

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

1404

Vragen van het lid **Paulusma** (D66) aan de Minister voor Medische Zorg over *euthanasie bij psychisch lijden* (ingezonden 20 februari 2024).

Antwoord van Minister **Dijkstra** (Medische Zorg) (ontvangen 3 april 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 1209.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Je patiënt eindeloos laten lijden, dat is ook een keuze» en kunt u een reactie geven hierover?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met het artikel en ook met de problematiek die daarin wordt geschetst. Ik betreur het ten zeerste als (jonge) mensen zo wanhopig zijn dat zij zich suïcideren omdat zij geen andere uitweg meer zien. Psychiaters erkennen het lijden van de mensen met dergelijke problematiek en het is de vraag of het een keuze is van hen om patiënten eindeloos te laten lijden. Er kunnen ook inhoudelijke redenen zijn dat niet aan het verzoek wordt voldaan. Bij psychiaters wordt ook terughoudendheid gezien om een euthanasieverzoek van een patiënt te beoordelen of om eventueel euthanasie te verlenen. Ik vind het heel belangrijk dat hier verandering in komt, zodat mensen met psychisch lijden met een persisterende doodswens en een euthanasieverzoek passende en tijdige zorg krijgen en dat de wachtlijst bij Expertisecentrum Euthanasie (EE) wordt teruggebracht. Gezien de bestaande terughoudendheid van psychiaters is het voor EE echter niet eenvoudig om voldoende psychiaters te vinden die voor EE willen werken. Ook is er een tekort aan psychiaters die een second opinion willen verrichten of als SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland)-arts willen fungeren, ondanks alle goede initiatieven die inmiddels in gang zijn gezet, waaronder de oprichting van het landelijk expertisenetwerk ThaNet² met subsidie van het Ministerie van VWS. ThaNet is opgericht om kennis en expertise te verspreiden onder psychiaters en andere zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zodat persisterende doodswen-

¹ De Volkskrant, 17 februari 2024, «Je patiënt eindeloos laten lijden, dat is ook een keuze» (<https://www.volkskrant.nl/binnenland/psychiater-kit-vanmechelen-vertrok-bij-het-euthanasie-centrum-vanwege-de-wachtlijst-ik-vind-het-onacceptabel~b54f1945/#:~:text=Menno%20vertelde%20over%20een%20jongen,Hij%20wilde%20euthanasie>)

² Zie: ThaNet – Een breder gesprek over de dood en de psychiatrie

sen nog beter besproken worden binnen de ggz, euthanasieverzoeken worden beoordeeld en meer psychiaters bereid worden gevonden om second opinions te verrichten in het kader van een euthanasietraject of om als SCEN-arts te fungeren.

Vraag 2

Bent u het ermee eens dat het onacceptabel is dat de wachttijd voor mensen met een psychische aandoening en een euthanasieverzoek tot maar liefst drie jaar kan oplopen voordat hun verzoek in behandeling wordt genomen?

Antwoord 2

Ik vind het onacceptabel als mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens/euthanasiewens geen tijdige en passende zorg krijgen en vind het dan ook heel belangrijk (zoals ik ook bij de beantwoording van vraag 1 heb aangegeven) dat de huidige wachttijd bij EE voor mensen met een psychische aandoening wordt teruggebracht.

Zoals EE in haar reactie op het artikel in de Volkskrant aangeeft, worden euthanasieverzoeken op basis van psychisch lijden inmiddels niet alleen door psychiaters van EE opgepakt, maar ook door artsen en verpleegkundigen met psychiatrische expertise waardoor de wachttijd voor patiënten met psychisch lijden varieert van enkele maanden tot, in enkele (complexe) gevallen, helaas drie jaar.

Vraag 3

Kunt u aangeven welke knelpunten u ziet waardoor er onvoldoende tijdige (euthanasie)hulp kan worden verleend aan mensen die in psychische nood verkeren?

Antwoord 3

Er is onvoldoende passende zorg voor mensen met een psychische aandoening en een persisterende doodswens of verzoek tot euthanasie. Het is van belang dat een persisterende doodswens bij mensen die in behandeling zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) besproken wordt. Het wordt door psychiaters om verschillende redenen als complex ervaren om een euthanasieverzoek van eigen patiënten te onderzoeken. Er is sprake van terughoudendheid en handelingsverlegenheid bij psychiaters om doodswensen/euthanasieverzoeken te onderzoeken, te beoordelen of eventueel om euthanasie te verlenen. In het veld wordt overigens gesignaleerd dat er een afname is van deze terughoudendheid en handelingsverlegenheid. Er is brede interesse voor het onderwerp, ThaNet wordt geregeld gevraagd voor scholing en onderwijs, er zijn binnen diverse ggz-instellingen initiatieven om de zogenaamde euthanasiezorg intern beter te regelen, er zijn meer psychiaters bereid om second opinions te verrichten en in verschillende regio's wordt gezien dat de second opinions in toenemende mate worden aangevraagd door psychiaters die werkzaam zijn in de ggz (en dus niet bij EE).

Patiënten melden zich zelf bij EE aan, maar ook psychiaters (en andere artsen) verwijzen door naar EE waar mensen vervolgens op de wachtlijst komen terwijl de praktijk uitwijst dat EE slechts 10 tot 15% van het totale aantal hulpvragen op basis van psychisch lijden uitvoert. Ruim 20% van de patiënten trekt zich terug na aanmelding of gedurende het traject. Ongeveer 30% wordt afgewezen in verband met het niet voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De overige patiënten vallen af wegens andere redenen (behandelaar neemt het verzoek terug, patiënt geeft geen toestemming om medische informatie op te vragen, overlijden etc). Door persisterende doodswensen binnen de ggz te bespreken en verzoeken tot euthanasie binnen de ggz te beoordelen is de verwachting dat minder patiënten zich aanmelden bij EE en het knelpunt van de lange wachtlijsten zal afnemen. Tevens wordt verwacht dat de terughoudendheid en handelingsverlegenheid bij psychiaters om euthanasie zelf te verrichten verder af zal nemen in het licht van de hierboven genoemde ontwikkelingen. Het knelpunt dat er weinig psychiaters zijn die een second opinion verrichten in het euthanasietraject lijkt overigens af te nemen nu meer psychiaters bereid zijn om second opinions te verrichten.

Vraag 4

Kunt u aangeven op welke wijze deze knelpunten met een passend tempo (moeten) worden verholpen, waarbij de urgentie van het onmenselijke wachten wordt erkend?

Antwoord 4

Het landelijk expertisenetwerk ThaNet zet zich in voor het bevorderen van de beschikbaarheid van passende zorg aan mensen met psychisch lijden door de deskundigheid van psychiaters en andere artsen/ggz-behandelaren te vergroten en daarmee het doorverwijzen naar EE terug te dringen. Daarnaast dragen consulents van EE eraan bij dat steeds meer psychiaters zelf een euthanasieverzoek in behandeling nemen en gehoor geven aan de euthanasiewens van hun patiënt. Verder wordt vanuit EE ingezet op samenwerking en uitwisseling van kennis en ervaring tussen EE en het ggz-veld door de inzet van een relatiebeheerder van EE. Initiatieven als stichting Kea en de stichting In liefde laten gaan dragen ook bij aan het vergroten van kennis over en begrip voor euthanasie bij psychisch lijden. Er is inmiddels een beweging zichtbaar binnen de ggz, maar dergelijke processen – waarbij er sprake is van een noodzakelijke «cultuuromslag» – vergen tijd en zijn helaas niet op korte termijn te realiseren.

Verder wil ik erop wijzen dat het van groot belang is om te voorkomen dat mensen een euthanasiewens ontwikkelen omdat zij in psychische nood verkeren. In dit kader wordt ingezet op het versterken van de toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz. Dit gebeurt enerzijds vanuit de landelijke stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden en anderzijds vanuit de afspraken die we in het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben gemaakt over het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz.

Ook vroegtijdige, laagdrempelige hulp aan mensen met een chronische, persisterende en/of suïcidale doodswens, kan ertoe bijdragen dat er voor deze mensen perspectieven ontstaan op een betekenisvol leven met een psychische aandoening. Het gesprek over de dood kan in sommige gevallen juist ook bijdragen aan het verminderen van suïcidale gedachten en aan de preventie van zelfdoding. Deze gesprekken kunnen daarmee vroegtijdig soelaas bieden en bijdragen aan het verminderen van het aantal euthanasieverzoeken en het tijdig verwijzen naar de juiste zorg. Onlangs is het rapport over de verkenning naar vroegtijdige hulp aan mensen met een vaak ambivalente, chronische, persisterende en/of suïcidale doodswens aan uw Kamer verstuurd.³ Hierbij heeft de voormalig Minister van VWS aangegeven in gesprek te gaan met relevante (veld-)partijen over de wijze waarop en door wie het beste opvolging kan worden gegeven aan de mogelijkheden tot verbetering van het bestaande hulpaanbod en de twee als kansrijk geschetste scenario's voor de uitbreiding van het bestaande hulpaanbod, te weten centra waar herstelgericht gewerkt wordt op basis van ervaringsdeskundigheid en Geestelijke Verzorging Thuis. Voor het Ministerie van VWS is vooral een stimulerende en faciliterende rol weggelegd. Het is primair aan de relevante veldpartijen om in gezamenlijkheid te zorgen voor laagdrempelige zorg, hulp, begeleiding en ondersteuning voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens.

Daarnaast ga ik met relevante veldpartijen – waaronder ThaNet, EE, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE), stichting Kea, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse ggz, de stichting In liefde laten gaan, 113 Zelfmoordpreventie, MIND en Zorgverzekeraars Nederland – in gesprek om gezamenlijk in kaart te brengen hoe de beweging die zichtbaar is in het ggz-veld verder kan worden gebracht en versneld.

Vraag 5

Deelt u de analyse dat er veel meer kennis en expertise over euthanasieverzoeken bij eigen behandelaren (waaronder psychiaters en huisartsen) aanwezig moet zijn om patiënten met een psychische aandoening beter te kunnen helpen?

³ Kamerstukken II, 2023/24, 32 647, nr. 104

Antwoord 5

Die analyse deel ik zeker. Zoals ik bij de beantwoording van vraag 4 heb aangegeven, beoogt ThaNet de kennis en expertise over euthanasieverzoeken bij eigen behandelaren (psychiaters en andere artsen) te vergroten. Ook andere partijen, waaronder EE, de NVvP en stichting Kea dragen hieraan bij.

Vraag 6

Kunt u toelichten hoe het ervoor staat met het landelijk netwerk Persistierende doodswens en euthanasieverzoek op psychische grondslag? Worden de beoogde doelstellingen bereikt en is dit voldoende om de problematiek te verhelpen?

Antwoord 6

Het landelijke expertisenetwerk ThaNet heeft verschillende netwerkbijeenkomsten gehouden en een (jaarlijks) symposium georganiseerd. Ook is er inmiddels een website waar veel kennis en expertise wordt gedeeld, brengt ThaNet een nieuwsbrief uit en vindt er voorlichting en scholing plaats. ThaNet werkt samen met relevante veldpartijen (zie in dit kader het antwoord op vraag 4). De activiteiten van al deze organisaties tezamen moeten bijdragen aan de beoogde cultuuromslag. Zoals bij de beantwoording van vraag 4 is aangegeven, ga ik daarnaast met relevante veldpartijen in gesprek om te kijken hoe we de beweging in het ggz-veld kunnen versnellen.

Vraag 7

Kunt u aangeven op welke wijze het Expertisecentrum Euthanasie acuut wordt bijgestaan om de wachtlijsten voor mensen met een psychische aandoening en een euthanasieverzoek te verminderen?

Antwoord 7

Het aantrekken van extra psychiaters, het bieden van een goede werkomgeving en waar mogelijk het aanpassen van de eigen werkwijze is de verantwoordelijkheid van EE. Verder beoogt ThaNet, samen met andere partijen, de kennis en expertise bij psychiaters en andere artsen te vergroten en daarmee doorverwijzing naar EE tegen te gaan (zie ook de beantwoording van vraag 5).

Naar aanleiding van de motie Paulusma⁴ bezie ik momenteel hoe de consultatiefunctie door EE eventueel structureel kan worden georganiseerd. In de kabinetsreactie op de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) zal ik uw Kamer hierover informeren.

⁴ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 14.