

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 114

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 januari 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording 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 (Kamerstuk 31 700 XVI, nr. 153).

De op 1 juli 2009 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 21 januari 2010 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), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Van Miltenburg (VVD), Smeets (PvdA), voorzitter, Schippers (VVD), Timmer (PvdA), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Schermers (CDA), Wolbert (PvdA), Bouwmeester (PvdA), Van Gerven (SP), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Leijten (SP), Agema (PVV), Van der Veen (PvdA), Wiegman-van Meppelen Schepink (CU), Sap (GL), De Roos-Consemulder (SP) en Harbers (VVD).

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

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.

1

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?

In 2010 zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) opnieuw worden geëvalueerd.

2

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?

Er zijn hierover geen exacte gegevens bekend. Wel toont onderzoek van Hasselaar et al. (2009)¹ aan dat artsen in toenemende mate de richtlijn palliatieve sedatie kennen en deze volgen. Ook blijkt dikwijls uit de verslaglegging bij meldingen dat er is gesproken over palliatieve sedatie en dat er een zorgvuldige en correcte uitleg heeft plaatsgevonden. Dit is een indicatie dat er eenduidig wordt gecommuniceerd over palliatieve sedatie ten opzichte van euthanasie. Er zijn diverse activiteiten gaande om de richtlijn palliatieve sedatie te implementeren. De vereniging van integrale kankercentra (VIKC) en de KNMG zullen met partijen in de palliatieve zorg een verdere impuls hieraan geven.

3

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?

Ik acht het van belang dat zowel in de initiële opleiding als in bij- en nascholing aandacht wordt besteed aan zorgvuldig handelen rondom het levenseinde. In de initiële opleiding tot arts wordt ook aandacht besteed aan wet- en regelgeving. In hoeverre specifiek wordt ingegaan op de verplichte onafhankelijke consultatie bij een verzoek om levensbeëindiging is mij niet bekend. In algemene zin zijn de opleidingsvereisten een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Ook zijn beroepsgroepen verantwoordelijk voor professionalisering en nascholing.

¹ Hasselaar, J.G. et al. (2009), Changed Patterns in Dutch Palliative Sedation Practices After the Introduction of a National Guideline, Arch Intern Med. 2009;169(5):430-437

4

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?

In algemene zin bespreekt een arts met de patiënt de situatie waarin hij of zij zich bevindt en diens vooruitzichten. Daarbij komen eventuele behandel mogelijkheden ook aan bod. Leidraad is of er nog mogelijkheden met een reëel perspectief bestaan. Er moet uitzicht op verbetering zijn binnen een afzienbare termijn met een redelijke verhouding tussen de belasting voor patiënt en het te verwachten resultaat. Het medisch-professionele oordeel van de arts is daarbij maatgevend.

In casu ging het om een derde behandeling van een patiënt met Elektro Convulsie Therapie. Na de eerste behandeling waren de klachten van de patiënt echter al na twee maanden teruggekeerd en de tweede behandeling was vrijwel geheel niet effectief gebleken.

5

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

Als een consulent heeft geconcludeerd dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en de uitvoering van het verzoek vindt niet op een redelijk korte termijn plaats, dan is sprake van een nieuwe situatie, die mede in het licht van de eerdere consultatie opnieuw zal moeten worden beoordeeld.

In de praktijk worstelt de consulent vaak met het volgende dilemma: hij ziet een patiënt die in zijn ogen ondraaglijk lijdt maar die patiënt zegt zelf dat het lijden voor hem of haar nog niet helemaal ondraaglijk is maar dat wel op korte termijn zal worden. De toetsingscommissies vinden het in zo'n geval vaak niet nodig dat de consulent de patiënt opnieuw bezoekt. Ze vinden het wel wenselijk als de arts vlak voor de uitvoering van de levensbeëindiging hierover nog telefonisch contact opneemt met de consulent en de consulent nog een verslag maakt van dit telefoongesprek voor de toetsingscommissies.

6

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

Het heeft sterk de voorkeur dat artsen bij een verzoek om euthanasie voor onafhankelijke consultatie een SCEN-arts inschakelen. De IGZ heeft toegezegd dit vraagstuk te zullen bespreken met KNMG/SCEN.

7

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?

De KNMG heeft alle artsen via Medisch Contact gewezen op belang van het hanteren van de KNMP Standaard Euthanatica en de verantwoordelijkheid die de behandelend arts heeft. Ook de SCEN-artsen zijn per nieuwsbrief hierop gewezen en verzocht dit mee te nemen in hun overleg met de

behandelend arts. De beroepsorganisatie van apothekers KNMP heeft zijn leden via de website nogmaals geattendeerd op de Standaard. De KNMP is verder voornemens om de Standaard uit te breiden met extra toelichting.

8

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 standaardprotocol?

Ik vind het niet wenselijk dat een ziekenhuisapothek afwijkt van de voorgeschreven middelen van de KNMP Standaard Euthanatica. Deze casus onderstreept het belang dat de KNMG en de KNMP zich blijven inzetten voor voorlichting aan artsen en apothekers ten aanzien van euthanatica.

9

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?

Ten tijde van de publicatie van het jaarverslag was het oordeel van het Openbaar Ministerie noch het oordeel van de IGZ ten aanzien van casus 11 tot en met 14 bekend. Inmiddels is duidelijk dat het Openbaar Ministerie in geen van deze gevallen is overgegaan tot strafvervolgning. In drie zaken is besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. In één zaak is de besluitvorming nog niet afgerond. In deze vier zaken heeft de IGZ gesprekken met de arts gevoerd. Naar aanleiding van deze gesprekken kwamen de inspecteurs tot de conclusie dat de arts inzicht had getoond waar hij of zij niet de nodige zorgvuldigheid in acht had genomen en dat de arts lering had getrokken uit de gebeurtenis. Er was geen aanleiding voor nadere maatregelen.

Wanneer de commissie oordeelt dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt het oordeel naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezonden. Beide instanties beslissen op grond van hun eigen taak en verantwoordelijkheid of na het eindoordeel van de commissie nadere stappen moeten volgen. Beide instanties bewaken zelf het proces en informeren de commissies als de zaak is afgehandeld over de afloop van de zaak. In vervolg zal standaard in het jaarverslag worden vermeld wat het oordeel van het Openbaar Ministerie, respectievelijk de IGZ, was over casus waarvan dit ten tijde van de publicatie van het voorgaande jaarverslag nog niet bekend was.

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.

10

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?

In 2010 zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) opnieuw worden geëvalueerd. Daarbij zal aandacht worden besteed aan onder meer de verhouding tussen palliatieve sedatie en euthanasie.

11

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?

In de praktijk kunnen artsen en psychiaters, en ook verpleegkundigen, tegen diverse dilemma's en knelpunten aanlopen, zowel bij de besluitvorming als bij de uitvoering. Om meer zicht te krijgen op de aard van deze dilemma's en knelpunten heb ik ZonMw opdracht gegeven een onderzoek te doen. Ik verwacht eind 2010 de uitkomsten van het onderzoek te mogen vernemen.

12

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?

Ik vind het belangrijk dat het maatschappelijk debat ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding plaatsvindt. Er moet voor een ieder de ruimte bestaan om hieraan deel te nemen. Ik acht het daarbij zeker van belang dat artsen en psychiaters daarin participeren. Het zijn immers artsen en psychiaters die in de praktijk worden geconfronteerd met verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hun attitude ten opzichte van deze materie is van invloed op de wijze waarop de praktijk zich ontwikkelt.

Het wettelijk kader is bepalend voor het beleid ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In 2007 bleek uit de evaluatie van de wet dat deze adequaat werkt.

Het beleid richt zich onder meer op verbetering van voorlichting. Om de wijze van voorlichting te verbeteren en meer zicht te krijgen op de dilemma's en knelpunten waar artsen mee geconfronteerd worden, heb ik ZonMw opdracht gegeven hiernaar onderzoek te verrichten.

13

Krijgen de artsen een prominente rol bij het evaluatieonderzoek, als de staatssecretaris besluit om het onderzoek te laten uitvoeren?

In 2010 zal opnieuw een evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding plaatsvinden. Vanzelfsprekend zullen artsen een belangrijke rol bij het evaluatieonderzoek hebben. Ik vind het van belang om aandacht te besteden aan de dilemma's en problemen waarmee artsen in hun beroepspraktijk te maken krijgen. Daarom heb ik dit ook expliciet onderwerp gemaakt van het lopende onderzoek bij ZonMw naar de kennis van professionals en burgers over euthanasie en palliatieve sedatie.

14

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?

Het verlies van waardigheid kan voor een patiënt mede de ondraaglijkheid van het lijden bepalen. De toetsingscommissies beoordelen een melding aan de hand van de wettelijk vastgelegde criteria. Waardigheid of het verlies ervan is geen wettelijk criterium. Ik verwacht van de commissies dat zij elke melding individueel beoordelen. Daarbij kan niet bij voorbaat meer of minder gewicht worden toegekend aan aspecten van die melding.

15

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?

Een patiënt is wilsbekwaam, tenzij daar twijfels over ontstaan of bestaan. Dit vergt dan in ieder geval nadere explicitering. Hierbij gaat het erom te bepalen of de patiënt in staat blijkt de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt en de consequenties van het verzoek te overzien en te begrijpen. De kernvraag die moet worden beantwoord is of de patiënt voldoende beslisvaardig wordt geacht. Artsen zijn in het algemeen goed in staat door middel van één of meer gesprekken te kunnen bepalen of een patiënt inzicht heeft en houdt in zijn situatie en de gevolgen van het verzoek kan blijven overzien. Zo nodig worden meerdere consultaties uitgevoerd. Bij psychiatrische patiënten vindt altijd een tweede consultatie plaats door een psychiater en wordt het aspect van wilsbekwaamheid zeker getoetst.

16

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 de beoordeling of overgegaan kan worden tot euthanasie bij dementerende patiënten zal – net als bij ieder ander verzoek om euthanasie – nagegaan worden of er in dit specifieke geval sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van een ondraaglijk lijden. Het verlies van waardigheid kan mede de ondraaglijkheid van het lijden bepalen. Om de wilsbekwaamheid te beoordelen is het raadzaam één of meer deskundigen te raadplegen naast de arts die als onafhankelijke consulent wordt geraadpleegd. De ondraaglijkheid van het lijden bestaat bij een dementerende veelal uit de beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van zijn persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in het besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en op den duur zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf.

17

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?

Algemeen wordt aangenomen dat een patiënt in een (diep) comateuze toestand geen lijden ervaart. Levensbeëindiging op verzoek zal dan niet mogen plaatsvinden omdat aan de wettelijke voorwaarde van ondraaglijk lijden niet is voldaan.

Er bestaan echter situaties waarin sprake is van lijden terwijl de patiënt in een staat van verlaagd bewustzijn is. Te denken valt aan lijden door onbehandelbaar (fecaal) braken, pijn (zich uitende in grimassen, kreunen etc.) en dergelijke meer. Indien ook aan alle overige zorgvuldigheidseisen is voldaan, waaronder een vrijwillig en weloverwogen verzoek dat eerder is gedaan, is het denkbaar dat in een dergelijke situatie de levensbeëindiging wordt uitgevoerd. De KNMG is voornemens een richtlijn op te stellen over euthanasie bij verlaagd bewustzijn.

De praktijk blijkt zeer terughoudend om te gaan met levensbeëindiging bij mensen die in een staat van verlaagd bewustzijn verkeren. De toetsingscommissies hebben in de afgelopen jaren slechts enkele malen meldingen hieromtrent ontvangen.

18

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 zij hun wil hebben bepaald en dat euthanasie uitgevoerd kan worden?

Ook bij aanwezigheid van een (actuele) wilsverklaring geldt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria moet worden voldaan. Zie verder mijn antwoord op vraag 17.

19

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?

In alle gevallen geldt dat een verzoek om levensbeëindiging alleen kan worden ingewilligd als aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het ondraaglijk lijden bij dementiepatiënten wordt onder andere gevormd door de beleving van de bestaande, zich reeds voltrekkende aftakeling van persoonlijkheid, functies en vaardigheden. Bij dementie in een vergevorderd stadium is deze beleving misschien niet meer aanwezig. Naast de vraag of er sprake is van het ondraaglijk lijden, staat ook de wilsbekwaamheid van patiënt ter discussie. Uit de meldingspraktijk blijkt dat levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt met dementie alleen is uitgevoerd wanneer de patiënt nog kan aangeven waarom hij of zij ondraaglijk lijdt en zelf uitdrukkelijk zijn verzoek kan uiten.

20

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?

Vanzelfsprekend onderhoud ik contacten met artsen, verpleegkundigen en patiënten en hun vertegenwoordiging om actuele thema's en onderwerpen te bespreken. Ik vind het belangrijk dat het maatschappelijk debat

ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding plaatsvindt. De overheid loopt hierbij echter niet voorop. De Euthanasiewet is tot stand gekomen naar aanleiding van een bestaande en maatschappelijk bediscussieerde praktijk.

21

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?

Het onderzoek van de VU gaat niet over de waardigheid van het leven, maar over de persoonlijke waardigheid van mensen in de laatste levensfase. Het doel is een meetinstrument te ontwikkelen dat primair gebruikt zal worden voor wetenschappelijk onderzoek. Onderzoeksvragen zijn onder meer: Wat bepaalt (verwachtingen over) persoonlijke waardigheid in de laatste levensfase? Is het mogelijk om tussen verschillende subgroepen (sexe, leeftijd, religie, persoonlijkheid, gezondheidstoestand, diagnose) verschillen te ontdekken in het belang dat gehecht wordt aan verschillende thema's in het bepalen van waardigheid? Verandert (de verwachting over) persoonlijke waardigheid in de laatste levensfase over tijd? En hoe worden eventuele veranderingen beïnvloed door ervaringen met bijvoorbeeld ziekte en ontvangen zorg?

De verwachting is dat de eerste artikelen eind 2010 of begin 2011 zullen worden gepubliceerd.

22

Deze leden kunnen zich voorstellen dat het voor artsen die de euthanasie-handelingen 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?

Artsen ervaren het verrichten van euthanasie dikwijls als emotioneel zeer ingrijpend, zo blijkt ook uit de meldingsverslagen. De KNMG adviseert artsen die voornemens zijn een euthanasie uit te voeren, om eigen nazorg te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld bij collega's in de praktijk, vakgroep, maatschap of HAGRO. Ook kunnen artsen contact opnemen met een SCEN-arts voor het verkrijgen van steun na de uitvoering (de S van SCEN staat voor steun).

23

Hoe gaat de praktijk om met de familie van patiënten met een euthanasiewens en spelen zij een rol bij de beslissing?

Het vrijwillig en weloverwogen verzoek is een belangrijk zorgvuldigheids-criterium. De arts moet hierbij nagaan of er daadwerkelijk sprake is van een vrijwillig verzoek, dat wil zeggen dat er geen druk op de patiënt, bijvoorbeeld door familie, is uitgeoefend. De beslissing om het verzoek al dan niet in te willigen is uitsluitend aan de behandelend arts.

Vanzelfsprekend heeft de arts wel een rol in het begeleiden van de familie bij het ziekte- en stervensproces.

24

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?

Ja. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de V&VN en de KNMG/SCEN over de rol van verpleegkundigen en verzorgenden bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. In het najaar zal worden gestart met een pilotproject waarbij verpleegkundigen en verzorgenden worden opgeleid om voorlichting te geven aan beroepsgenoten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de kennisinfrastructuur van het huidige SCEN-programma.

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.

25

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?

Het onderzoek naar de kennis van professionals en burgers over medische beslissingen rond het levenseinde is per september 2009 gestart en zal eind 2010 zijn afgerond. De resultaten van dit onderzoek zullen mede als input dienen voor het evaluatieonderzoek, waarvan het sterfgevallenonderzoek bij CBS medio 2010 zal starten.

26

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?

De KNMG heeft alle artsen via Medisch Contact gewezen op belang van het hanteren van de KNMP Standaard Euthanatica en de verantwoordelijkheid die de behandelend arts heeft. De KNMP heeft dit via haar website gecommuniceerd aan de apothekers. Ook de SCEN-artsen zijn per nieuwsbrief hierop gewezen en verzocht dit mee te nemen in hun overleg met de behandelend arts. De KNMG en KNMP zullen in 2010 van de Standaard Euthanatica ook een versie voor artsen opstellen.

Het komt ieder jaar voor dat de commissies enkele meldingen ontvangen waarbij een arts gemotiveerd afwijkt van het advies van de KNMP met betrekking tot toepassing en bereiding van euthanatica. De commissies vragen de arts in een dergelijk geval altijd wat de reden is geweest voor afwijking. Soms blijkt dat artsen niet op de hoogte zijn van het feit dat de Standaard Euthanatica van de KNMP/WINAp van 1998 in 2007 is geactualiseerd. Dit was ook in het huidige verslagjaar het geval. De toetsingscommissies hebben meerdere keren de artsen van deze nieuwe uitgave op de hoogte gesteld.

27

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?

In april 2009 heeft de KNMG samen met de Nederlandse vereniging voor een vrijwillig levenseinde (NVVE) een handvat opgesteld voor artsen aan wie een verzoek om euthanasie wordt gedaan. Dit handvat is via Medisch Contact aan alle artsen verzonden. De KNMG heeft aangegeven met regelmaat aandacht te schenken aan het onderwerp euthanasie, de zorgvuldigheidseisen en onafhankelijke consultatie. Individuele artsen hebben beperkte ervaring met euthanasieverzoeken. Tot de uitvoering wordt gemiddeld genomen eens in de drie jaar overgegaan. Het punt is volgens de KNMG daarom niet zo zeer het verbeteren van voorlichting, maar eerder herhalen en oprispen. De KNMG schenkt ook via de KNMG-districtsbijeenkomsten aandacht aan het programma palliatieve sedatie en de verhouding tot euthanasie. De KNMG organiseert met regelmaat symposia en trainingen, waarbij de aandacht uitgaat naar de zorgvuldigheidseisen. Ook is recentelijk een artikel gepubliceerd in Medisch Contact over misverstanden bij euthanasie.¹

De onafhankelijkheid van de consulent en de houdbaarheid van het consultatie verslag zijn onderwerpen die altijd aan de orde komen in de voorlichting van de RTE's bij de SCEN-opleiding en bij het bezoek van de leden van de RTE's aan de intervisiegroepen van de SCEN in hun regio. Daarnaast zal de evaluatie van SCEN informatie opleveren hoe de bekendheid van de onafhankelijke en deskundige SCEN-arts kan worden verbeterd.

Met de uitkomst van het onderzoek van ZonMw naar de kennis van burgers en professionals kan het voorlichtingsbeleid wellicht nog verder worden verbeterd.

28

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 2008 hebben de commissies twee meldingen behandeld van hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek. Niet eerder zijn er vergelijkbare meldingen beoordeeld door de toetsingscommissies.

29

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

In 2008 hebben de commissies zes meldingen van levensbeëindiging ontvangen bij patiënten die leden aan een dementieel syndroom. Vier daarvan zijn door de commissie in 2008 beoordeeld. Twee meldingen zijn beoordeeld in 2009 en zullen worden vermeld in het jaarverslag 2009.

30

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?

¹ Wijlick EHJ van, Dijk G van. Misverstanden rond euthanasie. Medisch Contact 2009; 36: 1498–1501.

Artsen ervaren het verrichten van euthanasie dikwijls als emotioneel zeer ingrijpend. Artsen kunnen als zij daartoe behoefte hebben bij SCEN terecht voor steun, zo benadrukt ook de KNMG. De KNMG vraagt regelmatig artsen om hun ervaringen op symposia en cursussen te delen met collegae.

31

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?

De progressiviteit van een aandoening verschilt per patiënt. Dit geldt zeker voor dementie. Een arts zal altijd rekening houden met het specifieke verloop van een ziekte bij de patiënt waar het om gaat. Toch laat het verloop zich niet eenvoudig voorspellen. Bij een verzoek om levensbeëindiging bij dementie bestaat altijd de kans dat de ziekte dermate snel vordert dat er van levensbeëindiging geen sprake meer kan zijn doordat niet meer aan alle zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan.

32

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?

Die mening ben ik nog steeds toegedaan. Uit de (meldings)praktijk en literatuur blijkt dat euthanasie bij dementie niet onmogelijk is, maar erg weinig plaatsvindt. Artsen zijn in de praktijk terughoudend als het om patiënten met dementie gaat. Het blijkt niet eenvoudig om vast te stellen of bij patiënten met een (progressief) afnemende cognitiviteit sprake is van wilsbekwaamheid terzake, of de patiënt de consequenties van zijn of haar verzoek overziet en of de patiënt het ondraaglijk lijden werkelijk ervaart. Tevens is het moeilijk om vast te stellen of het verzoek van de patiënt nog steeds geldt in relatie tot actueel en voortschrijdend ondraaglijk lijden.

Naast het jaarverslag is hierover niet specifiek gecommuniceerd. Wel is bekend dat veel SCEN-artsen inhoudelijk kennismaken van het jaarverslag en het besproken wordt in de intervisiegroepen van SCEN-artsen.

33

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?

Het bestaande foldermateriaal uit 2002 is geactualiseerd. Over de beperkingen van de wilsverklaring wordt geen aparte voorlichting gegeven aan artsen. Het onderwerp komt wel expliciet ter sprake bij de voorlichting die door de RTE's wordt gegeven bij de opleiding tot SCEN-consulent en bij het bezoek van de leden van de RTE's aan de diverse intervisiegroepen van SCEN-artsen in hun regio.

34

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?

In 2008 hebben de commissies geen meldingen ontvangen van levensbeëindiging van patiënten die bij de uitvoering (diep) in coma waren. De commissies hebben wel meldingen ontvangen van levensbeëindiging bij patiënten die bij de uitvoering niet meer of in geringere mate aanspreekbaar waren, maar niet in een volledig comateuze toestand verkeerden. In al die gevallen hebben de commissies beslist dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de betrokken patiënt wel ondraaglijk leed, bijvoorbeeld omdat er nog uiterlijke kenmerken waren van ondraaglijk lijden. In deze gevallen gold dat de patiënten tevoren – toen nog geen sprake was van coma – een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek hadden gedaan en dat ook aan de andere zorgvuldigheidseisen werd voldaan. Zie ook mijn antwoord op vraag 17.

35

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?

De KNMG is voornemens een richtlijn op te stellen ten aanzien van euthanasie bij verlaagd bewustzijn. De KNMG zal naar verwachting in de richtlijn ingaan op de voorzichtigheid die betracht moet worden met het doen van beloften en andere ongeclausuleerde toezeggingen.

36

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?

Zie mijn antwoord op vraag 27.

37

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?

Alle ziekenhuizen kunnen gebruikmaken van de SCEN-artsen. Alle regionale SCEN-groepen beschikken over één of meer medisch specialisten die zijn opgeleid tot SCEN-arts en deelnemen aan het SCEN-programma. In totaal 73 ziekenhuizen participeren in het SCEN-programma. Er zijn ook enkele ziekenhuizen die wel beschikken over opgeleide SCEN-artsen, maar die nemen om verschillende redenen niet deel aan het SCEN-programma. Er zijn een tiental ziekenhuizen die overwegen deel te gaan nemen aan het SCEN-programma. Een enkel ziekenhuis geeft aan zelf over de benodigde expertise te beschikken en de onafhankelijkheid te kunnen garanderen. Andere ziekenhuizen stellen dat euthanasie bij hen niet voorkomt, mede omdat patiënten vaak thuis willen sterven.

38

De leden 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.

Als familieleden van oordeel zijn dat een arts strafbare feiten heeft gepleegd, dan kunnen zij daarvan aangifte doen bij de politie. De officier van justitie kan een strafrechtelijk onderzoek instellen.

39

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 strafvervolgning of tot actie van de IGZ?

Het Openbaar Ministerie is in geen van deze gevallen overgegaan tot strafvervolgning. In negen zaken is besloten tot een onvoorwaardelijk sepot. In één zaak is de besluitvorming nog niet afgerond. In deze tien zaken zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gesprekken met de arts gevoerd. Naar aanleiding van deze gesprekken kwamen de inspecteurs tot de conclusie dat de arts inzicht had getoond waar hij of zij niet de nodige zorgvuldigheid in acht had genomen en dat de arts lering had getrokken uit de gebeurtenis. Er was geen aanleiding voor nadere maatregelen.

40

Tot slot willen deze leden graag weten hoe de leden van de toetsingscommissies worden aangezocht en benoemd?

Leden van de toetsingscommissies worden geworven door plaatsing van een advertentie in een of meerdere vakbladen en/of dagbladen. Een selectiecommissie, bestaande uit leden van de toetsingscommissies en de secretaris van de commissie waar de functie vacant is, voert sollicitatiegesprekken met een aantal (voor)geselecteerde kandidaten. De geselecteerde kandidaat wordt ten slotte aan de minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS voorgedragen voor benoeming.

41

In hoeverre is er bemoeienis van het ministerie van VWS of Justitie en is deze bemoeienis de afgelopen jaren gewijzigd?

Het ministerie van Justitie en het ministerie van VWS worden betrokken bij de selectie van de kandidaten waarmee door de selectiecommissie gesprekken worden gevoerd. De betrokkenheid van de departementen vloeit voort uit de wet, aangezien de benoeming door de verantwoordelijke bewindslieden geschiedt. Wel wordt sinds enkele jaren nadrukkelijk gewerkt met een openbare sollicitatieprocedure. Zie ook mijn antwoord op vraag 40.

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.

42

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?

De commissies kunnen de stijging van de meldingen niet met zekerheid verklaren. Het is aannemelijk dat inmiddels bij artsen – mede door de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie – meer duidelijkheid is ontstaan over de afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie inclusief de daarbij behorende middelen. Dit kan hebben bijgedragen aan de helderheid en rechtszekerheid omtrent levensbeëindigend handelen waardoor artsen en patiënten duidelijkere keuzes kunnen maken. Het is aannemelijk dat hierdoor in mindere mate dan eerder is verondersteld palliatieve sedatie als alternatief voor euthanasie wordt toegepast. Dat sluit niet uit dat daarnaast palliatieve sedatie ook meer dan voorheen wordt toegepast. Het evaluatieonderzoek dat in 2010 zal starten, zal de sterke toename van meldingen verder onderzoeken.

43

Sinds wanneer precies wordt de richtlijn van de KNMG over palliatieve sedatie en euthanasie toegepast?

De richtlijn palliatieve sedatie van de KNMG wordt sinds het moment van uitbrengen in 2005 toegepast en is in 2009 geactualiseerd.

44

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?

In het registratiesysteem van de RTE's wordt een combinatie van aandoeningen opgenomen wanneer een patiënt bijvoorbeeld naast terminale kanker ook nog bekend is met een vergevorderd stadium van COPD of van levensbedreigend hart- en of vaatlijden. De notie van een tweede aandoening is met name relevant wanneer de klachten die hieruit voortvloeien mede bepalend zijn voor de ondraaglijkheid van het lijden. Ik deel overigens niet de mening dat het maatschappelijk debat zich vaak zou concentreren op deze combinatiegevallen. Noch heb ik de indruk dat er voor artsen nog veel onduidelijkheid zou zijn met betrekking tot deze combinatiegevallen. De ondraaglijkheid van het lijden is naar de mening van de commissies in deze gevallen vaak zeer duidelijk.

45

Kan de staatssecretaris toezeggen dat in het volgende jaarverslag er expliciet aandacht aan deze gevallen besteed zal worden in de vorm van casussen?

Ja. In het volgende jaarverslag zal expliciet aandacht worden besteed aan meldingen van euthanasie waarbij sprake is van een combinatie van aandoeningen.

46

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?

De beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging wanneer sprake is van een diversiteit aan aandoeningen is dermate complex en individugebonden, dat ik een richtlijn omtrent de weging van factoren niet zinvol acht.

47

Kan in dat verzoek ook meegenomen worden of de waardigheid van het bestaan als zodanig een afwegingsfactor kan zijn?

Het verlies van waardigheid kan voor een patiënt mede de ondraaglijkheid van het lijden bepalen. De toetsingscommissies beoordelen een melding op basis van de wettelijk vastgelegde criteria, waaronder de ondraaglijkheid van het lijden. Ik acht het dan ook niet zinvol om de KNMG te verzoeken of de waardigheid van het bestaan als zodanig een afwegingsfactor kan zijn.

48

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?

Ik vind het belangrijk dat er in de samenleving wordt gesproken over levenseindevraagstukken en de grenzen van levensbeëindigend handelen. De overheid loopt hierin echter niet voorop. De Euthanasiewet is een codificatie van een praktijk die zich gedurende decennia heeft ontwikkeld. De evaluatie van de Euthanasiewet in 2007 heeft uitgewezen dat de wet open begrippen hanteert die ruimte bieden voor zich ontwikkelende opvattingen in de samenleving. In de casus 1 tot en met 4 gaat het om mensen met een dementieel syndroom of psychiatrische aandoeningen. Het beoordelen van de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden bij dergelijke ziektebeelden is zeer complex en is daarom ook onderwerp van discussie in het maatschappelijk debat. Het onderzoek van ZonMw dat ingaat op de problemen die burgers en professionals signaleren bij medische beslissingen rond het levenseinde zal mogelijkerwijze het voeren van de maatschappelijke discussie over deze complexe onderwerpen kunnen ondersteunen.

49

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 2008 hebben de commissies zes meldingen van levensbeëindiging ontvangen bij patiënten die leden aan een dementieel syndroom. Vier daarvan zijn door de commissie in 2008 beoordeeld. Twee meldingen zijn beoordeeld in 2009 en zullen worden vermeld in het jaarverslag 2009.

50

In hoeveel gevallen betrof het euthanasie bij mensen die in coma lagen?

Zie mijn antwoord op vraag 34.

51

Is het mogelijk om voortaan in ieder jaarverslag deze uitgesplitste gegevens standaard mee te nemen?

Het is inderdaad mogelijk om een overzicht te geven van het aantal meldingen van levensbeëindiging bij demente patiënten en patiënten met psychiatrische problematiek. Meldingen van levensbeëindiging bij (diep) comateuze patiënten worden door de commissies in beginsel niet als specifieke groep geregistreerd.

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.

52

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 2010 zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) opnieuw worden geëvalueerd.

53

In het verslag word 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?

Ik concludeer dat in sommige gevallen artsen onvoldoende kennis hebben genomen van de regels met betrekking tot consultatie. Dat betreurt ik. Van een arts mag worden verwacht dat hij of zij zich goed vergewist van de regelgeving, wanneer hij of zij wordt geconfronteerd met een patiënt die een verzoek om euthanasie doet. Temeer omdat de meeste artsen slechts zelden een verzoek om euthanasie krijgen.

Die informatie is op allerlei wijze beschikbaar, onder meer via de eigen beroepsorganisatie KNMG. De beschikbaarheid van informatie verdient en krijgt continue aandacht. Het onderzoek van ZonMw naar de kennis van burgers en professionals levert wellicht nog extra informatie op over hoe het voorlichtingsbeleid te verbeteren.

54

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?

Er is geen specifieke verklaring te geven voor deze ongelijke spreiding. Het aantal ontvangen meldingen in de verschillende regio's fluctueert jaarlijks. In 2007 was er ten opzichte van 2006 bijvoorbeeld nauwelijks sprake van een stijging in de regio's Groningen, Friesland en Drenthe (234 meldingen in 2007 ten opzichte van 229 in 2006) en Noord-Brabant en Limburg (348 meldingen in 2007 ten opzichte van 341 in 2006), terwijl in de regio Zuid-Holland en Zeeland er in 2007 sprake was van een stijging was van bijna 20%, te weten 473 meldingen in 2007 ten opzichte van 400 in 2006.

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.

55

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.

Het gestegen aantal meldingen lijkt onder meer te duiden op een grotere meldingsbereidheid en een hoger meldingspercentage. Dit geeft aan dat er een grotere transparantie van en maatschappelijke controle op de praktijk rond euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt bereikt.

Ik betreur dat er nog elk jaar meldingen zijn die getuigen van voornamelijk een onzorgvuldige medische uitvoering en consultatie. Zorgvuldigheid op deze aspecten kan voor een belangrijk deel worden gewaarborgd door het raadplegen van respectievelijk de KNMP-standaard en het SCEN-netwerk. Ik blijf mij daarom samen met onder meer de KNMG, KNMP, SCEN, V&VN en de toetsingscommissies inzetten om de regelgeving onder de aandacht van artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en apothekers te brengen.

56

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?

In 2010 zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) opnieuw worden geëvalueerd.

57

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 consulent strenger beoordeeld moeten gaan worden. Wat is het oordeel van de staatssecretaris hierover?

Ik ben met u eens dat elke arts op de hoogte kan zijn van de regelgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Wel vind ik het van belang dat elke melding individueel wordt beoordeeld. Die beoordeling laat ik over aan de toetsingscommissies, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Openbaar Ministerie, die elk vanuit een eigen verantwoordelijkheid de melding onderzoeken.

58

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?

Er is geenszins sprake van «langzame gewenning» ten aanzien van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Voor het eerst in de geschie-

denis van de toetsingscommissies zijn er meldingen – in totaal twee – met betrekking tot deze problematiek geweest. Het besluit van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie om de richtlijn hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten openbaar te maken, ondersteun ik. Het is van belang dat inzicht wordt gegeven in de wijze waarop in de psychiatrie wordt omgegaan of moet worden omgegaan met verzoeken om hulp bij zelfdoding. Dit is nadrukkelijk niet ter bevordering van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. In de praktijk blijken psychiaters zeer terughoudend ten opzichte van hulp bij zelfdoding en dat is gezien de complexiteit van de materie ook van belang.

59

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?

Er is geen sprake van een markante stijging van het aantal gevallen van euthanasie bij mensen met dementie. Jaarlijks gaat het om enkele gevallen. Men kan geenszins spreken van een glijdende schaal. Het systeem van toetsing – met de regionale toetsingscommissies, het Openbaar Ministerie en de IGZ – ziet hierop toe. Daarnaast wordt door middel van het jaarverslag van de toetsingscommissies, een regelmatige evaluatie van de wet en publicatie van de oordelen een zo groot mogelijke transparantie bewerkstelligd waardoor maatschappelijke controle mogelijk is.

60

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?

Elk geval van euthanasie is subjectief in de zin dat het gaat om een persoonlijke ervaring van ondraaglijk lijden. Ik acht het niet wenselijk om een grens over welk lijden al dan niet als draaglijk te beschouwen is te objectiveren. Elke melding moet individueel door de toetsingscommissies worden beoordeeld.

61

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?

Zie mijn antwoord op vraag 35.

62

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?

Er zijn bij het Openbaar Ministerie tot en met het verslagjaar 2008 geen gevallen bekend waarin een arts voor de tweede keer geconfronteerd is met het oordeel onzorgvuldig van een regionale toetsingscommissie voor euthanasie. Ook voor alle in het jaarverslag 2008 beschreven gevallen geldt dat het steeds andere artsen zijn. In termen van handhaving wijst dit op een effectief beleid op dit terrein.

Dat in deze zaken besloten is tot een onvoorwaardelijk sepot betekent zeker niet dat artsen niet nauwkeurig om hoeven te gaan met het consulteren van een onafhankelijke arts. Als niet (op de juiste wijze) is voldaan aan de eis van de consultatie betekent dat echter niet altijd dat vervolging in de rede ligt. In de aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) heeft het Openbaar Ministerie zijn vervolgingsbeleid uiteengezet. De Hoge Raad heeft in de jaren tachtig al in de context van de hem voorgelegde zaak geoordeeld dat onder omstandigheden het achterwege blijven van de consultatie door een andere arts niet aan een beroep op noodtoestand in de weg hoeft te staan (NJ 1989, 391). Die situatie kan zich voordoen als, ondanks het ontbreken van een oordeel van een geconsulteerde arts, toch een zuiver oordeel valt te geven over het bestaan hebben van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Er is dan, ondanks het oordeel van de toetsingscommissie dat er niet zorgvuldig is gehandeld, geen reden om vervolging in te stellen. Een (sepot)gesprek met de officier van justitie op het parket of een sepotbrief van de officier van justitie, waarin de arts met nadruk wordt gewezen op de gebreken in zijn handelen, kan dan op zijn plaats zijn.

Het Openbaar Ministerie beziet iedere zaak op zijn eigen merites. Vaak blijkt uit de behandeling van de melding door de regionale toetsingscommissies euthanasie dat de betrokken artsen inzien dat zij ten aanzien van de consultatie niet juist hebben gehandeld, er is met andere woorden veelal sprake van zelfinzicht bij de betrokken artsen. De behandeling van de melding door de regionale toetsingscommissies en het geven van een mondelinge of schriftelijke toelichting aan deze commissies maakt in de regel veel indruk bij de betrokken artsen. De kans op herhaling is in die gevallen niet groot. Het stellen van voorwaarden aan een sepotbeslissing ligt niet in de rede.

Als er door het ontbreken van de consultatie onvoldoende vast komt te staan dat sprake is geweest van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dus de beoordeling van de vraag of de arts een beroep op noodtoestand toekomt niet goed mogelijk is, dient in beginsel wél over te worden gegaan tot het instellen van strafrechtelijke vervolging. Dit uitgangspunt heeft het openbaar ministerie in de aanwijzing vastgelegd. In de beschreven casus 5 tot en met 10 bestond geen twijfel aan het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de betrokken patiënten. Er is in deze gevallen geen gerechtelijk vooronderzoek of opsporingsonderzoek geweest. Wel heeft in twee gevallen die door de regionale toetsingscommissies euthanasie in 2008 als onzorgvuldig zijn beoordeeld een gesprek plaatsgevonden van de officier van justitie met de arts over zijn handelwijze alvorens het College tot besluitvorming is gekomen. Het College brengt zijn beslissingen ter kennis van de IGZ die op haar beurt kan bezien of er aanleiding is de artsen op de gebreken in hun handelen te wijzen. In sommige gevallen ziet het College aanleiding de aandacht van de IGZ te vragen voor het handelen van de arts die als consulent is opgetreden.

In het geval de IGZ een melding krijgt van een euthanasiecommissie inzake een onzorgvuldig oordeel met betrekking tot de onafhankelijke consultatie vormt dat aanleiding voor de IGZ een gesprek te voeren met de betrokken arts. De IGZ volstaat afhankelijk van de casus met een «corri-

gerend» gesprek of zet zonodig een tuchtrechtprocedure in gang. In de praktijk is een corrigerend gesprek veelal afdoende. Zie ook mijn antwoord op vraag 39.

63

In de antwoorden op vragen van de SGP-fractie over het Jaarverslag 2007 is gesteld dat onafhankelijkheid van de consulent 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?

Zie mijn antwoord op vraag 27.

64

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 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?²

Zie mijn antwoord op vraag 62.

65

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?

De IGZ kijkt vanzelfsprekend naar het gegeven of een arts voor het eerst onzorgvuldig handelt of dat dit al vaker is voorgekomen. Dit wordt ook meegewogen bij de besluitvorming of al dan niet een tuchtprocedure in gang wordt gezet.

66

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.

Apothekers dienen op de hoogte zijn van het bestaan van de KNMP Standaard Euthanatica en dienen op basis van de Standaard middelen te verstrekken aan artsen ten behoeve van euthanasie. Daarom hebben de KNMG en de KNMP dit opnieuw onder de aandacht gebracht. Zie voor verdere informatie mijn antwoord op vraag 26.

¹ 31 700 XVI, nr. 88, blz. 22.

² 31 700 XVI, nr. 88, blz. 23.