaamheid van minderjarige patiënten, *Ars Aequi* 2018, afl. 4, p. 289-295.
- Jozef Dorscheidt: Euthanasia and the Minor Patient: Recognizing a Child's Interest in Dying, in Jozef H.H.M. Dorscheidt & Jaap E. Doek (eds.): *Children's Rights in Health Care*, Leiden-Boston: Brill / Nijhoff Publishers, 2019, pp. 225-274.
- J.H.H.M. Dorscheidt: "Euthanasie bij minderjarigen: terecht begrensd?" Voordracht & paneldiscussie tijdens de Najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 19 november 2021. Thema 'Euthanasie voor kwetsbare groepen'. Bijeenkomst gehouden in het Cultuur- en Congrescentrum Antropia, Landgoed De Reehorst te Driebergen.
- Jozef Dorscheidt: 'The legal relevance of a minor's wish to die: a temporality related exploration of end-of-life decisions in pediatrics.' Special Issue on "Biomedicine and Life

Sciences as a Challenge to Human Temporality“ in *History and Philosophy of the Life Sciences*. (In druk. Verschijnt voorjaar 2022)

- M.C. Ploem e.a.: *Tweede evaluatie Regeling Beoordelingscommissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen*, Den Haag: ZonMw, maart 2022.
- J.I. Eijpe: Verslag najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2021, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2022/2, p. 137-143.

## Bijlage 3

---

In deze bijlage zijn enkele kanttekeningen opgenomen over de ontwerpregeling die meer taalkundig van aard zijn. Eerst volgende kanttekeningen van de adviseurs, gevolgd door enkele commentaren van het Openbaar Ministerie.

Mevis stelt voor om geen gebruik te maken van de term ‘gezaghebbende ouders’ (maar in plaats daarvan de term ‘ouders met gezag’ te gebruiken).<sup>1</sup> Ook wijst hij op het verschil in bewoordingen tussen de verschillende categorieën (0-1 jaar in bestaande regeling en 1-12 in de in te voegen nieuwe regeling). Zo wijken de bewoordingen van het conceptartikel 7a onder a,b en c (1-12 jaar) af van het equivalent in artikel 7 van de bestaande regeling (0-1 jaar), bijvoorbeeld als het gaat om ‘instemming’ of ‘toestemming’. Het ligt niet voor de hand hier verschil te maken.<sup>2</sup>

Dorscheidt wijst op een onjuiste passage in de toelichting van de ontwerpregeling waar wordt gesuggereerd dat het oordeel van de beoordelingscommissie geen zwaarwegend deskundigenadvies is, maar een afdoeningsvoorstel.<sup>3</sup>

In aanvulling op deze commentaren wijst het College nog op het volgende:

- Door de invoeging van een tekst die ziet op kinderen van 1-12 jaar, ontstaat de situatie dat tot een leeftijd van 1 jaar de mogelijkheid van palliatieve zorg niet in de weg hoeft te staan aan een levenseindbeslissing maar vanaf 1 jaar wel. Dit verschil is niet gewenst. Voorkomen moet immers worden dat besluitvorming over kinderen van bijna 1 jaar wordt versneld om te voorkomen dat er vanaf 1 jaar extra eis bijkomt.
- In de definitie van de ‘ouder’, ontbreekt de vermelding van de ‘ongeborene’. Dit terwijl, uiteraard, ook de ouders van de ongeborene geïnformeerd moeten worden.
- Onderdeel i van artikel 1 (de definities) geeft een omschrijving van het begrip ‘arts’. Daar staat dat het gaat om degene die de verrichting doet ‘onder eigen medisch-professionele verantwoordelijkheid’. Deze definitie lijkt te impliceren dat een arts die de verrichting doet onder verantwoordelijkheid van een andere (hoofd)behandelaar niet onder de toetsing valt. Dat is niet gewenst.
- Niet goed uit te leggen is dat de voorwaarde dat sprake moet zijn van zinloos medisch ingrijpen nog wel in de tekst bij pasgeborenen staat, maar ontbreekt bij de leeftijd van 1-12 jaar.
- In paragraaf 3 van de toelichting worden omstandigheden genoemd waarin de officier van justitie kan overgaan tot een strafrechtelijk onderzoek. De formulering suggereert ten onrechte dat het moet gaan om cumulatieve voorwaarden.
- In de bestaande regeling wordt in de zorgvuldigheidseisen vereist dat naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel bestaat over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose. Die voorwaarde lijkt te ontbreken in de voorgestelde regeling voor 1-12 jaar.

---

<sup>1</sup> Advies Mevis 2022, p. 11, daarnaast is er nog een kleine verschrijving door gebruik van het woord ‘bij’ in plaats van ‘van’ (p. 12).

<sup>2</sup> Advies Mevis 2022, p. 13.

<sup>3</sup> Advies Dorscheidt 2022, p. 9-10.