

2009D33757

31 700 XVI

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

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld ... 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 29 mei 2009 inzake het jaarverslag 2008 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (31 700 XVI, nr. 153).

De op 1 juli 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van ... 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**II. Reactie van de staatssecretaris****I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Jaarverslag 2008 van de Regionale toetsingscommissies euthanasie. Het verslag geeft een goed overzicht van de uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Het verheugt genoemde leden te vernemen dat er geen aanwijzingen zijn dat de wet niet zorgvuldig wordt uitgevoerd. Deze leden hebben over het verslag nog de volgende vragen en opmerkingen.

Voor deze leden is een evaluatie van de stijgende trend die de afgelopen jaren zichtbaar is, heel belangrijk. Zij ondersteunen dan ook de door de toetsingscommissies geuite wens tot herhaling van het onderzoek dat recent voor het eerst naar dit fenomeen is verricht. Komt dat nieuwe onderzoek er?

Genoemde leden vragen bezorgd of de verschillen en mogelijkheden van palliatieve sedatie t.o.v. euthanasie wel voldoende duidelijk zijn voor patiënten die euthanasie overwegen. Wordt die informatie door de betrokken hulpverleners eenduidig overgedragen?

De zorgvuldigheid bij het uitvoeren van euthanasie of hulp bij zelfdoding is vooral ook belangrijk bij wilsonbekwame mensen. Bij psychiatrische problematiek is daarvan soms sprake of is het niet duidelijk of daar sprake van is. Veelal wordt in dit soort gevallen aan de uiterste zorgvuldigheid invulling gegeven door, naast de consultatie van een onafhankelijke arts, het advies van een psychiater te vragen. Wordt in de opleiding van artsen aan dit aspect voldoende aandacht geschonken?

Dezelfde vraag geldt voor euthanasie bij demente mensen, die in een ver gevorderd stadium altijd wilsonbekwaam worden. Wordt de wenselijkheid van consultatie van een andere arts dan de verplichte onafhankelijke deskundige in de opleiding wel voldoende benadrukt?

De leden van de CDA-fractie achten het van groot belang dat alle alternatieven worden overwogen en dat alternatieven die kansen bieden, worden benut. Hoe moeten zij waarderen dat in casus 3 een alternatief terzijde wordt geschoven waarvan «niet al teveel verwacht» mocht worden?

Er is onduidelijkheid over de «houdbaarheid» van het consultatieverslag, zeker als er ten tijde van de consultatie nog slechts sprake is van «invoelbaar ondragelijk lijden op korte termijn». Vraagt de intentie van de Wet niet om een consultatie in de situatie dat de euthanasie op korte termijn is gepand en moet in geval van twijfel daarom het consult niet worden herhaald?

Er is onduidelijkheid over het punt van de onafhankelijke consultatie, reden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om het voornemen te uiten om dit aspect onder de aandacht van de SCEN-artsen te willen brengen?

In de twee gevallen dat de euthanaserend arts een te lage dosering coma inducerend middel gebruikte, deed hij/zij dat op advies van een apotheker. Wat wordt er gedaan aan het informeren van apothekers over dit onderwerp?

Hoe beoordeelt de staatssecretaris het feit dat in casus 14 het ziekenhuis voor het verrichten van een euthanasie een eigen protocol had, dat geheel verschilde van het standaard protocol?

Verschillende malen wordt niet duidelijk wat het Openbaar Ministerie (OM) en de IGZ hebben gedaan met de meldingen van zaken die niet

conform de zorgvuldigheidseisen waren. Wie bewaakt het vervolg van een melding bij deze twee gremia?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Wederom zijn het aantal meldingen van euthanasie met 10% gestegen. De stijging wordt met name geweten aan een betere scheiding tussen palliatieve sedatie en euthanasie. De toetsingscommissie acht het aannemelijk dat tevens meer gebruik wordt gemaakt van reguliere euthanatica. Dit zijn echter aannames die de commissie graag getoetst ziet worden in een landelijk evaluatieonderzoek. Deze leden kunnen dat verzoek begrijpen en willen van de staatssecretaris weten hoe zij denkt over een volgend evaluatieonderzoek. Mocht de staatssecretaris een evaluatie overwegen wanneer wordt deze dan gehouden?

Genoemde leden willen aandacht vragen voor de rol van de artsen en psychiaters die in de praktijk te maken hebben met de uitvoering van euthanasie. Zij zijn de betrokkenen die tegen dilemma's en knelpunten aanlopen. Welke knelpunten en dilemma's komen artsen in de behandelkamer tegen als zij met patiënten spreken die een doodswens hebben? Welke knelpunten en dilemma's komen artsen tegen als zij uiteindelijk overgaan tot het uitvoeren van euthanasie? Deelt de staatssecretaris de mening dat artsen en psychiaters vanuit de praktijk voor een groot deel de discussie rond euthanasie en het beleid dienaangaande moeten bepalen? Zo ja, wordt dan de mening en de problemen die deze artsen constateren meegenomen in het vormgeven van het beleid? Krijgen de artsen een prominente rol bij het evaluatieonderzoek, als de staatssecretaris besluit om het onderzoek te laten uitvoeren?

Terecht wijst de commissie op de criteria die ten grondslag liggen aan besluit tot euthanasie. Het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De commissie wijst op het feit dat het moeilijk is om het criteria «ondraaglijkheid» vast te stellen. De commissie probeert uit de meldingen enkele subcriteria van «ondraaglijk lijden» te filteren zoals pijn, misselijkheid of uitputting, ontluisteringen en verlies van waardigheid. Het waardigheids criterium zou in belangrijke mate moeten meewegen bij de beoordeling van de doodswens van een patiënt die lijdt aan beginnend dementie of een chronisch psychische stoornis. Deelt de staatssecretaris de mening dat het criterium waardigheid meer gewicht moet krijgen?

Een van de voorwaarden om toe te stemmen in euthanasie is de wilsbekwaamheid. Bij somatisch lijdende patiënten zal deze voorwaarde eenvoudiger vastgesteld kunnen worden. Dit wordt echter moeilijker als je te maken hebt met dementerende patiënten die niet meer willen leven of psychiatrische patiënten. Is het voor de SCEN-artsen, maar ook de behandelende artsen voldoende duidelijk hoe bij deze groep patiënten de wilsbekwaamheid moet worden bepaald? Hoe wordt omgegaan met het «grijze gebied» waarin een dementerende patiënt zich op een gegeven moment kan bevinden. Zal bij deze patiënten het criterium «waardigheid van het leven» vooropstaan bij de beoordeling of overgegaan mag worden tot euthanasie, dat is immers een belangrijk aspect voor dementerenden om te besluiten dat het leven niet meer zinvol is? Bij een andere groep patiënten, de comapatiënten, is het bepalen van de wil om te sterven nog moeilijker aan te geven. Hoe denkt de staatssecretaris over euthanasie bij deze patiënten? Hoe gaat de praktijk daarmee om? Als patiënten, toen zij nog wilsbekwaam waren, hebben aangegeven niet in een comateuze toestand te willen verkeren, toch in coma raken, mag je er dan vanuit gaan dat zijn hun wil hebben bepaald en dat euthanasie uitgevoerd kan worden? Kan je deze toestand vergelijken met een dementerende die in een eerdere fase van de ziekte al heeft aangegeven het ondraaglijk te vinden dat de dementie hun waardigheid aantast?

Hoe wordt in de praktijk omgegaan met het criterium ondraaglijk lijden?

Heeft de staatssecretaris gesprekken met het veld (artsen en patiënten) om actuele dilemma's en onderwerpen te bespreken om zo de discussie te bevorderen en de ontwikkeling van het euthanasiebeleid vanuit het veld te ontwikkelen?

De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele korte algemene vragen. Zij hebben begrepen dat de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) bezig is met een onderzoek naar waardigheid van het leven. Heeft de staatssecretaris inzicht in de voortgang van dat onderzoek? Zo ja, wat is de stand van zaken? Deze leden kunnen zich voorstellen dat het voor artsen die de euthanasiehandelingen verrichten dit als vrij zwaar wordt ervaren. Klopt deze gedachte? Krijgen euthanasieartsen een vorm van nazorg aangeboden? Zo nee, wordt dit niet noodzakelijk gevonden door de artsen? Hoe gaat de praktijk om met de familie van patiënten met een euthanasiewens en spelen zij een rol bij de beslissing?

Op Kamervragen van het lid Gill'ard over verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij de euthanasiepraktijk heeft de staatssecretaris geantwoord geen aanvullende rol te zien weggelegd voor gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgenden. Wel kunnen verpleegkundigen en verzorgenden een voorlichtende rol krijgen. Heeft de staatssecretaris met de beroepsgroep overleg gehad over het probleem dat in de vragen aan de orde is gesteld?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie spreken wederom hun waardering uit voor het zorgvuldige verslag van de toetsingscommissies. De commissies constateren net als in 2007 een stijging van het aantal meldingen met 10 procent. Deze leden vinden het dan ook zeer terecht dat de commissies hier onderzoek naar hebben laten uitvoeren. De onderzoekster heeft twee aannemelijke verklaringen maar zekerheid daarover is er niet. Deze leden zijn daarom met de commissies van mening dat een herhaling van het landelijk evaluatieonderzoek gewenst is. De staatssecretaris heeft eerder te kennen gegeven hiermee te willen wachten tot het brede onderzoek naar de kennis van professionals en burgers over medische beslissingen rond het levenseinde is afgerond. Kan de staatssecretaris zeggen wanneer dat betreffende onderzoek is afgerond en met het evaluatieonderzoek gestart kan worden?

Naar aanleiding van hoofdstuk I merken deze leden op dat de commissie wederom spreekt over het gebruik van niet eerste keuze middelen. De staatssecretaris zou voorlichting over medicatie meenemen in de besprekingen met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Welke concrete activiteiten zijn hieruit voortgekomen? Is het in 2008 vaker voorgekomen dat is afgeweken van eerste keuze middelen, al dan niet gemotiveerd?

Naar aanleiding van hoofdstuk 2 merken deze leden op dat de staatssecretaris in gesprek was met de KNMG over de wijze waarop de voorlichting aan artsen kan worden verbeterd ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen. Wat is hier concreet uitgekomen?

De commissie ontving twee meldingen van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische problematiek. Kunt een overzicht worden gegeven van deze meldingen over de afgelopen jaren?

In 2007 waren er drie meldingen van levensbeëindiging bij patiënten die lijden aan een dementieel syndroom, hoeveel waren dat er in 2008?

Genoemde leden zijn het eens met de commissie dat het in deze gevallen raadzaam is een of meer deskundigen te raadplegen en dat dit uiterst zorgvuldige besluitvorming door de arts vraagt. Deze leden kunnen zich ook voorstellen dat uitvoering van levensbeëindiging bij patiënten met dementie in een relatief vroeg stadium voor artsen niet gemakkelijk is. Wat is de mening van de staatssecretaris hierover en heeft zij de KNMG al eens naar haar ervaringen of mening hierover gevraagd?

De verschijnselen van dementie zijn progressief maar verschilt de snelheid waarin deze progressiviteit zich voordoet?. Zo ja, op welke wijze wordt dat betrokken bij de besluitvorming? Deze leden vragen of de staatssecretaris en de commissies net als in het verslag 2007 van mening zijn dat dergelijke verzoeken met grote terughoudendheid tegemoet worden getreden (zonder dat het verzoek bij voorbaat wordt afgewezen). Zo ja, op welke wijze is hierover met de artsen eventueel via de KNMG gecommuniceerd?

Genoemde leden blijven kritisch over de wilsverklaring en de duidelijkheid over beperkingen daarvan. Is het bestaande foldermateriaal uit 2002 inmiddels geactualiseerd? Op welke wijze is aan de artsen voorlichting gegeven over de beperkingen van de wilsverklaring?

De leden van de SP-fractie waarderen het dat in het verslag nog eens wordt ingegaan op bijzondere situaties zoals dementie, psychiatrische ziekte of stoornis, coma en palliatieve sedatie. Hoeveel meldingen levensbeëindiging bij coma zijn er geweest en voldeden deze allen aan de zorgvuldigheidseisen? Zij begrijpen het dilemma waarin een arts komt indien een patiënt in coma raakt en er al een toezegging door de arts is gedaan. Het advies aan artsen om geen ongeclausuleerde toezeggingen te doen, zou met de KNMG worden besproken. Welke concrete activiteiten zijn hieruit voortgekomen?

Wat betreft palliatieve sedatie merken deze leden op dat een betere afbakening mede door de KNMG-richtlijn mogelijk in mindere mate palliatieve sedatie als alternatief voor euthanasie wordt toegepast. Dit zou een van de aannemelijke verklaringen zijn voor de toename van het aantal meldingen. Dat is dan een positieve ontwikkeling.

Voorts stellen deze leden vast dat net als voor 2007 een aantal voorbeelden worden gegeven van onzorgvuldigheid wat betreft onafhankelijkheid van de consulent en het niet opnieuw raadplegen van een consulent ofwel de beperkte «houdbaarheid» van een consultatieverslag. Zijn de artsen hierover inmiddels beter geïnformeerd?

In de beantwoording vorig jaar meldde de staatssecretaris dat er inmiddels 682 opgeleide SCEN-artsen waren (537 huisartsen, 89 medisch specialisten en 56 verpleeghuisartsen) en 71 ziekenhuizen die deelname aan het SCEN-programma. Het streven van de KNMG en het ministerie was om begin 2009 alle ziekenhuizen te laten participeren in een SCEN-programma, hoe staat dat er voor?

De leden van de vragen indien er familieleden zijn die oprecht van mening zijn dat er een arts onzorgvuldig heeft gehandeld, waar zij dat kunnen melden en hoe hiermee wordt omgegaan. Naar aanleiding van hoofdstuk 3 merken de leden van de SP-fractie op dat in 2008 10 maal is geoordeeld dat de arts niet in overeenstemming met de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Is er in een of enkele van deze gevallen overgegaan tot strafvervolging of tot actie van de IGZ?

Tot slot willen deze leden graag weten hoe de leden van de toetsingscommissies worden aangezocht en benoemd? In hoeverre is er bemoeienis van het ministerie van VWS of Justitie en is deze bemoeienis de afgelopen jaren gewijzigd?

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris waarin zij mede namens de minister van Justitie bovengenoemd jaarverslag aan de Kamer aanbiedt. In 2008 is het aantal meldingen opnieuw met 10% gestegen. Na onderzoek concluderen de commissies dat door een betere afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie door de KNMG-richtlijn in mindere mate dan voorheen palliatieve sedatie als alternatief voor euthanasie wordt toegepast. In een eerder jaarverslag meldden de commissies juist het tegenovergestelde gedrag, namelijk dat zij vermoedden dat er steeds

vaker gekozen werd voor de weg van de palliatieve sedatie. Waarom is de commissie er nu zo zeker van dat de groei van 10% niet is te verklaren naast, ook vaak toegepaste, palliatieve sedatie. Zijn er voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar over palliatieve sedatie om deze conclusie te kunnen trekken? Sinds wanneer precies wordt de richtlijn van de KNMG over palliatieve sedatie en euthanasie toegepast? Veruit de meeste gevallen van euthanasie betreffen mensen met kanker. In slechts 114 gevallen ging het om mensen die een combinatie van aandoeningen hadden. Het maatschappelijk debat concentreert zich vaak juist op deze combinatiegevallen. Deelt de staatssecretaris de mening dat juist in de combinatiegevallen er voor artsen nog veel onduidelijkheid is? Kunt de staatssecretaris toezeggen dat in het volgende jaarverslag er expliciet aandacht aan deze gevallen besteed zal worden in de vorm van casussen? Bent u bereid om de KNMG opdracht te geven om te onderzoeken of het mogelijk is middels een richtlijn helderheid te verschaffen over welke factoren op welke wijze gewogen dienen te worden wanneer het een combinatieverzoek betreft? Kan in dat verzoek ook meegenomen worden of de waardigheid van het bestaan als zodanig een afwegingsfactor kan zijn? Welke andere middelen staan tot uw beschikking om het gesprek onder medici en onder de bevolking te ondersteunen om met een meer open blik te kijken naar de invulling van de termen «uitzichtloos en ondraaglijk lijden»? Deelt de staatssecretaris de mening dat in de uitgewerkte casussen 1 tot en met 4 veel handvatten zitten om de door ons gevraagde discussie te ondersteunen? In het jaarverslag wordt aangegeven dat in twee gevallen er sprake was van hulp bij zelfdoding bij patiënten met psychiatrische problematiek. In hoeveel gevallen is hulp bij zelfdoding gemeld bij mensen die lijden aan dementie? In hoeveel gevallen betrof het euthanasie bij mensen die in coma lagen? Is het mogelijk om voortaan in ieder jaarverslag deze uitgesplitste gegevens standaard mee te nemen?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Jaarverslag 2008 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Het jaarverslag vormt voor deze leden aanleiding tot het stellen van de volgende vragen.

Deelt de staatssecretaris de mening van de commissies dat het landelijk evaluatieonderzoek moet worden herhaald om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de stijging van het aantal meldingen van euthanasie? Zo ja, bent u bereid op korte termijn hiertoe opdracht te geven?

In het verslag worden een aantal casussen beschreven, waarbij er vanwege tekortkomingen in het consultatieproces niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Welke conclusies verbindt u hieraan? Zijn artsen voldoende op de hoogte van de regels met betrekking tot consultatie of ziet u hierin aanleiding om maatregelen te nemen om de bekendheid van artsen met deze regelgeving te vergroten?

Hoe verklaart de staatssecretaris de ongelijke spreiding van het aantal meldingen over het land, waarbij de regio's Groningen, Friesland, Drenthe, Noord-Brabant en Limburg het aantal euthanasiemeldingen met 20 procent zagen stijgen, terwijl in Zuid-Holland en Zeeland juist sprake was van een kleine afname van het aantal meldingen?

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de verslaglegging door de regionale toetsingscommissies euthanasie. Zoals uit het jaarverslag 2008 blijkt, is het aantal meldingen gestegen, maar is ook geconstateerd dat er vaker een oordeel »onzorgvuldig» is

gegeven. Deze leden vernemen graag van de staatssecretaris wat het oordeel is over beide gegevens.

In het voorwoord is te lezen dat de commissies aanbevelen een nieuw evaluatieonderzoek te houden. De staatssecretaris van plan om inderdaad een herhaling van de evaluatie te houden? Wanneer zal dat onderzoek plaatsvinden?

Genoemde leden constateren dat meer dan andere jaren het oordeel onzorgvuldig is gegeven, zonder dat dit heeft geleid tot maatregelen. Zij vragen of artsen intussen niet op de hoogte kunnen zijn van alle voorwaarden die gelden voor het toepassen van euthanasie, zodat voorwaarden als het raadplegen van een tweede consultant strenger beoordeeld moeten gaan worden. Wat is het oordeel van de staatssecretaris hierover?

Opnieuw is er sprake van euthanasie in geval van psychiatrische problematiek, zonder dat het oordeel onzorgvuldig wordt gegeven. Is er op dit terrein naar het oordeel van de staatssecretaris een langzame gewenning te zien? Wat is naar het oordeel van de staatssecretaris in dit verband de bedoeling van het besluit van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie enkele maanden geleden om de richtlijn hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten openbaar te maken? Wordt daarmee de drempel voor een hulpvraag bij psychiatrische problematiek niet gemakkelijker gemaakt?

Tevens is te zien dat euthanasie bij beginnende dementie vaker wordt toegestaan. Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Hoe wordt voorkomen dat er een glijdende schaal ontstaat waarbij ook euthanasie bij verdergaande vormen van dementie wordt geaccepteerd?

Zorgt het voorbeeld van casus 1 waarin sprake is van de dreiging van een steeds verdergaande geestelijke achteruitgang en toenemende onafhankelijkheid niet voor een erg subjectieve benadering? Immers, wanneer een patiënt eerder in zijn leven minder zelfstandig functioneerde, betekent dat hij in dezelfde omstandigheden minder snel euthanasie zal kunnen krijgen. Is de staatssecretaris bereid deze grens te objectiveren, waarbij het niet langer zelfstandig kunnen functioneren niet langer als grond geaccepteerd wordt?

Ook in de vragenbeantwoording vorig jaar kwam de belofte aan een patiënt die later in coma ligt aan de orde. Toen is gezegd dat de commissies artsen adviseren om geen ongeclausuleerde toezeggingen te doen. Wat is er in het afgelopen jaar concreet gedaan om dit onder de aandacht van de artsen te brengen? Welke maatregelen worden op dit punt overwogen?

Genoemde leden vinden het opvallend dat bij casus 5 tot en met 10 sprake is van een onvoorwaardelijk sepot door het OM en een gesprek bij de IGZ zonder nadere maatregelen. Betreft het bij deze voorbeelden steeds een andere arts of gaat het (gedeeltelijk) om handelen van één arts? Betekent dit in de praktijk dat artsen ervan uit kunnen gaan dat zij niet zo nauwkeurig om dienen te gaan met een tweede consult? Waarom zijn er geen voorwaarden gesteld, zodat de arts zich ervan bewust is dat een (nieuwe en) onafhankelijke tweede consultatie nodig is? Wordt hier in de toekomst kritischer mee omgegaan door het OM en door de IGZ?

In de antwoorden op vragen van de SGP-fractie over het Jaarverslag 2007 is gesteld dat onafhankelijkheid van de consultant een terugkerend thema is.¹ Dat blijkt ook in 2008 weer het geval. Wat is er precies voortgekomen uit het gesprek met de KNMG over de voorlichting aan artsen? Welke maatregelen zijn genomen om op dit punt verbetering te krijgen?

Meer in het algemeen is het opvallend dat er door het OM niet zichtbaar kritisch naar onzorgvuldig handelen door artsen wordt gekeken. Deze leden zouden graag toegelicht zien hoe het OM hierbij te werk gaat. Welke criteria worden gehanteerd om al dan niet tot een (on)voorwaardelijk sepot te komen? Zoals in de beantwoording van vragen van deze fractie vorig jaar is weergegeven ligt in beginsel strafrechtelijke vervolging in de

¹ 31 700 XVI, nr. 88, blz. 22.

rede, ook als niet voldaan is aan de eisen voor consultatie. Is er in de genoemde gevallen wel sprake geweest van een gerechtelijk vooronderzoek of een opsporingsonderzoek, waarvan vorig jaar werd gesteld dat dit in de rede ligt?¹ Wordt er door de IGZ gekeken naar het gegeven of een arts voor het eerst onzorgvuldig handelt of dat er al vaker vergelijkbare fouten zijn gemaakt bij het beoordelen van een euthanasieverzoek? Hoe wordt die factor meegewogen?

Bij diverse voorbeelden is te zien dat apothekers informatie verschaffen die op gespannen voet staat met de richtlijnen en dat artsen hiernaar handelen. Genoemde leden vragen in hoeverre dit voor de staatssecretaris aanleiding is om op dit punt verduidelijking in de regels aan te brengen.

II. Reactie van de staatssecretaris

¹ 31 700 XVI, nr. 88, blz. 23.