

Vergaderjaar 2001–2002

26 691

Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)

Nr. 43

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 31 oktober 2001

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bleek er bij enkele fracties behoefte te bestaan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 29 mei 2001 ten geleide van het tweede Jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (VWS-01-748/Just-01-449).

De op 7 september 2001 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 31 oktober 2001 verstrekte antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (CDA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Moster (CDA), Rijpstra (VVD), Pitstra (GroenLinks) en Cörüz (CDA).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cheribi (VVD), Rietkerk (CDA), Weekers (VVD), Van Gent (GroenLinks) en Visser-van Doorn (CDA).

Vragen PvdA-fractie

1

*Hoe vaak is door de diverse commissies een arts gevraagd op de vergadering van de commissie de melding te komen toelichten? (blz. 7)
Hoe dikwijls heeft het concept «onzorgvuldig» na een mondelinge toelichting van de arts alsnog geleid tot de conclusie «zorgvuldig»? (blz. 9)*

In het jaar 2000 is 15 maal aan een arts gevraagd om een melding te komen toelichten. Bij het beoordelen van de klacht kan de commissie aanvullende informatie nodig hebben en in zo'n geval wordt de arts gevraagd nadere informatie te geven. De beoordeling zorgvuldig of onzorgvuldig vindt pas plaats aan het einde van de procedure wanneer over de noodzakelijke informatie kan worden beschikt.

2

Welke maatregelen bent u voornemens te treffen om te voorkomen dat het secretariaat van de commissies (in feite) onderbezet blijven? Deelt u de mening dat bij het inwerkingtreden van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, waarin aan de commissies een zeer belangrijke rol is toegekend, deze daartoe – ook in de zin van ondersteuning – adequaat behoren te zijn geëquipeerd? (blz. 7)

De specifieke vraag of de mening gedeeld kan worden dat bij het in werking treden van de nieuwe wetgeving Toetsing Levensbeëindiging de respectievelijke commissies ook adequaat moeten zijn geëquipeerd, wordt bevestigend beantwoord. Gerealiseerd moet daarbij worden dat de afgelopen drie jaren sprake is geweest van een opbouw van de toerusting voor de commissies, met name ook in personele zin. In zekere zin was een goede invulling met name op het personele en formatieve gebied, waarbij tevoren niet duidelijk kon zijn welke omvang van werkzaamheden aan de orde was, moeilijk vooraf te bepalen en is er sprake geweest van een ontwikkelingsfase. In dit verband is meer en meer helder geworden, zij het met een behoorlijke mate van onzekerheid – immers aantal meldingen en ingewikkeldheid van beoordeling zijn nimmer tevoren voorspelbaar – welke verwachtingen er op dit moment redelijkerwijs kunnen worden aangenomen.

Met het oog daarop zijn in nauw overleg met de voorzitters van de resp. commissies thans precies omschreven werkafspraken gemaakt omtrent de wijze van de personele invulling van samenstelling en bezetting van commissies, gewenste overlegsituaties tussen de commissies onderling en met het departement resp. de betrokken ministers, huisvesting, adequate toerusting zowel op secretariaeel niveau als op administratief en facilitair gebied, het aantrekken en benoemen van zowel (plaatsvervangende) commissieleden als ambtelijk personeel inclusief regelingen voor sturing, leiding en plaatsvervangende/opvang. Het aantal beschikbare formatie-uren van ca. 160, die tot op heden realiteit was, wordt thans opgevoerd tot ten minste 288 uur, gespreid in te vullen over de respectievelijke vestigingen en ten behoeve van de vijf commissies. Implementatie van de afspraken is voorgenomen vòòr de nieuwe wetgeving per 1 januari 2002 in werking treedt, wellicht nog wel met uitzondering van realisatie van beoogde concentratie van kantoorhuisvesting, omdat dit vermoedelijk wat meer organisatorische afstemming en tijd vergt.

3

Was de medewerking en ondersteuning van de ministeries van VWS en Justitie naar het oordeel van de commissies gedurende het verslagjaar voldoende? (blz. 7)

Onder verwijzing naar het antwoord op vraag 2 met name voor wat betreft de mate van onzekerheid en onvoorspelbaarheid is zeker denkbaar dat de overigens voortdurende aandacht en inzet vanuit de ambtelijke organisatie binnen de departementen van Justitie en VWS de afgelopen periode niet als adequaat is ervaren. Met deze opgedane ervaringen en het in werking treden van de nieuwe wetgeving in het vooruitzicht heeft het kabinet thans de overtuiging dat goede basisafspraken zijn ontwikkeld en vastgelegd, die optimaal functioneren aanzienlijk kunnen bevorderen.

4

Hoe beoordeelt u de door de commissies geconstateerde en in het Jaarverslag gememoreerde (te) beperkte taakopvatting van de inspectie voor de gezondheidszorg in sommige regio's? Wat heeft u inmiddels ondernomen om een en ander ten goede te doen keren? (blz. 7)

Nadat de commissie zich een oordeel heeft gevormd over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts, kan er vervolgens bij de commissie de behoefte zijn de inspecteur te vragen de handelwijze van de arts in medisch inhoudelijke of tuchtrechtelijke zin nader te bezien.

Een dergelijk verzoek van de commissie wordt door de inspecteur altijd gehonoreerd.

In één regio is door een misverstand in de procedure in twee situaties onvoldoende gecommuniceerd tussen de commissie en de inspectie. Daardoor is in één situatie een verzoek van de commissie door de inspectie niet als verzoek geïdentificeerd en is in een tweede situatie, op grond van verschillende verwachtingen, onvoldoende teruggekoppeld. Zowel in het halfjaarlijks overleg tussen de voorzitters van de toetsingscommissies, het OM en de Inspectie zijn deze cases aan de orde geweest, als ook in een overleg tussen de betrokken toetsingscommissie en de inspectie. Tijdens deze overleggen zijn de misverstanden besproken en opgelost en zijn de verwachtingen over en weer verhelderd.

5

In hoeveel gevallen hebben de commissies zichzelf niet bevoegd geacht om de zaak te beoordelen? Wat was daartoe de aanleiding? (blz. 10)

De commissies hebben in het jaar 2000 in elf gevallen zichzelf «niet bevoegd» verklaard. In tien gevallen was sprake van een wilsonbekwame patiënt en één maal was geen sprake van een uitdrukkelijk verzoek.

6

Casus 3. Wordt in het jaarverslag getypeerd als zgn. «standaard»-casus waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Deelt u de mening dat een dergelijke typering zou kunnen bijdragen tot de misvatting, bijv. bij artsen, dat met kinderen (of andere naasten) onder alle omstandigheden dient te worden overlegd, terwijl dergelijk overleg als zodanig niet tot de zorgvuldigheidseisen behoort? Op welke wijze bent u voornemens de bekendheid van artsen met de in de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding opgenomen zorgvuldigheidseisen te bevorderen? (blz. 14)

Het overleg met de kinderen van degene die heeft verzocht om euthanasie behoort niet tot de zorgvuldigheidseisen. Het zijn immers niet de kinderen die om euthanasie verzoeken, maar de patiënt zelf. In de praktijk ligt het voor de hand om de familie te informeren over de situatie waarin de patiënt zich bevindt. De familie is veelal zeer begaan met de toestand waarin de patiënt zich bevindt.

Wij vrezen niet dat het overleg door de artsen zal worden gezien als een zorgvuldigheidsvereiste. Wel zal de arts, indien dat kan, er belang aan

hechten om met de kinderen over het verzoek om euthanasie te spreken. Uiteraard alleen indien de patiënt zelf daartegen geen bezwaar heeft aangetekend. Zo'n gesprek kan de arts sterken in zijn overtuiging dat de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie heeft gedaan.

De bekendheid met de zorgvuldigheidseisen wordt bevorderd door onder andere het uitbrengen van een brochure voor artsen. Bovendien zullen de toetsingscommissies zorgdragen voor het informeren van de beroepsgroep.

7

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de aanwezigheid en beschikbaarheid van SCEN-consulenten in de diverse regio's? (blz. 25)

Uit de registratie van het SCEN-project per 31 augustus 2001 blijkt dat thans in 17 van de 24 Districts Huisartsen Verenigingen opleidingen voor SCEN artsen hebben plaats gevonden of plaats vinden. Er zijn in deze DHV'S thans 337 opgeleide SCEN artsen.

8

Deelt u de mening dat – zeker na het inwerking treden van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding – de oordelen van de toetsingscommissie in geanonimiseerde vorm via een databank raadpleegbaar moeten worden gemaakt; met het toegankelijk maken van dergelijke «jurisprudentie» wordt immers ook uitdrukking gegeven aan het beleidsstreven van meer transparantie en openheid met betrekking tot dit onderwerp? (blz. 26)

Primair wordt onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van een databank voor alle toetsingscommissies. Op dit moment beschikken de commissies over een database waarin veel gegevens betreffende de gemelde gevallen zijn opgenomen. Dit systeem bevat zoekmogelijkheden aan de hand van deze gegevens, maar fungeert niet als een landelijke databank waarin de oordelen kunnen worden opgezocht. Het ontwerpen, beheren en actueel houden van zo'n systeem vergt echter een aanzienlijke financiële investering en personele inzet. Om die reden is het wenselijk dat eerst onderzoek naar de wensen en mogelijkheden wordt gedaan. Een vergroting van de reikwijdte van de toegankelijkheid van de databank wordt overwogen. Wel zijn wij van mening dat de databank in eerste instantie voor de toetsingscommissies een goed werkbaar systeem moet zijn. Vervolgens kan dan worden overwogen om de toegankelijkheid te verbreden. Daarbij moeten de voor- en nadelen tegen elkaar worden afgezet. Een voordeel is dat daarmee de «jurisprudentie» inzichtelijk en breed toegankelijk wordt. Een van de nadelen van het systeem is dat het moeilijk is om de zaken te anonimiseren. Een casus is namelijk zo specifiek dat in de medische wereld vrij eenvoudig is na te gaan welke arts bij een bepaald geval is betrokken.

Tijdens de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel hebben wij naar aanleiding van een vraag daarover van Mevrouw Halsema reeds aangegeven dat wij in beginsel positief staan tegenover een goed opgezette databank. (Handelingen II 2000/2001, blz. 26–2139 en 26–2125).

Vragen VVD-fractie

9

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het nieuwe onderzoek van Van der Maas – van der Waal naar de meldingsbereidheid onder artsen en het functioneren van de toetsingscommissies?

Het onderzoek van de hoogleraren Van der Maas en Van der Wal is opgestart. De onderzoekers treffen voorbereidingen om met de arts-interviews te kunnen beginnen.

10

Welke initiatieven overweegt de minister om de bekendheid van artsen met het gewenste niveau van verslaggeving te verbeteren?

Vanuit verschillende kant worden artsen gestimuleerd de verslaggeving te verbeteren. Het SCEN-project, werkzaamheden van de commissie, voorlichting door KNMG en commissies zijn daarvoor belangrijke factoren.

11

Hoe moet het functioneren van de toetsingscommissies worden gezien in het licht van de recent door de commissie mensenrechten van de VN over de commissies geuite kritiek?

Zoals blijkt uit Kamerstuk 266 691 en 22 588, nr. 42, heeft het VN Comité voor de rechten van de mens aanbevolen de toepassingspraktijk van de wet nog eens te bezien. Voor de manier waarop het kabinet aan de aanbeveling gevolg zal geven en de argumenten daarvoor, verwijst het kabinet naar bedoeld kamerstuk.

12

Hoe moet de fluctuatie in de meldingen worden uitgelegd in de vergelijking van 2000 tot 1999? Stijgt of daalt de meldingsbereidheid? Wat is de verklaring voor het verschil in meldingen tussen de regio's? (blz. 11)

Uit het beschikbare cijfermateriaal kan de conclusie worden getrokken dat er een lichte daling is opgetreden in het aantal meldingen. Niet duidelijk is wat de oorzaak van deze daling is. Wel is bekend dat de discussie die het afgelopen jaar is gevoerd met het oog op de parlementaire behandeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk enige onzekerheid teweeg heeft gebracht over de richting die uiteindelijk met het vraagstuk van de euthanasie en hulp bij zelfdoding zal worden ingeslagen. Aan deze onzekerheid is een einde gekomen na aanvaarding van het wetsvoorstel.

Ook de tamelijk recente introductie van de toetsingscommissies (1 november 1998) behoeft enige gewenning. De reden hiervan is niet gelegen in het feit dat de regeling met scepsis is ontvangen maar dat dit een niet ongebruikelijke reactie is op nieuwe regelgeving op een terrein dat ingrijpt in emotionele waarden en normen. Dit betekent voor het onderhavige onderwerp dat enige tijd is gemoeid met het opbouwen van het vertrouwen van de medische stand. Hieruit kan naar onze mening niet de conclusie worden getrokken dat artsen zonder meer controle zullen mijden en dat de Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding geen zin zou hebben. Nu de nieuwe wettelijke regeling is vastgesteld bestaat geen twijfel over de eisen waaraan levensbeëindigend handelen moet voldoen. De wet draagt ontegenzeggelijk bij aan een duidelijke normstelling.

Overigens moet niet worden uitgesloten dat het gevolg van de gewenning aan de nieuwe regeling kan zijn dat het aantal verzoeken om levensbeëindigend handelen dat is gehonoreerd is gedaald.

Indien de meldingsbereidheid niet toeneemt, zal moeten worden nagegaan wat de oorzaak hiervan is. Het is evident dat wij deze ontwikkeling nauwlettend zullen volgen. Veel inzicht in de meldingsbereidheid verwachten wij dan ook te krijgen uit het lopende evaluatieonderzoek naar de stand van zaken op het terrein van euthanasie en andere medische

beslissingen rond het levenseinde waarmee in het voorjaar van dit jaar een aanvang is gemaakt.

Uit de thans voorhanden zijnde gegevens kunnen geen stellige conclusies worden getrokken. Zo kan er, zonder nader onderzoek, niet van worden uitgegaan dat het aantal gevallen van euthanasie niet zal zijn afgenomen, zodat dit ook niet als de (logische) verklaring voor de afname van het aantal meldingen kan worden gegeven.

Om bovenstaande redenen zijn wij niet van mening dat nu al gesproken kan worden van falend beleid. Er wordt gewerkt aan voorlichtingsmateriaal voor artsen. Tevens zullen de toetsingscommissies zorgdragen voor het informeren over de werking van de wet. Dit zal allemaal bijdragen aan de inzichtelijkheid van de regelgeving.

Het verschil in meldingen tussen de regio's is dit jaar verhoudingsgewijs ongeveer gelijk aan vorig jaar. Wat de oorzaak van dit verschil is valt niet na te gaan. Niet ondenkbeeldig is dat deze verschillen te maken hebben met de bevolkingsdichtheid per regio. In het onderzoek door Van der Maas en Van der Wal zal aandacht worden besteed aan mogelijke andere factoren die van invloed kunnen zijn op de regionale verschillen.

13

In hoeverre is het wenselijk om van overheidswege maatregelen te overwegen om de kwaliteit van de verslaglegging van artsen en consulents verder te verbeteren? Hebben de commissie voldoende gezag om de SCEN-methode van verslaglegging voor te schrijven? (blz. 25)

De kwaliteitsverbetering van de verslaglegging wordt gestimuleerd door de werkwijze van de commissies. Door het opvragen van extra informatie bij meldende artsen, het toesturen van het modelverslag en publicatie van jaarverslagen, het SCEN-project wordt artsen gewezen op de noodzaak en wijze van een goede verslaglegging. De uitstralende werking hiervan die mede wordt gestimuleerd door de KNMG zal op den duur zorgen voor een kwalitatief goede verslaglegging. Vooralsnog ziet het kabinet geen reden maatregelen te treffen.

14

In hoeverre zijn regionale verschillen vastgesteld bij de beoordelingen door de onderscheiden commissies?

Voor zover verschillen zijn vastgesteld gaat het om nuanceverschillen. Met name in de beginfase reageerden de commissies wel eens verschillend op onvolkomenheden. De voorzitters hebben daarom afspraken gemaakt over de manier waarop op de verschillende mogelijkheden moet worden gereageerd en zij zijn voornemens deze afspraken nog verder uit te werken. In geval van twijfel wordt een geval altijd voorgelegd aan de andere voorzitters.

15

Hoe denkt de minister over een eventuele voor artsen toegankelijke databank voor het verslagleggen van de jurisprudentie van de commissies? (blz. 26)

Verskillende vragen werden gesteld over de databank waarin de gegevens en oordelen van alle verschillende commissies kunnen worden opgeslagen en geraadpleegd. Naar aanleiding van het jaarverslag 2000 heeft de minister van VWS een onderhoud gehad met een delegatie van voorzitters en leden van de toetsingscommissies. Tijdens deze bijeenkomst hebben zij gesproken over het uitbreiden van de databank om gegevens voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te maken en de

eenheid binnen de oordelen te bevorderen. De ministers van VWS en Justitie en de toetsingscommissies staan hier positief tegenover. Voordat de databank kan worden aangepast moeten een aantal vragen worden geformuleerd. Ten eerste wordt nu bekeken welke nieuwe gegevens de databank moet bevatten om de nieuwe functies te kunnen vervullen. Ten tweede wordt de reikwijdte vastgesteld, wat inhoudt dat wordt bekeken wie de databank moet kunnen raadplegen. Voor het antwoord van de laatste vraag wordt onder andere gekeken naar het privacyreglement. Op grond van de antwoorden van deze vragen wordt een programma van eisen vastgesteld en zal een bureau worden gevraagd om deze opdracht uit te voeren.

16

Is er in het verslagjaar 2000 contact geweest tussen de minister en één of meer voorzitters van de commissies? Wat waren die gesprekspunten?

De minister van VWS heeft in het jaar 2000 eenmaal met voorzitters en leden gesproken. In dit gesprek was het jaarverslag 1999 aan orde alsmede werkwijze, de ondersteuning en de organisatie van de commissies.

17

Zijn de commissies voldoende geëquipeerd om te kunnen vaststellen in hoeverre er in een voorkomend geval een reëel behandelingsperspectief is geweest? Is één medicus in dit verband voldoende voor een objectieve beoordeling?

Bij het vaststellen van een reëel behandelingsperspectief zijn verschillende artsen betrokken. Ten eerste stelt de consultvragende arts vast of sprake is van een reëel behandelingsperspectief. In de tweede plaats zal ook de consulent deze vraag beoordelen. Bij een melding wordt bovendien vaak specialistendocumentatie met betrekking tot het behandelingsperspectief geleverd. Deze informatie houdt vaak een percentage in dat de in de literatuur aangehouden slagingskans aangeeft van een bepaalde behandeling voor een bepaalde patiënt. Als laatste geeft de arts in de commissie zijn oordeel. In de praktijk wordt de vraag in ieder geval dus door drie en vaak door meer artsen beoordeeld.

18

Ziet de minister aanleiding het modelverslag zodanig te wijzigen dat alsnog de wijze wordt beschreven waarop het verzoek is gedaan?

Naar aanleiding van de ervaringen van de toetsingscommissies zal een aantal vragen in het modelverslag worden gewijzigd. Ook worden er vragen toegevoegd. In ieder geval wordt gevraagd naar de wijze waarop het verzoek om euthanasie is gedaan. Is dit mondeling gedaan of schriftelijk vastgelegd? Is het verzoek herhaald, wanneer, en in welk verband? Al deze vragen, in combinatie met de reeds bestaande vragen, geven een voldoende inzicht in de wijze waarop het verzoek wordt gedaan. De toetsingscommissies constateren dat het modelverslag in lang niet alle gevallen uitvoerig wordt ingevuld. Het gevolg is dat het voor de commissie niet altijd mogelijk is om zich op basis hiervan een oordeel te vormen over de zorgvuldigheidsnormen. In dat geval zal de commissie de arts om een nadere toelichting vragen. Op deze wijze wordt alsnog de controleerbaarheid van de praktijk inzake euthanasie bewerkstelligd. Het is evident dat gestreefd wordt naar een inzichtelijk ingevuld modelverslag. Het gebruik van dit verslag is onder de nieuwe regeling verplicht. In de SCEN-opleiding wordt veel aandacht besteed aan de invulling van dit verslag. Daardoor kunnen consulenten de behandelende arts adviseren over de wijze waarop het verslag moet worden ingevuld.

De wijze van verslaglegging zal in een voorlichtingsbrochure aan de orde komen. Voorts wordt door verspreiding van het jaarverslag van de toetsingscommissies inzicht verschaft over de noodzaak om in het modelverslag een uitvoerige rapportage op te nemen. Vooralsnog zijn wij van mening dat een verdere betrokkenheid van onze kant niet noodzakelijk is.

19

Acht de minister de beoordeling door de commissie streng dan wel tegemoetkomend ten aanzien van de artsen, indien niet alle zorgvuldigheidseisen zijn nagekomen?

Het kabinet acht de beoordeling door de commissies passend. De commissies dragen door hun bestaan en werkwijze bij aan kwaliteitsverbetering. Indien de commissie onvolkomenheden ontdekt dan koppelt zij deze bevindingen terug naar de arts door middel van opmerkingen in het oordeel. Het oordeel van de toetsingscommissies is door deze opmerkingen genuanceerder dan het sepot van de Officier van Justitie. Soms wordt het oordeel van de toetsingscommissies door deze kanttekeningen wel als strenger ervaren.

Vragen CDA-fractie

20

In het jaar 2000 zijn ruim 2100 gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gemeld. In slechts drie gevallen was de toetsingscommissie van oordeel dat de arts niet zorgvuldig had gehandeld. Deze zaken zijn vervolgens door het Openbaar Ministerie geseponeerd. Hoe oordeelt het kabinet in dit verband over de uitlatingen van het Comité voor de rechten van de mens en de twijfels die het Comité heeft uitgesproken over de effectiviteit van de controle op de euthanasiepraktijk in Nederland? Is het kabinet van zins om gehoor te geven aan de oproep van het Comité om de wetgeving inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding opnieuw te bezien? Kan het antwoord worden gemotiveerd? (blz. 3)

Zie antwoord vraag 11.

21

Het aantal meldingen van euthanasie is in het jaar 2000 gedaald ten opzichte van 1999. Het aantal meldingen in 1999 lag echter al fors onder het aantal meldingen uit 1998 toen het oude controleregime nog van kracht was. Een voor het kabinet belangrijk argument voor de indiening van het wetsvoorstel Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding was nu juist de meldingsbereidheid van artsen te vergroten door gemelde euthanasie niet in eerste instantie via het Strafrechtelijk circuit te beoordelen, maar via de toetsingscommissies. Vindt het kabinet niet dat zij op het punt staat te falen in haar beleid om – zoals het jaarverslag van 1999 het uitdrukt «artsen te stimuleren verantwoording over hun levensbeëindigend handelen af te leggen en de kwaliteit van dit handelen te bewaken en verder te bevorderen»? (blz. 3)

Zie antwoord vraag 12.

22

Hoe oordeelt het kabinet in het licht van het aantal afgenomen meldingen over de beschouwingen van Dr. Albert Klijn in het dagblad Trouw waarin deze een link legt tussen de onzekerheden die het gevolg zijn van veranderingen in het controle- en toetsingsbeleid -zoals de introductie van de toetsingscommissie en de meldingsbereidheid van artsen? Ziet het kabinet hierin geen aanwijzing dat artsen hoe dan ook controle zullen

mijden wanneer zij niet zeker van hun zaak zijn, ongeacht of deze controle nu door een toetsingscommissie of door het Openbaar Ministerie wordt uitgeoefend? Welke zin heeft de Wet Toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding in deze eigenlijk gehad? (blz. 3)

Zie antwoord vraag 12.

23

Op welke wijze denkt het kabinet het geconstateerde gebrek aan kennis over de procedures en wettelijke regeling inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding weg te nemen? (blz. 3)

Vanuit de departementen van VWS en van Justitie wordt momenteel tezamen met de KNMG een voorlichtingscampagne opgezet, gericht op het in werking treden van de nieuwe wet. Bij deze voorlichting, die vooral op artsen is gericht, zal alle aandacht worden besteed aan de wettelijke regeling en aan de procedures.

24

De secretarissen van de commissies zijn verantwoordelijk voor het beheer van de databases, het verstrekken van de benodigde dossiers en – kenmerkend – het opstellen van een conceptoordeel. Is invloed van de secretaris op het oordeel van commissie hierdoor niet te groot? Hoe worden deze secretarissen geworven? Worden er van kandidaten, naast een gedegen juridische kennis, ook specifieke andere vaardigheden verwacht? Zo ja, welke? Is de selectieprocedure bij alle toetsingscommissies gelijk of zijn daarin verschillen? Wordt de aspirant-secretaris ook beoordeeld op grond van zijn persoonlijke opvattingen ten aanzien van euthanasie? (blz. 6)

Secretarissen leveren de noodzakelijk ondersteuning aan de commissie om tot een afgewogen oordeel te komen. Zij bereiden stukken voor voor de vergadering en stellen de concept-oordelen op. De voorzitter en leden beschikken over dezelfde informatie als de secretaris voor wat betreft de te beoordelen casussen en zij dienen zich daarover een zelfstandig oordeel te vormen. De secretaris voert vervolgens de besluitvorming uit. Taken en bevoegdheden daarbij zijn duidelijk en vastgelegd en er zijn geen signalen dat secretarissen hun bevoegdheden zouden overschrijden. De werving van secretarissen geschiedt volgens de daarvoor vastgestelde procedures voor het aantrekken van overheidspersoneel. Van de kandidaten wordt geëist dat zij een opleiding Nederlands recht hebben. Ervaring in de gezondheidszorg strekt tot aanbeveling. Drie van de zes secretarissen zijn verpleegkundige en jurist. De selectieprocedure wordt centraal uitgevoerd en de voorzitter van de betrokken commissie en de collega secretarissen worden bij werving en de besluitvorming betrokken. Het gaat steeds om een totale beoordeling van opleiding en ervaring. Het spreekt voor zich dat persoonlijke opvattingen met betrekking tot euthanasie bij de selectie besproken worden. Kandidaten worden geschikt bevonden op grond van opleiding, ervaring en persoonlijke opvattingen over verschillende zaken waarbij van hen wordt verwacht dat zij in staat zijn op een professionele wijze de beoordeling van meldingen te verwerken en voorbereidende werkzaamheden te verrichten met respect voor andere opvattingen

25

De commissie heeft de mogelijkheid om nadere vragen te stellen aan de meldende artsen en de consulenten. In dit verband kan een «telefoongesprek» tussen de meldende arts en de arts uit de commissie soms erg verhelderend werken. Vindt het kabinet een «telefoongesprek» niet een te summier middel om op een verantwoorde en navolgbare wijze tot een oordeel te kunnen komen inzake het al of niet rechtmatig handelen van

artsen in kwesties van dood en leven? Is het niet beter – juist met het oog op de transparantie, de controleerbaarheid en de zorgvuldigheid – de arts in een persoonlijk onderhoud om nadere informatie te vragen en hiervan een schriftelijke verslag te maken dat na afloop van het gesprek door zowel de betrokken arts als door de vertegenwoordigers van toetsingscommissie wordt geaccordeerd? (blz. 6)

In het geval dat de commissie nog enige medisch technische informatie nodig heeft, kiest men er soms voor dat de arts van de commissie telefonisch contact opneemt met de meldende arts. Het gaat in die gevallen om opheldering van feitelijke onduidelijkheden, zoals wanneer de dosering van het euthanaticum anders is dan gebruikelijk of het middel überhaupt anders is dan gebruikelijk. Een bezoek is in een dergelijk geval niet opportuun. Het gaat in ieder geval vaak over summiere afwijkingen. Van het gesprek en de uitkomst wordt overigens melding gemaakt in het oordeel.

26

Uit het jaarverslag blijkt dat het modelverslag helaas niet uitnodigt tot een uitvoerige rapportage. Even verderop in het verslag staat dat er weliswaar een modelformulier is gemaakt, maar dat deze niet wettelijk verplicht is voorgeschreven en dat dit formulier soms tot een heel summiere beantwoording van vragen leidt. Acht het kabinet deze geconstateerde gebreken in de verslaglegging omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding aanvaardbaar in het licht van de door haar geformuleerde doelstelling dat de praktijk inzake euthanasie maatschappelijk controleerbaar moet zijn? Hoe oordeelt het kabinet in deze over de opmerking in het Jaarverslag dat in verreweg de meeste gevallen de verslagen geen vragen of problemen opriepen. Vindt het kabinet deze opmerking geloofwaardig? (blz. 6, 13 en 25)

Zie antwoord vraag 18.

27

Hoe oordeelt het kabinet over de tevredenheid die in het Jaarverslag wordt uitgesproken over de consultatieverslagen van de SCEN-consulenten. Dit terwijl zelfs de consultatieverslagen van, bijvoorbeeld, de SCEA-consulenten in Amsterdam op zoveel essentiële punten, qua benodigde informatievoorziening ten behoeve van de toetsingscommissies, nog tekortschiet? Wat zegt dit, overigens, over de verslaglegging in het algemeen? Is het kabinet van zins om op korte termijn een pakket van eisen te formuleren waaraan de verslaglegging van euthanaserende artsen moet voldoen, zodat de euthanasiepraktijk in Nederland voldoende controleerbaar en transparant wordt? (blz. 6, 7 en 25)

Het kabinet heeft gelden ter beschikking gesteld voor de opleiding van SCEN-artsen. Het kabinet heeft met genoeg kennis genomen van de conclusies van de toetsingscommissies dat de verslagen van de in het SCEN-project opgeleide artsen over het algemeen een beter inzicht geven dan de verslagen van de niet opgeleide artsen. In overleg met de projectleiding van het SCEN-project wordt nagegaan op welke punten de verslaglegging nog kan worden verbeterd. Bij het opstellen van de amvb's op grond van de Wet toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding worden de suggesties van de toetsingscommissies, die op de praktijkervaringen zijn gestoeld, inzake de verslaglegging van de consulenten en inzake de formulieren waaraan de verslaglegging van euthanaserende artsen moet voldoen, meegenomen. Deze suggesties zullen in de betreffende amvb's hun weerslag vinden.

28

«In het afgelopen jaar was het secretariaat van de commissies in feite steeds onderbezet, waardoor de werkbelasting van de secretarissen soms groot was». Heeft deze onderbezetting geen nadelige gevolgen gehad voor de zorgvuldigheid van de besluitvorming? Zij er gevallen bekend waarin door de werkdruk de toetsingscommissie geen oordeel over een gemeld euthanasiegeval heeft kunnen geven omdat de zes (maximaal twaalf) weken termijn is overschreden? Zo ja, acht het kabinet dit aanvaardbaar. Zo nee, hoe kan worden voorkomen dat de werkdruk zodanig gaat oplopen dat dit wel zal gaan gebeuren; temeer ook omdat het kabinet aanvankelijk verwachtte dat door de nieuwe wetgeving het aantal euthanasiemeldingen zal gaan stijgen in plaats van dalen? (blz. 7)

Het afgelopen jaar is sprake geweest van een tijdelijke onderbezetting. Door de inzet van de secretarissen heeft de zorgvuldigheid van de besluitvorming niet geleden. Thans zijn maatregelen getroffen om het aantal fe's op peil te brengen. De formatie is voornamelijk voldoende om toekomstige ontwikkelingen adequaat op te vangen.

29

Is het waar dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet altijd adequaat reageert op gevallen die door de toetsingscommissies aan haar worden voorgelegd? Zo ja, hoe denkt het kabinet een herhaling hiervan in de toekomst te kunnen voorkomen? (blz. 7)

Zie antwoord vraag 4.

30

Tekortkomingen in de zorgvuldigheidscriteria voor het zorgvuldig handelen, leiden niet altijd tot het eindoordeel «niet zorgvuldig». Is hier geen sprake van een hellend vlak en een steeds verder gaande versoepeling van de controle op de euthanasiepraktijk? Op grond van welke criteria wordt bepaald of een tekortkoming in de zorgvuldigheidscriteria toch kan leiden tot een eindoordeel «zorgvuldig»? Impliceert dit niet dat sommige zorgvuldigheidscriteria door de toetsingscommissies kennelijk minder belangrijk of zelfs overbodig worden geacht? Wat is het oordeel van het kabinet hierover? (blz. 8)

De toetsingscommissie kan ondanks onvolkomenheden in de toepassing van de zorgvuldigheidseisen toch tot een positief oordeel komen. Dit is niet anders onder de nieuwe regelgeving. Daarbij vrees ik niet voor een hellend vlak, aangezien in elk concreet geval nauwkeurig moet worden afgewogen in hoeverre een onvolkomenheid in de zorgvuldigheidseisen acceptabel is.

Bij deze afweging speelt uiteraard een rol het gewicht dat aan de niet-inachtneming van de zorgvuldigheidseisen moet worden toegekend. Van deze zorgvuldigheidseisen kan worden gesteld dat de eerste twee, betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden en betreffende het vrijwillig en weloverwogen verzoek, van een andere orde zijn dan de laatste twee, betreffende de consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering. De eerstgenoemde komen dicht bij wat een materiële normstelling voor gerechtvaardigde euthanasie en hulp bij zelfdoding zou kunnen worden genoemd, terwijl de laatstgenoemde eisen een meer formeel karakter hebben, gericht op procedurele zorgvuldigheid. Het niet-inachtnemen van eerstgenoemde eisen moet ernstiger worden opgevat dan het niet-inachtnemen van laatstgenoemde eisen. Tegelijkertijd kan een tekortkoming in de procedurele sfeer ertoe leiden dat onvoldoende komt vast te staan of aan eerstgenoemde eisen wel is voldaan. Met andere woorden: ook procedurele eisen dienen volstrekt serieus te worden genomen. Daarom is een scherpe onderscheiding in het régime waaronder niet-

inachtneming van de onderscheiden zorgvuldigheidseisen is gesanctioneerd, niet wenselijk.

Per individueel geval waarin de arts een levensbeëindigende handeling heeft toegepast, zal moeten worden getoetst aan de zorgvuldigheids-criteria. Daarbij moet bedacht worden dat onderscheid moet worden gemaakt tussen patiënten die op het moment van de beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan wilsbekwaam waren en degenen die dat op dat moment niet waren. In beide gevallen moeten de zorgvuldigheidseisen zonder meer worden toegepast.

Wij herhalen hier hetgeen bij de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding naar voren is gebracht (handelingen II 2000/2001, blz. 27–2250) dat alleen in hoogst uitzonderlijke gevallen een onvolkomenheid in de uitvoering van de zorgvuldigheidsnorm geaccepteerd kan worden. Als voorbeeld kan worden aangehaald de situatie waarin het vanwege de snel verslechterde situatie van de patiënt het voor de consulent nauwelijks zin meer heeft om de patiënt te zien (zie ook HR 23 juni 1987 NJ 1988, 157). Indien van dit laatste wordt afgezien, zal de arts daarover gemotiveerd in zijn verslag verantwoording moeten afleggen.

In het geval dat de patiënt op het moment waarop wordt besloten tot levensbeëindigend handelen over te gaan niet wilsbekwaam is, zijn ook de in de onderhavige regeling neergelegde zorgvuldigheidseisen van toepassing indien er een schriftelijke wilsverklaring is die is afgelegd voordat sprake was van wilsonbekwaamheid. De zorgvuldigheidseisen moeten dan worden toegepast voorzover de feitelijke situatie dit toelaat. Aangezien de patiënt niet meer tot een redelijke waardering in staat is, zal de arts de vereiste overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan moeten krijgen op basis van zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek zal hij overtuigd kunnen zijn indien zijn bevindingen geen aanleiding geven om het tegendeel aan te nemen.

Het is van belang dat de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts wordt besproken naar aanleiding van, en op het moment van het opstellen van die verklaring. Hierdoor kan de arts, als hij voor die afweziging komt te staan, ervan overtuigd zijn dat de in de verklaring vastgelegde wil overeenstemt met de situatie waarin de patiënt alsdan is komen te verkeren en dat de wilsuiting vrijwillig en weloverwogen was.

Uit het bovenstaande volgt dat werkwijze van de toetsingscommissies onder de nieuwe wetgeving kan aansluiten bij de tot nu toe gevolgde werkwijze. Een versoepeling van de oordeelsvorming over de zorgvuldigheidseisen is niet aan de orde.

31

In het voorzittersoverleg is afgesproken dat slechts in het geval dat een commissie voornemens is het «niet zorgvuldig» uit te spreken het conceptoordeel aan alle leden van de commissie wordt voorgelegd. Moet hieruit de conclusie worden getrokken dat normaliter niet alle commissieleden bij het oordeel van de commissie worden betrokken? Vindt het kabinet het juist dat uit naam van de hele commissie een oordeel wordt uitgesproken, terwijl slechts een deel van de commissie inhoudelijk bij de besluitvorming betrokken is geweest? Wat gebeurt er wanneer een in eerste instantie niet betrokken commissielid of plaatsvervangend commissielid later verklaart het niet eens te zijn met het reeds door de commissie, mede in naam van het betrokken commissielid of plaatsvervangend commissielid, uitgesproken oordeel? (blz. 8)

De commissies hebben leden en plaatsvervangende leden. In iedere vergadering zijn alle disciplines vertegenwoordigd, wat inhoudt dat bij iedere vergadering een jurist, een ethicus en een arts aanwezig is. In de praktijk beslist de commissie altijd op basis van consensus. Dat houdt in dat er nooit sprake is van een minderheidsstandpunt.

In het geval dat een commissie het voornemen heeft om het oordeel «niet zorgvuldig» te geven krijgt ieder andere voorzitter of plaatsvervangend voorzitter een concept-oordeel, opdat deze nog hun visie daarop kunnen geven. Uiteindelijk beslist de commissie zelf over inhoud en strekking van het oordeel.

32

In de eerste casus wordt gesproken over een jongeman met een dwarslaesie die kunstmatig werd beademd en aangaf te willen sterven. De kunstmatige beademing werd hierop gestaakt. Hoe kan de toetsingscommissie in deze tot het oordeel komen dat zij niet bevoegd is tot het geven van een oordeel omdat in dit geval sprake zou zijn van het beëindigen van medisch zinloos handelen? Stel dat de jongeman had aangegeven nog wel verder te willen leven, dan zou het kunstmatig beademen toch zeker geen medisch zinloos handelen geweest. Vindt het kabinet het derhalve principieel juist dat het stoppen van de beademing niet wordt uitgelegd als een «actieve handeling» om het leven van de jongeman te beëindigen en er in dit geval dus geen sprake was van euthanasie? Hier kan men toch niet zondermeer spreken van een natuurlijke dood van de jongeman? (blz. 12)

In de eerste casus gaat het om een jongeman met een dwarslaesie die kunstmatig werd beademd en aangaf te willen sterven. Hij kon niet meer zelfstandig ademen en werd kunstmatig beademd. Naar geldend recht kan het staken van de medische behandeling niet als euthanasie worden aangemerkt.

Uitgangspunt voor de definitie van euthanasie is de wettelijke omschrijving in artikel 293 Wetboek van Strafrecht: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Uit het woord opzettelijk vloeit voort dat sprake moet zijn van de intentie om te doden. Deze intentie ontbreekt bij het niet instellen of staken van een behandeling op verzoek van de patiënt.

Indien een arts een behandeling staakt of niet instelt op verzoek van een patiënt, betreft het normaal medisch handelen, ook al zou die behandeling levensverlengend zijn geweest. Eveneens is er sprake van normaal medisch handelen, indien een behandeling wordt gestaakt of niet ingesteld, omdat deze medisch zinloos wordt geacht. Een dergelijke beslissing zal door de arts worden genomen conform de bestaande medische standaard.

Alhoewel uit de casus blijkt dat de arts vanwege de medische zinloosheid de behandeling had gestaakt verkeerde hij in de veronderstelling dat hier sprake was van toepassing van euthanasie. De toetsingscommissie constateerde in het betreffende geval dat er geen sprake was van euthanasie en dat de arts een toelaatbare medische beslissing had genomen. Mede door een goede rapportage van het geval en de aanwezigheid van een arts en een jurist in de commissie kan over een dergelijk geval door de commissie een juist juridisch oordeel worden gegeven. Daarbij hanteert de commissie eveneens de bestaande medische standaard. Ook als de jongeman had aangegeven nog wel verder te willen leven zou het kunstmatig beademen medisch zinloos zijn geweest. De vraag of een behandeling medisch zinvol is, is een medisch professioneel oordeel. Een verzoek van de patiënt om verder te willen leven verandert niets aan het medisch professionele oordeel en maakt de beademing daarmee nog niet medisch zinvol. Uitgaande van de casus waarin het staken van de beade-

ming niet als medisch zinvol is aangemerkt onderschrijven wij het oordeel van de toetsingscommissie dat geen sprake was van toepassing van euthanasie.

33

Uit het jaarverslag blijkt dat, ondanks de gekozen zorgvuldigheidscriteria, er zich toch situaties kunnen voordoen die tot discussie aanleiding kunnen geven. Het gaat daarbij om vraagstukken met betrekking tot de wilsbekwaamheid en het grensgebied met betrekking tot het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In hoeverre vindt het kabinet dat een toetsingscommissie hier tot een zorgvuldiger afweging kan komen dan de Nederlandse rechtspraak. Worstelt de toetsingscommissie in deze niet met dezelfde vraagstukken als het OM? Kortom, wat zal er verbeteren wanneer de toetsingscommissies primair met de beoordeling van euthanasiegevallen worden belast in plaats van het OM? (blz. 13 en 18)

Gevraagd wordt of de toetsingscommissie beter dan de rechter in staat kan worden geacht om een oordeel te geven over moeilijke kwesties als wilsbekwaamheid en ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Wij beantwoorden deze vraag volmondig bevestigend. De toetsingscommissies zijn multidisciplinair samengesteld. In deze commissies worden een jurist, een ethicus en een medicus benoemd. De commissies houden zich uitsluitend bezig met zaken die betrekking hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Door de multidisciplinaire samenstelling en de specifieke expertise van de commissie zijn wij, zoals vermeld, van mening dat de commissie in beginsel beter dan de rechter of het openbaar ministerie een oordeel kan vormen over de toepassing van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding.

34

De commissies spreken hun zorg uit over situaties waarin de arts door de patiënt en/of diens familie onder druk wordt gezet. Zij zijn er kennelijk niet gerust op dat de euthanaserende arts wel voldoende tijd en gelegenheid krijgt om zelf tot een eigen oordeel te komen. Wat vindt het kabinet van deze constatering mede in het licht van de uitspraken van de minister van VWS in de Eerste Kamer dat artsen maar in staat moeten zijn hun rug recht te houden en bestand moet zijn tegen zulke druk? Staat het kabinet nog steeds achter deze opvatting van de minister of is zij van oordeel dat artsen toch een zekere bescherming verdienen? Op welke wijze zou het kabinet gestalte willen geven aan die benodigde extra bescherming? (blz. 20)

Het kabinet blijft bij het standpunt dat van artsen, gelet op hun ervaring en professionaliteit, mag worden verwacht dat zij dergelijke druk kunnen hanteren en daar op een verstandige manier mee om kunnen gaan. Wanneer een commissie de indruk heeft dat een arts zich te veel heeft laten beïnvloeden door de druk van de patiënt en/of diens familie, dan zal de commissie daar nader onderzoek naar doen. In de opleiding van SCEN-consulenten wordt hier aandacht aan besteed, zodat de SCEN-artsen in staat moeten worden geacht om dergelijke druk te herkennen en ermee om te gaan. Landelijke dekking van het SCEN-project zal er dan ook voor zorgen dat deze deskundigheid gegarandeerd is. In onze voorlichting aan artsen besteedt kabinet hieraan tevens aandacht.

35

Tussen de behandelend arts en de consulent mag geen zakelijke band bestaan. In hoeverre zijn persoonlijke banden wel aanvaardbaar? (blz. 21)

Het is een vereiste dat de consulterend arts een onafhankelijke positie ten opzichte van de patiënt en van de consult vragende arts moet innemen. Persoonlijke banden lijken niet tot een onafhankelijke positie bij te dragen.

36

Hoe kunnen de getalsmatige verschillen tussen de regio's worden verklaard? Houdt dit alleen verband met de grootte van de bevolking per regio of zijn er ook andere factoren aanwijsbaar? Hoe verklaart het kabinet dat de toetsingscommissie Regio Groningen, Friesland en Drenthe het meest frequent bijeen is gekomen en deze toetsingscommissie, van alle toetsingscommissies, het kleinste aantal gemelde gevallen heeft behandeld, terwijl de toetsingscommissie verantwoordelijk voor de Regio Noord-Holland ruim twee maal zoveel gevallen moest behandelen en aanmerkelijk minder frequent bijeenkwam. Vindt het kabinet het niet opvallend dat de toetsingscommissie die verantwoordelijk is voor de noordelijke provincies het afgelopen jaar éénmaal het oordeel «niet zorgvuldig» heeft uitgesproken en tien maal om aandacht van de Inspectie heeft gevraagd, terwijl de toetsingscommissie verantwoordelijk voor Noord-Holland «slechts» éénmaal het «niet zorgvuldig» heeft uitgesproken? (blz. 28 t/m 32)

De getalsmatige verschillen kunnen niet enkel aan de hand van de grootte van de bevolking worden verklaard, maar de bevolkingsdichtheid zal zeker meespelen. In het onderzoek door Van der Maas en Van der Wal zal aandacht worden besteed aan mogelijke andere factoren die van invloed kunnen zijn op de regionale verschillen.

De commissies bepalen zelf hoe vaak en lang zij vergaderen. Daaruit valt het verschil in de frequentie van vergaderen te verklaren. De vergaderingen van de commissie voor de regio Noord-Holland zullen wellicht meer tijd vergen dan de vergaderingen van de commissie voor de regio Groningen, Friesland en Drenthe.

De fractie vraagt zich af hoe het kan dat de commissie in Groningen tien maal om de aandacht heeft gevraagd van de Inspectie. Dit had dat te maken met de driespanconstructie. In deze constructie komen de arts, de consulent en de lijkschouwer uit dezelfde maatschap. Deze constructie komt vaker voor in de plattelandspraktijk, waar de kans groter is dat verschillende functies samenvallen.

Vragen D66-fractie

37

Melding is een essentieel element in de euthanasiepraktijk, terwijl vermoedelijk niet alle gevallen van euthanasie op dit moment gemeld worden. Op welke manier zal het kabinet stimuleren dat artsen in alle gevallen melding zullen maken van euthanasie? (blz. 3 jaarverslag)

Het kabinet zorgt er door middel van brochures voor dat artsen informatie krijgen over de wet en over de manier van werken van de commissies. Voorzitters en secretarissen geven voorlichting aan artsen over werkwijze van de commissies. Ook vanuit de KNMG worden artsen geïnformeerd over het melden en werkwijze. Het kabinet gaat ervan uit dat artsen eerder zullen melden als zij beter weten waar het precies om gaat. De commissies hebben ervaren dat wanneer artsen een ontmoeting met de commissies achter de rug hebben daar positiever over denken en het nut ervan inzien.

In het kader van de opleiding van consulenten door SCEN komen de manier van werken van de commissies en de noodzaak tot melden uiteraard ook uitgebreid aan de orde. Door de mogelijkheid om van een onafhankelijke SCEN-consulent gebruik te maken zullen artsen ook eerder

melden, aangezien deze consultants de meldingsprocedure zullen willen gebruiken.

38

Uit het jaarverslag blijkt niet duidelijk of het beleid van de Toetsingscommissies is om bij twijfel aan de zorgvuldigheid een zaak steeds aan het college van PG's en de Inspecteur te zenden. Kan het kabinet hierover helderheid verschaffen? (Algemeen)

De definitieve oordelen worden, conform de regeling, ter kennis gebracht van het parket-generaal van het openbaar Ministerie en de regionaal inspecteur.

Vanaf inwerkingtreding van de wet Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zal dat overigens alleen het geval zijn wanneer het een verzoek betreft waartoe de toetsingscommissies niet bevoegd is te oordelen of wanneer de toetsingscommissies «niet zorgvuldig» hebben geoordeeld.

De toetsingscommissie vormt zich een oordeel over de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Zij kan dit handelen als «zorgvuldig» beoordelen, maar desondanks vragen hebben bij de wijze waarop de arts in medisch inhoudelijk zin heeft gehandeld dan wel of hij zich «zoals een goed hulpverlener betaamt» heeft gedragen. In die situaties wordt aan de inspectie, achteraf, gevraagd de zaak nader te bezien. Van de zienswijze van de inspecteur wordt de commissie op de hoogte gesteld.

39

Is het kabinet bereid in het aangekondigde onderzoek naar de melding van euthanasie te betrekken de vraag of de daling van het aantal meldingen mede samenhangt met de verbetering van de palliatieve zorg? (blz. 3 jaarverslag)

De vraag naar de relatie tussen het aantal meldingen van euthanasie en een verdere verbetering van palliatieve zorg wordt in het onderzoek nadrukkelijk aan de orde gesteld.

40

Ziet het kabinet een lijn in de drie gevallen waarover de toetsingscommissies het onzorgvuldigheidsoordeel uitspraken en vindt het kabinet een beleidsmatige reactie daarop eventueel noodzakelijk? (Algemeen)

Wij zien niet een duidelijke lijn in de drie gevallen waarin de toetsingscommissies het oordeel onzorgvuldig hebben uitgesproken. Wel is duidelijk dat veel aandacht wordt besteed aan de beoordeling van de mate waarin de arts zorgvuldig handelt. Dit achten wij van belang. Het is immers de kern van de oordeelsvorming.

41

Het Jaarverslag beschrijft in casus 2 een schrijnend geval van psychisch lijden waarbij de betreffende toetsingscommissie zich onbevoegd verklaarde. Hoe moet er volgens het kabinet in dat soort situaties gehandeld worden? (p. 13 Jaarverslag)

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding heeft betrekking op levensbeëindiging op verzoek en niet op levensbeëindiging niet op verzoek. Bovendien is de reikwijdte van de wet beperkt tot euthanasie binnen de context van het medisch handelen. Daaronder vallen dus in beginsel niet de patiënten met uitsluitend een psychiatrische aandoening.

Hieruit volgt dat de gevallen die niet door de wet worden bestreken niet behoren tot het werkterrein van de toetsingscommissies. De commissies

moeten zich in die gevallen niet bevoegd verklaren. De meldingsprocedure zoals neergelegd in het Besluit van 17 december 1993, Stb 688, blijft van toepassing. Dit houdt in dat de levensbeëindiging niet op verzoek door de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie gemeld blijft worden.

42

De Toetsingscommissies constateren dat het bij dementie vaak moeilijk te bepalen is of er een autonome wilsbepaling aan de euthanasieverklaring ten grondslag ligt. Is het kabinet het eens met de wijze waarop de toetsingscommissies de regelgeving interpreteren in het geval van dementie (zie voor deze interpretatiewijze blz. 15–16 Jaarverslag)?

Op blz. 15–16 van het jaarverslag wordt nader ingegaan op de wilsbekwaamheid van een demente patiënt. Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel is hierover meerdere malen uitvoerig gesproken. Het wisselende beeld van dementie is toen tevens aan de orde geweest. Het is de taak van de toetsingscommissies is om na te gaan of de artsen redelijkerwijs tot het oordeel konden komen dat de patiënt wilsbekwaam was ten tijde van het verzoek. In het jaarverslag wordt dit ook zo gesteld.

43

De Toetsingscommissies stellen soms te twijfelen of een «oudere» euthanasieverklaring voldoende uitdrukking is van de wil van de patiënt op de moment dat de euthanasie eventueel zal worden toegepast. Welke stimuleringsmaatregelen worden er genomen om mensen hun euthanasieverklaring, wanneer dit nodig is, te laten vernieuwen? (blz. 16 jaarverslag)

In de voorlichting aan artsen en aan het publiek rond de inwerking treding van de nieuwe wet, zal er ook op worden gewezen dat het gewenst is een euthanasieverklaring met regelmaat te actualiseren.

44

De commissies stellen dat er veel nieuwe SCEN-artsen worden opgeleid. Kan het kabinet aangeven hoe het staat met de «dekking» van SCEN-artsen in Nederland? (blz. 22 Jaarverslag)

Per 31 augustus waren of werden in 17 van de 24 districten van de Districts Huisartsen Verenigingen SCEN-artsen opgeleid.

45

De commissies stellen de vraag aan de orde of de oordelen van de commissies in een databank raadpleegbaar zouden moeten zijn, nu in veel gevallen geen plicht meer bestaat hun oordeel over het handelen van de arts door te sturen naar het College van PG's en de Inspecteur. Is het kabinet bereid ten behoeve van de transparantie van de besluitvorming, middelen ter beschikking te stellen om de oordelen van de commissies in een databank raadpleegbaar te maken? In het debat is door meerdere fracties online inzage van een dergelijke database via een website van de commissies bepleit. Op welke termijn zal online inzage gerealiseerd worden? (blz. 26 jaarverslag)

Zie antwoord vraag 15.

Vragen SP-fractie

46

Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding over 2000 is 2123. Ondanks de verwachtingen neemt het aantal meldingen niet toe ten

opzichte van 1999 en 1998. Ervan uitgaande dat het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding niet is afgenomen, welke verklaringen kunnen dan gegeven worden voor het dalend aantal meldingen? (blz. 10)

Zie antwoord vraag 12.

47

Erkent het kabinet dat in elk geval de verwachte stijging van meldingsbereidheid door het instellen van toetsingscommissies is uitgebleven? Zo ja, welke conclusies kunnen hieruit worden getrokken? (blz. 10)

Zie antwoord vraag 12.

48

Kan inzicht worden gegeven in de leeftijd van de personen bij wie euthanasie of hulp bij zelfdoding werd toegepast? In hoeveel gevallen ging het om minderjarigen van 12–16 jaar en van 16–18 jaar? Was hier altijd sprake van consensus tussen minderjarigen en ouders? Is hier bijzondere aandacht aan besteed bij de ex ante en ex post toetsing? Op welke manier? Waarom is hier geen bijzondere aandacht voor in de jaarrapportage? Kan hier alsnog uitgebreid op worden ingegaan mede gezien de kritiek en aanbevelingen van het comité voor mensenrechten van de VN? (blz. 10)

De huidige registratie biedt niet de mogelijkheid om binnen een redelijke termijn gegevens verkrijgen over de leeftijd van de personen bij wie euthanasie werd toegepast. Voor de meest recente gegevens hierover wordt verwezen naar het laatste onderzoek van Van der Maas en Van der Wal. In het onderzoek, dat recentelijk is aangevangen, zal de leeftijdsopbouw tevens aan de orde komen.

In de jaarrapportage is nog geen aandacht besteed aan minderjarigen, omdat de toetsingscommissies volgens de huidige regeling (dus vóór inwerkingtreding van de wet Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) niet bevoegd zijn om meldingen met betrekking tot actieve levensbeëindiging van minderjarigen te behandelen.

In 2000 heeft het college van Procureurs-Generaal één zaak betreffende levensbeëindiging van een vijftien jarig kind voorgelegd gekregen. Het college was van oordeel dat de betrokken arts in genoemde zaak zorgvuldig had gehandeld en zag derhalve geen aanleiding om over te gaan tot het instellen van strafvervolgning.

49

In 3 gevallen heeft de commissie geoordeeld dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld. Hoewel de mogelijkheid bestaat dat hier vooral sprake is van een zorgvuldige praktijk, kan dit er niet evengoed op wijzen dat alleen evident probleemloze gevallen worden gemeld en dat alle gevallen waarbij de criteria onzorgvuldig worden toegepast voor het oog van de toetsingscommissie verborgen blijven? Welke concrete aanwijzingen heeft het kabinet dat het zou gaan om zorgvuldige praktijk en dat alle euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gemeld zodat de vrees voor onderrapportage ongegrond kan worden verklaard? (blz. 10)

Wij vrezen niet dat alleen de zorgvuldig uitgevoerde levensbeëindigingen op verzoek zullen worden gemeld. De meldingsprocedure is in het leven geroepen op basis van de resultaten van het evaluatie-onderzoek naar de meldingsprocedure waarvan het rapport getiteld: «Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk van de meldingsprocedure», in november 1996 werd uitgebracht. Het toenmalige kabinet besloot om de toetsing achteraf in eerste instantie, dat wil zeggen voordat het openbaar ministerie beslist over al dan niet vervolgen, meer op

medisch-professionele leest te schoeien (kamerstukken II, 1996/1997, 23 877, nr. 13). Toetsing door multidisciplinair samengestelde commissies, naast of voorafgaande aan juridische procedures, werd in het evaluatieonderzoek genoemd als aanknopingspunt voor verbetering om de doelstellingen van de bestaande meldingsprocedure te realiseren (zie blz. 238 van het evaluatierapport). Voorts merkte de Begeleidingscommissie naar aanleiding van de onderzoeksresultaten op dat een minder directe dreiging van een strafrechtelijke vervolging, in combinatie met een intensivering van de toetsing in het kader van de eigen beroepsgroep, de meldingsbereidheid van artsen zou kunnen vergroten. Zoals bekend hebben deze overwegingen geleid tot invoering van de thans fungerende regionale toetsingscommissies. Van verschillende kanten, onder meer door de KNMG en de NVVE, werd destijds de verwachting uitgesproken, dat de toegevoegde waarde van toetsingscommissies en in samenhang daarmee de verwachte toeneming van het aantal meldingen beperkt blijven, zolang dit handelen van artsen strafbaar zou blijven. Deze organisaties zijn sindsdien ook blijven aandringen op aanpassing van de strafrechtelijke norm. Het toenmalige kabinet besloot evenwel op dat moment (nog) niet de aanpassing van de ter zake geldende strafbepalingen te bevorderen.

Sinds de invoering van de meldingsprocedure in 1990 is het aantal meldingen steeds toegenomen. Dat een zekere daling in meldingen is opgetreden na 1998 kan wellicht worden geweten aan de onbekendheid met de weg die de regelgeving met betrekking tot euthanasie zou opgaan. Wij verwijzen hiervoor naar de antwoorden op de vragen 12, 21, 22, 46 en 47.

Nu de regeling duidelijk is hebben ook artsen belang bij de melding van levensbeëindigend handelen. Daarmee voorkomen zij immers strafvervolgung als handelen toch zou worden «ontdekt». Bovendien is de confrontatie met een verzoek om euthanasie dermate belastend dat de arts er ook een emotioneel belang bij heeft om zijn handelen te melden. Indien een arts bewust onzorgvuldig handelt, zal hij waarschijnlijk niet willen melden. In dat geval is het zeer waarschijnlijk dat een familielid of de directie van het ziekenhuis van dit handelen aangifte doet.

50

Het comité voor mensenrechten van de VN wijst in zijn aanbevelingen ook op de drie negatieve gevallen op de drie duizend en vraagt zich af of hier sprake is van onderrapportage en vreest dat vooral die gevallen worden gemeld waarin de criteria goed zijn toegepast. Het kabinet moet hier binnen 12 maanden meer duidelijkheid over geven. Hoe gaat het kabinet dit doen aangezien zij er ook op wijst dat pas echt uitsluitel kan worden gegeven in de evaluatie 2001–2003? (blz. 10)

Het kabinet zal in zijn antwoord aan het comité voor mensenrechten een uiteenzetting geven over de wijze waarop de vraag van het comité wordt onderzocht. Indien het evaluatieonderzoek, dat thans een aanvang heeft genomen, het geëigende middel blijkt te zijn om de gewenste duidelijkheid te geven, dan zal het kabinet dit uiteenzetten en te zijner tijd de uitkomsten van het evaluatieonderzoek aan het comité ter kennis brengen.

51

Er wordt opgemerkt dat de zorgvuldigheidscriteria helder zijn geformuleerd. Het comité voor mensenrechten is hier juist kritisch over en wijst erop dat onvoldoende goede omschrijving ruimte maakt voor misbruik. Het comité vreest ongepaste druk om criteria te omzeilen en vreest dat euthanasie op den duur onbedoeld routine kan worden. Zijn de meldingen in dit licht bekeken en zo nee, kan dit alsnog gebeuren? (blz. 13)

Het VN comité is in de rapportage ingegaan op de wet euthanasie en hulp bij zelfdoding die per 1 januari a.s. van kracht wordt. De meldingen waar in het jaarverslag van de toetsingscommissies euthanasie over 2000 sprake van is vallen onder het thans geldende regime. De meldingen zijn getoetst aan de criteria van de huidige regeling. Het spreekt voor zich dat bij de toetsing zorgvuldig is nagegaan of in de gemelde gevallen conform die criteria is gehandeld. Die criteria laten «routinematig» levensbeëindigend handelen niet toe. Voor het overige verwijst het kabinet naar het in vraag 11 genoemde kamerstuk.

52

Hoewel in het verslag wordt gesproken over heldere formulering van de criteria wijst men erop dat in de praktijk zich toch situaties blijken voor te doen die tot discussie aanleiding geven. Er wordt een voorbeeld genoemd. Kan ook inzicht worden gegeven hoe vaak per criterium onduidelijkheid was en in welke zin en hoe vaak nadere toelichting moest worden gevraagd? (blz. 13)

Er bestaat geen onduidelijkheid met betrekking tot de criteria. Zo kan het zich voordoen dat de verslaglegging door de arts is niet geheel duidelijk is of niet afdoende en in dat geval moet om een toelichting worden gevraagd.

Het is niet mogelijk na te gaan hoe vaak om een toelichting moest worden gevraagd per criterium. De huidige registratie is niet op dergelijke vragen ingericht.

53

In een enkel geval lijkt het erop alsof de druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest. Een negatief advies van de consulent kan hier voor de behandelend arts een steun in de rug zijn om (nog) niet tot euthanasie over te gaan. Hoe vaak was dit aan de hand en is in geen enkel geval tot euthanasie overgegaan? (blz. 16)

Naar mededeling van de commissies heeft dit geval zich niet voorgedaan.

54

De uitzichtloosheid van het lijden is in medisch opzicht redelijk objectief vast te stellen. In welke percentage ging het hierbij niet om personen in de stervensfase en of personen met uitsluitend een psychische aandoening? (blz. 17)

Sinds het arrest Chabot is de stervensfase geen relevant onderscheid meer binnen de euthanasiepraktijk en is dan ook niet uit de registratie te halen. Hetzelfde geldt voor mensen met uitsluitend psychische aandoeningen.

55

Het element van ondraaglijkheid wordt in het verslag een van de grootste dilemma's van de euthanasiepraktijk genoemd. Wordt dit niet des te moeilijker toetsbaar des te meer het criterium uitzichtloosheid wordt verruimd (niet beperkt tot stervensfase, niet beperkt tot uitzichtloosheid lichamenlijk lijden, levensmoeheid)? Is de discussie rond de zaak Brongersma aan het comité voor mensenrechten van de VN voorgelegd en hoe was haar oordeel hierover? (blz. 18)

Voor de uitzichtloosheid van het lijden is -uiteindelijk- medisch oordeel bepalend. Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. Als de vraag of het lijden kan worden opgeheven, door de behandelend arts ontkennend wordt beantwoord, ontbreekt een reëel

behandelingsperspectief. Of zodanig perspectief bestaat, kan volgens geobjectiveerde medische maatstaven worden nagegaan. Volgens de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG spelen de volgende drie elementen hier een rol. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Uitgaande van bovenstaande elementen is bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis uitsluitend ter verdere verzorging niet aan te merken als een reëel behandelingsperspectief.

Gelet op de hierboven beschreven begrenzing van het criterium uitzichtloosheid kan niet worden gesproken van een verruiming van dat criterium. Iemand die bijvoorbeeld uitsluitend «levensmoe» is lijdt niet in medisch opzicht aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening. Deze patiënt lijdt omdat voor hem de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat hij de dood verkiest boven verder leven.

Aangezien het criterium uitzichtloosheid naar onze mening niet zonder meer kan worden opgerekt, zal ook het criterium ondraaglijk niet moeilijker toetsbaar worden.

Wij wijzen er nog op dat de begrippen uitzichtloos en ondraaglijk, ook blijkens de jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding dienen beide in ogenschouw genomen te worden.

De discussie met betrekking tot de Brongersma zaak is niet aan het comité voor de mensenrechten van de VN voorgelegd.

56

Een belangrijk criterium is ook de afwezigheid van een redelijk andere oplossing. In het jaarverslag wordt hier weinig aandacht aan besteed. Is in alle gevallen zorgvuldig nagegaan of palliatieve zorg beschikbaar en aangeboden is en of er voldoende is gedaan om de mogelijkheden van behandelalternatieven en palliatieve zorg aan de patiënt duidelijk te maken? (blz. 17)

In de besprekingen met de voorzitters van de toetsingscommissies is duidelijk geworden dat de commissies er bij de toetsing alert op zijn dat in de besluitvormingsprocedure rond het verzoek tot toepassing van euthanasie voldoende aandacht is besteed aan mogelijke behandelingsalternatieven en aan de mogelijkheden voor palliatieve zorg.

57

Hoe vaak is gebruik gemaakt van SCEN-artsen mede gezien in het licht van de kritiek van het comité voor mensenrechten van de VN? Is uiterst zorgvuldige en professionele toetsing vooraf noodzakelijk om ongerechtvaardigde levensbeëindiging hetgeen immers onomkeerbaar is, te voorkomen? Is de bedoeling dat uiteindelijke alle consultatie via SCEN-artsen gaat? In welk percentage hebben SCEN-artsen geadviseerd (nog) niet tot euthanasie over te gaan en om welke redenen? (blz. 22).

De consultatie door middel van SCEN-artsen is nog in opbouw, het aantal deelnemende districten groeit per jaar volgens een planmatige opzet. Het gebruik van SCEN-consultaties is geregistreerd over het jaar 2000. Toen waren er echter aanzienlijk minder districten betrokken in het SCEN-project dan op dit moment en bovendien is het aantal districten waar SCEN-artsen zijn opgeleid in de loop van 2000 gegroeid. Uit de registra-

ties blijkt dat in het jaar 2000 in 511 gevallen consultatie door een SCEN-arts heeft plaats gevonden.

In het besluitvormingsproces voor een arts die met een verzoek om toepassing van euthanasie wordt geconfronteerd, neemt de consultatie een essentiële plaats in. De consultatie kan worden gezien als een waarborg voor zowel arts als patiënt dat een juiste belangenafweging plaats vindt. De consultatie van een SCEN-arts is geen verplichting, maar gelet op goede ervaringen met het SCEN-project zal de voorlichting er op gericht zijn dat artsen zich in voorkomende gevallen wenden tot een SCEN-arts.

De uit het jaar 2000 bekende registratiegegevens vermelden dat in 12,3% van de gevallen de consulent van mening was dat (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De belangrijkste reden hiervoor waren dat de consulent vond dat er nog geen sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en andere behandelmogelijkheden onvoldoende waren uitgeprobeerd.

58

Is het onderzoek naar de meldingsprocedure (een herhaling van het onderzoek van Van der Wal en Van der Maas uit 1996) dat vanaf 1 maart 2001 zou worden ingesteld, inmiddels gestart? Zo ja, door wie wordt dit onderzoek uitgevoerd en wat zijn de vraagstellingen? Een motie om inzicht te krijgen in de redenen waarom mensen ertoe komen een wilsverklaring te schrijven om onder meer inzicht te krijgen in een mogelijke relatie tussen de situatie in de zorg en de vraag naar euthanasie, is ingetrokken omdat deze vraag meegenomen zou worden in het grote onderzoek, is dat ook gebeurd? (blz. 26)

Het onderzoek van de hoogleraren Van der Maas en Van der Wal is inmiddels opgestart.

In het onderzoek komen onder meer aan de orde een evaluatie van het functioneren van de toetsingscommissies, de relatie tussen het voorkomen van euthanasie en de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg, een sterfgevallen onderzoek zoals dat in beide voorgaande onderzoeken heeft plaats gehad, een onderzoek naar de ervaringen van naasten en een publieksonderzoek. In het onderzoek zal ook aandacht worden besteed aan een mogelijke relatie tussen wilsverklaringen en de mogelijk te verwachten zorgmogelijkheden.

Vragen ChristenUnie-fractie

59

In het verslag wordt aangegeven dat – tenminste in sommige regio's – de inspectie voor de gezondheidszorg «haar taak terzake, erg beperkt opvat». Is dit een taakopvatting die door het kabinet gewenst wordt geacht? Zo neen, welke actie onderneemt de minister om de inspecties op de gewenste wijze hun taak terzake te laten uitvoeren? Wat is die door de minister gewenste rol van de inspectie? (blz. 7)

Zie antwoord vraag 4.

60

In de situatie van deze jongeman is de desbetreffende commissie tot het oordeel gekomen dat hier sprake was van het beëindigen van medisch zinloos handelen. Als de toetsingscommissie hier het woord «medisch» gebruikt, verwijst dit naar het oordeel van de desbetreffende behandelende arts of verwijst dit naar het heersend medisch (in)zicht of oordeel m.b.t. een bepaalde zaak? Indien dit laatste het geval is, dan was hier dus kennelijk sprake van een behandelingssituatie die naar heersend medisch inzicht zinloos was. Heeft deze constatering als consequentie dat ook

zonder het verzoek van de patiënt om het leven te beëindigen de beademing zou zijn gestaakt? Als de patiënt kiest voor verder beademen, kan een arts een dergelijk zinloos medisch handelen staken tegen de wil van de patiënt in? Omdat in dergelijke situaties de dood vrij snel intreedt, is dit dat toch een juridisch te toetsen medisch handelen? Waarom heeft de desbetreffende arts deze wijze van handelen dan toch ter toetsing aan de commissie aangeboden?

In het algemeen kan bij deze kwesties de vraag worden gesteld of het al dan niet medisch zinloos zijn van behandelingen alleen en uitsluitend op grond van medisch-wetenschappelijke overwegingen wordt bepaald, of dat ook de mening van de patient, mede in de vorm van zijn/haar zinbeleving van de behandeling, een bijkomende rol mag spelen. Als een patiënt zoals in de genoemde casus aangeeft in leven te willen blijven, is dat een voldoende criterium om de behandeling die daarvoor absoluut noodzakelijk is als medisch zinvol te classificeren? Hoe wordt door de toetsingscommissies feitelijk het begrip medisch zinvol/zinloos ingevuld en gehanteerd? (blz. 12)

Zie antwoord vraag 32.

61

Wat verstaan de toetsingscommissies onder resp. psychisch en somatisch lijden? Worden hier twee essentieel verschillende vormen van lijden mee aangeduid of twee verschillende, maar mogelijk ook tezamen optredende, oorzaken van lijden? Was er naar de mening van de commissie in casus 2 in het geheel geen sprake van ondraaglijk lijden, of van lijden dat niet bedoeld is in artikel 9 van de regeling? Indien het laatste het geval, over welke vorm van lijden spreekt het genoemde artikel? (blz. 13)

De toetsingscommissies maken alleen onderscheid tussen primair psychisch lijden en overwegend somatisch lijden en in casus 2 ging het om het eerste geval.

62

Kan het kabinet aangeven welk percentage van de personen die door levensbeëindigend handelen in het ziekenhuis overleden zijn, daarvoor speciaal zijn opgenomen voor deze handeling (dus speciaal opgenomen zijn om euthanasie toe te passen). Wat was voor deze categorie patiënten de gemiddelde opnameduur? Is er globaal een richtlijn te geven hoelang de patiënt die speciaal voor de euthanasie-handeling wordt opgenomen in het ziekenhuis moet verblijven om de artsen in de gelegenheid te stellen de euthanasie zorgvuldig uit te voeren? (blz. 28)

In de gevraagde gegevens kan in dit tijdsbestek geen inzicht worden gegeven. Aan de onderzoekers van het evaluatieonderzoek zal worden gevraagd of het mogelijk is deze vraag in het onderzoek te betrekken.

Vragen SGP-fractie

63

Aan welke vormvereisten dient de betreffende database te voldoen? (blz. 6)

Zie antwoord op vraag 15.

64

Hoe beoordeelt het kabinet het feit dat het modelverslag in het algemeen volgens het Jaarverslag «helaas» niet zou uitnodigen tot een uitvoerige rapportage? Welke inspanningen worden er verricht om tot een kwalitatief betere schriftelijke verslaglegging te komen? Ziet het kabinet hierin een

Zie antwoord vraag 18.

65

Heeft het kabinet er begrip voor, of acht zij het als een verzachtende omstandigheid, wanneer artsen na een vaak belastende euthanasie-procedure weinig behoefte tonen hun melding op de vergadering van de commissie te komen toelichten? (blz. 7)

Er kunnen verschillende redenen zijn voor artsen om na een belastende euthanasieprocedure er weinig voor te voelen om nog weer een nadere toelichting te geven aan een toetsingscommissie. Niettemin is het een gegeven dat de commissies soms nader inzicht behoeven ten behoeve van een zorgvuldige formulering van hun oordeel. Van artsen moet worden verwacht dat zij hieraan hun medewerking verlenen. Het blijkt dan ook dat artsen hier meestal begrip voor hebben wanneer de commissies uitleggen waarom zij een nader gesprek met de arts wensen en dat zij achteraf dikwijls een gesprek waarderen.

66

Wat was de reden van de onderbezetting van het secretariaat van de commissies? Wat had dit voor consequenties voor de werkwijze van de commissies? (blz. 7)

Zie antwoorden op de vragen 2 en 3.

67

Kan het kabinet aangeven op welke wijze de noodzaak wordt gevoeld door de commissies om in praktische zin medewerking en ondersteuning van de ministeries van VWS en van Justitie te krijgen? (blz. 7)

De medewerking en ondersteuning vanuit de ministeries liggen in de sfeer van de personele, logistieke en facilitaire aangelegenheden.

68

Kan worden toegelicht wat de commissies bedoelen met hun constatering dat «de inspectie (voor de gezondheidszorg) haar taak ter zake de onderhavige problematiek erg beperkt opvat»? (blz. 7)

Zie antwoord vraag 4.

69

Kan worden aangegeven hoe zwaarwegend de commissies in hun eindoordeel uiteindelijk de situatie beoordelen waarbij een lid uit de waarneemgroep van een huisarts de consultatie verrichtte? (blz. 8)

Wanneer een tekortkoming wordt geconstateerd komt de vraag aan de orde of deze tekortkoming dusdanig verkeerd is dat het oordeel «niet zorgvuldig» moet worden gegeven. Deze vraag kan niet in zijn algemeenheid worden beantwoord, maar moet telkens in het licht van de omstandigheden van dat geval worden bekeken. Ook de omstandigheid dat een lid uit de waarneemgroep de consultatie verrichtte moet iedere keer apart worden gewogen en kan afhankelijk van de motivatie van de arts en de specifieke omstandigheden van dat geval tot verschillende oordelen leiden. De keuze voor een consulent binnen de eigen waarneemgroep kan bijvoorbeeld voortkomen uit overmacht.

70

Is het mogelijk om op basis van de achterliggende eindoordelen van de commissies gewichten toe te kennen aan de verschillende procedurele zorgvuldigheidscriteria die gezamenlijk bepalend zijn voor het uiteindelijke oordeel? (blz. 8)

Zie antwoord 69.

71

Wat is de reden waarom Dormicum (midazolam) als coma-inductie door de KNMP wordt afgeraden? Hoe kijkt het voorzittersoverleg hier tegenaan? (blz. 9)

Dormicum geeft een onvoorspelbaar coma. Dit komt door het middel zelf en tevens door de eventuele gewenning die ontstaat wanneer de patiënt het middel vaker gebruikt. Het voorzittersoverleg beschouwt de KNMP als een belangrijke deskundige op dit gebied en volgt het advies van de KNMP met betrekking tot het gebruik van farmaceutische middelen over het algemeen dan ook op.

72

In hoeverre speelt naar de mening van het kabinet de beschikbaarheid van palliatieve zorg een rol bij het feit dat levensbeëindiging in bijvoorbeeld de thuissituatie vaker plaatsvindt dan in een verpleeg/verzorgingshuis of een hospice? Welke beleidsconclusies trekt het kabinet hier uit? (blz. 10)

Het kabinet acht het een positief gegeven dat mensen veelal thuis wensen te sterven. Het gaat daarbij om de eigen vertrouwde omgeving in de kring van de dierbare naasten. Men heeft dan de indruk zich in de soms meest moeilijke levensfase daar het meest veilig te voelen en daar de meest vertrouwde zorg te kunnen krijgen. Het is eens te meer van belang dat de huisartsen en andere hulpverleners goed op de hoogte zijn van pijnbestrijding en andere mogelijkheden van palliatieve zorg. Tevens zal de inzet van vrijwilligers in de terminale thuiszorg onmisbaar blijken.

73

Ziet het kabinet er, gezien het feit dat uit het tweetal onderzoeken naar de euthanasiepraktijk in Nederland (1990 en 1995), een «onmogelijk hoog» sterftecijfer ten gevolge van pijnbestrijding naar voren komt, alsnog de noodzaak van in om artsen ook gevallen van overlijden als gevolg van pijnbestrijding te laten melden (Zie hiervoor het artikel «Sterven aan pijnbestrijding» van P. V. Admiraal en professor J. Griffiths in Medisch Contact nr. 12 van 23 maart 2001)? (blz. 12)

Het kabinet heeft zijn mening over het artikel van de heren P.V. Admiraal en J. Griffiths verwoord in de beantwoording dd 4 mei 2001 van de vragen van het lid van de Tweede Kamer Van der Vlies. Daarbij heeft het kabinet gemotiveerd aangegeven dat er naar zijn mening geen sprake is van «onmogelijk» hoge sterftecijfers als gevolg van pijnbestrijding. Het kabinet ziet geen aanleiding om een melding in te voeren door artsen van gevallen waarin een patiënt is overleden als gevolg van pijnbestrijding.

74

Wat zijn, gezien hetgeen in casus 1 wordt beschreven, de vereisten waaraan de communicatie inzake het verzoek tot levensbeëindiging moet voldoen? Is er, wanneer een patiënt zoals in casus 1 beschreven, alleen maar via zijn ogen ja of nee kan zeggen, inderdaad sprake van een duurzaam, vrijwillig en weloverwogen verzoek, omdat daarbij de initiële vraag feitelijk voor hem en eerst door een ander is geformuleerd? (blz. 12)

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Op welke wijze de arts deze overtuiging krijgt is een zaak van professioneel medisch handelen. Het kan zeer goed mogelijk zijn, mede gelet op het ziekteverloop tot dan toe, om op basis van het knippen van de ogen het signaal te krijgen dat de patiënt verzoekt om euthanasie. In een dergelijk geval zal de indirecte wijze van communiceren met zich brengen dat verschillende keren wordt gecheckt of de patiënt daadwerkelijk om euthanasie heeft gevraagd. Dit zal een extra inspanning van de arts vergen.

75

Valt het inderdaad in alle gevallen objectief en ondubbelzinnig uit het patiëntendossier op te maken hoe de patiënt er uiteindelijk aan toe was op het moment dat het euthanasieverzoek werd gedaan? (blz. 13)

De beoordeling door de commissie bestaat uit procedurebewaking op grond van schriftelijke stukken. Om die reden is een uitgebreide verslaglegging ook zo van belang. Wanneer het voor een commissie op grond van het patiëntendossier en de melding niet voldoende duidelijk is in welke toestand de patiënt verkeerde ten tijde van het verzoek vergaart zij aanvullende informatie door de arts vragen te stellen.

76

Hoe zwaar beoordeelt het kabinet de vraag van een arts aan een patiënt om kort voor de daadwerkelijke levensbeëindiging «nog even het formulier te tekenen»? Is dit sowieso een reden om het levensbeëindigend handelen als onzorgvuldig aan te merken? (blz. 15)

In het geval dat een mondeling verzoek is gedaan is dat in principe voldoende, mits uit voldoende feiten en omstandigheden blijkt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het patiëntenjournaal, het medisch journaal, brieven en verklaringen van naasten vormen voor de beoordeling daarvan belangrijke bronnen van informatie. Ook in het geval dat een formulier is ondertekend vindt een uitgebreid onderzoek plaats. Het verdient aanbeveling om een verzoek wanneer het mogelijk is op schrift te stellen, omdat dit voor een commissie weer een extra bron betekent. Andersom hoeft men niet te vrezen dat een commissie enkel naar een verklaring zal kijken.

77

Kan worden aangegeven hoe ingeval van een mondeling euthanasieverzoek achteraf «nauwkeurig» kan worden nagegaan of er daadwerkelijk sprake was van een duurzaam, vrijwillig en weloverwogen verzoek? (blz. 15)

Zie antwoord vraag 76.

78

Kan het kabinet aangeven in hoeverre zij de stelling van de commissies deelt dat het afwijzen van palliatieve zorg en concrete behandelalternatieven door de patiënt, «niet per se (hoeft) te leiden tot de conclusie dat er geen sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden? (blz. 17)

Ieder situatie van een ondraaglijk en uitzichtloos lijdende patiënt moet op eigen merites worden beoordeeld. De toetsingscommissies hebben hun mening over de beleving van ondraaglijkheid en uitzichtloosheid zuiver en helder verwoord. Zij hebben eveneens gewezen op het belang van en de aandacht voor palliatieve zorg, maar daarbij tevens aangegeven dat deze niet in alle gevallen voor een patiënt uitkomst biedt. Het kabinet kan de mening van de commissies onderschrijven.

Op welke wijze wordt er door de commissies getoetst in hoeverre de arts zich aantoonbaar heeft ingespannen om de mogelijkheden van palliatieve zorg onder de aandacht van de patiënt te brengen? (blz. 17)

Uit de stukken moet blijken dat de reguliere zorg is geboden. Wanneer dit niet het geval is, wordt om een toelichting gevraagd. Wanneer bijvoorbeeld gekozen is voor een lage dosering pijnmedicatie of wanneer niet is gekozen voor een bepaald alternatief terwijl dat wel voor de hand lag, wordt om een motivatie gevraagd wanneer deze niet al is gegeven.

Is het kabinet in staat de vragen te beantwoorden die door de commissies op pagina 18, tweede alinea, van het jaarverslag worden opgeworpen?

In het jaarverslag wordt de vraag gesteld in hoeverre de ondraaglijkheid geobjectiveerd kan worden. Daarbij wordt verwezen naar de jurisprudentie.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden is aan de orde in situaties waarin de arts als genezer machteloos staat. Alleen adequate verzorging en verlichting van het lijden voorzover mogelijk, resteren nog. De beantwoording van de vraag of de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medische ethiek geldende normen, als gerechtvaardigd is te beschouwen, is afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen, zo blijkt uit de jurisprudentie. Zo kan een als ondraaglijk ervaren lijden niet alleen voortvloeien uit pijn, maar bijvoorbeeld ook uit toenemende afhankelijkheid, steeds verdergaande ontluistering of het vooruitzicht van een afschrikwekkende dood (zie met name HR 27 november 1984, NJ 1985, 106, Rb. Den Haag 21 juni 1985, TvGr (1985), nr. 6, p. 355–9 en Hof Den Haag 11 september 1986, TvGr (1997) nr. 1, p. 45–6).

De ondraaglijkheid van het lijden is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid van het lijden, een in hoge mate subjectieve, en moeilijk te objectiveren factor. Niettemin zal de arts, indien het lijden niet ook voor hemzelf, naasten en hulpverleners evident is, het lijden moeten kunnen invoelen en – afgaande op zijn ervaringen als arts met de gevolgen van een bepaalde gezondheidstoestand in verschillende vormen en gradaties – tot op zekere hoogte moeten kunnen objectiveren. Op deze wijze moet elk lijden dat door de patiënt wordt aangegeven door de arts worden getoetst. Naarmate het lijden een meer psychische component bevat is de ondraaglijkheid ervan moeilijker vast te stellen en zal een zorgvuldiger toetsing van de arts moeten worden verlangd. Daarnaast zal tijdsverloop bij de besluitvorming enige objectiverende werking kunnen hebben op de vaststelling dat sprake is van ondraaglijk lijden.

Wij wijzen er nog op dat de begrippen uitzichtloos en ondraaglijk, ook blijkens de jurisprudentie, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Voor de inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding dienen beide in ogenschouw genomen te worden.

Vindt het kabinet het gerechtvaardigd wanneer de arts zich actief in moet spannen om via andere kanalen de «bewijsvoering» met betrekking tot de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden van zijn patiënt rond te krijgen, terwijl de patiënt zelf iedere vorm van diagnostiek of behandeling categorisch afwijst, waardoor het niet mogelijk is de medische situatie objectief vast te stellen? (blz. 19)

De arts moet overtuigd zijn van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt ongeacht of de patiënt medewerking aan een eventuele behandeling verleent. De patiënt mag naar geldend recht immers een behande-

ling weigeren. Desondanks kan het lijden uitzichtloos en ondraaglijk zijn. Zoals uit casus 8 blijkt kan zonder medewerking van de patiënt de situatie als uitzichtloos worden gekenmerkt. In die casus bleek dat uit een scan. Op welke wijze ondraaglijk lijden moet worden beoordeeld hebben wij hierboven bij de beantwoording van vraag 80 uiteengezet. Ondraaglijk lijden kan ook enigszins worden geobjectiveerd. Desondanks zal moeten vaststaan dat ook de patiënt zelf het lijden als ondraaglijk ervaart. Indien de patiënt niet aangeeft ondraaglijk te lijden, is aan dit criterium niet voldaan.

82

Kan worden toegelicht op welke wijze de commissies situaties waarin mogelijk het aandeel van de familie in de besluitvorming te groot is, pogen te onderscheppen? Erkent het kabinet dat de interactie tussen de patiënt en zijn familie de besluitvorming ernstig kan beïnvloeden Op welke wijze denkt het kabinet dit soort situaties te kunnen voorkomen? (blz. 20)

Zie beantwoording vraag 34 van het CDA.

83

Kan inzicht worden gegeven in de overwegingen van het College van procureurs-generaal om de zaken zoals die in casus 9 en 13 zijn beschreven, niet te vervolgen? (blz. 20 en 24)

In de zaak van casus 9 heeft het College van procureurs-generaal geoordeeld dat de vrouw van zeer hoge leeftijd was, die recentelijk een hersenbloeding heeft gehad en een niet irreële angst voor een tweede hersenbloeding. Om die reden was er toch sprake van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In de zaak van casus 13 kan uit de stukken worden opgemaakt dat het College van procureurs-generaal van oordeel was dat het geval zich leent voor tuchtrechtelijke afdoening gelet op de wijze van uitvoering van de hulp bij zelfdoding.

84

Wat is het oordeel van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg over de zaak zoals die in casus 10 is beschreven? (blz. 21)

Het oordeel van de inspectie over casus 10 is als volgt aan de commissie verwoord.

Hulpvraag om levensbeëindigend handelen vraagt om een zorgvuldige voorbereiding. Gedurende het ziekteverloop waarbij sprake is van een onomkeerbaar lijden is het van belang dat in een vroegtijdig stadium de patiënt in samenspraak met zijn familie/relatie de gelegenheid krijgt zich voor te bereiden. De patiënt dient tijdig op de hoogte te worden gebracht van de door de huisarts te volgen procedure, inclusief een onafhankelijk oordeel door de consulent, alvorens definitief tot euthanasie wordt besloten en gepland. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om zorg te dragen voor een goede informatie en overdracht, zodat zorgvuldige besluitvorming en zorgvuldig handelen is gewaarborgd. Een onafhankelijke consulent hoort tijdig in het besluitvormingsproces betrokken te worden. De consulent moet in de gelegenheid worden gesteld en de ruimte worden geboden eventuele alternatieven aan te dragen. Wanneer in een zeer laat stadium een consulent wordt gevraagd, is het risico groot dat een onafhankelijke consulent moeilijk te vinden of niet beschikbaar is.

85

Kan worden aangegeven in hoeverre en op welke wijze de palliatieve zorg aandacht krijgt binnen het cursusaanbod van de SCEN? (blz. 22)

In de SCEN-cursus worden de artsen geïnformeerd over de mogelijkheden van palliatieve zorg en over de verschillende mogelijkheden waarin zij deskundigen kunnen raadplegen en consultatieteams te hulp kunnen roepen. De informatie aan de SCEN-artsen is geheel gericht op het adequaat kunnen raden van de consult vragende arts.

86

Zijn er situaties bekend waarbij de commissies uiteindelijk begrip hebben getoond voor het feit dat de consultatie op verzoek van de patiënt heeft plaatsgevonden door een arts die met hem bekend was? Zo ja, welke? (blz. 22)

Deze situatie heeft zich niet voorgedaan.

87

Kan het kabinet aangeven wat mogelijk de redenen zijn van sommige artsen om ten aanzien van het gebruik van de euthanatica af te wijken van de daartoe door de KNMP geformuleerde richtlijnen? Vindt het kabinet dit soort afwijkende beslissingen verstandig en juist? (blz. 23)

De KNMP heeft de meeste expertise met betrekking tot medicatie en euthanatica. Indien een commissie te maken krijgt met een afwijkend middel wordt de arts eerst om een toelichting gevraagd en vraagt de commissie vervolgens advies aan de KNMP. Gerechtafdigde argumenten om van de gebruikelijke middelen af te wijken zijn bijvoorbeeld een allergie, de patiënt kan niet meer slikken of slechte vaten (bij oude mensen). Over het algemeen gaat het hierbij om een medische motivering. De commissie vraagt de arts dan ook altijd of hij de apotheker hierover heeft geraadpleegd. De commissie rekent het nalaten van het raadplegen van een apotheker in samenhang met het gebruik van een afwijkend middel een arts zeer zwaar aan.