

Vergaderjaar 2008–2009

31 700 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009

Nr. 88

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 november 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 april 2008 inzake het jaarverslag 2007 regionale toetsingscommissies euthanasie (Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 140).

De op 6 juni 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 14 november 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van het jaarverslag 2007 van de regionale toetsingscommissies euthanasie en stellen ten aanzien hiervan onderstaand enkele nadere vragen ter beantwoording. Aangezien er onlangs op 19 maart jl. een algemeen overleg is gevoerd over de evaluatie van de Wet Toetsing levensbeëindiging (Kamerstuk 31 036, nr. 3) op verzoek en hulp bij zelfdoding beperken deze leden zich tot het stellen van enkele aanvullende vragen naar aanleiding van dit te bespreken jaarverslag.

1

De dalende trend van het aantal meldingen van euthanasie die uit het jaarverslag 2006 bleek, heeft zich niet doorgezet. Vorig jaar gaf de staatssecretaris als verklaring voor de daling van het aantal meldingen een aantal redenen op waaronder de toename van palliatieve sedatie en verbetering van de palliatieve zorg.

Vindt de staatssecretaris de verklaringen van vorig jaar, gezien in het licht van de stijging die blijkt uit het jaarverslag 2007 nog valide? Kan er een nadere analyse worden gegeven over deze schommelende jaarcijfers?

Het evaluatieonderzoek van de Euthanasiewet heeft uitgewezen dat het *totale* aantal gevallen van euthanasie in 2005 was gedaald ten opzichte van 2001. Verklaringen hiervoor waren de toename van andere methoden om de symptomen van patiënten in de laatste levensfase te bestrijden, zoals diepe continue sedatie, en de verbetering van de palliatieve zorg. Ik acht die verklaringen nog steeds valide.

Nu wordt in het jaarverslag 2007 van de toetsingscommissies geconstateerd dat het aantal *gemelde* gevallen is gestegen met bijna 200, terwijl er in 2006 juist sprake was van een lichte daling. Vanwege de significante stijging van het aantal meldingen in 2007 is een van de onderzoekers van de evaluatie gevraagd de stijging te analyseren.

Uit de analyse blijkt dat het aantal meldingen van euthanasie in 2007 de eerder aangetroffen stijgende trend volgt (Van der Heide, 2008). Deze stijging kan waarschijnlijk niet worden verklaard uit een stijging van het aantal overledenen in Nederland of veranderingen in leeftijd of doodsoorzaak (Van der Heide, 2008).

De toename betreft zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding en bestaat vooral uit door huisartsen uitgevoerde levensbeëindigingen bij patiënten met kanker. In het overgrote deel van de gevallen werden de aanbevolen euthanatica gebruikt. Dat betekent dat de toename vooral de «klassieke» situaties betreft waarin levensbeëindiging altijd al het vaakst werd toegepast (Van der Heide, 2008).

De stijging van het aantal meldingen in 2007 kan betekenen dat het daadwerkelijke aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is gestegen. Een andere verklaring is dat het meldingspercentage (indicatie voor de meldingsbereidheid) verder is gestegen. In 2005 werd vastgesteld dat ongeveer 80% van het totaal aantal uitgevoerde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in dat jaar werd gemeld. Bij de 20% niet-gemelde gevallen ging het vooral om gevallen van euthanasie die werden uitgevoerd met morfine. Het is niet onaannemelijk dat de al eerder vastgestelde trend dat steeds vaker reguliere euthanatica worden gebruikt bij euthanasie in plaats van morfine zich heeft voortgezet en dat daarmee ook het meldingspercentage verder is toegenomen.

Uiteraard is ook een combinatie van beide opties mogelijk (Van der Heide, 2008).

2

De leden van de CDA-fractie vernemen uit het jaarverslag dat de commissies in drie gevallen tot de conclusie kwamen dat de arts niet aan de

zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Deze drie gevallen staan beschreven in de casuïstiek en daaruit blijkt dat in alle drie de gevallen noch het College van procureurs-generaal, noch de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar aanleiding van deze conclusie tot vervolging is overgegaan.

Wat is de mening van de staatssecretaris hierover?

Het College van procureurs-generaal heeft in deze gevallen aan de commissies bericht dat niet tot strafrechtelijke vervolging zal worden overgegaan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in deze gevallen een gesprek gevoerd met de betreffende arts(en) en achtte deze maatregel voldoende.

Het is niet aan mij om te oordelen over individuele casuïstiek, noch over de inhoudelijke redenering van het OM of IGZ om al dan niet tot vervolgstappen over te gaan. Volledigheidshalve merk ik nog op dat het OM in de «aanwijzing vervolgingsbeslissing» haar beleid uiteenzet. In deze casus is dat ook gevolgd.

3

Zeker in het geval van casus 12 zijn genoemde leden van mening dat zowel arts als consulent willens en wetens niet conform de zorgvuldigheidseisen hebben gewerkt en bovendien aangaven dat zij een volgende keer op dezelfde wijze zullen handelen. Wat is uw appreciatie van casus 12?

Zie mijn antwoord op vraag 2.

4

In het jaarverslag wordt aangegeven dat een euthanasievraag van een patiënt die lijdt aan een dementieel syndroom extra zorgvuldig beoordeeld dient te worden. Zo kan het raadzaam zijn meer dan één deskundige te raadplegen.

Deze leden vragen of dit voldoende duidelijk is en of alle regionale toetsingscommissies dezelfde mening zijn toegedaan. Geldt deze extra zorgvuldigheid voor meerdere specifieke diagnoses? Kan worden omschreven waaruit de extra zorgvuldigheid blijkt en wanneer deze extra zorgvuldigheid toegepast dient te worden?

Het gaat er in zijn algemeenheid om dat de toetsingscommissies geïnformeerd worden over de relevante feiten en omstandigheden van een casus en dat de commissies de gemaakte afwegingen van de arts kan volgen, mede op basis van door betrokken deskundigen gegeven informatie. Op basis van die informatie toetsen de commissies. Verslaglegging van de artsen is daarom van belang. Dat geldt des te meer in meldingen waarin bijzondere problematiek speelt. Dat kan gaan om patiënten die lijden aan een vorm van dementie of andere complexe aandoeningen. Een arts kan de casus met extra zorgvuldigheid omgeven door bijvoorbeeld meer dan één deskundige te raadplegen naast de onafhankelijke consulent in de zin van de wet. Vanzelfsprekend geldt dat de commissies nadere vragen aan een arts kunnen stellen wanneer daar behoefte aan mocht zijn. In geval van meldingen met een bijzondere problematiek kan een commissie de andere commissies raadplegen, zodat alle mogelijke overwegingen en invalshoeken worden belicht, alvorens de commissie zelf tot een definitief oordeel komt; deze mogelijkheid wordt in de praktijk ook benut en draagt bij aan de uniformiteit van de besluitvorming.

5

De leden van de CDA-fractie vragen waarom in het jaarverslag een nadere omschrijving staat van het thema ondraaglijk lijden bij patiënten in coma. Hoe kan een toetsingscommissie tot het oordeel komen dat een patiënt in

coma ondraaglijk lijdt en een weloverwogen en vrijwillig verzoek tot euthanasie kan doen? Bovendien bevreemdt het deze leden dat de arts onder morele druk van de familie kan komen te staan bij een patiënt in coma. Genoemde leden zijn van mening dat in alle gevallen druk vanuit de omgeving conform de wet geen rol mag spelen in de afweging van de arts en vragen waarom deze druk juist in de nadere bespreking van mogelijke levensbeëindiging bij comateuze patiënten wordt opgevoerd.

De praktijk van de commissies laat zien dat casuïstiek met betrekking tot patiënten in een comateuze toestand in de regel aanleiding geeft tot vragen van de toetsingscommissies.

In beginsel wordt aangenomen dat een patiënt in een (diep) comateuze toestand geen lijden ervaart. Levensbeëindiging op verzoek zal dan in beginsel niet kunnen plaatsvinden omdat aan de wezenlijke wettelijke voorwaarde van ondraaglijk lijden, niet is voldaan. Het is echter mogelijk dat zich duidelijke objectieve aanknopingspunten voordoen die het tegendeel bewijzen. Als een patiënt niet in een volledig comateuze toestand verkeert, maar in een subcoma, dan kan een arts, omdat er nog uiterlijke kenmerken zijn van lijden, tot de overtuiging zijn gekomen dat de betrokken patiënt wel ondraaglijk lijdt. Een commissie kan dan ook in een bepaalde concrete casus tot het oordeel kan komen dat er wel degelijk sprake was van objectiveerbaar ondraaglijk lijden ondanks de comateuze situatie van patiënt.

In deze gevallen geldt dat de patiënt tevoren – toen nog geen sprake was van coma – een weloverwogen en vrijwillig verzoek heeft gedaan.

De praktijk laat zien dat artsen toezeggingen doen aan patiënten over de uit te voeren levensbeëindiging op verzoek en dat daarbij geen rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat patiënt voorafgaand aan de uitvoering in coma zal raken. Indien een arts een dergelijke toezegging doet en daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie en het ondraaglijk lijden zich niet meer voordoet, bijvoorbeeld doordat de patiënt (spontaan) in een coma is geraakt, staat de arts voor een dilemma. Dat dilemma is het conflict tussen de belofte aan patiënt enerzijds en het niet voldoen aan de eis van ondraaglijk lijden anderzijds. Ook kan het zijn dat de familie in een dergelijke situatie de arts wijst op zijn toezegging en aandringt op uitvoering, waardoor de arts zich onder (morele) druk voelt staan. De commissies adviseren dan ook aan artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten en deze te wijzen op de mogelijkheid van het afglijden in een coma, waardoor de procedure van levensbeëindiging op verzoek in principe niet verder kan worden voortgezet.

6

De leden van de CDA-fractie zijn verheugd dat de regionale toetsingscommissies nadrukkelijk aandacht besteden aan de onafhankelijke positie van de raadplegende arts. Zij delen de mening van deze commissies dat ook artsen die werken in eenzelfde HOED (huisartsen onder één dak) niet volkomen onafhankelijk zijn.

Deze leden vragen op welke wijze artsen worden voorgelicht over het belang van de onafhankelijkheid van de tweede arts die wettelijk geraadpleegd dient te worden. Tevens vragen zij of een tweede consultatie niet sowieso noodzakelijk is als na het eerste bezoek de consulent van mening is dat het verzoek tot levensbeëindiging nog niet ingewilligd kan worden. Kan de staatssecretaris toelichten wanneer een tweede consultatie wel en wanneer deze niet noodzakelijk is?

Artsen worden op diverse wijzen geïnformeerd over de zorgvuldigheidseisen, zoals de onafhankelijkheid van de consulent. Daarbij kunt u denken aan de initiële opleiding, bij- en nascholing, informatie van de eigen beroepsvereniging, SCEN-artsen en het modelverslag. Daarnaast is ook

informatie hieromtrent beschikbaar op de websites van de toetsingscommissies en VWS. Desalniettemin blijft voorlichting over de onafhankelijkheid van de consulent noodzakelijk. Ik ben met de KNMG in gesprek over hoe voorlichting aan artsen mogelijk nog kan worden verbeterd. Het is in principe aan de behandelend arts om te bepalen wanneer (tweede) consultatie nodig is. Wel is het zo dat wanneer consultatie in een vroeg stadium plaatsvindt en de consulent vaststelt dat nog geen sprake is van ondraaglijk lijden of een concreet verzoek om uitvoering, dit in het algemeen zal betekenen dat een tweede consultatie nodig is. Wanneer de consulent heeft aangegeven dat er waarschijnlijk op zeer korte termijn wel sprake zal zijn van ondraaglijk lijden en hij eveneens heeft aangegeven waaruit dat lijden naar zijn mening zal bestaan, is een tweede consultatie in beginsel niet noodzakelijk. Toch kan ook in een dergelijke situatie (telefonisch) overleg tussen arts en consulent raadzaam zijn. Bij een langere tijdsduur of minder voorspelbare ontwikkelingen zal een tweede bezoek van consulent aan patiënt nodig zijn. Wanneer er vervolcontact is geweest tussen de arts en de consulent of de consulent of de patiënt nogmaals heeft bezocht, is het belangrijk dat de arts dat bij de melding aangeeft.

7

Naar aanleiding van casus 10 kan worden geconcludeerd dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, maar de consulent onvoldoende zorgvuldig is geweest. Aangezien de behandelende arts verantwoordelijk is voor de zorgvuldigheid van het gehele proces, is deze ook verantwoordelijk indien de consulent onzorgvuldig of nalatig is.

Acht de staatssecretaris het wenselijk dat een regionale toetsingscommissie ook het handelen van een consulent melden aan het College van procureurs-generaal?

Ik acht het niet wenselijk dat regionale toetsingscommissies ook het handelen van de consulent melden aan het College van procureurs-generaal. De toetsingscommissies toetsen de zorgvuldigheid van het handelen van de meldend arts. Hij of zij is verantwoordelijk voor het geheel van de melding en daarmee ook voor het handelen van de consulent.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

8

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het aantal meldingen van uitgevoerde euthanasie is gestegen. Deze stijging van 10% kan aangeven dat de meldingsbereidheid onder de artsen is gestegen, maar kan ook betekenen dat er meer verzoeken tot euthanasie zijn gehonoreerd. De toetsingscommissie kan niet met zekerheid stellen wat de reden van deze stijging is.

Waar is volgens de staatssecretaris deze stijging van het aantal meldingen aan te danken? Indien de staatssecretaris de stijging toeschrijft aan de stijging van het aantal melding, wat zou dan de reden kunnen zijn dat de meldingsbereidheid van de artsen is toegenomen? Komt dit door de toegenomen deskundigheid van artsen hoe om te gaan met verzoeken tot euthanasie of spelen de sepots van de zaken door het Openbaar Ministerie hierin een rol?

Een van de onderzoekers van de evaluatie van de Euthanasiewet is gevraagd de ontwikkeling met betrekking tot de meldingen te analyseren. Op basis van die analyse kan geen oorzaak worden aangewezen voor het significant gestegen aantal meldingen. Ik kan hierover dan ook geen uitspraak doen. Zie voor nadere toelichting ook mijn antwoord op vraag 1.

Uit de casussen in het jaarverslag blijkt dat artsen moeite hebben met het criterium «ondraaglijk lijden». Volgens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) moet het ondraaglijke van het lijden voor de arts «invoelbaar» zijn. Dat impliceert dat de patiënt zijn ondraaglijk lijden op die manier moet overbrengen aan de arts zodat deze het lijden kan «meebelevén». Dit stelt eisen aan de overredingskracht van de patiënt maar ook aan de verbale kwaliteiten van de patiënt.

Deelt de staatssecretaris de mening dat het «ondraaglijk lijden» het moeilijkste criterium is en dat er een blijvende dialoog en aandacht op dit criterium moet zijn opdat steeds meer artsen zekerheid hebben over de juiste invulling van dit criterium?

Het beoordelen van de ondraaglijkheid van lijden is complex, omdat de mate waarin lijden al dan niet draaglijk is per mens en situatie kan verschillen. In het geval van bijvoorbeeld dementie is die beoordeling nog ingewikkelder.

Belangrijk is dan ook dat patiënten met hun arts kunnen bespreken wat maakt dat het lijden voor hen ondraaglijk is of zal zijn. Zeker in het geval van dementie, waarbij men uiteindelijk wilsonbekwaam zal worden, kan het van belang zijn dat dit gesprek op een vroeger moment in het ziekteverloop aan de orde komt, zodat een patiënt nog goed in staat is om zijn of haar visie hierop te verwoorden.

Er bestaat – zo blijkt uit ook uit het grote aantal gemelde en als zorgvuldig beoordeelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding – ook brede consensus over de ondraaglijkheid van lijden in bepaalde situaties. Desalniettemin behoeft dit criterium blijvend dialoog en aandacht. Een belangrijke ondersteuning van die dialoog wordt verkregen uit de beoordeling van de toetsingscommissies van het criterium van ondraaglijk lijden en de wijze waarop de commissies hiervan verslag doen.

De dialoog wordt tenslotte ook maatschappelijk gevoerd en onder meer gevoed door onderzoek, zoals onderzoek van het ErasmusMC naar de invulling van het criterium ondraaglijk lijden, dat binnenkort zal worden gepubliceerd.

Dit probleem, het «ondraaglijk lijden» inschatten, komt op twee momenten het meest duidelijk naar voren, namelijk bij beginnend dementerenden met een euthanasiewens en bij patiënten met een psychiatrisch ziektebeeld. Uit één van de casussen bleek dat de geconsulteerde psychiaters bij een patiënte met een euthanasiewens de geconstateerde depressie niet zagen als reden tot euthanasie, maar aandrongen op behandeling van de depressie. Een dergelijke behandeling had eerder al zonder succes plaatsgevonden. De patiënte heeft meerdere keren een psychiater aan haar bed gehad met verschillende adviezen ten aanzien van haar euthanasiewens. Uiteindelijk heeft zij euthanasie gekregen. De behandelende arts van de patiënte beoordeelde de hele gang van zaken als belastend voor de patiënte. De toetsingscommissie stelt, terecht, de vraag wat er gebeurd is met de adviezen van de andere psychiaters. Indien meerdere consulteren artsen/psychiaters hun adviezen over de euthanasie wens hebben gegeven hoe moet de behandelende arts, naar mening van de staatssecretaris omgaan met deze verschillende adviezen?

Aan het uiten van een weloverwogen verzoek om euthanasie gaat voor een patiënt veelal een langdurig en emotioneel zwaar besluitvormingsproces vooraf. En ook voor de arts is de verdere besluitvorming rond euthanasie en een eventuele uitvoering emotioneel vaak zeer belastend. Van belang is dan dat het besluitvormingsproces an sich – voor zover dat is te voorkomen – niet onnodig belastend is.

Een verzoek om euthanasie bij beginnende dementie of een psychiatrisch ziektebeeld maakt de besluitvorming complexer en vraagt om extra zorgvuldigheid. Aangezien het interpreteren van de begrippen ondraaglijk en uitzichtloos lijden in deze gevallen niet eenvoudig is, kan het aan te bevelen zijn meerdere adviezen in te winnen. Wel acht ik het van belang dat men oog blijft houden voor de belasting die elk extra in te winnen advies voor de patiënt met zich meebrengt.

In zijn algemeenheid geldt dat de behandelend arts professioneel en juridisch eindverantwoordelijk is voor de beslissing om al dan niet het verzoek om euthanasie in te willigen. Als een arts uiteindelijk besluit om een verzoek om euthanasie in te willigen, ondanks een negatief advies door één of meerdere onafhankelijke artsen, zal hij of zij dit besluit goed moeten motiveren in zijn verslag en moeten aangeven waarom hij of zij anders beslist dan is geadviseerd. Het is vervolgens aan de regionale toetsingscommissie om te beoordelen of de arts daadwerkelijk zorgvuldig heeft gehandeld.

11

Bovengenoemde casus is beeldend voor de dilemma's waar artsen en psychiaters mee worstelen als ze te maken krijgen met een psychiatrisch patiënte, depressief, dan wel dementerend. In het algemeen zijn de leden van de PvdA-fractie van mening dat er meer openheid moet bestaan ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Mensen moeten, meer dan nu, de vrijheid voelen om over hun zelfgekozen levenseinde te praten maar belangrijker misschien nog zij moeten serieus worden gehoord door artsen. Aangezien euthanasie bij fysiek mankerende mensen eerder geaccepteerd wordt dan bij psychiatrische patiënten, moet er meer aandacht en openheid komen voor het zelfgekozen levenseinde van psychiatrische patiënten. Om dit te bereiken moeten psychiaters serieuzer, dan nu gebeurt, ingaan op de wens van de patiënt om zijn leven te willen beëindigen. Dit dient het doel dat wanneer mensen serieus worden genomen in hun doodswens er vaak andere opties om verder te gaan mogelijk worden. Dit is voor de leden van de PvdA-fractie een wezenlijk punt. Indien wordt gesproken over de doodswens met psychiatrisch patiënten behoort de hulpverlener hierin geschoold te zijn. Deelt de staatssecretaris de mening dat er nog veel expertise moet worden ontwikkeld en overgedragen? Is de staatssecretaris bereid om met de beroepsgroep te praten om meer draagvlak te creëren voor deskundigheidsbevordering in het omgaan met de levenseindewens van psychiatrische en dementerende patiënten?

Ik onderschrijf het belang van deskundige begeleiding bij het omgaan met een mogelijke doodswens van psychiatrische patiënten. In veel gevallen zal het uiten van een doodswens een feitelijke hulpvraag verhullen. Echter in sommige gevallen kan een duurzame doodswens door ondraaglijk en uitzichtloos lijden als gevolg van een psychiatrische aandoening ten grondslag liggen aan een vrijwillig en weloverwogen verzoek om hulp bij zelfdoding. In die gevallen en als aan alle andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, is hulp bij zelfdoding op basis van de Euthanasiewet toegestaan. Op basis van art. 294, tweede lid, Wetboek van Strafrecht is hulp bij zelfdoding niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Hulpverleners die geen arts zijn, kunnen dus geen beroep doen op de strafuitsluitingsgrond.

Het beroep van psychiater is een medisch specialisme. Het deskundigheidsgebied en de daarbij behorende opleidingsvereisten zijn daarmee een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Zoals toegezegd in antwoorden op Kamervragen van Halsema (GroenLinks) en Gill'ard (PvdA) over het zelfgekozen levenseinde van chronisch psychiatrische patiënten¹ zal ik in gesprek gaan met de Nederlandse Vereniging voor

¹ Kamervragen 2007–2008, nr. 3537, Tweede Kamer.

Psychiatrie. Daarbij zal ik tevens het aspect van deskundigheidsbevordering rond de problematiek van hulp bij zelfdoding onder de aandacht brengen.

12

Er is een te kort aan goede professionele hulpverlening aan psychiatrisch patiënten met een doodswens. Deze leden zien graag een uitbreiding van het aantal hulpverleners met gekwalificeerde psychologen en psychotherapeuten die zich gespecialiseerd hebben in het omgaan met de doodswens.

Wat is de mening van de staatssecretaris over deze mogelijkheid? Kan de staatssecretaris bevestigen of de indruk klopt dat er bij psychiaters min of meer een taboe rust op euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide toelichting op het antwoord.

Om te bewerkstelligen dat er meer psychiaters en psychologen deskundig zijn op het gebied van het omgaan met een doodswens van psychiatrische patiënten, zullen de huidige hulpverleners nageschoold moeten worden. Voor toekomstige hulpverleners zal de opleiding moeten voorzien in meer expertise op dit gebied. De beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor de professionalisering en nascholing ook voor wat betreft het omgaan met een doodswens van psychiatrische patiënten. Met betrekking tot de uitbreiding van het aantal hulpverleners dat gespecialiseerd is op dit specifieke terrein van zelfdoding ben ik niet bevoegd.

De conclusie dat er onder psychiaters een taboe heerst op hulp bij zelfdoding lijkt niet zonder meer gerechtvaardigd. Wel lijkt er sprake te zijn van terughoudendheid. Gezamenlijk krijgen de psychiaters ongeveer 320 serieuze verzoeken om hulp bij zelfdoding per jaar van patiënten die bij hen onder behandeling zijn¹. In hoeveel van die gevallen hulp bij zelfdoding op basis van de wettelijke criteria daadwerkelijk zou zijn toegestaan, is niet bekend. Naar schatting wordt per jaar aan twee tot vijf patiënten de gevraagde hulp gegeven, in bijna alle gevallen aan psychiatrische patiënten die daarnaast ook een ernstige lichamelijke ziekte hebben. Uit onderzoek blijkt wat de belangrijkste redenen waren om een verzoek van een psychiatrisch patiënt om hulp bij zelfdoding niet in te willigen: geen sprake van uitzichtloosheid, aangezien er nog behandelingsmogelijkheden zijn (61 procent), principiële bezwaren van de psychiater (31 procent), geen sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (32 procent), geen duurzame doodswens (23 procent) en/of geen weloverwogen verzoek (23 procent).

De richtlijn «het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis» van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is in 1998 opgesteld en in 2004 geactualiseerd. In de richtlijn staat: «Ieder verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief.» Dit betekent echter niet dat hulp bij zelfdoding in alle gevallen is uitgesloten. Ongeveer twee derde van de Nederlandse psychiaters vindt dat hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt in bepaalde situaties aanvaardbaar kan zijn, hoewel niet al deze psychiaters deze hulp ook daadwerkelijk zelf zouden geven. De richtlijncommissie geeft verder aan dat als de psychiater tot de overtuiging is gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan «hulp bij zelfdoding ethisch en medisch verantwoord handelen kan zijn». «De patiënt», zo schrijft de commissie, «heeft het recht te weten of zijn psychiater hem in het uiterste geval wel of niet zal helpen bij zelfdoding met begeleiding en middelen. Dat betekent overigens niet dat de behandelend psychiater een toezegging mag doen over hulp bij zelfdoding. Daarvoor dient hij in elk geval het oordeel van de geconsulteerde onafhankelijke psychiater af te wachten.»

¹ Groenewoud, J.H. et al., 1997, Physician-Assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands, *New England Journal of Medicine*, vol. 336, no. 25, p. 1795–1801.

Overigens zijn genoemde leden blij dat de toetsingscommissie die gevallen waarin beginnend dementerende met een wil om te sterven en geëuthanaseerd zijn, niet als onzorgvuldig hebben bestempeld. Zij beseffen dat het bij dementerenden, net zoals bij psychische patiënten, niet altijd eenvoudig is om in te schatten of de patiënt nog wilsbekwaam is. Het vaststellen van de wilsonbekwaamheid van de patiënt moet zorgvuldig gebeuren, en volgens het jaarverslag gebeurt dat ook zorgvuldig, maar volgens deze leden moet niet al te makkelijk worden aangenomen dat een patiënt wilsbekwaam is. Hierbij zou een extra toets, naast de SCEN-arts (SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en behandelende arts die wettelijk verplicht zijn, door nog een arts die gespecialiseerd is in het vaststellen van wilsbekwaamheid aanbeveling verdienen. Ook moet het belang van een wilverklaring veel beter worden benadrukt aan artsen en patiënten maar vooral ook aan de naasten. Zodat de wens van deze patiënten uiterst serieus bekeken is.

De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele opmerkingen en vragen over de visie van de toetsingscommissie ten aanzien van hulp bij zelfdoding.

Volgens de commissie moet het uitgangspunt zijn dat de arts bij de patiënt blijft tot deze de medicijnen heeft ingenomen en de dood is ingetreden. Volgens de commissie kan hier bij wijze van uitzondering op worden afgeweken.

Welke voorkomende situaties rechtvaardigen de afwezigheid van een arts als hij zijn diensten bij zelfdoding heeft verleend? Zouden deze uitzonderingen niet tot het minimum beperkt moeten blijven en gebiedt de zorgvuldigheid niet dat de arts altijd aanwezig moet zijn?

Het uitgangspunt is en blijft dat de arts bij de patiënt is als deze de medicatie inneemt en in zijn directe omgeving blijft totdat hij is overleden. Het is namelijk bekend dat in de gevallen waarin de patiënt de medicatie zelf inneemt problemen met de werkzaamheid van de medicatie kunnen optreden bijvoorbeeld omdat de patiënt de medicatie uitbraakt. In dat geval zal de arts alsnog zelf de medicatie moeten toedienen. Een medisch zorgvuldige uitvoering impliceert om die reden dat de arts bij de inname van de medicatie aanwezig is en dat hij daarna aanwezig blijft tot de dood is geconstateerd of in elk geval om zo snel bereikbaar en beschikbaar te zijn dat hij zondig kan ingrijpen als de zelfdoding misloopt. Dit uitgangspunt heeft ook ten grondslag gelegen aan eerdere oordelen waarin de commissies concludeerden dat de arts onzorgvuldig handelde door niet bij de inname aanwezig te zijn.

Slechts in uitzonderlijke situaties zou afwijking van bovenstaande lijn mogelijk moeten zijn. Te denken valt dan aan situaties waarin in verband met de uitdrukkelijke wens van patiënt tevoren afspraken zijn gemaakt tussen patiënt en arts dat de arts weliswaar in de directe nabijheid van de patiënt, maar niet in dezelfde ruimte zal zijn tijdens het innemen van het middel. Aangezien het soms enkele uren kan duren voordat de dood daadwerkelijk intreedt, kan er in redelijkheid niet altijd van een arts gevergd worden dat hij bij patiënt blijft totdat hij is overleden.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie spreken hun waardering uit voor het zorgvuldige verslag van de vijf regionale toetsingscommissies. De bijgevoegde voorbeelden maken de situatie en vragen rond het levenseinde inzichtelijker. Het evaluatieonderzoek dat in hetzelfde jaar is verschenen laat een duidelijk gestegen meldingsbereidheid zien bij de artsen. De zorgvuldige werkwijze van de toetsingscommissies heeft hier zeker aan bijgedragen.

14

De toetsingscommissies constateren in het verslagjaar een stijging van het aantal meldingen met 10 procent en kunnen dit niet goed verklaren. Zij adviseren in 2010 andermaal een landelijk evaluatie onderzoek uit te voeren. Genoemde leden onderschrijven dit advies. Wat is de mening van de staatssecretaris dienaangaande?

Het vorig jaar verschenen evaluatierapport van de Euthanasiewet laat zien dat de wet in de praktijk adequaat werkt en leidt tot de beoogde zorgvuldigheid. Een ander doel van de evaluatie was de transparantie van de euthanasiepraktijk en ook dit doel is een hoge mate bereikt. Hoewel ik ten zeerste onderschrijf dat de zorgvuldigheid blijvend moet worden gevolgd, zie ik in het gestegen aantal meldingen geen directe aanleiding om de praktijk opnieuw te evalueren. Zoals de toetsingscommissies ook zelf aangeven is er weliswaar dit jaar sprake van een significante stijging, maar past dit binnen de stabiele range van meldingen sinds 1998. Tijdens het VAO over de evaluatie van de Euthanasiewet van 15 mei jongstleden heb ik toegezegd een breed onderzoek te zullen starten naar de kennis van professionals en burgers over medische beslissingen rond het levenseinde, zoals levensbeëindiging op verzoek en palliatieve sedatie. Ook zal het onderzoek ingaan op de problemen die professionals en burgers in de praktijk ervaren rond dit thema. Op korte termijn zal ik ZonMw hiertoe opdracht geven. Een landelijk evaluatieonderzoek biedt een grotere meerwaarde als ook de resultaten van dit onderzoek daarin kunnen worden meegenomen. Of een landelijk evaluatieonderzoek reeds in 2010 kan worden verricht is mede daarvan afhankelijk.

15

De KNMG heeft eerder voorgesteld om binnen de beroepsgroep een systematische monitoring op te zetten naar de praktijk van alle medische beslissingen rondom het levenseinde, zowel bij volwassenen als bij kinderen en pasgeborenen. Waarbij de aandacht uit zou moeten gaan naar inhoudelijke argumenten: hoe en waarom maken artsen bepaalde keuzes, inclusief het niet-melden. De staatssecretaris heeft toegezegd een breed onderzoek te starten. De leden van de SP-fractie zijn het met de KNMG eens dat monitoring met grotere regelmaat zou moeten plaatsvinden. Is de staatssecretaris bereid de KNMG financiële steun te geven om dit initiatief verder uit te werken?

Ik onderstreep dat inzicht in de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde van groot belang is. Op dit moment zie ik geen aanleiding om een systematische monitoring hieromtrent op te zetten. De wets-evaluatie heeft laten zien dat er sprake is van een zeer zorgvuldige praktijk. Daarnaast bieden de jaarverslagen van de toetsingscommissie, het binnenkort te starten onderzoek naar de kennis van professionals en burgers en ook het landelijk inventariserend onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen extra inzicht in de praktijk. Zie voor verdere toelichting op het onderzoek mijn antwoord op vraag 14.

16

Naar aanleiding van hoofdstuk 1 merken de leden van de SP-fractie op dat een van de aanbevelingen uit de evaluatie was de toetsingscommissies nog beter af te stemmen. Daarvoor hanteren de commissies reeds verschillende instrumenten, die zij ook noemen in hun verslag. Heeft de staatssecretaris een idee hoe het nog beter zou kunnen?

Toetsing van de zorgvuldigheid bij euthanasie is en blijft een preciaire kwestie waarbij de grootst mogelijke zorgvuldigheid moet worden gewaarborgd en een te hoge mate van routine moet worden vermeden.

De regionale toetsingscommissies hebben de aanbevelingen van de evaluatie van de Euthanasiewet zeer serieus opgenomen en zijn alert op continue waarborging van de kwaliteit van toetsing. Aanleiding om daar nog suggesties aan toe te voegen, heb ik op dit moment niet. Vanzelfsprekend blijf ik het met aandacht volgen.

17

Het kabinet vindt dat een toetsingscommissie een tekortkoming, geconstateerd in de context van een melding, zoals een instellingsprotocol van geringe kwaliteit, dient te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Momenteel wijzen de commissies de instellingen reeds op achterhaalde of gebrekkige protocollen.

Is er afgesproken dat zij dergelijke constatering tevens doorgeven aan de Inspectie?

Wanneer de toetsingscommissies signalen ontvangen dat sprake is van tekortkomingen, bijvoorbeeld op het gebied van de kwaliteit van protocollen van instellingen, kunnen zij de Inspectie daarvan op de hoogte stellen. Deze mogelijkheid is ook in het licht van het evaluatierapport-expliciet besproken tussen toetsingscommissies en Inspectie en komt in de praktijk, al is het zeer incidenteel, ook voor.

18

Uit de evaluatie kwam ook de aanbeveling het modelverslag verder te optimaliseren. Zoals een vraag toevoegen waarom er geen sprake was van een redelijk andere oplossing en NB uit het verslag halen (indien lijden van psychische oorsprong of indien patiënt depressief of dement enz). Ook de commissies hechten belang aan het doorvoeren van aanpassingen in het modelverslag.

Wanneer en op welke wijze is het modelverslag aangepast?

In een samenwerkingsverband tussen de KNMG, de regionale toetsingscommissies euthanasie, het Ministerie van Justitie, het Openbaar Ministerie en het Ministerie van VWS is een voorstel voor een hernieuwd modelverslag tot stand gekomen.

Het doel van het vernieuwde modelverslag is onder meer om het uitnodigender te laten zijn voor artsen om uitgebreider op de vragen in te gaan. Zoals toegezegd in de kabinetsreactie op de evaluatie van de Euthanasiewet¹ zal het Nota Bene uit het modelverslag zijn verwijderd en de vraag met betrekking tot de redelijk andere oplossing duidelijker zijn geadresseerd. De aanpassingen van het modelverslag maken deel uit van een AMvB-procedure. Op dit moment zet het Ministerie van Justitie die AMvB-procedure in gang.

19

Naar aanleiding van hoofdstuk 2 constateren de leden van de SP-fractie dat uit de evaluatie bleek dat 25 procent van de artsen soms problemen had met de zorgvuldigheidseisen, vooral ten aanzien van ondraaglijkheid en uitzichtloosheid, en van vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Betere voorlichting aan artsen zou nodig zijn.

Op welke wijze gaat de staatssecretaris dit stimuleren? Heeft de staatssecretaris hierop al actie ondernomen en zo ja, welke actie?

Informatievoorziening aan artsen is het meest effectief wanneer het via hun eigen beroepsorganisaties plaatsvindt. Daarom ben ik op dit moment in gesprek met de KNMG over de wijze waarop voorlichting aan artsen kan worden verbeterd en geactualiseerd naar de uitkomsten van de evaluatie van Euthanasiewet. Aan de orde komen onder meer: voorlich-

¹ Kamerstuk 2007–2008, 31 036, nr. 2, Tweede Kamer.

ting over de interpretatie van zorgvuldigheidseisen, aandacht voor de wilsverklaring, aandacht voor het modelverslag en onafhankelijke consultatie.

20

Soms vindt melding plaats van levensbeëindiging bij patiënten die lijden aan een dementieel syndroom.

De leden van de SP-fractie willen graag weten hoe vaak een dergelijk verzoek in het verslagjaar is ingewilligd.

Zij hebben grote vragen bij de timing hiervan. De patiënt zal op tijd zijn verzoek moeten doen namelijk voordat hij/zij niet meer wilsbekwaam is. Hetzelfde geldt voor de uitvoering van dit verzoek.

Wat is de mening van de staatssecretaris hierover?

De toetsingscommissies hebben dit jaar drie meldingen ontvangen van levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt die leed aan dementie. In deze gevallen hebben de commissies geoordeeld dat de arts heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen.

Ik zie inderdaad het dilemma dat kan spelen bij een verzoek om levensbeëindiging in het geval van dementie. In eerste instantie staat bijvoorbeeld de ondraaglijkheid van het lijden nog te veel ter discussie en op een later moment in het ziekteproces kan de patiënt inmiddels al wilsbekwaam zijn geworden. Dit dilemma is echter niet door wetgeving op te lossen. Van belang is dat de patiënt al in een relatief vroeg stadium van het ziekteproces met de arts hierover in gesprek gaat, zodat de patiënt nog voldoende in staat is om zijn of haar wil te uiten en met de arts de toekomstige mogelijkheden en onmogelijkheden met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek te bespreken.

21

De leden van de SP-fractie lezen met instemming dat de commissies adviseren dergelijke verzoeken met grote terughoudendheid tegemoet te treden.

Is de staatssecretaris het daar mee eens?

Ik acht het van belang dat er grote zorgvuldigheid wordt betracht bij het in overweging nemen van verzoeken om euthanasie. Bij bijvoorbeeld gevallen van euthanasie bij dementie zal niet snel aan de zorgvuldigheidseisen kunnen worden voldaan. Terughoudendheid is dan gepast. Terughoudendheid mag echter niet inhouden dat het verzoek al bij voorbaat – nog voor het verzoek ook maar enigszins is onderzocht – wordt afgewezen.

22

In de beschreven voorbeelden lijkt zeer voorzichtig met de verzoeken te zijn omgegaan, bijvoorbeeld door het inschakelen van meerdere deskundigen en soms meerdere SCEN-artsen.

Is het waar dat hier een «nee, tenzij» beleid wordt gehanteerd en een zware procedure wordt gevolgd?

Bij een complexere problematiek is het voor de hand liggend om daarbij extra zorgvuldigheid in te bouwen, bijvoorbeeld door het inschakelen van deskundigen. Iedere melding wordt – ook door de ingeschakelde deskundigen – naar de specifieke omstandigheden van die situatie beoordeeld. Ik verwijs in dit kader ook naar mijn antwoord op vraag 4.

23

De leden van de SP-fractie blijven kritisch over de wilsverklaring. Deze geeft schijnzekerheid, ook al heb je zo'n brief op zak, de arts moet op het moment dat je niet meer wilsbekwaam bent, opnieuw alle afwegingen

maken. Het blijft moeilijk vast te stellen hoe je je voelt en wat je wilt in een situatie die je nu eigenlijk nog niet goed kunt vaststellen. Ook uit de evaluatie kwam de aanbeveling het publiek beter voor te lichten over de beperkingen van de wilsverklaring. Op welke wijze wordt hier uitvoering aan gegeven?

Op dit moment wordt het bestaande foldermateriaal uit 2002 geactualiseerd. Op de website van het ministerie wordt eveneens aandacht besteed aan de wilsverklaring en de beperkingen daarvan. In de praktijk zal een patiënt een wilsverklaring veelal bespreken met zijn of haar arts. Daarom is voorlichting aan artsen over (de beperkingen van) de wilsverklaring ook aangewezen. Ik zal dit meenemen in het gesprek met de KNMG over voorlichting.

24

De commissies spreken nadrukkelijk uit dat het zeker niet de bedoeling is om soms nog heel kort voor het overlijden een wilsverklaring op te stellen en daardoor onnodig veel druk op de betrokkenen te leggen. Deelt de staatssecretaris deze mening en kan dit bij de voorlichting(scampagne) worden opgenomen?

Ja, ik deel die mening. Ik kan mij voorstellen dat het voor de arts – en wellicht ook voor de patiënt en betrokkenen – prettig kan zijn als er een schriftelijke verklaring van de wens van de patiënt om euthanasie bestaat. Voor zowel de patiënt als de arts moet duidelijk zijn wat het verzoek precies inhoudt. Een schriftelijk verzoek kan de duidelijkheid over die inhoud ondersteunen, maar is niet noodzakelijk. Het uitoefenen van druk op de patiënt om nog vlak voor het overlijden een dergelijke verklaring af te leggen, lijkt mij dan ook zeer onwenselijk. Ik zal dit meenemen in het gesprek met de KNMG over voorlichting.

25

De leden van de SP-fractie spreken hun waardering uit voor de uitgebreide toelichting van de commissies in het verslag over de zorgvuldigheidseisen. Het lijden van patiënten wordt als uitzichtloos beschouwd als ieder reëel behandelingsperspectief ontbreekt. Van een reëel uitzicht is alleen sprake als er een redelijke verhouding bestaat tussen de verbetering die door een (palliatieve) behandeling bereikt kan worden en de belasting die deze (palliatieve) behandeling voor de patiënt met zich meebrengt. Uitzichtloos heeft ook een betekenis die met de persoon van een patiënt heeft te maken, namelijk dat de balans tussen huidige en toekomstige klachten in een voor hen onaanvaardbaar nadeel is omgeslagen en dat zij wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die betekenis wordt uitzichtloosheid een onderdeel van ondraaglijkheid van lijden en dit is nogal persoonsgebonden. Deelt de staatssecretaris deze beschrijvingen?

Tijdens de parlementaire behandeling van de Euthanasiewet is uitgebreid ingegaan op het criterium van uitzichtloos lijden. Wanneer een reëel behandelingsperspectief ontbreekt, is de situatie van de patiënt uitzichtloos. Het behandelingsperspectief is reëel wanneer er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is en dat deze verbetering binnen een afzienbare termijn plaats vindt. En er moet een redelijke verhouding zijn tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling van de patiënt. Ik onderschrijf dat de ondraaglijkheid van het lijden mede kan worden ingegeven door het feit dat de situatie uitzichtloos is.

26

Zeker als het niet gaat om terminale patiënten, zoals bij de casussen 7 en 8, zal er veel afhangen van de invoelbaarheid van de artsen. Levensbeëindiging bij niet meer aanspreekbare patiënten wordt soms gecompliceerd door toezeggingen van de arts aan de patiënt, waarbij met het ontstaan van coma geen rekening wordt gehouden, constateert de commissie. De commissies adviseren artsen dan ook om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten. Hoe gaat de staatssecretaris er voor zorgen dat dit aspect ook wordt meegenomen in de voorlichting aan alle artsen?

Ik zal het advies van de commissie aan artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezegging aan patiënten meenemen in de besprekingen met de KNMG over de wijze waarop voorlichting aan artsen kan worden verbeterd.

27

Deze leden vragen of in alle verslagen vermeld stond waarom eventuele andere oplossingen voor deze patiënt als niet redelijk of niet aanvaardbaar werden geacht. Zij menen dat een aanvullende vraag in het modelverslag zoals al eerder opgemerkt, hierin verbetering kan brengen.

Meldend artsen beantwoorden deze vraag in de regel in hun melding. Wanneer die informatie door de commissies niet als voldoende wordt beschouwd stellen zij daarover nadere vragen. In het nieuwe modelverslag zal de vraagstelling op dit punt uitgebreider zijn.

28

De commissies beschrijven een aantal gevallen waarbij de consulent niet afhankelijk was. Het lijkt de leden van de SP-fractie goed om de artsen hier duidelijker over te informeren.

Deze leden vragen tevens hoe ver het staat met de introductie van meer SCEN-artsen in de ziekenhuizen. Hoeveel SCEN-artsen zijn er momenteel in ziekenhuizen werkzaam en hoeveel zouden het er moeten zijn? Het streven van de KNMG en het ministerie was om begin 2009 alle ziekenhuizen te laten participeren in een SCEN-programma, gaat dat lukken?

Op dit moment zijn 682 artsen opgeleid tot SCEN-arts (537 huisartsen, 89 medisch specialisten en 56 verpleeghuisartsen). Eenenzeventig ziekenhuizen nemen deel aan het SCEN-programma, omdat eigen medisch specialisten zijn opgeleid of omdat de regionale groep van SCEN-artsen bereid is in het ziekenhuis consultaties te verrichten. Twee ziekenhuizen gaan vanaf het najaar deelnemen en tien ziekenhuizen beraden zich nog. Drie ziekenhuizen hebben aangegeven (nog) geen belangstelling te hebben voor deelname aan SCEN en zeven ziekenhuizen hebben te kennen gegeven niet te willen participeren en maken (nog) geen gebruik van SCEN.

Nagenoeg alle regionale SCEN-groepen zijn multidisciplinair (huisartsen, medisch specialisten en verpleeghuisartsen) samengesteld. Alle SCEN-groepen zijn bereid om te consulteren in alle ziekenhuizen en verpleeghuizen in hun regio.

Ik ben zeer tevreden met de vooruitgang die KNMG/SCEN heeft geboekt. Uiteraard is hoe dan ook blijvende aandacht voor de participatie van ziekenhuizen en medisch specialisten bij SCEN van belang voor de kwaliteit en zorgvuldigheid van de besluitvorming rond levensbeëindiging op verzoek.

29

De commissies wijzen er op dat het gebruik van niet geadviseerde middelen voor patiënt en ook voor de aanwezige familieleden vervelende

gevolgen kan hebben. Toch zien zij steeds vaker het gebruik van middelen die een coma-inducerend effect niet voldoende hebben bewezen. Om hoeveel meldingen gaat het en op welke wijze zijn de artsen hierop aangesproken? Op welke wijze gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat de voorlichting aan alle artsen hierover verbetert?

Wanneer wordt afgeweken van het advies van de KNMP worden daarover vragen gesteld aan de arts. Dat is in 2007 enkele keren gebeurd. Aan de hand van de reactie van de arts en de door hem gemaakte afwegingen beoordelen de toetsingscommissies het handelen van de arts. Wanneer de commissies daartoe aanleiding zien, zullen zij een arts uitnodigen voor een gesprek. Ik zal voorlichting over medicatie meenemen in de besprekingen met de KNMG. Indien wenselijk zal de KNMP daar uiteraard bij worden betrokken.

30

In hoofdstuk 3 van het jaarverslag lezen de leden van de SP-fractie dat slechts driemaal is geoordeeld dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. Wel komt het nogal eens voor dat een arts gevraagd wordt om schriftelijk op nadere vragen te reageren (6% in 2005), telefonisch toelichting moet geven of uitgenodigd wordt bij de commissie. Zit hier verbetering in ofwel is verduidelijking minder vaak nodig?

Het aantal gevallen waarin artsen om nadere toelichting wordt gevraagd is al jaren op hetzelfde niveau. Het jaar 2007 wijkt hierin niet af. Een arts wordt meestal gevraagd om aanvullende feitelijke informatie.

31

Het is de commissie opgevallen dat de kwaliteit grosso modo toeneemt, maar dat er nog sprake is van matige verslaglegging van een (nog te) groot aantal consulenten. Hoe denkt de staatssecretaris dit te kunnen verbeteren behalve door een verbetering van het modelverslag?

Wanneer de verslaglegging van de consulent matig is, neemt de regionale toetsingscommissie contact op met hem of haar. De regionale toetsingscommissies zullen in overleg met de KNMG bespreken op welke wijze nadere terugkoppeling kan plaatsvinden naar de SCEN-groepen over de kwaliteit van de verslaglegging. Indien het geen SCEN-arts betreft zal extra voorlichting nodig zijn. Ik zal dit meenemen in het gesprek met de KNMG over voorlichting.

32

De KNMG heeft er eerder bij de regionale toetsingscommissies op aangedrongen dat zij in het kader van het bewaken en bevorderen van de kwaliteit een (registratie)systematiek opzetten, waarbij een geaggregeerde (thematische) terugkoppeling aan de KNMG op groepsniveau plaatsvindt over de kwaliteit van de consultatie door SCEN-artsen. Op die manier kan er door de KNMG veel beter en directer worden bijgestuurd. Is de staatssecretaris bereid er voor te zorgen dat een dergelijke terugkoppeling gaat plaatsvinden?

De commissies zien alle verslagen van de door de meldend artsen geraadpleegde consulenten en hebben een totaalbeeld van de kwaliteit van deze verslaglegging. De bevindingen van de commissies worden tot op heden, in algemene termen, jaarlijks teruggekoppeld naar SCEN. Ik acht het wenselijk dat er terugkoppeling plaatsvindt naar de SCEN-groepen over de kwaliteit van de verslaglegging. De wijze waarop daar invulling aan kan

worden gegeven en hetgeen daarvoor aan specifieke informatie nodig is, is onderwerp van gesprek tussen de regionale toetsingscommissies en de KNMG.

33

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie om een overzicht van het aantal meldingen uitgesplitst naar aandoeningen en instellingen over de afgelopen vijf jaar.

	2003	2004	2005	2006	2007
Aandoening					
kanker	1 605	1 647	1 713	1 656	1 768
hart- en vaataandoeningen	19	24	23	55	40
aandoeningen aan zenuwstelsel	75	63	85	106	105
overige aandoeningen	116	152	112	106	207
Plaats van overlijden					
thuis	1 477	1 530	1 585	1 528	1 686
ziekenhuis	207	177	159	145	147
verpleeghuis	47	65	73	79	82
verzorgingshuis	41	62	44	79	89
elders	43	52	72	70	116

34

Deze leden vragen tevens of er inzicht bestaat in de stadia van het ziekteproces. Hoe vaak gaat het over een patiënt in terminale fase en hoe vaak gaat het om bijvoorbeeld een progressieve chronische aandoening of een beginnend dementieproces?

Kijkend naar de levensverwachting van patiënten op het moment van de uitvoering van de euthanasie, is in 2007 in de meeste gevallen (1377 van de 2120 meldingen) sprake van een levensverwachting van enkele weken. In 349 gevallen is de levensverwachting enkele dagen en in 275 gevallen enkele maanden. Zoals uit de cijfers blijkt – zie ook mijn antwoord op vraag 33 – is in de meeste gevallen sprake van patiënten met kanker. In drie gevallen ging het om patiënten die leden aan dementie.

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het jaarverslag 2007 van de regionale toetsingscommissies euthanasie.

35

In het voorwoord van dit jaarverslag doet de voorzitter van de regionale toetsingscommissies de suggestie om, gezien de grote schommelingen in de laatste jaren waar nog niet voldoende onderzoek naar is gedaan, in 2010 wederom een landelijk evaluatieonderzoek te laten uitvoeren. Genoemde leden kunnen zich vinden in dit voorstel en vragen naar het oordeel van de staatssecretaris over deze suggestie.

Zie mijn antwoord op vraag 14.

36

In de inleiding van het jaarverslag wordt gewag gemaakt van drie gevallen waarin geconcludeerd is dat de arts zich niet aan de zorgvuldigheidseisen heeft gehouden. Kan de staatssecretaris toelichten wat er met deze gevallen is gebeurd en wat haar oordeel daarover is?

Zie mijn antwoord op vraag 2.

37

In hoofdstuk 2 van het jaarverslag wordt ingegaan op een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Meer specifiek wordt ingegaan op de situatie dat een patiënt die lijdt aan een dementieel syndroom in de beginfase van het proces van dementering. Op het moment dat een dergelijke patiënt een beroep doet op een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding moet daar in het algemeen met grote terughoudendheid op worden gereageerd, aldus de commissies.

Wat is het oordeel van de staatssecretaris over deze opmerking van de commissies en bent u bereid hieraan gevolg te geven?

Zie mijn antwoord op vraag 21.

38

In hetzelfde hoofdstuk gaan de commissies in op de schriftelijke wilsverklaring. Het uitgangspunt ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring is dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De commissies geven echter in de tekst aan dat het verzoek vrijwel altijd wordt gedaan in een gesprek tussen arts en patiënt en wordt dus mondeling gedaan. De schriftelijke wilsverklaring kan volgens de commissies bijdragen aan die duidelijkheid en het mondelinge verzoek ondersteunen.

Kan de staatssecretaris toelichten of zij het eens is met de stelling dat de schriftelijke wilsverklaring «ondersteunend» kan zijn aan de duidelijkheid op basis van het mondelinge gesprek.

Ja, ik ben het eens met de stelling dat de schriftelijke wilsverklaring ondersteunend kan zijn aan de duidelijkheid van het mondeling verzoek. Zie ook mijn antwoord op vraag 24.

39

In hoofdstuk 3 gaan de commissies in op de terugkoppeling naar SCEN. De KNMG heeft aangedrongen op een geaggregeerde (thematische) terugkoppeling aan de KNMG op groepsniveau over de kwaliteit van de consultatie door SCEN-artsen.

Wat is het oordeel van de staatssecretaris over een dergelijke terugkoppeling?

Zie mijn antwoord op vraag 32.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennis genomen van het jaarverslag 2007 van de regionale toetsingscommissies euthanasie en stellen ten aanzien hiervan onderstaand enkele nadere vragen ter beantwoording. Uit dit verslag blijkt dat de commissies kennis hebben genomen van de evaluatie van de euthanasiewet en dat de commissies de aanbevelingen ter harte hebben genomen.

40

Is de staatssecretaris tevreden over de inspanningen die de toetsingscommissies hebben verricht naar aanleiding van de evaluatie van de euthanasiewet, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de bewaking van de kwaliteit van de taakuitvoering?

Ja. Zie ook mijn antwoord op vraag 16.

41

Het aantal meldingen van euthanasie is in 2007 toegenomen. Voor de stijging van het aantal meldingen kunnen de regionale commissies euthanasie geen directe verklaring geven, volgens hen kunnen geen harde conclusies worden getrokken en blijft het gissen en speculeren. Genoemde leden ontvangen graag nadere informatie over welke verklaring(en) de staatssecretaris heeft voor de stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Kunnen deze leden hieruit afleiden dat de meldingsbereidheid onder de betrokken beroepsgroepen nog verder is toegenomen?

De stijging is vooral waar te nemen onder door huisartsen uitgevoerde levensbeëindigingen bij patiënten met kanker. Het kan inderdaad inhouden dat de meldingsbereidheid is vergroot, maar dit is niet de enig mogelijke verklaring. Ook het daadwerkelijke aantal gevallen van euthanasie kan zijn gestegen. Specifieke verklaringen voor regionale verschillen zijn niet te geven. Voor een uitgebreidere toelichting verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1.

42

Als belangrijke reden voor het niet melden van het toepassen van euthanasie dragen de regionale toetsingscommissies aan dat de artsen zich er niet bewust van zijn dat de handeling als levensbeëindigend wordt opgevat. Dit doet zich vooral voor bij behandelingen waarin gebruik is gemaakt van sedativa en morfine. Dit onderstreept voor genoemde leden dat er onder andere voor de betrokken beroepsgroep een goede afbakening moet komen van euthanasie en palliatieve sedatie. De staatssecretaris heeft in het debat met de Kamer toegezegd met een betere afbakening te komen van palliatieve sedatie en euthanasie.

Is de staatssecretaris hier al mee begonnen? Kan de staatssecretaris aangeven wanneer zij de resultaten hiervan aan de Kamer zal zenden? Wat is de staatssecretaris voornemens om te gaan ondernemen zodra zij tot een duidelijkere afbakening is gekomen?

De evaluatieonderzoekers van de Euthanasiewet stellen dat de belangrijkste reden voor niet-melden van euthanasie is dat artsen de handwijze niet beschouwden als levensbeëindigend. Wanneer artsen hun handelen beschouwen als levensbeëindiging op verzoek maken zij gewoonlijk gebruik van euthanatica. Mijns inziens is voorlichting en bij- en nascholing over medicatie en het begrippenkader over medische beslissingen rond het levenseinde de aangewezen weg om het probleem van het niet-melden aan te pakken.

Een goede afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie is reeds beschikbaar. Immers in 2005 heeft de KNMG de richtlijn palliatieve sedatie uitgebracht. Wel is sindsdien geconstateerd dat de richtlijn nog onvoldoende is geïmplementeerd. Daarom heb ik ZonMw gevraagd een implementatieplan te ontwerpen. In het najaar zal het veld met financiële ondersteuning van VWS een landelijk gecoördineerde impuls aan de implementatie van richtlijn palliatieve sedatie geven.

Een toezegging om te komen tot een betere afbakening tussen palliatieve sedatie en euthanasie heb ik dan ook niet gedaan, aangezien daar geen noodzaak toe bestaat. Wel heb ik tijdens het VAO d.d. 15 mei jl. toegezegd om een breed onderzoek te starten naar de kennis van burgers en professionals ten aanzien van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, waaronder palliatieve sedatie. Dit najaar zal ik opdracht geven voor dit onderzoek. Te zijner tijd zal ik u op de hoogte stellen van de uitkomsten.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het verslag van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie en stellen daarover onderstaand de volgende vragen ter beantwoording. In het jaarverslag 2007 wordt ingegaan op de aanbevelingen voor de toetsingscommissies uit het evaluatierapport over de Euthanasiewet.

43

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de aanbevelingen?

De stand van zaken met betrekking tot de toezeggingen die zijn gedaan in de kabinetsreactie op de evaluatie van de Euthanasiewet is als volgt. Het ministerie van Justitie zal middels een AMvB-procedure het nieuwe modelverslag bekrachtigen. Helaas is het het ministerie van Justitie niet gelukt om die procedure eerder in gang te zetten, zoals de verwachting was ten tijde van de kabinetsreactie.

De opdracht ter evaluatie van SCEN is onlangs door ZonMw gegund. In het najaar zal worden gestart met het evaluatieonderzoek.

KNMG/SCEN maakt in samenwerking met V&VN een opzet voor een opleiding voor verpleegkundigen over medische beslissingen rond het levenseinde. Daarbij wordt ook gekeken of er een landelijk netwerk van verpleegkundigen met kennis op dit terrein kan worden gevormd. Wat publieksvoorlichting betreft, wordt op dit moment het bestaande foldermateriaal geactualiseerd. Met de KNMG ben ik in gesprek op welke wijze de voorlichting aan artsen kan worden verbeterd. Het gaat hierbij onder andere om interpretatie van zorgvuldigheidseisen, medicatie, wilsverklaringen en verslaglegging.

In het najaar zal contact worden opgenomen met diverse koepelorganisaties over het opstellen van een modelrichtlijn over levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor instellingen.

In aanvulling op voorgaande toezeggingen zal ik in het najaar opdracht geven aan ZonMw om een onderzoek te laten uitvoeren naar de kennis van burgers en professionals over euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, zoals palliatieve sedatie.

44

Het in 2007 gemelde aantal levensbeëindigingen is 10% hoger dan in 2006. Hoe zijn de regionale verschillen te verklaren? Welke factoren liggen ten grondslag aan de stijging van het aantal huisartsenmeldingen?

Specifieke verklaringen voor regionale verschillen zijn niet te geven. Tevens is niet bekend waarom er een stijging heeft plaatsgevonden van het aantal meldingen door huisartsen. Voor een uitgebreidere toelichting omtrent de stijging van gemelde gevallen van levensbeëindiging in 2007 verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1.

45

Hoe komt de extra zorgvuldigheid die bij patiënten met dementie moet worden betracht in de praktijk tot uiting in de handelwijze van de arts?

In de zaken die de commissies tot nu toe ontvingen met betrekking tot euthanasie bij patiënten met dementie zien zij dat de meldend arts in zijn verslaglegging ruim aandacht besteedt aan de beschrijving van het verloop van het ziekteproces van de patiënt en in het bijzonder aan het verzoek van de patiënt en de reden waarom hij of zij van mening is dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen was. In alle gevallen heeft de arts deskundigen geraadpleegd, aangegeven waaruit deze visie bestond en op

welke manier de arts deze deskundigheid in zijn eigen besluitvorming heeft betrokken.

46

In hoeveel van de gemelde gevallen zijn in deze situatie daadwerkelijk één of meer deskundigen geraadpleegd?

In alle gevallen zijn één of meerdere deskundigen geraadpleegd.

47

In hoeveel van de gemelde gevallen is aan de adviezen van deze deskundigen gehoor gegeven?

Deskundigen die in een casus worden betrokken geven in veel gevallen hun mening over een specifiek aspect, zoals bijvoorbeeld de wilsbekwaamheid van een patiënt. In de als casus 3 opgenomen melding in het jaarverslag wordt beschreven dat meerdere deskundigen in de loop van de jaren betrokken zijn. In die situatie is geruime tijd verstreken voordat de definitieve diagnose werd gesteld. Na het stellen van de diagnose en vaststelling dat eerder geadviseerde behandelopties geen resultaat gaven zijn wederom deskundigen betrokken. Hun adviezen naar aanleiding van beoordeling van de casus op dat moment zijn door de arts in diens afweging betrokken en opgevolgd. Ook in de andere casus zijn de adviezen van deskundigen gevolgd. In zijn algemeenheid gaan de commissies expliciet na welke afwegingen de meldend arts heeft gemaakt, op basis waarvan hij of zij tot besluitvorming is gekomen en hoe hij of zij de adviezen van deskundigen daarin heeft betrokken.

48

Welke instrumenten zijn voorhanden om de onafhankelijkheid van de consulent te waarborgen?

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de arts en de patiënt.

Ten aanzien van de arts betekent dat bijvoorbeeld dat er geen familieband of samenwerkingsrelatie mag bestaan tussen arts en consulent en dat zij niet in dezelfde maatschap werkzaam zijn. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt in dat bijvoorbeeld geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, de consulent geen medebehandelaar is (geweest) en hij de patiënt ook niet uit een eerdere waarneming kent. Een belangrijke waarborg is het consulteren van een SCEN arts. Ook het feit dat de onafhankelijkheid van de consulent een wettelijke zorgvuldigheidseis is waaraan moet worden voldaan, is een belangrijk instrument in de waarborging van de onafhankelijkheid. In overleg met de KNMG zal wat betreft voorlichting aan artsen ook aandacht worden besteed aan de onafhankelijkheid van consulenten.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het verslag van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie en stellen ten aanzien hiervan onderstaand enkele nadere vragen ter beantwoording.

49

De toetsingscommissies vragen om een uiterst zorgvuldige afweging bij beginnende dementie (blz. 9). Kan worden toegelicht in hoeveel van de gemelde gevallen er sprake was van (beginnende) dementie?

In drie gemelde gevallen was sprake van (beginnende) dementie.

50

Het criterium uitzichtloos wordt omschreven als een open en complex begrip. Vindt de staatssecretaris het wenselijk dat dit begrip zodanig subjectief wordt ingevuld dat er uiteindelijk nauwelijks meer redenen zijn te bedenken waarom een verzoek afgewezen zou moeten worden als de patiënt van mening is dat het lijden uitzichtloos is? Zijn er niet toch objectieerbare aandachtspunten te geven (blz. 15)?

Zie mijn antwoord op vraag 25.

51

Inzake coma wordt gesteld dat in dat kader in principe een beëindiging op verzoek niet verder kan worden doorgezet. Waarom wordt dit niet volledig uitgesloten? Moet bij coma niet het uitgangspunt zijn dat er niet wordt overgegaan tot euthanasie?

Uitgangspunt is dat bij coma geen euthanasie wordt uitgevoerd. Op grond van klinisch onderzoek wordt namelijk in de regel aangenomen dat een patiënt in een (diep) comateuze toestand geen lijden ervaart. Levensbeëindiging op verzoek zal dan in beginsel niet kunnen plaatsvinden omdat aan de wezenlijke wettelijke voorwaarde ondraaglijk lijden, niet is voldaan. In het jaarverslag geven de commissies ook aan het raadzaam te vinden dat artsen zich terughoudend opstellen met betrekking tot beëindiging van het leven in die situaties waarin de patiënt niet meer aanspreekbaar is.

Het is echter mogelijk dat zich duidelijke objectieve aanknopingspunten voordoen die het tegendeel bewijzen. Casuïstiek met betrekking tot patiënten in een comateuze toestand leidt in de regel tot vragen van de toetsingscommissies. De commissies gaan naar aanleiding van iedere melding de specifieke feiten en omstandigheden na. Op basis daarvan bestaat de mogelijkheid dat een commissie in een bepaalde concrete casus tot het oordeel kan komen dat er wel degelijk sprake was van objectiebaar ondraaglijk lijden ondanks de comateuze situatie van patiënt. De wettelijke criteria, de consultatie en externe toetsing bieden voldoende waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming.

52

In casus 5 is sprake van een afgegeven belofte. Hoe vaak komt een dergelijke situatie voor onder de gemelde gevallen? Hoe gaan artsen uiteindelijk met zulke beloften om? Blijft wel het uitgangspunt dat moet zijn voldaan aan de voorwaarden en dat de belofte daarvoor dus moet wijken, waarbij het uiteraard het beste is als er geen belofte is gedaan?

Er kunnen gecompliceerde situaties ontstaan wanneer de arts levensbeëindiging toezegt aan de patiënt en diens familie, maar met het ontstaan van een coma geen rekening houdt. Indien een arts een dergelijke toezegging doet en daarna wordt geconfronteerd met (plotselinge) wijzigingen in de situatie en het ondraaglijk lijden zich niet meer voordoet, bijvoorbeeld doordat de patiënt in een coma is geraakt, mag de arts wettelijk gezien de levensbeëindiging niet meer tot uitvoer brengen. Voor de arts kan dat een dilemma vormen, gezien de belofte aan de patiënt. Ook kan het zijn dat de familie in een dergelijke situatie de arts wijst op zijn toezegging en aandringt op uitvoering, waardoor de arts zich onder (morele) druk voelt staan. De commissies adviseren dan ook aan artsen om zich te onthouden van ongeclausuleerde toezeggingen aan patiënten en deze te wijzen op de mogelijkheid van het afglijden in een coma, waardoor de procedure van levensbeëindiging op verzoek in principe niet verder kan worden voortgezet.

53

Mede in het licht van de beantwoording van de vragen over het jaarverslag 2006¹ vragen de leden van de SGP-fractie of het toch niet mogelijk is om te komen tot een duidelijker richtlijn over de onafhankelijkheid van artsen. Zij menen dat welke structuur er ook is, er toch voor iedereen duidelijkheid moet zijn wat wel en niet mogelijk is. Die duidelijkheid moet er toch van tevoren zijn en niet pas achteraf?

Ten aanzien van het bepalen van de vraag of een geconsulteerde arts onafhankelijk is ten opzichte van de uitvoerende arts en de patiënt zullen de commissies altijd de concrete feiten en omstandigheden van de specifieke melding in ogenschouw nemen. Juist omdat feiten en omstandigheden per situatie anders zijn en sterk van elkaar kunnen verschillen is het uitvaardigen van richtlijnen daarover niet geschikt. Helaas blijkt (het ontbreken van) onafhankelijkheid van de consulent een terugkerend thema. Daarom zal ik dit punt expliciet meenemen in het gesprek met de KNMG over voorlichting aan artsen.

54

Het lijkt erop dat het College van procureurs-generaal niet snel overgaat tot het instellen van strafrechtelijke vervolging. Om wat voor soort fouten moet het gaan voordat het College besluit dat er wel tot vervolging moet worden ingezet? Welke richtlijnen worden in dit kader gehanteerd?

De aanwijzing *vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek* (voor eenieder te raadplegen via de website www.om.nl) regelt de wijze waarop het openbaar ministerie omgaat met de gevallen van levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), waarbij de uiteindelijke beoordeling afhankelijk is van de concrete omstandigheden van het geval.

In alle gevallen waarin de toetsingscommissie voor euthanasie oordeelt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, geldt dat als eindoordeel, wat betekent dat deze niet ter kennis worden gebracht aan het openbaar ministerie.

De zaken waarin de regionale toetsingscommissie voor euthanasie tot het oordeel is gekomen dat de arts niet in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen (als bedoeld in artikel 2 lid 1 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) heeft gehandeld, worden ter beoordeling gezonden aan het College van procureurs-generaal. Bij ontdekking dat de arts op verzoek levensbeëindigend heeft gehandeld zonder hiervan melding te maken, kan het vermoeden van schuld ontstaan aan overtreding van de artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht. Indien de arts achteraf alsnog een beroep wenst te doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond dan zal hij zelf aannemelijk moeten maken dat hij zorgvuldig heeft gehandeld. Indien een arts in zo'n geval een beroep wil doen op de algemene strafuitsluitingsgronden overmacht in de zin van noodtoestand (artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht) of afwezigheid van alle schuld dan zal het ook op zijn weg liggen feiten en omstandigheden aan te dragen die het honoreren van een dergelijk beroep kunnen dragen. Als blijkt dat de arts op het melden na aan alle voorwaarden (zorgvuldigheidseisen) heeft voldaan, dan kan vervolging worden overwogen ter zake van het misdrijf van artikel 228 Wetboek van Strafrecht (valsheid in geschrifte) in verband met het valselijk opmaken van een overlijdensverklaring, of van overtreding van artikel 81, eerste onderdeel, van de Wet op de lijkbezorging, betreffende het opmaken van een valse overlijdensverklaring en/of het achterwege laten van een berekend verslag.

Wanneer de toetsingscommissie tot het oordeel komt dat de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat de patiënt vrijwillig en welover-

¹ Kamerstuk, 31 200 XVI, nr. 81, blz. 24.

wogen tot zijn verzoek is gekomen, dan ligt strafrechtelijke vervolging in beginsel in de rede. Hierbij kan gedacht worden aan situaties waarin de patiënt onder druk of invloed (van anderen of door gebrek aan zorg) zijn verzoek heeft gedaan, de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat het verzoek weloverwogen was, omdat de patiënt onvoldoende geïnformeerd was over de gestelde diagnoses, prognoses en behandel- en (palliatieve) verzorgingsmogelijkheden, niet in staat was zijn wil te uiten of geen sprake was van een consistent (duurzaam, herhaald) verzoek van de patiënt.

De wet stelt overigens niet de eis dat een verzoek op schrift is gesteld. Komt de toetsingscommissie tot het oordeel dat er onzorgvuldig is gehandeld, omdat er geen sprake was van uitzichtloos en/of ondraaglijk lijden, althans dat niet boven enige twijfel is verheven dat daarvan sprake was, dan is in beginsel strafrechtelijk vervolging geïndiceerd. Deze zorgvuldigheidseis is van zo wezenlijk belang, dat indien getwijfeld wordt of er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, de arts onmiddellijk een strafrechtelijk relevant verwijt kan worden gemaakt.

Indien de commissie niet kon vaststellen of er sprake was van uitzichtloos en/of ondraaglijk lijden, doordat er geen consultatie heeft plaatsgevonden of de verslaglegging door de arts gebrekkig was, dan ligt strafrechtelijke vervolging in beginsel eveneens in de rede. Objectief gezien kan er in die gevallen dus wel sprake zijn geweest van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar dat is achteraf niet te herleiden. Een opsporingsonderzoek of een gerechtelijk vooronderzoek is geïndiceerd.

De toetsingscommissie kan tot het oordeel komen dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld, omdat de euthanaserend arts niet tenminste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Omdat blijkens rechtspraak van de Hoge Raad (NJ 1989, 391) onder omstandigheden het achterwege blijven van de consultatie door een andere arts niet aan een beroep op noodtoestand in de weg hoeft te staan kan – mits desalniettemin een zuiver oordeel valt te geven over het bestaan hebben van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt – alsdan van vervolging worden afgezien, ondanks het oordeel van de toetsingscommissie dat er niet zorgvuldig is gehandeld. Een (sepot)gesprek met de officier van justitie, waarin de arts met nadruk wordt gewezen op de gebreken in zijn handelen, is in zo'n geval op zijn plaats.

55

Tijdens het algemeen overleg van 19 maart jl. (Kamerstuk 31 036, nr. 3) over de evaluatie van de euthanasiewet heeft de SGP-fractie de aandacht van de minister van Justitie gevraagd voor het gegeven dat het Openbaar Ministerie zeer veel coulance toont en dat ook diverse commissieleden van de toetsingscommissies zich daarover verbazen. De minister heeft toen toegezegd dat hij hierover in gesprek wilde gaan met het OM. Heeft dit gesprek intussen plaatsgevonden en zo ja, welke toezeggingen zijn er door het OM gedaan om kritischer te toetsen nadat het oordeel onzorgvuldig is gegeven bij het niet-naleven van inhoudelijke zorgvuldigheidseisen?

Naar aanleiding van de inbreng van de heer Van der Vlies tijdens het AO op 19 maart heeft de Minister van Justitie toegezegd met de coördinerend voorzitter van de regionale toetsingscommissies te zullen spreken. Op 23 april 2008 jongstleden is door de bewindslieden van VWS, de Minister van Justitie en de coördinerend voorzitter van de toetsingscommissies gesproken over de relatie tussen beoordelingen door toetsingscommissies en het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie. Aan de orde is gekomen dat de vraagstelling van het evaluatierapport te eenzijdig is gericht op de vraag of al dan niet strafvervolging is ingesteld,

waarbij miskend wordt dat ook andere reacties dan strafvervolgning, bijvoorbeeld een sepotgesprek of een gesprek met een Inspecteur, een adequate reactie kan zijn. Buiten kijf staat dat de toetsingscommissies een casus op de merites van de casus zelf beoordelen en zich daarbij niet laten beïnvloeden door verwachtingen omtrent hetgeen het Openbaar Ministerie te zijner tijd zal beslissen.

De Minister van Justitie heeft geen aanleiding gezien het Openbaar Ministerie te verzoeken kritischer te toetsen. Er bestaat, ook gezien de verrichte evaluatie van de Euthanasiewet, geen aanleiding te veronderstellen dat het Openbaar Ministerie onvoldoende kritisch zou toetsen.

56

Wat moet er gebeuren voordat de Inspectie niet alleen een gesprek aangaat, maar wel echt maatregelen neemt nadat een melding als onzorgvuldig is beoordeeld? Zou intussen niet voor iedere arts duidelijk moeten zijn welke regels er gelden rond euthanasie? Hoe heeft de Inspectie gereageerd op casus 12?

De werkwijze van de Inspectie is aldus dat in ieder geval een gesprek plaatsheeft met een beroepsbeoefenaar die naar het oordeel van de commissie in zijn beroepsuitoefening niet behoorlijk heeft gehandeld (oordeel onzorgvuldig). In het gesprek worden de feiten van de casus door de inspecteur nogmaals onderzocht en wordt bezien of de beroepsbeoefenaar inzicht toont ten aanzien van zijn handelen. Dit is een gebruikelijk onderdeel van het inspectieonderzoek.

Indien sprake is van een situatie die voor de veiligheid van patiënten of de gezondheidszorg een ernstige bedreiging kan betekenen neemt de Inspectie uiteraard direct maatregelen om die bedreiging weg te nemen. Dit kan bijvoorbeeld door het geven van een bevel.

Indien sprake is van structureel of zeer ernstig disfunctioneren van een beroepsbeoefenaar kan de Inspectie een tuchtklacht indienen, waarmee de wijze van beroepsuitoefening van de beroepsbeoefenaar ter toetsing wordt voorgelegd aan de tuchtrechter.

In de genoemde casus hebben gesprekken plaatsgehadt van de inspecteur met de betrokken artsen. De casuïstiek is uitgebreid in die gesprekken aan de orde geweest. In de gesprekken hebben beide beroepsbeoefenaren aangegeven in te zien dat de consultatie niet is verlopen zoals deze had moeten verlopen, namelijk door een onafhankelijk en deskundig arts. Naar het oordeel van de Inspectie tonen de beide beroepsbeoefenaren voldoende inzicht in hun handelen dat het inzetten van handhavingsmaatregelen op dit moment niet wenselijk is. Van inspectiezijde is wel uitdrukkelijk aangegeven dat gedragingen ten aanzien van euthanasie van de beide artsen zullen worden gevolgd en dat indien wederom een melding zal worden gedaan in dit kader (herhaling van gedrag) dit naar de mening van de Inspectie waarschijnlijk zal leiden tot indiening van een tuchtklacht tegen de betrokken beroepsbeoefenaar.

57

Vindt de staatssecretaris het acceptabel dat er geen vervolging wordt ingesteld, terwijl duidelijk is dat de in deze casus genoemde artsen niet van plan zijn om zich aan de geldende regels te houden?

Het is niet aan mij om te oordelen over individuele casuïstiek. Het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de gezondheidszorg beoordelen of vervolgstappen ten aanzien van de arts moeten worden ondernomen.