

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

### 705

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat artsorganisatie KNMG wil dat huisartsen voortaan getoetst worden op regels inzake euthanasie* (ingezonden 29 oktober 2013).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 december 2013). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 518.

#### Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht dat artsorganisatie KNMG wil dat huisartsen voortaan getoetst worden op regels euthanasie?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Hoe beoordeelt u de oproep van de KNMG om huisartsen voortaan bij hun verplichte vijfjaarlijkse herregistratie aan te laten tonen dat zij bekend zijn met de regels over euthanasie en palliatieve zorg?

#### Antwoord 2

Hoewel de voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), dhr. Van der Gaag, inmiddels heeft aangegeven dat hij niet de bedoeling had de suggestie te wekken dat er binnen de gehele beroepsgroep noodzaak bestaat tot een dergelijke verplichting, wil ik benadrukken dat ik ervan uitga dat huisartsen beschikken over adequate kennis op dit gebied.

#### Vraag 3

Deelt u de mening dat het in het belang van patiënten en huisartsen is dat er meer duidelijkheid wordt verschaft over het optreden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de zaak Tuitjenhoorn, waarbij huisarts Tromp op non-actief werd gesteld, opdat voorkomen kan worden dat huisartsen terughoudend gaan handelen in het leveren van palliatieve zorg en patiënten niet meer weten waar ze aan toe zijn? Zo ja, bent u bereid een onafhankelijk

<sup>1</sup> Algemeen Dagblad, «KNMG: Huisartsen toetsen op regels euthanasie», 28 oktober 2013.

onderzoek in te stellen naar deze zaak, en de rol van de IGZ en het OM daarbij? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

In mijn brief van vrijdag 1 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de door de inspectie gevolgde procedure rondom het handelen van de huisarts (32 647, nr. 17). Met deze brief heb ik maximale openheid gegeven richting huisartsen en patiënten door bij deze brief een feitenrelaas en het integrale bevel te voegen. Ik heb geconstateerd dat deze zaak, ondanks deze maximale openheid, aanleiding is geweest tot veel discussies in het veld en ook heeft geleid tot onrust. Ik heb daarom besloten een onafhankelijke evaluatie te laten doen van het handelen van alle betrokken instanties in de zaak Tuitjenhorn. De evaluatie betreft onder andere het optreden van het Academisch Medisch Centrum en de IGZ alsmede dat van de Landelijke Huisartsen Vereniging en de KNMG. Ook het handelen van het OM maakt onderdeel uit van de evaluatie. Ik heb uw Kamer hierover bij brief van 12 november 2013 geïnformeerd (32 647, nr. 18).

Vraag 4

Is het waar dat Nederlandse artsen steeds vaker gebruik maken van palliatieve sedatie? Zo ja, hoe komt dat, en vindt u dat een wenselijke ontwikkeling? Hoe lang is deze ontwikkeling al gaande? Zo nee, waar blijft dat uit?

Antwoord 4

Uit het Sterfgevallenonderzoek 2010, waarover u in het standpunt op de evaluatie van de Euthanasiewet bent geïnformeerd (31 036, nr 7) blijkt dat er inderdaad een stijging is geweest van het aantal sterfgevallen waarbij continue diepe sedatie is toegepast: van 8,2% in 2005 naar 12,5% in 2010. Eerdere cijfers over het gebruik van palliatieve sedatie zijn niet bekend. Uit recent onderzoek van NIVEL en VUMC blijkt dat de toepassing van palliatieve sedatie in de huisartsenpraktijk niet is toegenomen in de periode 2005 tot en met 2011. <sup>2</sup>et verschil tussen de conclusies kan verklaard worden door de verschillende onderzochte gebieden (huisartsenpraktijk of alle sterfgevallen) en door de introductie van de herziene KNMG richtlijn palliatieve sedatie in 2009. Hierdoor is er in 2010 een stijging geweest van het gebruik van palliatieve sedatie, waarna er in 2011 een afname was. De herziene richtlijn is een weerslag van de actuele ontwikkelingen in wetenschap en praktijk en een verduidelijking met betrekking tot enkele knelpunten. Ik vind het een wenselijke ontwikkeling dat artsen steeds beter op de hoogte zijn van een correcte toepassing van de richtlijn, ook als dit leidt tot een toename in de toepassing van palliatieve sedatie.

Vraag 5

Deelt u de opvatting dat palliatieve sedatie momenteel gebruikt wordt als verkapte euthanasie, waarbij de geldende wet- en regelgeving rondom levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding omzeild wordt? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u om deze praktijk een halt toe te roepen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Mij is niet bekend of artsen palliatieve sedatie zien als een mogelijkheid om geen euthanasie te hoeven uitvoeren. Euthanasie en palliatieve sedatie zijn namelijk twee verschillende handelingsopties, met ieder eigen indicaties en voorwaarden. Palliatieve sedatie kan alleen in de stervensfase toegepast worden, terwijl dat voor euthanasie geen voorwaarde is. Er zijn echter ook situaties waarin er zowel aan de indicatie en voorwaarden voor palliatieve sedatie als aan die voor euthanasie is voldaan. In die gevallen is het van belang dat de arts zorgvuldig nagaat op welke manier de patiënt zijn ondraaglijke lijden wil beëindigen. Nederlandse artsen blijken steeds beter op de hoogte te zijn van en zich te houden aan de KNMG richtlijn palliatieve

---

<sup>2</sup> Donker, G.A., Slotman, F.G., Spreeuwenberg, P., Francke, A.L., Palliative sedation in Dutch general practice from 2005 to 2011, a dynamic cohort study of trends and reasons.

sedatie en deze vorm van zorg niet als een alternatief voor euthanasie te beschouwen.<sup>3</sup>

#### Vraag 6

Bent u van mening dat het tijd is voor professionalisering? Zo ja, hoe kunt u ervoor zorgen dat palliatieve sedatie in de toekomst als medische behandeling professioneler zal worden toegepast?

#### Antwoord 6

In het evaluatieonderzoek van de Euthanasiewet hebben de onderzoekers de aanbeveling opgenomen om in het Raamplan Artsopleiding een helder begrip van de relevante handelwijzen en termen op het gebied van medische beslissingen rond het levenseinde als eindterm op te nemen. Daarnaast bevelen zij aan om in het onderwijs aan (aankomende) artsen in het bijzonder aandacht te besteden aan het onderscheid tussen levensbeëindigend handelen enerzijds en palliatieve sedatie en gebruik van morfine in de laatste levensfase anderzijds. Zo stelt de richtlijn sedatie van de KNMG dat morfine niet geschikt is om sedatie uit te voeren en ook niet om het levenseinde te bespoedigen.

Zoals ik ook aangaf in mijn standpunt op deze evaluatie, onderschrijf ik het belang van deze aanbevelingen. Daarom vind ik het een goede ontwikkeling dat onder meer de Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen van anesthesisten en internisten hebben aangegeven hun leden actief te zullen wijzen op de bestaande richtlijnen over palliatieve zorg en het gebruik van morfine. Kennis van richtlijnen over deze onderwerpen is van essentieel belang voor goede zorg in de laatste levensfase. Ik onderschrijf daarom ook het belang van aandacht hiervoor in het onderwijs. Het Raamplan Artsopleiding wordt opgesteld door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. De eindtermen uit dit Raamplan worden vertaald in het curriculum van de geneeskundeopleiding die een verantwoordelijkheid zijn van de individuele faculteiten. Ik ben verheugd dat de KNMG in haar reactie op het evaluatierapport heeft aangegeven hier aandacht aan te schenken in nascholing en wellicht ook in een addendum op het Raamplan. Voorts richt het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) zich onder meer op de implementatie van de richtlijn palliatieve sedatie, door zorg te dragen voor een goede beschikbaarheid, bekendheid en vindbaarheid van de richtlijn, door het bevorderen van het gebruik van de consultatieteams palliatieve zorg en door trainingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Zelf zal ik daarnaast in gesprekken met de beroepsgroep aan blijven dringen op verdere kennisvermeerdering bij artsen over zorg in de laatste levensfase en specifiek het onderscheid tussen palliatieve zorg en levensbeëindigend handelen. Ten slotte informeer ik u binnenkort over de inzet van de extra middelen die zijn vrijgemaakt voor palliatieve zorg. De middelen zullen mede zijn gericht op deskundigheidsbevordering, zoals het juist toepassen van de richtlijn palliatieve sedatie.

#### Vraag 7

Is het waar dat 80 procent van de artsen behoefte heeft aan bijscholing, terwijl consultatieteams momenteel nauwelijks geraadpleegd worden? Zo ja, deelt u de mening dat er onvoldoende aandacht is voor palliatieve zorg in de geneeskundeopleiding? Zo nee, waar blijkt dat uit?

#### Antwoord 7

Het onderzoek van het Integrale Kankercentra Nederland waaruit onder meer de behoefte aan bijscholing zal blijken, is nog niet afgerond. Daarom kan ik niet aangeven hoeveel artsen behoefte hebben aan bijscholing. Wel kan ik aangeven dat palliatieve zorg in Nederland behoort tot een onderdeel van reguliere zorg. Iedere arts die hulp en zorg verleent aan patiënten met een levensbedreigende ziekte die niet meer kan genezen en uiteindelijk aan zijn ziekte zal overlijden, zal zich moeten bekwamen in palliatieve zorg. Er is in de opleidingen en nascholing al veel aandacht voor palliatieve zorg. Wanneer

<sup>3</sup> Hasselaar J. Medical and ethical aspects of palliative sedation practice in the Netherlands. Proefschrift 2009, p. 77, 111 en Swart S. The practice of palliative sedation in the Netherlands after the launch of the national guideline. Thesis, Erasmus MC, 2013, p. 34, 79.

een arts twijfels heeft over zijn eigen deskundigheid of problemen ervaart bij de afweging om palliatieve sedatie te starten, dan is de professionele norm altijd om tijdig de juiste deskundige te consulteren. Hoewel palliatieve zorg een onderdeel vormt van reguliere zorg, kan palliatieve zorg complex worden. Hiervoor zijn overal in Nederland consultatieteams palliatieve zorg bereikbaar en beschikbaar om advies te vragen. Gaat het om een verzoek om euthanasie dan kunnen SCEN-artsen geraadpleegd worden. Dat kan enerzijds om steun te vragen, maar anderzijds ook om een formele consultatie in het kader van de Euthanasiewet aan te vragen.

#### Vraag 8

Bent u zich ervan bewust dat door het te vroeg beginnen met palliatieve sedatie een patiënt een vreselijk stervensproces kan doormaken? Zo ja, deelt u de mening dat er dus nog veel te verbeteren valt aan de kennis en kunde van artsen als het gaat om levenseindezorg? Op welke wijze gaat u bewerkstelligen dat de kennis bij artsen rondom de mogelijkheden bij levenseindezorg verbeterd wordt?

#### Antwoord 8

Nederlandse artsen houden zich over het algemeen goed aan de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie. Zo blijkt uit de evaluatie van de Euthanasiewet dat 83% van de artsen zich voldoende bekwaam acht om palliatieve zorg uit te voeren. Het valt niet uit te sluiten dat een arts in een uitzonderlijke situatie te vroeg start met sedatie. Het komt voor dat een patiënt onbehandelbare symptomen heeft en daar ondraaglijk aan lijdt, maar dat de verwachting is dat het overlijden niet binnen twee weken plaatsvindt. Dat kan zich voordoen bij patiënten met spierdystrofie, ALS, cardiale- en respiratoire insufficiëntie. Dat vergt, zo staat het ook in de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie, extra zorgvuldigheid in de vorm van een consultatie van de juiste deskundige. Zie ook mijn antwoord op vraag 6.