

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

451

Vragen van de leden **Van der Staaij** (SGP) en **Dik-Faber** (ChristenUnie) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Euthanasie is geen consumptieartikel»* (ingezonden 30 september 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 30 oktober 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 344

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het artikel «Euthanasie is geen consumptieartikel»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Herkent u de constatering van de auteur dat er bij veel mensen die om euthanasie vragen, een vraag achter de vraag verscholen zit, namelijk de angst die zij ervaren voor het onbekende, de angst voor controleverlies, het onvermogen om zich over te geven en los te laten?

Antwoord 2

Bij de grondslag van het lijden, als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl), zijn verschillende aspecten onderkend. Dat wil zeggen dat niet alleen het fysieke lijden, zoals pijn, misselijkheid, jeuk en benauwdheid, maar ook het meer existentiële lijden zoals ontluistering, verlies van waardigheid en verlies van zelfstandigheid bij het beoordelen van een euthanasieverzoek kunnen voldoen aan het criterium van ondraaglijkheid van het lijden. Achter het ingrijpende verzoek van een patiënt aan een arts om een einde te maken aan het leven vanwege uitzichtloos en ondraaglijk lijden gaan vaak meerdere andere vragen schuil. Ook de SCEN spiegelrapportages laten over de jaren zien dat in veel gevallen verlies van zelfstandigheid en van waardigheid een belangrijke factor is. Verlies van waardigheid en ontluistering speelt in 2014 een minder grote rol bij een euthanasieverzoek dan in 2010 (van 51 naar 44%), voor verlies zelfstandigheid geldt een lichte toename (van 30 naar 36%).

¹ Medisch Contact, 10 september 2015, pagina 1678–1680

Vraag 3

Bent u bereid tegemoet te komen aan deze vraag achter de vraag, door meer bekendheid te geven bij het algemene publiek over de medicinale mogelijkheden van pijnbestrijding en de psychosociale ondersteuning rond het levenseinde? Zo ja, hoe gaat u daar vorm aan geven?

Antwoord 3

In het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg is onder meer als concreet doel gesteld dat het bewustzijn over palliatieve zorg bij burgers wordt vergroot en wordt benadrukt dat tijdig wordt stilgestaan bij het levenseinde. Groter bewustzijn over palliatieve zorg betekent dat meer mensen weten wat palliatieve zorg is en wat deze zorg kan bieden, inclusief pijnbestrijding en psychosociale ondersteuning. Binnen het Zon-Mw programma «Palliatie. Meer dan zorg» zal aandacht worden besteed aan meer bewustwording, bijvoorbeeld via de ontwikkeling van keuzehulpen. Daarnaast is het ook aan mensen zelf en de betrokken professionals om het gesprek aan te gaan. Het beter toerusten van professionals om dit gesprek te kunnen voeren is één van de speerpunten uit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

Vraag 4

Deelt u de mening van de auteur van dit artikel dat er meer aandacht moet komen voor lijden als onlosmakelijk deel van het leven, in de zin dat het leven niet alleen zinvol is als je gezond en gelukkig bent en van het leven geniet, maar ook als dat niet het geval is? Zo ja, hoe gaat u daar vorm aan geven?

Antwoord 4

Het is aan mensen zelf om te bepalen of zij lijden als een onlosmakelijk deel van het leven zien. Het leven kan ook bij ziekte en meer specifiek in de laatste fase van het leven zinvol zijn en mensen kunnen ook in die fase van betekenis zijn voor elkaar. Om mensen te stimuleren hierover na te denken hebben verschillende partijen de coalitie «Van Betekenis tot het einde» opgericht. Deze coalitie wil het opener en bewuster omgaan met oud worden, sterven en dood stimuleren. Een goed initiatief dat ik dan ook ondersteun.

Vraag 5

Deelt u de constatering van de auteur dat het medische, maar ook het persoonlijke perspectief van artsen tekort schiet om te kunnen beoordelen of een leven zinvol is? Deelt u de mening van de auteur dat artsen als gevolg daarvan niet aan de euthanasievraag van mensen die hun leven als zinloos ervaren mogen voldoen? Zo nee, waarom zouden ze naar uw opvattingen daar wel toe mogen overgaan, terwijl hun vermogen om dergelijke situaties te beoordelen ontbreekt?

Antwoord 5

Indien een arts een euthanasieverzoek ontvangt van een patiënt is het aan de arts om te beoordelen of een euthanasieverzoek aan de zorgvuldigheidseisen voldoet. Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- a) De overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- b) De overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
- c) De patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- d) Met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing is.
- e) Ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
- f) De levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De ondraaglijkheid van het lijden, zoals genoemd in de zorgvuldigheidscriteria gaat om de beleving van de individuele patiënt in het licht van levens- en ziekte geschiedenis, persoonlijkheid, normen en waarden en draagkracht. Om de ondraaglijkheid van de patiënt te beoordelen dient de arts zich in zowel de

situatie als het perspectief van de patiënt te verplaatsen. Het beoordelen van het al dan niet zinvol zijn van het leven is daarmee geen onderdeel van de beoordeling van een euthanasieverzoek.

Vraag 6

Kunt u reageren op de conclusie van de auteur dat de kernvoorwaarde van de huidige Euthanasiewet, namelijk «ondraaglijk en uitzichtloos lijden», onhoudbaar is en moet worden vervangen door een beperktere definitie?

Antwoord 6

De begrippen uitzichtloos en ondraaglijk lijden zoals vervat in de huidige Euthanasie wet kennen al een lange geschiedenis die ruim voorafgaat aan de totstandkoming van de wet.

Al in het Chabot- arrest, 1994, wordt door de Hoge Raad erkend dat psychisch lijden c.q. lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening een grond vormt voor euthanasie. In het Brongersma-arrest uit 2002, is dit door de Hoge Raad nogmaals bevestigd. De redenering van de Hoge Raad in het Chabot arrest is indertijd door de Ministers Sorgdrager en Borst overgenomen en vormden daarmee uitgangspunt bij de – toen nog geldende – meldingsprocedure (die door Hirsch Ballin ingesteld is in 1990 en die in 1994 wettelijk verankerd is in de Wet op de Lijkbezorging). Bij de wetsbehandeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is uitdrukkelijk steeds gesteld dat voor de interpretatie van de «open» normen het Chabot arrest leidend was. Daarmee maakt deze interpretatie dus deel uit van de wetsgeschiedenis en de wijze waarop de wet wordt toegepast door de RTE's. In de evaluatie van de Wtl uit 2012 zijn op dit punt geen aanbevelingen tot verandering opgenomen.

Ik zie dan ook geen reden om af te stappen de huidige definitie.