

**Jaarverslag Commissie Late  
Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging  
bij Pasgeborenen 2008**

## 0. Inhoud

1	Voorwoord	3
2	Wettelijk kader	4
	2.1 Algemeen	4
	2.2 Samenstelling commissie	4
	2.3 Procedure	4
	2.4 Zorgvuldigheidseisen	5
3	Werkzaamheden van de commissie in 2008	6
	3.1 Meldingen	6
	3.2 Voorlichtingsbijeenkomst	6
	3.3 Uitwerking voorlichting	7
	3.4 Gesprek met kinderneurologen over spina bifida	7
	3.5 Onderlinge expertisebijeenkomst met de Commissie late zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	7
	3.6 Gesprek met de Staatssecretaris van VWS	8
4	Overzicht ontvangen meldingen en oordelen	9
	Casus I	9
	Casus II	10
5	Commissieleden en secretariaat	12

## 1. Voorwoord

Voor u ligt het tweede jaarverslag van onze commissie.

In 2008 zijn drie meldingen gedaan van late zwangerschapsafbreking behorend tot categorie 2. Meldingen van levensbeëindiging bij pasgeborenen hebben de commissie echter niet bereikt. Mede vanwege het feit dat ook in 2007 geen meldingen van levensbeëindiging zijn gedaan, heeft dit aanleiding gegeven tot beraad binnen de commissie.

Ofschoon verschillende factoren kunnen worden genoemd ter verklaring van een lager aantal meldingen dan bij de instelling van onze commissie werd verwacht, valt niet aan te nemen dat zich in het geheel geen gevallen van levensbeëindiging hebben voorgedaan die voor melding in aanmerking komen.

Factoren die naar de opvatting van de commissie hierbij een rol kunnen spelen zijn:

- onvoldoende bekendheid van artsen met de toetsingscriteria en de beoordelingsprocedure;
- onduidelijkheid en verschil van opvatting onder artsen over de vraag welke medische handelingen moeten worden gezien als actieve levensbeëindiging. In het feit dat die onduidelijkheid kennelijk bestaat is de commissie o.m. bevestigd door een publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (*Medicamenteuze pijn- en symptoombestrijding bij het staken van de behandeling bij pasgeborenen en kinderen*, 20 september 2008, 38, p. 2049-2051). Twee van de in die publicatie beschreven gevallen van levensbeëindiging vallen binnen de criteria voor melding aan de commissie;
- onvoldoende overeenstemming binnen de beroepsgroep over het behandelperspectief, bijvoorbeeld bij spina bifida (het zg. open ruggetje) en
- angst voor strafrechtelijke vervolging en met name de belastende werking daarvan.

Het beraad hierover binnen de commissie heeft aanleiding gegeven tot verschillende activiteiten die in dit verslag worden besproken. Met name van informatiebijeenkomsten van de commissie met de meest betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren hoopt de commissie dat daarvan een gunstige werking op de meldingsbereidheid zal uitgaan. Ook de betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren zijn immers uiteindelijk gediend met de vereiste transparantie van de besluitvorming.

Prof.mr.dr. J.H. Hubben

Voorzitter commissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen

## 2. Wettelijk kader

### 2.1 Algemeen

Op 15 maart 2007 is de Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen (Stcrt. 51, 13 maart 2007) in werking getreden. Vanaf die datum beoordeelt de commissie de zorgvuldigheid van het handelen van de arts die een late zwangerschap in een categorie 2-geval dan wel levensbeëindiging bij een pasgeborene heeft uitgevoerd.

Onder late zwangerschapsafbreking wordt in dit verband verstaan een behandeling gericht op het afbreken van een zwangerschap van een levensvatbare vrucht na 24 weken wegens ernstige foetale aandoeningen, met als beoogd gevolg het overlijden van de ongeborene. Een categorie 2-geval betreft een ongeborene bij wie sprake is van aandoeningen die tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen leiden maar bij wie naar redelijke verwachting een beperkte kans op overleven bestaat.

De commissie is niet bevoegd de zorgvuldigheid te beoordelen van het handelen van de arts die een late zwangerschapsafbreking in een categorie 1-geval heeft uitgevoerd. Een categorie 1-geval betreft een ongeborene met onbehandelbare aandoeningen, waarvan verwacht wordt dat die tijdens of direct na de geboorte onontkoombaar tot de dood leiden. Afbreking van de zwangerschap in een categorie 1-geval is niet strafbaar als aan de eisen gesteld in de Wet afbreking zwangerschap is voldaan.

In geval van levensbeëindiging bij pasgeborenen wordt de levensduur van de pasgeborene bewust verkort indien de pasgeborene voortdurend ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De gezondheid van de pasgeborene biedt dan geen uitzicht op enige vorm van zelfstandig leven.

De afbreking van een zwangerschap in geval van aandoeningen behorende tot categorie 2 en het beëindigen van het leven van een pasgeborene is in beginsel strafbaar. Een beroep op een rechtvaardigingsgrond in de zin van noodtoestand kan de strafbaarheid van het feit echter wegnemen. Van een noodtoestand kan slechts sprake zijn indien naar medisch wetenschappelijke inzichten vast staat dat de aandoeningen van een zodanige aard zijn dat medisch ingrijpen (na de geboorte) medisch zinloos is.

De commissie informeert het College van procureurs-generaal over haar advies. Het Openbaar Ministerie zal het advies betrekken bij zijn beslissing al dan niet tot vervolging van de arts over te gaan.

### 2.2. Samenstelling commissie

De commissie bestaat uit vijf leden, waaronder één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, drie artsen, afkomstig uit en werkzaam in disciplines die het meest betrokken zijn bij de materie (gynaecologie, neonatologie en kinderneurologie), en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Elk commissielid heeft een plaatsvervanger.

### 2.3 Procedure

De betrokken arts stelt de gemeentelijke lijkschouwer op de hoogte van de door hem uitgevoerde late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval of levensbeëindiging bij een pasgeborene. De gemeentelijke lijkschouwer stuurt de melding naar de commissie.

De commissie brengt binnen zes weken na ontvangst van de melding haar gemotiveerde advies schriftelijk ter kennis van het College van procureurs-generaal. Zij stuurt een afschrift van haar advies aan de arts. De termijn kan met maximaal zes weken worden verlengd.

#### 2.4 Zorgvuldigheidseisen

De commissie toetst de zorgvuldigheid van het handelen van de arts aan de hand van zorgvuldigheidseisen die zijn neergelegd in de toelichting bij de Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Deze zorgvuldigheidseisen zijn ontleend aan jurisprudentie en literatuur. De eisen kunnen als volgt worden samengevat.

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

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

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

- a. er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind naar heersend medisch inzicht, hetgeen onder andere betekent dat de beslissing tot abstineren gerechtvaardigd moet zijn, dat wil zeggen dat naar medisch wetenschappelijke inzichten vast staat dat medisch ingrijpen zinloos is en naar heersend medisch inzicht geen twijfel bestaat over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose;
- b. de ouders hebben ingestemd met de levensbeëindiging;
- c. de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en de daarop gebaseerde prognose; dit houdt onder andere in dat de arts met de ouders tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin het kind zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- d. de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die het kind heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen; in de plaats van het oordeel van één andere onafhankelijke arts kan worden gesteld het oordeel van een behandelteam;
- e. de levensbeëindiging medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

### 3. Werkzaamheden van de Commissie in 2008

#### 3.1 Meldingen

De commissie heeft in 2008 drie meldingen van late zwangerschapsafbreking ontvangen en geen meldingen van levensbeëindiging bij pasgeborenen. In het jaar van haar instelling, 2007, heeft de commissie eveneens drie meldingen van late zwangerschapsafbreking ontvangen en geen meldingen van levensbeëindiging bij pasgeborenen.

In de jaren voorafgaand aan de instelling van de commissie zijn meerdere gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen gemeld bij het Openbaar Ministerie. De verwachting was dat de commissie per jaar 20 meldingen van late zwangerschapsafbreking en 20 meldingen van levensbeëindiging bij pasgeborenen zou ontvangen.

Een mogelijke verklaring voor het achterblijven van het aantal meldingen bij de verwachtingen is de invoering begin 2006 van de 20 weken-echo voor elke zwangere vrouw. Afwijkingen worden daarmee vaker en eerder gedetecteerd en de zwangerschap kan vóór de duur van 24 weken worden afgebroken. Zwangerschapsafbreking tot 24 weken, onder de voorwaarden gesteld bij en krachtens de Wet afbreking zwangerschap, is niet strafbaar en behoeft niet te worden gemeld bij de commissie.

Mogelijke andere verklaringen voor het uitblijven van meldingen zijn:

- onvoldoende bekendheid bij artsen met de toetsingscriteria en de beoordelingsprocedure;
- onduidelijkheid en verschil van opvatting onder artsen over de vraag welke medische handelingen moeten worden gezien als actieve levensbeëindiging;
- onvoldoende overeenstemming binnen de beroepsgroep over het behandelperspectief (bijvoorbeeld bij spina bifida) en
- angst voor vervolging en met name de belastende werking daarvan.

Door het veld extra te informeren en door in gesprek te gaan met de meest betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren hoopt de commissie de meldingsbereidheid positief te beïnvloeden.

De commissie heeft daartoe in 2008 een aantal acties ondernomen die hieronder in de paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4 worden toegelicht.

#### 3.2 Voorlichtingsbijeenkomst

In samenwerking met het ministerie van VWS heeft de commissie in april 2008 een bijeenkomst georganiseerd voor neonatologen en kinderneurologen betrokken bij de neonatologische intensive care units (NICU's). Tijdens deze bijeenkomst heeft de commissie haar taken en werkzaamheden gepresenteerd, is het Openbaar Ministerie ingegaan op het vervolgingsbeleid, is casuïstiek besproken aan de hand van het Rapport 'Toetsing als spiegel van de medische praktijk' en was er gelegenheid om met elkaar in discussie te gaan.

Deze bijeenkomst werd door de aanwezigen als zeer waardevol ervaren. Gebleken is dat het zeker nog niet voor alle artsen duidelijk is wanneer wat gemeld moet worden en wat vervolgens met een melding gebeurt. Er bleek behoefte te bestaan aan meer informatie en overleg.

### **3.3 Uitwerking voorlichting**

De commissie heeft het plan opgevat om uitwerking te geven aan de informatiebehoefte van het veld door in 2009 op locatie in gesprek te gaan met de meest betrokken artsen van de verschillende centra voor neonatologie.

In Nederland zijn 10 neonatologische intensive care units. De afdelingshoofden van de NICU's hebben laten weten positief te staan tegenover een gesprek met de commissie. In overleg zal worden bepaald wie aanwezig zullen zijn bij deze gesprekken. Gedacht kan worden aan de staf van de NICU, maar ook aan neonatologen en kinderneurologen vanuit perifere ziekenhuizen.

### **3.4 Gesprek met kinderneurologen over spina bifida**

De commissie heeft enkele belangrijke discussianten in het debat over het behandelperspectief bij spina bifida uitgenodigd voor een gesprek. Het doel hiervan was om meer helderheid te krijgen over de professionele aspecten daarvan.

Vertegenwoordigers van enkele behandelteams hebben in die bijeenkomst een uiteenzetting gegeven. Daarbij zijn twee aspecten te onderscheiden:

- a. de oordeelsvorming over de indicatiestelling tot behandeling in geval van spina bifida;
- b. de besluitvorming over eventuele levensbeëindiging in geval bij spina bifida de conclusie van onbehandelbaarheid is getrokken.

Als voorlopige conclusie van de gedachtewisseling kwam naar voren dat een betrekkelijk grote mate van consensus bestaat over de indicatiestelling, maar dat de opvattingen vooral uiteenlopen over de besluitvorming over eventuele levensbeëindiging. Daarbij gaat het enerzijds om de vraag of bij pasgeborenen met spina bifida sprake is van actueel lijden dat levensbeëindigend handelen rechtvaardigt en of palliatieve zorg altijd voldoende is om discomfort weg te nemen bij het kind. Anderzijds leeft de opvatting dat het lijden van pasgeborenen met spina bifida in voorkomende gevallen zodanig is dat levensbeëindigend handelen gerechtvaardigd is.

Afgesproken is dat de commissie deze discussie zal vervolgen en daartoe in 2009 een vervolggroep met betrokkenen zal plaatsvinden. De voorzitter van de landelijke overleggroep spina bifida teams zal daarbij eveneens worden uitgenodigd.

### **3.5 Bijeenkomst met de commissie late zwangerschapsafbreking van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie**

Binnen de commissie late zwangerschapsafbreking van de Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (commissie Iza van de NVOG) worden meldingen van late zwangerschapsafbrekingen in categorie 1-gevallen door de beroepsgroep besproken en beoordeeld.

Zoals in paragraaf 2.1 vermeld, betreft een categorie 1-geval een ongeboorene met onbehandelbare aandoeningen, waarvan verwacht wordt dat die tijdens of direct na de geboorte onontkoombaar tot de dood leiden. Afbreking van de zwangerschap in een categorie 1-geval is niet strafbaar als aan de eisen gesteld in de Wet afbreking zwangerschap is voldaan.

De materie waarmee de commissie Iza van de NVOG zich bezighoudt is nauw verwant aan de materie waarmee deze commissie zich bezighoudt en er zijn vele raakvlakken. Daarom heeft overleg met de NVOG-commissie plaatsgevonden.

Tijdens de onderlinge expertisebijeenkomst heeft mevrouw M.J. Korenromp (UMC Utrecht) een inleiding gegeven naar aanleiding van haar proefschrift van 21 juni 2006 'Psychologische gevolgen voor ouders van zwangerschapsbeëindiging op grond van afwijkingen bij het kind' en mevrouw H.H. Bijma (EMC Rotterdam) naar aanleiding van haar proefschrift van 30 mei 2007 'Besluitvorming na echoscopische diagnose van een foetale afwijking'. Mevrouw S. van de Vathorst (ethica, EMC Rotterdam) van de commissie Iza van de NVOG heeft een inleiding gehouden over haast en zorgvuldigheid bij zwangerschapsafbreking. Ook was er gelegenheid om met elkaar in discussie te gaan.

De bijeenkomst werd door beide commissies als zeer waardevol ervaren en afgesproken is om hieraan een vervolg te geven.

### **3.6 Gesprek met de Staatssecretaris van VWS**

De commissie heeft eind 2008 overleg gehad met de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. J. Bussemaker. Daarbij zijn de ervaringen van de commissie uitgewisseld. In het bijzonder is daarbij ook door de Staatssecretaris ingegaan op het feit dat het aantal meldingen achterblijft bij de verwachtingen. De Staatssecretaris gaf in dit verband aan veel waarde te hechten aan het geven van voorlichting aan de beroepsgroep en de betrokken centra. De algemene ziekenhuizen zouden daarbij eveneens betrokken moeten worden.



## 4. Overzicht ontvangen meldingen en adviezen

De commissie heeft in 2008 drie meldingen van een late zwangerschapsafbreking ontvangen.

In één geval achtte de commissie zich niet bevoegd omdat er geen sprake was van een categorie 2-geval, maar van een categorie 1-geval. Het ongeboren kind leed aan anencephalie, waarvoor een infauste prognose werd gegeven. De ongeborene was, naar redelijkerwijs verwacht mocht worden, niet in staat buiten het moederlichaam in leven te blijven. Er was geen enkele redelijke verwachting dat een beperkte kans op overleven van de ongeborene bestond.

In twee gevallen was de commissie wel bevoegd en is zij tot het advies gekomen dat de arts had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Hieronder worden de twee casus kort geschetst.

### **Casus I**

Het betrof een ongeboren kind dat leed aan alobaire holoprosencefalie. De diagnose werd gesteld bij een zwangerschapsduur van 27 weken. Alobaire holoprosencefalie is een zeer ernstige afwijking van de hersenen die in 100% van de gevallen tot ernstige handicaps leidt en in een zeer groot aantal gevallen gepaard gaat met een sterk verminderde levensverwachting. De postnatale levensduur was niet exact te voorspellen. Uit de literatuur blijkt dat de helft van de kinderen met alobaire holoprosencefalie tijdens of rondom de geboorte overlijdt. Van de levendgeborenen overlijdt de helft binnen 4 á 5 maanden, 20-30% leeft minstens één jaar; geen enkel kind is ouder dan 11 jaar geworden. De prognose was de volgende. Het kind zou zeer ernstige motorische en geestelijke ontwikkelingsstoornissen hebben, mogelijk gepaard gaande met spasticiteit en ernstige en onbehandelbare epilepsie, eetproblemen en aspiratie pneumonieën. Het kind zou niet kunnen communiceren, niet zelfredzaam zijn en volledig afhankelijk. De ontwikkeling zou niet boven 'babyniveau' uitkomen.

Bij een zwangerschapsduur van 30 weken en 6 dagen werd foeticide toegepast. Er is geen protocol omtrent de toepassing van foeticide. Om een volledig beeld te krijgen van de gevolgde procedure heeft de commissie de arts gevraagd wat de reden was voor het toepassen van foeticide en de wijze waarop de foeticide was toegepast (welk middel is gebruikt en hoe is dit toegediend?).

De arts gaf de volgende twee argumenten voor het toepassen van foeticide:

- a. gezien de zwangerschapsduur is volgens de huidige internationale en nationale inzichten besloten het kind niet onnodig te laten lijden tijdens een ingeleide bevalling en het kind voor de bevalling te laten overlijden;
- b. ook speelde mee om niet onverhoopt in een situatie te komen dat het kind bij de geboorte alsnog tekenen van leven zou vertonen. Dit zou voor de ouders onacceptabel zijn en wellicht onnodig dilemma's oproepen over de verdere opvang en behandeling.

De wijze waarop foeticide is toegepast is volgens de arts lege artis: in eerste instantie is in de navelstreng pijnstilling middels Fentanyl toegediend en in tweede instantie is een intracardiale injectie Lidocaïne toegediend.

Bij een zwangerschapsduur van 31 weken en 2 dagen werd de bevalling ingeleid en één dag later werd het kind dood geboren.

De commissie is van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

De doorlooptijd van de melding bedroeg 10 weken. Dit kan worden verklaard doordat de commissie aanvullende informatie heeft gevraagd aan de arts.

Het College van procureurs-generaal is in deze zaak naar aanleiding van het advies van de commissie tot het oordeel gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De arts zal niet strafrechtelijk worden vervolgd.

## **Casus II**

De moeder voelde bij een zwangerschapsduur van 30 weken geen leven meer. Twee dagen later bleek uit uitgebreid echoscopisch onderzoek en een MRI dat zich bij het ongeborn kind een zeer grote tumor (8x9x8 cm, verdacht voor een teratoom) had ontwikkeld aan de linkerkant van de hersenen. Hierdoor waren de circulus van Willis en de ventrikels verdrongen en was er eigenlijk geen normale anatomie in de schedel te ontdekken. Het aangezicht toonde een uitpuilend linkeroog. Tumorherniatie door het foramen magnum, forse verplaatsing van de middellijn structuren naar rechts met hydrocephalie. Suggestie van destructie van de schedelbasis ter plaatse van middelste en voorste schedelgroeve. Tijdens het structureel echoscopisch onderzoek bij een zwangerschapsduur van 20 weken was hier nog niets van te zien. De tumor kon niet chirurgisch worden verwijderd en kende een uiterst snelle groei. Indien de zwangerschap zou worden voortgezet, zou destructie van de schedel van het kind plaatsvinden door de explosieve groei van de tumor. Ook de risico's voor de moeder zouden bij het voortzetten van de zwangerschap zeer hoog zijn (bijv. uterusruptuur, baringsproblemen). Ook bestond er een enorme hepatomegalie, die niet anders kon worden verklaard dan door een mogelijk ernstige anemie. Er was geen positieve uitkomst voor het kind denkbaar. Als het kind al levend geboren zou worden, zouden de te verwachten postnatale levensduur en het toekomstbeeld voor wat betreft de lichamelijke toestand, de cognitieve ontwikkeling, de neuromotorische ontwikkeling, de mogelijkheden tot communicatie en de zelfredzaamheid, vanwege beschadiging van het grootste deel van de hersenen, beperkt zijn. Het kind zou mogelijk veel lijden, er zou geen behandeltraject mogelijk zijn en de afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit zou hoog zijn. De arts en de geconsulteerde artsen waren het erover eens dat het ongeborn kind mogelijk veel pijn leed door de druk op de schedel en dat dit niet te verminderen of op te heffen was.

Bij een zwangerschapsduur van 30 weken en 4 dagen werd foeticide toegepast door middel van een intracardiale injectie Kaliumchloride. Er bestaat geen protocol omtrent de toepassing van foeticide. Om een volledig beeld te krijgen van de gevolgde procedure heeft de commissie de arts gevraagd wat de reden was voor het (zo snel na de diagnose) toepassen van foeticide.

De arts gaf twee redenen voor het toepassen van foeticide zo snel na de diagnose:

- a. het kind leed waarschijnlijk veel pijn en
- b. de tumor groeide zo snel dat langer laten voortduren van de zwangerschap grote risico's voor moeder (uterusruptuur) en kind (schedeldestructie) met zich mee zou brengen.

Bij een zwangerschapsduur van 31 weken en 2 dagen werd de bevalling ingeleid en één dag later werd het kind dood geboren.

De commissie heeft getwijfeld of het een aandoening betreft die in categorie 1 of in categorie 2 valt. De eerste categorie betreft gevallen waarin de ongeborene onbehandelbare aandoeningen heeft, waarvan verwacht wordt dat ze tijdens of kort na de geboorte onontkoombaar tot de dood leiden. Het overlijden zal in de meeste gevallen tijdens of direct na de geboorte zijn, waarbij zich uitzonderingen kunnen voordoen van een wat langere levensduur. De tweede categorie betreft gevallen waarin de ongeborene aandoeningen heeft die leiden tot ernstige en niet te herstellen functiestoornissen, waarbij een (veelal beperkte) kans op overleven bestaat. Naar heersend medisch inzicht leidt postnataal levensverlengend handelen slechts tot voortzetting van een voor het kind uitzichtloze toestand. Gelet op de zeer slechte prognose kan levensverlengend handelen zelfs schadelijk worden geacht.

De commissie overwoog dat de aandoening van zodanige aard was dat het kind feitelijk geen overlevingskansen had. Een medische behandeling na de geboorte zou zinloos zijn geweest.

Gezien de huidige stand van de literatuur, de beperkte ervaring met vergelijkbare gevallen en de bestaande twijfel over de mogelijke indeling, heeft de commissie vanwege het belang van transparantie gemeend over te moeten gaan tot toetsing. Het is niet uit te sluiten dat een soortgelijk geval in de toekomst, indien meer literatuur en ervaring beschikbaar is, zal worden ingedeeld in categorie 1.

De commissie is van oordeel dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

De doorlooptijd van de melding bedroeg 11 weken en 5 dagen. Dit kan worden verklaard doordat de commissie aanvullende informatie heeft gevraagd aan de arts en door het uitvallen van een commissievergadering.

Het College van procureurs-generaal is in deze zaak naar aanleiding van het advies van de commissie tot het oordeel gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De arts zal niet strafrechtelijk worden vervolgd.

## 5. Commissieleden en secretariaat

<b>Naam</b>	<b>Functie</b>
prof.mr.dr. J.H. Hubben	voorzitter
prof.mr.dr. T.M. Schalken	plv. voorzitter
prof.dr. L.A.A. Kollée, neonatoloog	lid-arts
dr. H.A.A. Brouwers, neonatoloog	plv. lid-arts
prof.dr. W.F.M. Arts, kinderneuroloog	lid-arts
prof.dr. L.M.E. Smit, kinderneuroloog	plv. lid-arts
mw. dr. G.C.M.L. Page-Christiaens, gynaecoloog	lid-arts
mw. dr. G.G. Zeeman, gynaecoloog	plv. lid-arts
prof.dr. J.J.M. van Delden	lid-ethicus
prof.dr. D.L. Willems	plv. lid-ethicus
mw. drs. M. Biesot	secretaris
mw. A. Hamers	administratief medewerker