

Vergaderjaar 2013–2014

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 31

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 augustus 2014

Met deze brief reageer ik, mede namens mijn collega van Veiligheid en Justitie, op het verzoek van uw Kamer om u onze reactie te sturen op het verslag van het rondetafelgesprek over euthanasie en psychiatrie. Over dit onderwerp zullen wij ook van gedachten wisselen tijdens het verzamel Algemeen Overleg euthanasie op 11 september a.s. Op 11 februari jl. heb ik u reeds een brief gestuurd over het toepassen van euthanasie bij psychiatrisch patiënten (Kamerstuk 32 647, nr. 20). In deze brief zal ik mij daarom beperken tot de punten die tijdens het rondetafelgesprek het meest werden aangehaald. Ik zal hierbij ingaan op de volgende onderwerpen: het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet), de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de levenseindekliniek en palliatieve zorg aan psychiatrisch patiënten. Deze punten zal ik bespreken in relatie tot euthanasie en hulp bij zelfdoding aan psychiatrisch patiënten.

Het kader van de Euthanasiewet

Euthanasie is binnen het kader van de Euthanasiewet mogelijk bij psychiatrisch patiënten. De regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte) geven aan dat in geval van een euthanasieverzoek door een psychiatrische patiënt een arts extra zorgvuldigheid in acht dient te nemen. Hij moet met name extra aandacht geven aan de eis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, de eis van uitzichtloosheid van het lijden en aan de eis van het afwezig zijn van een redelijke andere oplossing in die specifieke situatie. Daarnaast stelt de richtlijn van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie dat naast een onafhankelijke (SCEN)-consulent er ook nog één of meerdere deskundigen, waaronder een psychiater, dienen te worden geraadpleegd. Volgens het evaluatierapport uit 2012 over de Euthanasiewet heeft de aanvankelijke terughoudendheid van artsen om euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen bij psychiatrisch patiënten plaats gemaakt voor een wat ruimere visie. Artsen lijken daarnaast steeds beter in staat te zijn in te

schatten of een euthanasieverzoek van een psychiatrisch patiënt aan de eisen van de Euthanasiewet voldoet. Dit komt onder meer door de extra zorgvuldigheidseisen, de maatschappelijke aandacht voor het onderwerp de afgelopen jaren en de beoordeelde meldingen door de Rte.

Zoals ik heb toegelicht in mijn brief van 11 februari, vind ik de toename van het aantal ingewilligde euthanasieverzoeken bij psychiatrische patiënten tussen 2010 en 2013 dan ook niet onverwacht. Deze stijging lijkt overigens in 2014 niet door te zetten. Zoals blijkt uit de jaarverslagen van de Rte zijn tot nu toe vrijwel alle meldingen van euthanasie bij psychiatrische patiënten als zorgvuldig beoordeeld. Dit betekent dat ook personen die door een psychiatrische ziekte uitzichtloos en ondraaglijk lijden en hiervoor een weloverwogen en vrijwillig verzoek doen, euthanasie verleend kunnen krijgen. Tegelijkertijd betekent dit dat artsen heel zorgvuldig opereren bij dergelijke complexe verzoeken. Dat is uiterst belangrijk.

Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

In het rondetafelgesprek is gerefereerd aan de richtlijn «Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis» van de NVvP. Deze is herzien in 2004 en is in 2009 op een aantal punten aangepast naar aanleiding van het besluit om de richtlijn in gedrukte vorm beschikbaar te stellen. De NVvP heeft besloten om dit najaar te starten met de ontwikkeling van een herziene versie van de richtlijn. Er wordt naar gestreefd de definitieve oplevering in 2015 te laten plaatsvinden. De richtlijn zal worden geactualiseerd met de huidige kennis en onderzoeksinformatie. Daarnaast zal een paar onderwerpen bij de herziening worden aangevuld, zoals (het betrekken van) het perspectief van familie- en naasten en meer nadruk op het bespreekbaar maken van de wens. Bij deze herziening zullen ook de Landelijke Huisartsen Vereniging en de KNMG worden betrokken, aldus de NVvP.

Op dit moment is de richtlijn voor iedereen toegankelijk via de website van de beroepsvereniging, maar ook via andere sites (ggzrichtlijnen.nl). Aan het projectplan voor de herziening van de richtlijn zal ook een communicatie- en implementatieparagraaf worden toegevoegd. De richtlijncommissie zal zich in de ontwikkeling buigen over hoe de richtlijn breder onder de aandacht kan worden gebracht bij meer psychiaters. Een mogelijkheid is om meer gericht naar inbedding in de opleiding en bij- en nascholing te kijken. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de huidige communicatiemiddelen van de vereniging.

De Rte geven desgevraagd aan dat ook huisartsen en andere specialisten, tot wie de richtlijn van de NVvP zich in beginsel niet richt, zich aan deze richtlijn blijken te houden. De Rte betrekken de richtlijn bij hun toetsing van de meldingen aan de criteria uit de wet. Begin 2015 zal de «code of practice» van de Rte verschijnen, die bedoeld is om artsen duidelijkheid te bieden over de wijze waarop de Rte in de praktijk invulling geven aan de normen die in de Euthanasiewet zijn opgenomen. Dit document zal een bijdrage leveren doordat het overzichtelijk de oordelen van de Rte over euthanasie bij psychiatrisch patiënten weergeeft en de overwegingen daarbij.

Levensindekliniek en psychiatrisch patiënten

In contact met medewerkers van het Ministerie van VWS gaf de levensindekliniek aan dat de trajecten die zij met psychiatrisch patiënten doorlopen gemiddeld tussen de zes en acht maanden duren. In die periode vinden veelal meer dan tien gesprekken plaats met de patiënt.

Daarmee geven zij aan een intensief traject met deze patiënten te doorlopen.

Recent hebben de Rte de toepassing van euthanasie in het geval van een psychiatrisch patiënt welke is uitgevoerd door een arts van de levenseindekliniek onzorgvuldig verklaard. Naar aanleiding van dit oordeel heeft de levenseindekliniek het protocol voor het traject bij psychiatrisch patiënten op een aantal punten herschreven. Zo kiest de levenseindekliniek er nu voor om standaard een psychiater aan een multidisciplinair overleg te laten deelnemen als er een psychiatrie casus wordt besproken. Daarnaast laat de arts altijd een second opinion door een onafhankelijk psychiater uitvoeren, naast de reguliere SCEN consultatie. Zo nodig laat men een psychiater een dossierbeoordeling doen en daarvan een verslag aan het dossier toevoegen. Het was al het streven van de levenseindekliniek om in het team een psychiatrisch verpleegkundige toe te voegen als de arts (in het team) geen psychiater is. Doordat het aantal psychiaters is uitgebreid, kan de levenseindekliniek nu meer patiënten spreken tijdens het spreekuur dat bij psychiatriepatiënten onderdeel van het vooronderzoek uitmaakt. Door deze herziening streeft men ernaar dat het team de psychiatrisch patiënt voldoende kent om te kunnen oordelen over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en de behandelopties. Dit kan ook betekenen dat het aantal contactmomenten waar nodig wordt uitgebreid.

Palliatieve zorg in de psychiatrie

Palliatieve zorg in de psychiatrie is een belangrijk, maar ook complex onderwerp, zoals ook bleek tijdens het rondetafelgesprek. In de GGZ dient daarom de kennis over palliatieve zorg breder te worden verspreid en geborgd. Omgekeerd dient in de palliatieve zorg deskundigheid en ervaring over psychiatrische aandoeningen te worden uitgebreid, met name de aanpak in de eerste lijn. Het is daarom wenselijk kennis en ervaring vanuit de GGZ en de palliatieve zorg te delen. Om dit te bereiken houdt de Agora werkgroep «Palliatieve zorg in de GGZ» zich al een aantal jaren bezig met het uitwisselen en verzamelen van ervaringen uit de praktijk. De ervaringen gaan zowel over lichamelijk ongeneeslijk ziek zijn als over onbehandelbare psychiatrische aandoeningen. Er zijn symposia georganiseerd en er is bijgedragen aan praktijkontwikkeling in diverse instellingen.

Bovendien heeft de werkgroep bestaande kennis en inzichten uit de psychiatrie en de palliatieve zorg samengebracht in de gids «palliatieve zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis» (2012). Verder zal ZonMw een programmavoorstel opstellen voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Hierin investeert het kabinet de komende zes jaar 8,5 miljoen euro om kennis van zorgverleners te ontwikkelen en deskundigheid te bevorderen. In het programma zal onder meer aandacht worden gegeven aan de uitbouw van kennis en implementatie van goede voorbeelden voor palliatieve zorg voor verschillende doelgroepen, waaronder psychiatrisch patiënten.

Tot zover mijn reactie op de onderwerpen die tijdens het rondetafelgesprek het meest aan bod zijn gekomen. Graag ga ik nader met u in gesprek tijdens het Algemeen Overleg op 11 september.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers