

Vergaderjaar 2002–2003

28 600 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003

Nr. 152

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 augustus 2003

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 april 2003 ten geleide van het Jaarverslag 2002 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (VWS-03-514). De vragen inzake het SCEN-project hebben de de bewindslieden beantwoord bij brief van 23 juni 2003 (kamerstuk 29 600, XVI, nr. 142).

De nog openstaande vragen zijn beantwoord bij brief van 22 augustus 2003.

Vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Terpstra

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Smilde (CDA), Omtzigt (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF) en Schippers (VVD).
Plv. leden: Geluk (VVD), Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith, MPA (VVD), Van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Mosterd (CDA), Eski (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF) en Hirsi Ali (VVD).

Vragen CDA-fractie

1

Hoe kan de daling van 11,4% in twee jaar van het totaal aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding verklaard worden?

In het evaluatieonderzoek medische besluitvorming aan het einde van het leven worden enkele mogelijke redenen genoemd voor de daling van het aantal meldingen. Zo kan de attitude van artsen ten opzichte van het melden een rol spelen. Ook moet het aantal meldingen in een bepaald jaar worden gerelateerd aan het aantal gevallen van euthanasie in datzelfde jaar. Het enige onderzoeksjaar waarbij dit bekend is, is het referentiejaar 2001. Het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de omliggende jaren is niet bekend. Het kan dus zijn dat dit aantal in 2000 hoger was dan in 2001 en in 2002 lager dan in 2001. In het standpunt op het rapport van het onderzoek zal nader op dit gegeven worden ingegaan.

2

Is het geven van voorlichting over het bevorderen van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen een taak van de toetsingscommissies? Zo ja, hoeveel financiële middelen worden voor deze taak toegewezen?

Aan de leden en secretarissen van de toetsingscommissies wordt nogal eens gevraagd in de regio uitleg te geven over het werk van de commissies. Aan zulke vragen wordt zoveel mogelijk gehoor gegeven, omdat de commissies daarbij als het ware een «gezicht» krijgen. De hiermee gemoeide financiële middelen komen uit het budget dat voor de toetsingscommissies beschikbaar is.

3

De toetsingscommissies toetsen sinds 1 april 2002 niet langer of de arts zorgvuldig heeft gehandeld, maar controleren of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Is het wenselijk dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze toetsing overneemt? Zo nee, waarom niet en zo ja, is het dan niet wenselijk dat het oordeel van de toetsingscommissie – ongeacht de uitslag – doorgezonden wordt naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

De toetsingscommissies zijn ingesteld om het handelen van een arts juridisch, medisch en ethisch te toetsen aan de hand van de zorgvuldigheidseisen. Zij controleren daarbij impliciet of de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Voor die toetsing heeft de Inspectie van de Gezondheidszorg niet te worden ingeschakeld. Alleen wanneer de commissies van mening zijn dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld worden het OM en de Inspectie daarvan in kennis gesteld. Daarnaast kunnen de commissies indien zij daartoe aanleiding zien de Inspectie voor de Gezondheidszorg inschakelen om nog eens een bepaald aspect van het handelen van de arts onder de loep te nemen of met een arts te praten over zijn handelen. Het zou te ver voeren wanneer de Inspectie alle oordelen van de commissies, dus ook die oordelen die het handelen als zorgvuldig aanmerken toegezonden zou krijgen. Voor het toesturen moet een duidelijke reden zijn.

4

Kan het herinvoeren van de voorlopige conclusie «zorgvuldig, met dien verstande» helpen om te komen tot een grotere meldingsbereidheid door artsen? (blz. 9)

In de schriftelijke stukken bij het wetsvoorstel toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (zie Kamerstukken II, 1999/2000, 26 691, nr. 6, blz. 53 en nr. 9, blz. 26) is aangegeven dat er een verschillend gewicht kan worden toegekend aan de niet-inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. 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. Wij kunnen ons voorstellen dat het niet-inachtnemen van eerstgenoemde eisen ernstiger moet 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. Gelet hierop menen wij dat een scherpe onderscheiding in het régime waaronder niet-inachtneming van de onderscheiden zorgvuldigheidseisen is gesanctioneerd, niet de voorkeur verdient.

Uit bovenstaande volgt dat de toetsingscommissies in hun oordeel kunnen aangeven dat het handelen «zorgvuldig is, met dien verstande dat enz.» Het omgekeerde is eveneens mogelijk. Het handelen van de arts kan «onzorgvuldig zijn, met dien verstande dat enz.» In laatstgenoemd geval wordt het oordeel van de commissie ter kennis gebracht van het college van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. Vervolgens komt de afweging aan de orde welke reactie, een tuchtrechtelijke of een strafrechtelijke, op de door de commissie vastgestelde omissie van de arts in de rede ligt. Bij deze afweging speelt uiteraard een rol het gewicht dat aan de niet-inachtneming van de zorgvuldigheidseisen moet worden toegekend.

5

Wat is de inhoud van het protocol met betrekking tot de benoeming van nieuwe (plaatsvervangende) commissieleden?

De (plaatsvervangend) leden worden benoemd door de ministers van Justitie en van VWS.

In de praktijk wordt de voordracht voor een (plaatsvervangend) voorzitter gedaan door de minister van Justitie, van een (plaatsvervangend) arts en ethicus door de minister van VWS. Tussen beide ministeries vindt over iedere benoeming afstemming plaats. Namen van potentiële leden en plaatsvervangend leden worden ook ingebracht door de toetsingscommissies zelf. Voor het benoemen van (plaatsvervangend) arts-leden wordt vanwege VWS de KNMG geconsulteerd. De gesprekken met potentiële (plaatsvervangend) leden worden primair gevoerd door de toetsingscommissie waar dit potentiële (plaatsvervangend) lid deel van uit zal maken. Aan de betreffende toetsingscommissie is het primaat voor de voordracht voorbehouden, aangezien het potentiële lid daar deel van gaat uitmaken. De eindbeslissing is in handen van de beide betrokken ministers.

6

Is het overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg structureel? Zo nee, waarom niet en zo ja, is dan de frequentie van één maal per jaar wel voldoende? Hoe verhoudt zich dat tot artikel 13 van de Wet toezicht levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding?

Het overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg is structureel. In afwachting van de ontwikkelingen na invoering van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en ter evaluatie daarvan was besloten een tweede overleg in 2002 voorlopig uit te stellen.

7

Wie is verantwoordelijk voor de opzet en inrichting van een nieuwe databank? Welke gegevens worden hierin opgeslagen en met welk doel? Wie is verantwoordelijk voor het beheer? Wat is het budget voor opzet en onderhoud van deze databank?

De Ministeries van Justitie en van VWS kunnen besluiten om een opdracht te geven om een databank op te zetten en in te richten. De kosten die dat met zich mee zou brengen moeten nog worden geïnventariseerd. Voor het beheer moet een afzonderlijk persoon worden aangewezen. Net zoals de secretarissen van de toetsingscommissies zou deze in dienst moeten komen bij één van de ministeries. Het budget hiervoor moet nog worden bepaald.

8

In 2 jaar is de landelijke daling 11,4%, de daling in de regio Zuid-Holland en Zeeland 3,7% en de daling in de regio Groningen, Friesland, Drenthe 24%. Hoe kunnen de regionale verschillen in daling van aantallen meldingen verklaard worden?

Al enige jaren is een verschil in aantallen meldingen tussen de verschillende regio's zichtbaar. De precieze oorzaak van deze verschillen zijn niet bekend. Niet ondenkbeeldig is dat deze verschillen te maken hebben met de bevolkingsdichtheid per regio. De dalingen in absolute getallen verschilt minder dan de daling in percentages. Wij kunnen op grond van de tot onze beschikking staande gegevens de oorzaak van de verschillen in daling van aantallen meldingen niet aangeven.

9

In één geval heeft levensbeëindiging in een ziekenhuis plaatsgevonden zonder melding door een medisch specialist. Hoe is dat te verklaren?

De commissies krijgen meer dan eens meldingen van levensbeëindiging die in een ziekenhuis hebben plaatsgevonden zonder melding door een medische specialist. Dit gebeurt op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. De eigen huisarts komt dan in het ziekenhuis.

10

De regionale toetsingscommissies hebben in 2002 5 meldingen ontvangen waarin zij zich niet bevoegd achten. Worden deze meldingen teruggezonden naar de gemeentelijke lijkschouwer? Worden ook het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingelicht?

De meldingen waarin de commissies zich niet bevoegd achten worden teruggezonden naar de gemeentelijk lijkschouwer. Het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden hierover niet door de toetsingscommissies ingelicht. De gemeentelijke lijkschouwer stelt laatstgenoemde instanties op de hoogte van de desbetreffende zaak, indien het overlijden niet kan worden aangemerkt als een natuurlijke dood. Het OM zal beoordelen of tot strafvervolgning wordt overgegaan, terwijl de Inspectie zal nagaan of de arts tuchtrechtelijk dient te worden aangepakt.

11

In casus 5 wordt het overlijden van een patiënt als gevolg van sedatie beschreven. Is hier sprake van – zoals in deze casus gesteld – een natuurlijke dood?

(zie ook vraag 66).

Ja. In dit geval werd de patiënt gesedeerd om het ernstige lijden van de patiënt te verzachten. Een neveneffect van een dergelijke behandeling, die overigens als normaal medisch handelen wordt beschouwd, kan zijn dat het stervensproces wordt versneld. Daarom is sprake van een natuurlijke dood.

12

Het element van de ondraaglijkheid van het lijden is één van de grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan. In hoeverre dient ondraaglijkheid geobjectiveerd te worden? Verloopt de toetsing van dit criterium voldoende gelijklopend? Zijn er aangaande dit criterium verschillen van inzicht tussen toetsingscommissies? Wordt dit onderzocht door de onlangs ingestelde begeleidingscommissie onderzoek naar medische beslissingen rondom het levenseinde?

Ondraaglijkheid is een gevoel dat voor iedere individuele persoon anders ligt. Aan de hand van de ziekte kan in het algemeen een oordeel worden gevormd over de ernst van het lijden, maar de grens van hetgeen iemand nog kan verdragen is voor niemand gelijk. Met betrekking tot dit aspect is de inhoud van de gesprekken tussen arts en patiënt in de behandelrelatie van essentieel belang. Op deze manier kan de arts zich het lijden van de patiënt invoelen. De arts zal duidelijk moeten aangeven waarom hij bij de zorgvuldigheid van handelen ten aanzien van een bepaalde patiënt diens ondraaglijkheid van het lijden als doorslaggevend heeft aangemerkt. Over de beoordeling van de motivatie van een arts om lijden bij een patiënt als ondraaglijk aan te merken bestaan tussen de toetsingscommissies geen wezenlijke verschillen.

De KNMG heeft een commissie in het leven geroepen die zich buigt over «verkenning van de grenzen aan de rol van artsen bij levensbeëindigend handelen», waar het begrip «lijden» aan de orde komt. In het evaluatieonderzoek «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» is de ondraaglijkheid van het lijden niet speciaal onderwerp van onderzoek geweest. Ook de begeleidingscommissie van dit onderzoek heeft in haar verslag hier niets over opgemerkt. Wij verwijzen ook nog naar het antwoord op vraag 19.

13

Binnen de medische beroepsgroep wordt algemeen aangenomen dat een patiënt in comateuze toestand niet ondraaglijk kan lijden. Kunnen toetsingscommissies meldingen van levensbeëindiging als zorgvuldig beoordelen indien een patiënt het bewustzijn heeft verloren vóór de uitvoering van de euthanasie?

Ja, dit is mogelijk in uitzonderlijke gevallen. De toetsingscommissies kunnen meldingen van levensbeëindiging bij een patiënt die het bewustzijn heeft verloren vóór de uitvoering van de euthanasie in sommige gevallen als zorgvuldig beoordelen.

Voor wat betreft het toetsen van de ondraaglijkheid van het lijden in die situatie is het een en ander afhankelijk van de omstandigheden van het specifieke geval. In enkele gevallen blijkt uit uiterlijke kenmerken dat er wel sprake was van (ondraaglijk) lijden, bijvoorbeeld door kreunen bij aanraking en andere uitingen van pijn en/of onrust.

14

In casus 13 oordeelt de commissie dat de meldend arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Wordt hier uitsluitend de meldend arts, in dit geval de anesthesist beoordeeld of strekt de beoordeling en het ter kennis stellen van het Parket-Generaal van het Openbaar Ministerie en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich ook uit tot de behandelend arts? Zo nee, waarom niet?

Volgens de Regeling en volgens artikel 1, onder c, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding beoordelen de commissies uitsluitend het handelen van de arts die volgens de melding de levensbeëindiging heeft toegepast. Voor de beantwoording van de vraag hoe wordt omgegaan met het geval dat de meldend arts niet de uitvoerend arts is, verwijzen wij naar het antwoord op vraag 65.

Vragen PvdA-fractie

15

De commissies rapporteren 1882 meldingen van euthanasie in 2002. De commissies rapporteren jaarlijks, en het aantal meldingen vertoont in alle regio's de laatste drie jaren in absolute zin een dalende trend. Het is onduidelijk of dit percentueel ook het geval is. Het in het jaarverslag van de commissies aangekondigde onderzoeksverslag van de evaluatiecommissie Van der Wal c.s. rond medische besluitvorming aan het einde van het leven, dat op 23 mei jl. verscheen ziet in 2001/2 een stijging van meldingen t.o.v. 1995/1996, maar kan ook niet aangeven of die trend inmiddels ombuigt. Is de minister van zins de meldingstrend de komende jaren scherper in de gaten te houden, en zo ja, welke stappen zullen hiertoe worden genomen?

Het onderzoek van Van der Wal c.s. heeft als referentiejaar voor het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding het jaar 2001. In andere jaren is geen directe relatie te leggen tussen het aantal gevallen van euthanasie en het aantal meldingen. Ook de begeleidingscommissie van het onderzoek besteedt aandacht aan dit punt en doet een suggestie om jaarlijks een relatie te kunnen leggen. In het standpunt inzake de uitkomsten van het onderzoek wordt hier nader op ingegaan.

16

De toetsingscommissies geven in hun jaarverslag aan niet geconfronteerd te worden met de problematiek rond terminale sedatie. Van der Wal c.s. stellen daarentegen dat terminale sedatie met nadrukkelijke intentie het levenseinde te bespoedigen in de praktijk toeneemt. Zij menen dat in feite dat deel van terminale sedatie onder de definitie van euthanasie zou moeten vallen. De regionale toetsingscommissies laten zich hierover niet uit. Is de staatssecretaris van plan aan deze onduidelijkheid in definitie binnen de praktijk van toetsing extra aandacht te besteden?

Ook in het verslag van de begeleidingscommissie van het evaluatieonderzoek wordt aan dit aspect aandacht besteed. Het betreft hier vooral de manier waarop artsen tegen terminale sedatie aankijken. Zij zijn zich dikwijls niet bewust dat het in voorkomende gevallen kan gaan om gevallen die onder de euthanasiewet vallen. Meer kennis hierover bij artsen is noodzakelijk. In het standpunt inzake het evaluatierapport komen de minister van Justitie en de ondergetekende op deze materie terug.

17

Hoe duidt u in dit verband het handelen en de overwegingen van de toetsingscommissie bij casus 5, zoals vermeldt op blzn. 17 en 18 van het jaarverslag, waarbij terminale sedatie speelt?

De commissie heeft na haar afwegingen geoordeeld dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Uit de feiten in het jaarverslag kan worden opgemaakt dat de toediening van dormicum en morfine tot doel had de pijn te bestrijden. Zoals wij in het antwoord op vraag 11 hebben aangegeven kan het neveneffect van pijnbestrijding zijn dat het stervensproces wordt versneld. Dit behoort tot het normaal medisch handelen. Er is dan sprake van een natuurlijke dood.

18

Bij het in werking treden van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is herhaaldelijk gesproken over de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling tussen commissies en Openbaar Ministerie en het feit dat zwaardere verantwoordelijkheid is komen te liggen bij de toetsingscommissies. In het verslag wordt op blz. 10–11 melding gemaakt van diverse overlegsituaties van de commissies met derden, onder andere over die verzwaren van taak- en verantwoordelijkheid. Het jaarverslag gaat echter vooral in op de procedurele kant van die overlegsituaties, maar meldt heel weinig over de inhoud van deze gesprekken en de inhoudelijke bevindingen van de commissies bij hun taakverandering. Zou hierover aanvullende informatie kunnen worden verschaft en kan tevens worden aangegeven of de commissies zichzelf voor hun werkzaamheden binnen de nieuwe wettelijke kaders voldoende toegerust achten of verbeteringen wensen.

In de diverse overlegsituaties met anderen werd veel gesproken over de invulling van de taak en verantwoordelijkheid van de toetsingscommissies. Hierbij werden onderwerpen die in het overleg van de voorzitters van de commissies onderling waren besproken verder uitgediept. Zaken die de uniformiteit dienen te bevorderen kwamen daarbij ter sprake. Ten behoeve van het opstellen van richtlijnen betreffende de werkwijze van de commissies is gesproken over controversiële inhoudelijke onderwerpen zoals de ondraaglijkheid van het lijden bij een niet aanspreekbare patiënt en de patiënt met dementie en dergelijke. Maar ook zijn onderwerpen besproken als de verantwoordelijkheid van de commissies voor een betere voorlichting naar de artsen toe door een begin te maken met het opstellen van een voorlichtingsplan. De commissies zijn voldoende toegerust voor de uitvoering van hun taak.

19

De commissies hebben met enkele, geanonimiseerde casus een indruk trachten te geven in de aard van de besluitvorming. Enkele van deze casus zijn uitermate problematisch. Is de minister b.v. van oordeel dat in casus 9 (blz. 24–25) volgens de wet is gehandeld (in deze casus wordt een patiënt beschreven bij wie zowel op punt van wilsbekwaamheid als op het punt van bewustzijn van ondraaglijk lijden vraagtekens kunnen worden geplaatst: deze patiënt werd toch ge-euthanaseerd, en de commissie keurde dit handelen goed). Hoe denkt u de zorgvuldigheid van de toetsing verder te verbeteren?

Van wilsbekwaamheid is sprake, indien kan worden aangenomen dat de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is. Wanneer dit het geval is hangt van zeer veel factoren af. In het concrete geval zal van wilsbekwaamheid moeten blijken. Uit de casus kan worden opgemaakt dat van een weloverwogen verzoek om levensbeëindigend handelen sprake is geweest. Alhoewel de patiënt blijkbaar last had van geheugenverlies, waren er ook momenten dat hij wel tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. Dat kan bijvoorbeeld worden opgemaakt uit de melding dat patiënt zich er goed van bewust was dat zich elk moment een nieuw CVA kon voordoen. Indien in dergelijke heldere momenten een verzoek om euthanasie wordt gedaan, kan dat

worden beoordeeld als een weloverwogen verzoek. Volgens de casus was ook de consulent die mening toegedaan.

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, naast 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. Daarnaast zal tijdsverloop bij de besluitvorming enige objectiverende werking kunnen hebben op de vaststelling dat sprake is van ondraaglijk lijden. In de onderhavige casus is de overtuiging van de arts dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden gegroeid. De arts constateerde in de loop van de tijd door de samenloop en toename van diverse ernstige aandoeningen in relatie tot de opmerking van de patiënt dat hij zijn leven als zinloos en ondraaglijk ervoer dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Er was geen zicht meer op verbetering van de situatie. Het vooruitzicht van verdergaande ontluistering en de angst om niet op een waardige wijze te kunnen sterven, zijn wezenlijke elementen, die door iedere patiënt anders worden beleefd en die ondraaglijk lijden tot gevolg kunnen hebben. Voorzover dat uit de gegevens in het jaarverslag kan worden opgemaakt, heeft de toetsingscommissie naar onze mening terecht geoordeeld dat de patiënt ondraaglijk leed. Dit noopt niet tot een verdergaande verbetering van de toetsing van de toetsingscommissies.

20

Een van de zorgvuldigheidseisen bij euthanasie betreft consultatie door een tweede, onafhankelijke arts. Het jaarverslag van de toetsingscommissies vermeldt op blz. 27 dat men een aantal malen is geconfronteerd met meldingen waarin niet is voldaan aan de consultatievereiste. Van der Wal c.s. geven in hun rapport aan dat deze onzorgvuldigheid vaak voor komt. Uit de verslaglegging van de toetsingscommissies is niet op te maken in hoeveel van de gevallen niet-consulteren van een tweede arts (onder de nieuwe wet) bij de commissies bekend is geweest en in welke gevallen precies dit aanleiding was tot het doorspelen van de casus aan het college van procureurs. Bent u voornemens deze kwantitatieve gegevens in het vervolg van de commissies te verlangen, en meer in het algemeen bij de commissies aan te dringen op nadere kwantitatieve aanscherping van hun verslaglegging?

In de gevallen die in het jaarverslag op blz. 27 en volgende worden vermeld is een tweede arts geconsulteerd. Van het niet-consulteren van een tweede arts is geen sprake. Wel was er sprake van het niet voldoen aan de vereisten die gesteld worden aan een consultatie, zoals bijvoorbeeld de onafhankelijkheid ten opzichte van de patiënt of ten opzichte van de arts.

Als niet wordt voldaan aan het consulteren van een tweede arts, oordelen de toetsingscommissies dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen en wordt de zaak altijd ter kennis gebracht aan het college van procureurs-generaal en de inspectie voor de gezondheidszorg. Deze kwantitatieve gegevens zijn bekend en worden altijd gemeld in het jaarverslag. Uit het onderzoeksrapport «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» blijkt overigens dat nu vaker wordt geconsulteerd dan acht jaar geleden.

21

Zowel de toetsingscommissies als ook Van der Wal c.s. constateren grotere meldingsbereidheid bij artsen die SCEN-consulenten kunnen inroepen en adviseren tot continuering en uitbreiding van het SCEN-

project, voor wat betreft de doelstellingen van beter opleiden van artsen. Nog afgezien van de vraag of het SCEN-project het geëigende medium is, bent u van zins aanvullende maatregelen te nemen om Nederlandse artsen voldoende toe te rusten om als consulent op te treden? Zo ja, in welke vorm?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die de Staatssecretaris van VWS u op 23 juni jl. toezond.

Vragen VVD-fractie

22

In het jaarverslag 2002 worden 1882 gevallen van euthanasie gemeld. Het vermoeden bestaat dat dit slechts de helft van het totaal aantal gevallen van euthanasie in Nederland is. De meldingsbereidheid onder de artsen is niet toegenomen, integendeel de dalende trend van het aantal meldingen heeft zich ook in 2002 voortgezet. Hoe verklaart u de deze voortdurende daling van het aantal meldingen en welke stappen zullen worden ondernomen om de meldingsbereidheid te doen toenemen?

Om per jaar een juist inzicht te hebben in de verhouding tussen het aantal gevallen van euthanasie en het aantal meldingen zou men feitelijk ook het aantal gevallen van euthanasie per jaar moeten kennen. Voor de verdere beantwoording verwijzen wij naar het antwoord op vraag 15.

23

Acht u, gelet op het huidige aantal meldingen, de wet- en regelgeving omtrent hulp bij levensbeëindiging van dien aard dat zij voldoende is toegerust op de praktijk van vandaag de dag of acht u aanscherping dan wel versoepeling van de vigerende wetgeving aan de orde?

Het ligt niet in het voornemen verandering in wet- en regelgeving aan te brengen. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is vorig jaar april in werking getreden. Het jaarverslag biedt inzicht in de wijze waarop de toetsingscommissies met de nieuw wet omgaan. Uit het evaluatieonderzoek kan worden opgemaakt dat de beroepsgroep positief staat tegenover de wet maar dat veranderingen nu eenmaal tijd kosten (blz. 199). Een voortdurende voorlichting blijft noodzakelijk.

24

Uit het overzicht per regio van het jaarverslag 2002 blijkt dat de commissies zich in vijf gevallen onbevoegd achtten om de zaak te beoordelen. Kunt u aangeven om wat voor soort zaken het ging, waarom de commissie zich in die gevallen niet bevoegd achtten, en wat er met die zaken is gebeurd?

In de gevallen waarin de commissies zich onbevoegd hebben verklaard, ging het om de volgende gevallen.

De commissie te Arnhem: neonaat, dementiepatiënt

De commissie te Haarlem: geen sprake van hulp bij zelfdoding

De commissie te Rijswijk: geen sprake van een verzoek

De commissie te Den Bosch: neonaat

Alle zaken zijn teruggestuurd na de gemeentelijk lijkschouwer, die de zaken dan doorgeleid naar het OM.

25

De commissie heeft het afgelopen jaar ervaren dat de beoordelingsruimte onder de wet kleiner is dan onder de regeling. Bent u deze mening ook toegedaan? Is deze verandering van invloed op de meldingsbereidheid van artsen? Op welke wijze kunt u hierin verandering brengen?

De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in de wet. Dat betekent niet dat de beoordeling door de toetsingscommissies nu een kwestie van afvinken van deze eisen is geworden. Ieder geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding moet op zijn eigen merites en in zijn specifieke context worden beoordeeld. In dat opzicht is de beoordelingssituatie ten opzicht van de regeling niet veranderd. Wij verwijzen naar het antwoord op vraag 4. Het is niet duidelijk of het gegeven dat er nu een wet is en de zorgvuldigheidseisen in de wet zijn vastgelegd, invloed heeft op het meldingsgedrag van artsen. Het onderzoeksjaar van het evaluatieonderzoek van Van der Wal en Van der Maas betrof 2001, terwijl de wet op 1 april 2002 in werking is getreden. Het functioneren van de wet in dit opzicht is derhalve niet geëvalueerd. Wel kan worden aangegeven dat in het evaluatieonderzoek wordt vermeld dat de artsen een positieve invloed op de meldingsbereidheid verwachten (blz. 175).

26

De meldingsprocedure heeft geen betrekking op levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek. Hiervoor geldt nog steeds de meldingsregeling van 1994, op grond waarvan gevallen zonder uitdrukkelijk verzoek door de gemeentelijke lijkschouwer worden gemeld aan de officier van justitie. Hoeveel van deze gevallen zijn gemeld bij de officier van justitie en wat is er met deze gevallen gedaan?

In 2002 heeft het College van procureurs-generaal vijf gevallen van actieve levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek (wilsonbekwamen) besproken. Het betrof twee keer een minderjarige patiënt. Deze zaken zijn met instemming van de minister van Justitie geseponeerd. In één geval was er sprake van een patiënt die op het moment van de levensbeëindiging in coma verkeerde. Het College besloot deze zaak, eveneens met instemming van de minister van Justitie, te seponeren. In een andere zaak betrof het een psychiatrische patiënt. Deze zaak is eveneens, met instemming van de minister van Justitie, geseponeerd. In alle zaken bleek de arts zeer zorgvuldig te hebben gehandeld hetgeen de seponering rechtvaardigde.

Tenslotte was er sprake van een zaak van een patiënt die leed aan de ziekte van Alzheimer. Het College besloot een beslissing in deze zaak aan te houden in afwachting van een advies van een deskundige op het gebied van de ziekte van Alzheimer. Deze zaak is nog in behandeling.

27

In sommige gevallen van levensbeëindiging blijkt dat artsen niet medisch inhoudelijk hebben gefaald, maar niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen hebben gehandeld. Het College van procureurs-generaal vindt desalniettemin een strafvervolgning onevenredig zwaar. Een tussenweg is niet mogelijk. Vindt u dat de commissie in deze gevallen tot een ander oordeel moet kunnen komen, zonder de zaak voor te leggen aan het College? Ziet u hier een tussenweg voor het College weggelegd? Acht u het gewenst dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg een actievere rol hierbij moet spelen? Zo ja, hoe zien deze mogelijkheden eruit?

In het antwoord bij vraag vier is aangegeven dat er een verschillend gewicht kan worden toegekend aan de niet-inachtneming van de zorgvuldigheidseisen. Op dit punt verwijzen wij naar de uitleg daarover bij die vraag.

Voorzover de meer formele vereisten niet zijn nageleefd kan met inachtneming van de strekking van de regeling soms toch worden geoordeeld dat overeenkomstig de zorgvuldigheidsnormen is gehandeld. Zoals in het antwoord op vraag vier is aangegeven is voorzichtigheid op dit punt geboden.

Indien de toetsingscommissie oordeelt dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, wordt het oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal gebracht. Het College oordeelt of tot strafvervolgning wordt overgegaan. Indien het College daartoe niet beslist bestaat nog altijd de mogelijkheid dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de zaak tuchtrechtelijk aanpakt.

Een nadere beschouwing over de aangekaarte problematiek zullen wij geven in ons standpunt op het evaluatierapport inzake de medische besluitvorming aan het einde van het leven van de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas.

28

Bij Memorie van Antwoord (26 691, nr. 137e, blz. 19) is aangekondigd dat er een aparte meldingsprocedure zal worden vastgesteld met betrekking tot levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek (wilsonbekwamen zoals pasgeborenen of comateuze patiënten die niet tevoren een schriftelijke verklaring hebben afgelegd). Wanneer kan de Kamer deze regeling tegevoet zien?

Aangezien de begeleidingscommissie bij het evaluatierapport inzake de medische besluitvorming aan het einde van het leven van de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas melding maakt van een behoefte met betrekking tot een aparte meldingsprocedure voor wilsonbekwamen, zal in onze standpuntbepaling over dat rapport nader op dit punt worden ingegaan.

29

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat patiënten met hun verzoek om levensbeëindiging terecht kunnen bij een arts, indien de eigen huisarts om principiële redenen geen euthanasie of hulp bij zelfdoding wil toepassen?

Van de arts die weigert euthanasie toe te passen op levensbeschouwelijke gronden wordt verwacht dat hij de patiënt doorverwijst naar een arts die wel bereid is daaraan mee te werken. In het voorlichtingsmateriaal voor artsen wordt hierop gewezen.

30

Ondraaglijkheid van het lijden is volgens de commissies één van de grootste dilemma's in de euthanasiepraktijk en de toetsing daarvan. Op welke wijze wordt hiermee in de praktijk mee omgegaan en welke toetsingscriteria hanteren de commissies bij de toetsing van de ondraaglijkheid van het lijden?

In het geval de ondraaglijkheid van het lijden voor de commissie uit de melding niet voldoende duidelijk werd, is door de commissie bij de arts en/of de consulent om nadere schriftelijke of mondelinge informatie gevraagd.

Bij het toetsen nemen de commissies de bijzondere omstandigheden van het specifieke geval in acht. De commissie moet kunnen vaststellen dat de arts in redelijkheid tot de overtuiging heeft kunnen komen dat er sprake was van een ondraaglijk lijden. In het algemeen geldt bij de toetsing van dit criterium, dat de ondraaglijkheid van het lijden in zoverre geobjectiverend moet kunnen worden, dat dit in elk geval voor de arts invoelbaar is.

31

Er is een grijs gebied bij patiënten die tengevolge van medicinale pijnbestrijding (eerder en al dan niet met die intentie) komen te overlijden. In deze gevallen wordt meestal aangehouden dat de patiënt op natuurlijke wijze is overleden. Deelt u deze mening? Hoe zorgt u ervoor dat er duide-

Ten aanzien van pijnbestrijding en de intentie waarmee pijnbestrijding wordt toegepast zijn diverse situaties te onderscheiden. In alle evaluatieonderzoeken inzake medische beslissingen rond het levenseinde is dit aspect aan de orde geweest. Bij de verschillende discussies in het parlement over de meldingsprocedure euthanasie en de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is uitvoerig gesproken over wat nog tot normaal medisch handelen gerekend kan worden en wat gemeld moet worden. In de praktijk blijkt dit ook voor artsen niet altijd eenvoudig te beoordelen. Bij de opleiding en nascholing van artsen moet voortdurend aandacht worden gevraagd voor de dilemma's waar artsen bij hun handelen en besluitvorming op dit terrein mee kunnen worden geconfronteerd. In het standpunt op het recent uitgekomen evaluatieonderzoek Medische besluitvorming aan het einde van het leven zal hierop nader worden ingegaan.

32

Bent u van mening dat de toegenomen aandacht voor adequate pijnbestrijding en stervensbegeleiding, euthanasie overbodig maakt en dat dit de reden is voor een afname van het aantal meldingen?

Er komen situaties voor dat ook een goede palliatieve zorg het lijden niet meer kan verminderen en dan kan euthanasie als een waardig einde worden beschouwd van een ziekteproces waarin alle mogelijke zorg aan de patiënt is besteed. Uit het recente evaluatieonderzoek is gebleken dat in sommige gevallen een arts zich meer bewust is geworden van de mogelijkheden die palliatieve zorg nog kan bieden en dat hij om die reden geen euthanasie heeft toegepast. Er is waarschijnlijk enige invloed tussen betere kennis omtrent de palliatieve mogelijkheden en het niet overgaan tot euthanasie. Het onderzoek heeft echter geen duidelijke uitspraak kunnen doen over het minder voorkomen van euthanasie door de aanwending van palliatieve zorg.

33A

Deelt u de mening dat evenwel terminale sedatie ter omzeiling van omslachtige procedures, zoals neergelegd in de Euthanasiewet, een stap terug zou zijn? Welke stappen gaat u ondernemen om de door de artsen als tijdrovend en bureaucratische papierenwinkel ervaren procedures uit de euthanasiewet dusdanig te vereenvoudigen dat de euthanasiewetgeving alsnog op grote schaal wordt gevolgd?

De wet kan niet worden omzeild door een andere methode aan te wenden. Het gaat om de intentie van de arts.

Uit het recente evaluatieonderzoek is gebleken dat in het algemeen artsen tevreden zijn met de meldingsprocedure en met de wijze waarop de toetsingscommissies met de procedure omgaan.

Op dit moment wordt vanuit de ministeries van Justitie, van VWS en van BZK tezamen met vertegenwoordigers uit het veld bekeken, in hoeverre de formulieren en verslagen voor de behandelend arts enige bijstelling zouden behoeven.

33B

De commissies stellen vast dat sommige consultatieverslagen nog zeer summier zijn, met name de consultatieverslagen uit de ziekenhuizen. Wat is hier de reden voor? Welke structurele maatregelen zijn genomen om deze praktijk te veranderen, waarbij ervoor gewaakt wordt dat de afhandeling van dit soort zaken niet leidt tot een groter tijdsbeslag bij deze artsen?

De toetsingscommissies hebben geconstateerd dat er nog wel eens een verschil bestaat tussen de consultatieverslagen van SCEN artsen en die van artsen die geen SCEN opleiding hebben gehad. Consultatieverslagen uit ziekenhuizen zijn naar de ervaring van de commissies soms summier en één van de redenen om het SCEN project uit te breiden naar een SCEN opleiding voor specialisten is juist om de kwaliteit van de consultatie door specialisten te verbeteren. In de opleiding zal ook met de deelnemers worden besproken hoe zij het meest efficiënt met de administratieve kant van de consultatie kunnen omgaan.

34

In hoeveel gevallen heeft levensbeëindiging plaatsgevonden door psychiaters op patiënten in geestelijke nood? Zijn deze gevallen gemeld bij de toetsingscommissies dan wel bij het Openbaar Ministerie?

In 2002 zijn er geen gevallen bij de toetsingscommissies gemeld van levensbeëindiging door psychiaters op patiënten in geestelijke nood. In 2002 is er één geval door het College van procureurs-generaal besproken waarin sprake was van hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt door de behandelend psychiater. Het College besloot, met instemming van de minister van Justitie, de zaak te seponeren. De arts bleek zeer zorgvuldig te hebben gehandeld hetgeen de seponering rechtvaardigde.

35

In hoeveel gevallen is een psychiater dan wel een psycholoog geraadpleegd om te onderzoeken in hoeverre de patiënt wilsonbekwaam was en of er mogelijk sprake was van een psychische of psychiatrische stoornis?

Het komt voor dat een psychiater dan wel psycholoog wordt geraadpleegd, vooral in het ziekenhuis op verzoek van de behandelend specialist. In nagenoeg alle gevallen worden zij geraadpleegd als tweede consultant. Een psycholoog kan niet als onafhankelijk arts-consultant worden geconsulteerd omdat hij niet de hoedanigheid van arts bezit.

36

De commissie acht het minder wenselijk dat een psychiater als enige consult wordt ingeroepen. Deelt u deze mening? Hoe zorgt u ervoor dat dit in de praktijk wordt voorkomen?

Het is gewenst dat een deskundige consultant de vraag van de behandelend arts beoordeeld. Dat betekent, zoals in het jaarverslag wordt gesteld, dat de consultant zowel een oordeel moet kunnen geven over de vrijwilligheid, weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek, als over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden alsmede de overige zorgvuldigheidseisen. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en het SCEN project zijn voorbeelden van initiatieven om ervoor te zorgen dat in de praktijk zo zorgvuldig mogelijk wordt gehandeld.

37

In hoeveel gevallen van levensbeëindigend handelen door artsen (2002) was sprake van handelen zonder verzoek van de patiënt? Wat waren hiervan de redenen? Was een verzoek in deze gevallen redelijkerwijs mogelijk of gaat het hier om vormen van gewoon medisch handelen? Hoe heeft zich deze trend de afgelopen jaren ontwikkeld?

Deze zaken worden niet gemeld bij de toetsingscommissies, maar bij het Openbaar Ministerie. De toetsingscommissies zijn met betrekking tot deze gevallen onbevoegd. De redenen voor de afwezigheid van een verzoek is

over het algemeen gelegen in de wilsonbekwaamheid van de patiënt. Deze kan o.a. worden veroorzaakt door leeftijd, een psychiatrische stoornis of bewusteloosheid. Het doen van een verzoek om levensbeëindiging is in die gevallen niet mogelijk. Bij levensbeëindigend handelen zonder verzoek is in principe geen sprake van «normaal medisch handelen». Uit het recente evaluatieonderzoek blijkt dat het aantal gevallen van levensbeëindigend handelen zonder verzoek de afgelopen jaren vrijwel gelijk is gebleven.

Ten aanzien van het aantal meldingen van gevallen van levensbeëindigend handelen zonder verzoek die door het College van procureurs-generaal zijn behandeld wordt verwezen naar het antwoord op vraag 26.

38

Wat is de reden van het feit dat het SCEN-project nog steeds niet is uitgebreid voor medisch specialisten en verpleeghuisartsen? Welke maatregelen worden getroffen om dit te verhelpen? Kunt u aangeven wanneer dit bereikt moet zijn?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die de Staatssecretaris van VWS u op 23 juni jl. toezond.

39

Kunt u bevestigen dat het SCEN-project omgeven wordt door problemen? Om welke problemen gaat het? Hoe gaat u deze oplossen?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die de Staatssecretaris van VWS u op 23 juni jl. toezond.

40

Heeft het Openbaar Ministerie inmiddels een beslissing genomen ten aanzien van die zaken die door de commissies aan het College zijn voorgelegd?

Het College van procureurs-generaal heeft, met instemming van de minister van Justitie, besloten om tegen de betrokken arts in casus 6 geen strafrechtelijke vervolging in te stellen. Ook de in casus 12 beschreven zaak is geseponeerd. Deze zaak is door het College onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht.

In de in casus 7 en 13 beschreven zaken is een gerechtelijk vooronderzoek ingesteld tegen de meldend arts. Deze onderzoeken zijn nog niet afgerond.

Vragen SP-fractie

41

Het onderzoek van Van der Wal is net gepubliceerd. In het debat over de Euthanasiewet is toegezegd dat hierin meegenomen zou worden «het krijgen van inzicht in de redenen waarom mensen ertoe komen een wilsverklaring te schrijven» waarop motie 37 is ingetrokken. Is deze vraag inderdaad meegenomen en wat zijn de uitkomsten hiervan? Zo nee, waarom niet?

De onderzoekers hebben ten aanzien van de wilsverklaring vooral hun aandacht gericht op patiënten die aan dementie lijden. Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat patiënten die een wilsverklaring hebben, bang zijn om als demente patiënten door te moeten leven en dit bij voorbaat niet willen accepteren en juist willen voorkomen. Uit het onderzoek blijkt overigens dat het merendeel van de artsen meent dat dementie op zich geen reden is voor euthanasie. Ook niet wanneer de patiënt in de wilsverklaring heeft aangegeven het laatste stadium van dementie niet te willen meemaken.

Bijkomende aandoeningen kunnen zorgen voor een situatie van ondraaglijk lijden waardoor de wilsverklaring in een ander licht komt te staan. In het algemeen kan men stellen dat het opstellen van een wilsverklaring door de patiënt duidelijk aangeeft dat een patiënt niet onnodig wil lijden en zelf zijn grenzen wil bepalen.

42

Het onderzoek Van der Wal zou ook een onderzoek omvatten naar de ervaringen van nabestaanden en hun reacties achteraf wanneer iemand in hun omgeving aan euthanasie is overleden, evenals het in kaart brengen van de reactie van het publiek op de huidige gang van zaken rond euthanasie in Nederland. Is dit uitgevoerd en wat zijn de uitkomsten hiervan? Geven deze uitkomsten aanleiding verder onderzoek te doen naar de lange termijn effecten van euthanasie zowel in cultureel, sociologisch als in psychologisch opzicht zoals aangegeven in motie 39?

In het evaluatieonderzoek is zowel onderzoek gedaan naar ervaringen van nabestaanden als naar de opvattingen van het publiek. Nabestaanden hadden in het algemeen positieve ervaringen en uit het publieksonderzoek kwam onder meer naar voren dat het overgrote deel der bevolking het er mee eens is dat artsen niet strafbaar zijn wanneer zij zorgvuldig gehandeld hebben.

43

De commissies bestaan uit drie leden, een jurist, tevens voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingvraagstukken. Voldoet deze samenstelling, hoe wordt in de toetsingscommissie gedacht over het opnemen van een verpleegkundige en wordt indien nodig het advies van een andere deskundige gevraagd?

In het afgelopen jaar is gebleken, dat de samenstelling van de toetsingscommissies voldoet. Er werd door de toetsingscommissies geen advies van een andere deskundige gevraagd. Aan het opnemen van een verpleegkundige in de commissie bestaat geen behoefte.

44

In het overleg tussen de (plaatsvervangend) voorzitters van de commissies, het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie werd onder meer gesproken over nieuwe ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding, zijn er nieuwe ontwikkelingen en zo ja, welke zijn dat?

Bij nieuwe ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding moet worden gedacht aan de rechterlijke uitspraken in zaken als Brongersma, Van Ooijen en Stichting de Einder Noord. Verder is gesproken over palliatieve/terminale sedatie, omdat rond dit begrip nogal veel verwarring blijkt te bestaan en deze vorm van handelen in de praktijk tegenwoordig vaker lijkt te worden toegepast.

45

Volgens de commissie Van der Wal werd in 2001 in totaal 3800 keer euthanasie gepleegd, 2054 gevallen werden gemeld (54%). Deelt u ook de mening dat het aantal gevallen dat niet wordt gemeld, nog onacceptabel groot is en wat gaat u hieraan doen?

Het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding (dat gezamenlijk 3800 bedraagt) is nog te laag. In het standpunt over het evaluatieonderzoek zullen wij hier uitgebreider aandacht aan besteden.

46

Het percentage is gestegen vanaf 1991, vooral bij huisartsen, nauwelijks bij verpleeghuisartsen en specialisten. Wat zijn de oorzaken van het lage meldingspercentage bij specialisten en verpleeghuisartsen, en wat gaat u hier aan doen? Waarom is het SCEN-project nog steeds niet uitgebreid naar ziekenhuizen en verpleeghuizen, terwijl het netwerk voor de huisartsen al bijna een jaar gereed is?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die de Staatssecretaris van VWS u op 23 juni jl. toezond.

47

Uit het onderzoek van Van der Wal is niet met zekerheid te zeggen of de afname in meldingen sinds 2000 ook een afname in meldingsbereidheid reflecteert. Bent u bereid dit te onderzoeken? Redenen die artsen noemen om (eventueel) niet te melden hebben vooral te maken met de wetenschap dat niet voldoende aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan of twijfel daarover. Bent u van mening dat dit het gegeven dat de commissie in 5 gevallen tot het oordeel kwam dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld, sterk relativeert en dat we ons dus ernstig zorgen moeten maken over het omgaan met de zorgvuldigheidsvereisten?

Om een juist inzicht te kunnen verkrijgen in de verhouding tussen het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in een bepaald jaar en het aantal meldingen, zou van iedere categorie per jaar de stand van zaken bekend moeten zijn. Het aantal meldingen is bekend bij de toetsingscommissies. Het verkrijgen van een jaarlijks inzicht in het aantal gevallen waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn toegepast ligt vele malen complexer. Ook de begeleidingscommissie van het evaluatieonderzoek van Van der Wal en Van der Maas besteedt hier aandacht aan. In het standpunt inzake het evaluatieonderzoek wordt hierop teruggekomen.

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat de meerderheid van de artsen positief denkt over de meldingsprocedure en weet heeft van hetgeen in de besluitvorming over een verzoek aan de orde moet komen. Het gaat niet aan om de zorgvuldigheidseisen aan te passen aan het feit dat artsen niet willen melden, het is een kwestie van voorlichting en mentaliteitsverandering. Ook aan dit aspect zal in het komende standpunt aandacht worden besteed.

48

Een belangrijke kwestie blijft de meldingsbereidheid. De voorzitter van het landelijk overleg toetsingscommissies euthanasie wijst erop dat de dalende trend van het aantal meldingen zich in 2002 heeft doorgezet en kijkt met spanning uit naar de resultaten van de commissie Van de Wal. Wat is uw mening over deze dalende trend?

Hiervoor bestaan verschillende verklaringen, omdat het totaal aantal meldingen niet van ieder jaar bekend is. De eerste verklaring is dat het totaal aantal meldingen in 1998 hoger lag dan het totaal aantal meldingen op dit moment. In dat geval daalt het aantal meldingen bij een gelijkblijvend meldingspercentage. De tweede verklaring is dat het totaal aantal meldingen in 1998 niet hoger lag en dat het meldingspercentage gedaald is. In dat geval is het echter moeilijk om de redenen voor het eventueel dalende meldingspercentage aan te geven, omdat de beweegredenen van niet-melders moeilijk te achterhalen zijn. In het standpunt op het evaluatieonderzoek zullen wij op dit aspect terugkomen.

Per 1 april 2002 trad de Wet toetsing levensbeëindiging in werking. Hoe zijn de cijfers voor de drie laatste kwartalen van 2002 ten opzichte van 2001? Is er een stijging in meldingen mogelijk vanwege een grotere meldingsbereidheid waarneembaar in 2e, 3e of 4e kwartaal?

regio 1 (De Commissie te Groningen)

	2001	2002
1ste kwartaal	87	49
2de kwartaal	74	54
3de kwartaal	73	56
4de kwartaal	66	50
totaal jaar	300	209

regio 2 (De Commissie te Arnhem)

	2001	2002
1ste kwartaal	129	97
2de kwartaal	98	119
3de kwartaal	117	107
4de kwartaal	115	107
totaal jaar	459	430

regio 3 (De Commissie te Haarlem)

	2001	2002
1ste kwartaal	137	121
2de kwartaal	134	135
3de kwartaal	139	147
4de kwartaal	134	125
totaal jaar	544	528

regio 4 (De Commissie te Rijswijk)

	2001	2002
1ste kwartaal	114	107
2de kwartaal	102	89
3de kwartaal	112	101
4de kwartaal	110	123
totaal jaar	438	420

regio 5 (De Commissie te 's-Hertogenbosch)

	2001	2002
1ste kwartaal	81	90
2de kwartaal	73	67
3de kwartaal	101	63
4de kwartaal	58	75
totaal jaar	313	295

De vraag of in de regio's waarin in enig kwartaal meer dan in het overeenkomstig kwartaal van 2001 is gemeld, de meldingsbereidheid is toegenomen, kunnen wij niet beantwoorden.

50

Volgens de commissie Van der Wal wordt nog steeds levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt zelden gemeld. Wat is uw conclusie hieromtrent?

Het is in strijd met artikel 7, derde lid, van de Wet op de lijkbezorging om niet te melden. De onderzoekers Van der Maas c.s. hebben reeds in 1991 het aspect levensbeëindigend handelen zonder verzoek aan de orde gesteld. In het standpunt over het evaluatieonderzoek zal ook dit aspect nader worden besproken.

51

Het zogenaamd «normaal medisch handelen» valt evenmin onder de wettelijke regeling voor levensbeëindiging op verzoek. Uit de casus in het jaarverslag wordt duidelijk dat de grenzen soms moeilijk zijn. Ook de voorzitter van de commissie Van der Wal zegt in een interview (Volkskrant 12 april) dat er een grijs gebied is. Op welke manier wilt u hier zicht op krijgen?

Door het onderzoek Medische besluitvorming aan het einde van het leven en het jaarverslag van de toetsingscommissies wordt dit grijze gebied steeds meer zichtbaar. Er zal echter naar mijn mening altijd een vorm van grijs gebied blijven, omdat deze problematiek nu eenmaal gecompliceerd is en de grenzen vaak moeilijk zijn aan te geven. Ieder geval moet op zijn eigen merites worden beoordeeld en de omstandigheden van ieder afzonderlijk geval zijn verschillend.

52

De schriftelijke wilsverklaring van de inmiddels wilsonbekwame patiënt wordt in deze gevallen opgevat als een uitdrukkelijk verzoek om levensbeëindiging en is een vervanging voor het mondelinge concrete verzoek, zo staat in het jaarverslag. Deelt u de mening dat schriftelijke wilsverklaringen nooit mondelinge verzoeken geheel kunnen vervangen? Wanneer is het zover als iemand bedoelde en hoe vaak blijkt dat mensen meer lijden aankunnen dan oorspronkelijk gedacht? Blijkt in alle gevallen dat artsen zelf een serieuze afweging maken of sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en is ook gevolg gegeven aan wilsverklaringen waarin er niet duidelijk sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en zo ja, hoe heeft de toetsingscommissie hierover geoordeeld?

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is alleen van toepassing indien een arts op het moment van zijn beslissing om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, heeft vastgesteld dat de patiënt wilsonbekwaam kan worden geacht of indien er een wilsverklaring is afgelegd voordat sprake was van wilsonbekwaamheid. Het laatste volgt uit artikel 2, tweede lid, van voornoemde wet. Aan de erkenning van de wilsverklaring bevattende een verzoek om levensbeëindiging ligt de vooronderstelling ten grondslag – en dit is tevens een voorwaarde voor een eventuele inwilliging van het verzoek door de arts – dat de patiënt die niet langer in staat is zijn wil te uiten, voordat hij in die staat geraakte, tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht. In dat geval kan de wilsverklaring, nadat de patiënt wilsonbekwaam is geworden, worden beschouwd als overeenstemmend met de wil van de patiënt. Voor de gerechtvaardigde inwilliging van het in de wilsverklaring neergelegde verzoek om levensbeëindiging is voorts de overeenkomstige toepasselijkheid van de zorgvuldigheidseisen vereist.

Indien een patiënt niet een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld voordat hij wilsonbekwaam geraakte, kan hij vervolgens niet rechtsgeldig een verzoek om levensbeëindiging doen. De patiënt is immers niet meer

in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen. Een mondeling verzoek mag niet als een weloverwogen verzoek worden aangemerkt. Dit is anders als de patiënt wilsbekwaam is. In dat geval kan het verzoek zowel schriftelijk als mondeling worden gedaan. Het voordeel van een schriftelijke verklaring is dat er een duidelijk bewijs is dat een verzoek om levensbeëindiging is gedaan. Maar dit laat onverlet dat een mondelinge wilsverklaring dezelfde rechtskracht heeft. Het is immers niet altijd mogelijk dat een schriftelijke verklaring wordt gegeven. Of de situatie zich voordoet waarop de wilsverklaring betrekking heeft, moet de arts beoordelen op grond van de omstandigheden van het geval. Om die reden is het wenselijk dat de arts, indien mogelijk, de strekking van het verzoek verifieert bij de patiënt. Indien dit niet meer mogelijk is, zal de arts zijn oordeel moeten baseren op de kennis die hij heeft opgedaan gedurende de duur van de behandelrelatie met de patiënt. De commissie is van mening dat in verreweg de meeste gevallen uit de verslaglegging gemotiveerd blijkt dat de arts er van is overtuigd dat er bij de betreffende patiënt sprake is van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In die gevallen waar het uit de overgelegde stukken niet duidelijk is of er sprake van een ondraaglijk of uitzichtloos lijden is, worden nadere vragen aan de arts gesteld omtrent dit onderdeel van de zorgvuldigheidseisen.

53

In hoeveel gevallen was sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zonder dat iemand in de stervensfase zat? Zijn er ook gevallen gemeld waarbij sprake was van uitzichtloos en psychisch lijden zonder dat er sprake was van een dodelijke afloop? Is er sprake van een verruiming van toepassing van de criteria in 2002 ten opzichte van 2001 en 2000, volgens de toetsingscommissies?

De wet stelt niet het criterium dat een patiënt, die om euthanasie verzoekt, in de stervensfase moet verkeren. In een aantal gevallen ontvingen de commissies dan ook meldingen, waarbij patiënt op het moment van de levensbeëindiging nog niet in een stervensfase verkeerde. Patiënt leed dan bijvoorbeeld aan m.s., aan Chorea van Huntington of had een dwarslaesie als gevolg van een ongeval. De commissies oordeelden in vornoemde gevallen dat er sprake was van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Volgens de commissie is er geen sprake van een verruiming van de toepassing van de criteria ten opzichte van de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie.

54

Zijn er in 2002 gevallen gemeld bij de commissie waarin zij twijfelde of de euthanasievraag mede is ingegeven door het gevoel de omgeving tot last te zijn en heeft zij dit verder onderzocht? Wat zijn de ervaringen van verpleeghuisartsen inzake druk van familie waarbij een wilsverklaring van de patiënt wordt opgevoerd?

Zie ook de antwoorden op vraag 75 en vraag 95. In een enkel geval wordt wel eens **mede** melding gemaakt van het feit dat patiënt de belasting voor de familie zwaar vindt wegen. In alle gevallen maakte de arts melding van relevante feiten waardoor het lijden van patiënt werd bepaald. Mocht er al twijfel zijn geweest, dan zouden er nadere vragen zijn gesteld aan de arts. De commissies weten niet wat de ervaring van de verpleeghuisartsen is inzake de druk van de familie.

55

Zijn er in 2002 dossiers geweest die aan de toetsingscommissies zijn voorgelegd waarbij het vermoeden rijst dat euthanasie werd gevraagd omdat er niets anders is (geen thuiszorg, geen verpleeghuisbed)?

De commissies hebben geen melding ontvangen waarbij het vermoeden rees dat er om euthanasie werd gevraagd vanwege een gebrek aan zorgmogelijkheden en voorzieningen.

56

Zijn er in 2002 gevallen gemeld waarin euthanasie werd gevraagd omdat palliatieve zorg niet werd geaccepteerd? Wat is de mening van de toetsingscommissies hierover aangezien weliswaar de ziekte niet kon worden bestreden maar wel de ondraaglijkheid van het lijden? Was in alle gevallen voldoende en adequate palliatieve zorg beschikbaar en waren de behandelende artsen hiervan voldoende op de hoogte?

Zie ook vraag 80.

In een aantal gevallen werden bepaalde vormen van palliatie door een patiënt afgewezen. De meest voorkomende afwijzing van palliatie, is de **ophoging** van morfine. Patiënten geven dan aan dat zij geen ophoging van deze medicatie willen omdat zij niet suf willen worden. Deze patiënten willen blijven communiceren met hun naasten en ervaren het verlies van contact als mensonwaardig. Indien de commissie vragen had over het feit of de palliatieve mogelijkheden waren benut, werden nadere vragen aan de arts hieromtrent gesteld.

Een patiënt mag een behandelmogelijkheid weigeren op grond van de Afdeling 5 van Boek 7 van het BW, houdende regels over de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling. De arts kan echter alleen ingaan op een euthanasieverzoek indien er geen reële behandelmogelijkheden meer zijn. De arts moet dan de afweging maken of een bepaalde palliatieve mogelijkheid in casu een redelijk behandelalternatief is. De artsen van de commissie stellen in een enkel geval vast, dat er meer palliatieve mogelijkheden voorhanden waren dan waren ingezet. Dit wordt dan met de meldend arts door de arts van de commissie besproken.

57

Kunt u bevestigen dat het SCEN-project in financiële problemen verkeert en dat er problemen zijn met de hoogte van de vergoeding van de SCEN-arts? Zo ja, welke zijn deze, en waarom zijn deze nog niet opgelost? Waarom zijn de zorgverzekeraars niet bereid het SCEN-project te financieren en wat is het standpunt van de minister in deze en welke consequenties worden daaraan verbonden? Welke financiële maatregelen worden getroffen om het SCEN-project zo snel mogelijk volwaardig verder te ontwikkelen?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die ik u op 23 juni jl. toezond.

58

Zijn er verschillen per regio in meldingsgedrag? Zo ja, heeft u inzicht in de oorzaken hiervan?

Er zijn verschillen in het aantal meldingen per regio. Hieraan kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Iedere regio is anders van bevolkingsopbouw en samenstelling en aard. Wij hebben geen inzicht in de exacte oorzaken van het verschil in meldingsgedrag per regio.

Vragen ChristenUnie-fractie

59

Wat zijn de precieze voornemens met betrekking tot het opzetten van een digitale databank inzake euthanasie? Wat is het doel hiervan?

De plannen voor een databank zijn nog niet verder gespecificeerd, dan dat de uitspraken van de regionale toetsingscommissies openbaar zouden moeten worden gemaakt. Deze uitspraken zouden uiteraard zodanig moeten worden geanonimiseerd dat de privacy van betrokkenen niet wordt geschonden. Het doel van een databank is het bevorderen van de openheid rondom dit thema en het vergroten van de beschikbaarheid van kennis van de praktijk en de toepassing van de wetgeving over dit thema.

60

Welk karakter had de World Conference van de World Federation of Right to Die Societies, waaraan secretarissen van de toetsingscommissies hebben meegewerkt? Namen de secretarissen aan deze conferentie deel namens de Nederlandse regering? Behoort het naar het oordeel van het kabinet tot de taak van de toetsingscommissies om bij te dragen aan een zo spoedig mogelijke wereldwijde verspreiding van de keuzemogelijkheid van vrijwillige euthanasie, zoals één van de nagestreefde doelstellingen van deze Societies luidt?

Deze conferentie had tot doel de leden inzicht te geven in de verschillende ontwikkelingen en wetgevingsprocessen met betrekking tot medische beslissingen rondom het levenseinde in diverse landen.

De secretarissen namen op uitnodiging van de organisatoren deel als deskundigen en niet als vertegenwoordigers van de Nederlandse regering. Het behoort niet tot de taak van de toetsingscommissies om bij te dragen aan een zo spoedig mogelijke wereldwijde verspreiding van de keuzemogelijkheid van vrijwillige euthanasie. Wel kunnen de leden en de secretarissen als deskundigen bijdragen aan een volledige en deskundige informatie overdracht met betrekking tot de Nederlandse wetgeving en de praktijk en op die manier bijdragen aan voorkómen van misverstanden over het beleid in Nederland. De secretarissen hebben op dit congres inzicht gegeven in het functioneren van de toetsingscommissies.

61

Het aantal meldingen in 2002 (1882) is gedaald ten opzichte van de jaren 2000 (2123 meldingen) en 2001 (2054 meldingen). Dit is tegengesteld aan de stellig beleden overtuiging en verwachting van het kabinet ten tijde van de behandeling van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, dat de meldingsbereidheid substantieel zou verbeteren. Is deze bevinding voor het kabinet aanleiding tot bezinning op het door het toenmalige kabinet ingenomen standpunt dat het opnemen van een strafuitsluitingsgrond de meldingsbereidheid zou doen toenemen?

Het jaarverslag heeft betrekking op het jaar waarin de inwerkingtreding van de wet heeft plaatsgevonden. Het onderzoeksrapport heeft betrekking op een jaar waarin de wet nog niet in werking was getreden. Deze stukken kunnen dus in geen enkel geval een reden vormen tot bezinning op de werking van de wet. Het is nog te vroeg om de werking van deze wet te evalueren, omdat de wet nog maar iets meer dan een jaar in werking is.

62

Hoe verklaart het kabinet de dalende trend in het aantal meldingen?

Hiervoor bestaan verschillende verklaringen, omdat het totaal aantal meldingen niet van ieder jaar bekend is. De eerste verklaring is dat het totaal aantal meldingen in 1998 hoger lag dan het totaal aantal meldingen op dit moment. In dat geval daalt het aantal meldingen bij een gelijkblijvend meldingspercentage. De tweede verklaring is dat het totaal aantal meldingen in 1998 niet hoger lag en dat het meldingspercentage gedaald is. In dat geval is het echter moeilijk om de redenen voor het eventueel dalende meldingspercentage aan te geven, omdat de beweegredenen van

niet-melders moeilijk te achterhalen zijn. In het standpunt op het evaluatieonderzoek zullen wij op dit aspect terugkomen.

63

Het kabinet schreef in de nota naar aanleiding van het nader verslag van de Wet toetsing levensbeëindiging in oktober 2000 (kamerstuk 26 691 nr. 9, p. 3): «Vanzelfsprekend kunnen de uitkomsten van het onderzoek aanleiding geven tot bijstelling van dat beleid en tot aanpassing op onderdelen van de regelgeving.» Geeft het jaarverslag van de toetsingscommissies, mede gezien in het licht van het rapport van het evaluatieonderzoek «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» (Van der Wal/Van der Maas) het kabinet aanleiding tot bijstelling van het beleid op het terrein van medisch-ethische beslissingen rond het levenseinde?

Zie ook het antwoord op vraag 23.

Wij zullen in ons standpunt op het onderzoek «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» op dit aspect terugkomen.

64

Bevatten de casusbeschrijvingen letterlijke onderdelen van verslagen van artsen? Is het mogelijk om (vanzelfsprekend geanonimiseerd, eventueel vertrouwelijk) de onderliggende verslagen in te zien van casus 1, casus 5, casus 6, casus 10 en casus 12 zodat een beeld kan worden verkregen van de gegevens op basis waarvan de toetsingscommissies moeten werken?

De casusverslagen zijn weergaven van de oordelen van de commissies. Het verstrekken van de gegevens die de arts heeft toegezonden is onmogelijk. Deze verslagen bevatten veel persoonlijke gegevens van de arts en patiënt. De commissie is gebonden aan een wettelijke geheimhoudingsplicht, zie art. 14 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

65

Als een meldend arts niet feitelijk de levensbeëindiging bleek te hebben uitgevoerd, welke redenen lagen hieraan dan in de praktijk ten grondslag? Kwam het in dergelijke gevallen voor dat de arts die de euthanasie wel had uitgevoerd maar niet zelf meldde, niet in een behandelrelatie tot de patiënt stond, en dat deze relatie zich beperkte tot de uitvoering van de euthanasie? Acht u een dergelijke gang van zaken in overeenstemming met de Wet Toetsing Levensbeëindiging?

In geval de meldend arts niet degene was die de euthanasie heeft uitgevoerd was dit veelal gebeurd omdat de behandelend arts een anesthesioloog had gevraagd de levensbeëindiging feitelijk uit te voeren, omdat deze bijvoorbeeld meer ervaring heeft in het aanbrengen van een infuus of het injecteren.

Volgens de Wet, art. I onder c is «de arts» degene die volgens de melding de levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast. In geval een arts de euthanasie niet heeft uitgevoerd, maar wel meldt, ontvangt hij een brief waarin de commissie aangeeft dat hij niet als melder wordt beschouwd. De arts die de euthanasie heeft uitgevoerd wordt gevraagd de melding te verrichten. Uit diens verslaglegging zal dan moeten blijken of deze arts zich er van heeft vergewist, dat hij heeft getoetst dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In een enkel geval ondertekenen zowel de uitvoerend arts als de behandelaar, niet uitvoerder, het meldingsformulier. Zij worden dan beiden als melder beschouwd. Deze handelwijze is in overeenstemming met de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

66

Zou het niet correct zijn om in casus 5 te spreken van een overlijden als gevolg van «terminale sedatie»? Vond de toediening van Dormicum en morfine in dit geval plaats met pijnbestrijding als oogmerk, of vond de toediening – gelet op de zinsnede «voorafgaand aan de eventuele euthanasie» – plaats met de intentie het levenseinde te bespoedigen?

In dit geval werd de patiënt gesedeerd om het ernstige lijden van de patiënt te verzachten. Een neveneffect van een dergelijke behandeling, die overigens als normaal medisch handelen wordt beschouwd, kan zijn dat het stervensproces wordt versneld.

67

Kan het kabinet aangeven hoe gevallen waarbij «terminale sedatie» aan de orde is moeten worden beoordeeld? Kan gesteld worden dat er sprake is van normaal medisch handelen, zolang het gaat om het geven van stervenshulp die primair gericht is op pijnbestrijding, maar als onbedoeld, hoewel aanvaard neveneffect levensverkorting tot gevolg kan hebben? Kan daarentegen gesteld worden dat er sprake is van levensbeëindigend handelen in de zin van de Wet toetsing levensbeëindiging zodra de toediening gericht is op het bespoedigen van het levenseinde van de patiënt?

In het evaluatieonderzoek wordt aangegeven dat terminale sedatie in bepaalde situaties beschouwd kan worden als een handelen waarbij het overlijden gemeld moet worden op grond van de Wet toetsing bij levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hiervan is slechts sprake in een klein aantal gevallen. Zoals ook de begeleidingscommissie in haar verslag aangeeft, moet terminale sedatie in de regel worden beschouwd als onderdeel van de zorg om het lijden van de patiënt te verlichten.

68

Kan het kabinet bevestigen dat er aanwijzingen zijn dat artsen de Euthanasiewet trachten te omzeilen, zoals onlangs gesuggereerd in een Reporter-uitzending (27 februari 2003) door via de weg van terminale sedatie het leven van de patiënt te bekorten? Deelt het kabinet ten aanzien van terminale sedatie het standpunt van de KNMG dat in gevallen waarin een arts medicatie toedient met de bedoeling om het leven van een patiënt te beëindigen de regels en procedures van de Euthanasiewet moeten worden gevolgd? Deelt het kabinet de overwegingen die de KNMG daarbij geeft, dat van artsen mag worden verlangd dat zij dergelijke handelingen melden en daarover verantwoording afleggen en dat de door sommige artsen ervaren omslachtigheid van de wettelijke procedure geen argument mag zijn om van melding en verantwoording af te zien?

De wet kan niet worden omzeild door een andere methode te gebruiken. Wij zijn inderdaad van mening dat een arts die iemands leven opzettelijk beëindigd dat moet melden. Dat betekent dat terminale sedatie in sommige gevallen onder de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding valt.

Wij kunnen ons geheel vinden in de stelling in de laatste vraag.

69

Hebben de toetsingscommissies aanwijzingen uit de verslagen of op andere wijze verkregen dat er sinds de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging patiënten zijn die euthanasie als een recht trachten op te eisen, terwijl hiervoor op basis van de criteria van de wet en op basis van medisch-ethische gronden geen aanleiding is? Hebben de toetsingscommissies de indruk dat artsen erin slagen de patiënt hiervan te overtuigen? Hebben de toetsingscommissies de indruk dat artsen bestand zijn tegen deze druk van patiënten?

De commissies kennen geen meldingen waaruit blijkt dat de arts zou zijn bezweken voor druk van de patiënt. Evenals de arts zal ook de geraadpleegde consulent de patiënt erop wijzen dat euthanasie niet als recht kan worden opgeëist. De commissies zijn ervan op de hoogte dat met name SCEN consulenten er speciaal op toegerust zijn om mogelijke druk van patiënten op de arts te signaleren en de arts hierop attent te maken en van advies te dienen.

70

Hebben de toetsingscommissies uit de verslagen de indruk gekregen, dat sommige artsen meer of sneller verzoeken tot levensbeëindiging inwilligen dan andere? Spelen de toetsingscommissies hierin eventueel een corrigerende/voorlichtende rol? Zo ja, in welke zin?

Uit de verslagen is niet af te leiden dat sommige artsen meer of sneller verzoeken tot levensbeëindiging inwilligen dan andere.

De toetsingscommissies hebben uit de verslagen de indruk gekregen dat alle artsen een verzoek tot levensbeëindiging pas inwilligen op het moment dat zij ervan overtuigd zijn geraakt dat betreffende patiënt uitzichtloos lijdt en zijn/haar lijden als ondraaglijk ervaart.

Uiteraard is het wel zo dat een arts die principiële bezwaren heeft om aan levensbeëindiging mee te werken zijn/haar patiënt zal doorverwijzen naar een collega.

Daarnaast is het bekend dat bepaalde specialisten vanwege de aard van hun specialisme meer met verzoeken om levensbeëindiging worden geconfronteerd dan hun collegae met een ander specialisme.

71

In casus 6 heeft het Openbaar Ministerie afgezien van strafvervolging ondanks het oordeel van zowel de toetsingscommissie als van het College van Procureurs-Generaal dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, in het bijzonder omdat er sprake was geweest van een zéér korte behandelrelatie, en er geen consultatie had plaatsgevonden bij een onafhankelijke collega. Had de meldende arts in dit geval naar het oordeel van de toetsingscommissie en College dus niet de overtuiging kunnen krijgen dat er sprake was van «uitzichtloos en ondraaglijk lijden» en dat de patiënte een «vrijwillig en weloverwogen» verzoek deed, ook gelet op het feit dat het verzoek onder uiterst nijpende omstandigheden en niet schriftelijk is gedaan? Wat zijn de precieze overwegingen die ten grondslag liggen aan het oordeel van het College dat strafvervolging in dit specifieke geval onevenredig zwaar is? Ligt de beslissing van het OM om niet tot strafvervolging over te gaan volgens het kabinet in lijn met de bedoeling van de wetgever?

In casus 6 is sprake van een ontstane noodsituatie, als gevolg waarvan de meldend arts besloot tot euthanasie over te gaan voordat een onafhankelijk consulent kon worden geraadpleegd. Het langer doen lijden van patiënte zou volgens hem inhumain geweest zijn. Uit de nader door de arts aan de commissie verstrekte mondelinge toelichting is duidelijk geworden dat de meldend arts in korte tijd patiënte tot driemaal toe heeft bezocht en gesproken. In deze situatie was er weliswaar sprake van een korte behandelrelatie maar oordeelde de commissie dat de arts op grond van eigen bevindingen toch tot de conclusie had kunnen komen dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed en een vrijwillig en weloverwogen verzoek deed.

Het College van procureurs-generaal stelde vast dat het hier om een evident geval van uitzichtloos en ondraaglijk lijden ging. Daarbij was de situatie zo dat de huisarts van patiënt principieel tegen euthanasie was, de vervangend huisarts die op zich zelf bereid was om euthanasie toe te passen op vakantie was en de behandelend (dienstdoende) arts zich voor

een situatie geplaatst zag waarin de lijdensdruk van patiënt zo groot en de situatie zo nijpend was dat hij niets anders kon dan de euthanasie uit te voeren. Het niet consulteren van een onafhankelijke arts staat naar het oordeel van het College in beginsel in de weg aan een beroep op noodtoestand. Gelet echter op de omstandigheden waaronder de betrokken arts heeft gehandeld, heeft het College besloten de zaak te seponeren op grond van het feit dat het gebeurde ten aanzien van een strafuitsluitingsgrond een zodanig randgeval is dat strafvervolging onevenredig zwaar zou zijn (sepotcode 42). De minister van Justitie heeft ingestemd met deze beslissing.

72

Behoort het naar het oordeel van het kabinet tot de taken van een tijdelijk vervangende arts om de mogelijkheid van euthanasie eigener beweging aan de orde te stellen, zonder dat hierover overleg heeft plaatsgevonden met de behandelend arts?

Een vervangende arts kan voor een situatie komen te staan waarin aan de zorgvuldigheidscriteria van euthanasie is voldaan. Over het algemeen neemt een vervangend arts in een dergelijk geval contact op met de behandelend arts. Er zijn echter situaties denkbaar waarin een vervangend arts zorgvuldig handelt, wanneer hij geen contact opneemt met de behandelend arts. Bijvoorbeeld in een situatie waarin de toestand van de patiënt dermate duidelijk is én dermate snel verslechtert dat het benaderen van de behandelend arts alleen maar extra lijden voor de patiënt met zich mee zou brengen.

73

Is de toetsingscommissies gebleken dat artsen zelf de mogelijkheid van euthanasie aan de orde stellen, voordat de patiënt hier zelf over begint? Is een situatie, waarin de behandelend arts zelf de mogelijkheid van euthanasie ter sprake brengt voordat de patiënt hiernaar vraagt, naar de opvatting van het kabinet strijdig met de zorgvuldigheidseis dat een verzoek vrijwillig en weloverwogen moet zijn? Zo ja, wordt hier aandacht aan besteed in de toetsingspraktijk?

Indien uit de verslaglegging van de arts de indruk ontstaat dat de mogelijkheid van euthanasie door de arts aan de orde is gesteld voordat patiënt daarover begon, worden door de toetsingscommissies nadere vragen gesteld. Veelal betreft het situaties waarin de arts in het algemeen – vaak op verzoek van de patiënt – aangeeft wat zijn standpunt ten aanzien van euthanasie is, zodat patiënt weet dat hij met een (mogelijk toekomstig) verzoek bij de arts terecht kan.

In geval van een mogelijk concreet verzoek zal de arts (en later de toetsingscommissie) tot de overtuiging moeten komen dat het verzoek van patiënt niet onder druk van bijvoorbeeld familieleden of vrienden tot stand is gekomen.

74

Uit het onderzoek «Medische besluitvorming aan het einde van het leven» (Van der Wal/Van der Maas) blijkt dat er in ca. 900 gevallen sprake is van euthanasie zonder uitdrukkelijk verzoek. Uit het jaarverslag van de regionale toetsingscommissie blijkt hier niets van. Betekent dit dat dergelijke gevallen kennelijk niet worden gemeld? Hoe beoordeelt het kabinet dit? Dienen gevallen waarin uitdrukkelijk sprake is van levensbeëindigend handelen, waarbij geen uitdrukkelijk verzoek van de patiënt is gedaan, toch gemeld te worden bij de commissie?

Bij de Regionale toetsingscommissies worden alleen gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding gemeld. Gevallen van

levensbeëindiging zonder verzoek, men spreekt dan niet van euthanasie, moeten worden gemeld aan het Openbaar Ministerie. Dergelijke gevallen worden in de praktijk echter vrijwel niet gemeld.

Een nadere beschouwing over de aangekaarte problematiek zullen wij geven in ons standpunt op het evaluatierapport inzake de medische besluitvorming aan het einde van het leven van de hoogleraren Van der Wal en Van der Maas

75

Welke afwegingen hebben de toetsingscommissies gemaakt in de gevallen dat het erop lijkt alsof de druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest? Hoe speelt dit een rol in het oordeel van artsen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek? Spelen de toetsingscommissies hierin een voorlichtende rol?

Indien er sprake is van een mogelijke druk op patiënt van de kant van de familie, heeft allereerst de consulent de taak dit te constateren en met de arts te bespreken. Tijdens de opleiding tot SCEN consulent wordt hier specifiek aandacht voor gevraagd. In dit opleidingstraject is eveneens plaats ingeruimd voor de visie van de toetsingscommissies. Een vertegenwoordiger van de toetsingscommissies wijst eveneens op het belang van het feit dat de patiënt vrijwillig tot zijn verzoek moet zijn gekomen. Mochten de toetsingscommissies de indruk hebben dat er druk van de familie op patiënt is uitgeoefend, dan wordt de arts verzocht de commissies hierover nader te informeren.

76

Ontstaat uit de verslagen die de toetsingscommissies hebben gezien het beeld, dat artsen die geconfronteerd worden met een verzoek tot levensbeëindiging verschillend omgaan met het criterium van «ondraaglijkheid»? Wordt door de toetsingscommissies bekeken of de artsen er zoveel mogelijk naar gestreefd heeft om op objectieve gronden vast te stellen dat er sprake is van «ondraaglijkheid»? Welke rol speelt de recente jurisprudentie hierin? Is het naar de opvatting van het kabinet noodzakelijk dat artsen in de praktijk naar een zo groot mogelijke objectiviteit streven, en weg moeten blijven van een te subjectieve benadering?

Uit de verslagen en stukken blijkt steeds, dat de arts eerst tot levensbeëindiging overgaat als hij ervan overtuigd is dat het lijden door zijn patiënt als ondraaglijk werd ervaren. Daaraan vooraf is de arts – na overleg met patiënt – tot de conclusie gekomen dat er geen reële alternatieve behandelingsmogelijkheden meer waren.

Voor de toetsingscommissies is het duidelijk (geworden) dat de mate van ondraaglijkheid van patiënt tot patiënt verschilt. In iedere situatie probeert de arts echter in te voelen of het lijden van patiënt, gelet op diens levensgeschiedenis en karakter voor hem of haar op dat moment werkelijk ondraaglijk is geworden. De commissie toetst of de arts in redelijkheid tot die overtuiging is kunnen komen. In het algemeen geldt bij de toetsing van dit criterium, dat de ondraaglijkheid van het lijden in zoverre geobjectiveerd moet kunnen worden, dat dit in elk geval voor de behandelend arts invoelbaar is. Daarmee wordt de wet goed toegepast.

77

Kan uit de beschrijving van casus 10 worden opgemaakt dat de toetsingscommissies van mening zijn dat het vooraf vaststellen van een datum waarop hoe dan ook euthanasie zal worden toegepast indien de patiënt niet op natuurlijke wijze is overleden geen onderdeel behoort uit te maken van zorgvuldig levensbeëindigend handelen in de zin van de wet? Zo ja, wordt dit standpunt uitgedragen naar artsen en consulenten?

De toetsingscommissies stellen zich op het standpunt dat het in principe onwenselijk is dat er door arts en patiënt vooraf een datum wordt vastgesteld waarop de euthanasie «hoe dan ook» wordt toegepast. De toetsingscommissies dragen dit standpunt uit naar artsen en consulenten.

78

Kon er in casus 10 sprake zijn van een reversibel coma wanneer de toediening van medicijnen zou worden gecontinueerd? Had de arts zich in onderhavig geval niet moeten beperken tot pijnbestrijding? Is het oordeel van de toetsingscommissie derhalve niet aanvechtbaar?

De toetsingscommissies spreken van een mogelijk reversibel coma wanneer het coma naar alle waarschijnlijkheid (mede) wordt geïnduceerd door de toediening van medicijnen en het coma opgeheven kan worden door te stoppen met de medicatie. In een aantal gevallen – waaronder die van casus 10 van het jaarverslag – is dit coma een door de patiënt uitdrukkelijk niet gewild gevolg van de pijnbestrijding. Bijzondere feiten en omstandigheden van een specifieke casus kunnen voor de commissie doorslaggevend zijn om toch tot het oordeel te komen, dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. In het algemeen zijn de commissies van oordeel, dat artsen zich in een dergelijke situatie erg terughoudend moeten opstellen en een natuurlijke dood vaak kan worden afgewacht.

79

Niet duidelijk blijkt uit casus 11 of er nog andere mogelijkheden waren voor pijnbestrijding, totdat het natuurlijk overlijden zou optreden; kan dit nader worden toegelicht?

Patiënt in casus 11 van het jaarverslag had aanvankelijk wel degelijk een zekere mate van pijnbestrijding geaccepteerd. Hij gaf echter op een gegeven moment aan dat hij wilde dat hiermee werd gestopt. Kort daarop kwam de arts tot de conclusie dat er aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan om tot uitvoering van levensbeëindiging over te gaan. Met de arts kwam de toetsingscommissie tot de conclusie dat er geen sprake was geweest van een reëel behandelingsalternatief in de vorm van een palliatieve behandeling met chemotherapie. Het werd de commissie duidelijk dat in casu de zwaarte van de behandeling het effect ervan oversteeg.

80

Hebben de toetsingscommissies gevallen aangetroffen, waarin de patiënt iedere palliatieve behandeling weigerde, terwijl de arts nog wel redelijke mogelijkheden zag en dus niet de overtuiging heeft dat er geen redelijke andere oplossing aanwezig was, waarin toch tot euthanasie is overgegaan? Is er in zo'n geval voldaan aan de zorgvuldigheidseisen?

Bij de toetsingscommissies zijn in 2002 geen gevallen van levensbeëindiging gemeld, waarin de patiënt iedere palliatieve behandeling weigerde, terwijl de arts nog wel redelijke mogelijkheden zag. Als de arts in overleg met patiënt niet tot de overtuiging kan komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is, is er naar het oordeel van de toetsingscommissies niet voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Naar de mening van de commissies bestaat hierover noch bij de artsen noch bij de consulenten enig misverstand.

81

Welke indruk hebben de toetsingscommissies gekregen uit de verslagen over de wijze waarop artsen de patiënt voorlichten over zijn ziekte en vooruitzichten? Hoe wordt hierop getoetst?

De toetsingscommissies waren in verreweg de meeste gevallen in staat te toetsen op welke wijze patiënt is voorgelicht over het ziekteproces aan de hand van de door de meldend arts, de consulent en de lijkschouwer bij de melding overgelegde verslagen. In het nieuwe modelverslag wordt expliciet de vraag gesteld op welke wijze patiënt is voorgelicht over het ziekteproces. Vaak werd het antwoord van de arts op deze vraag, geadstrueerd met (delen van) het patiëntenjournaal en specialistenbrieven. Ook bleek de wijze waarop patiënt is voorgelicht vaak uit het verslag van de consulent en een enkele keer uit de schriftelijke wilsverklaring van patiënt zelf. Indien en voor zover er bij de toetsingscommissies nog vragen zijn gerezen op dit punt, hebben zij de arts hierover – meestal schriftelijk – nadere vragen gesteld.

82

Hoe blijkt uit de verslagen dat artsen voldoende de palliatieve behandelmogelijkheden ter sprake brengen? Hoe wordt hierop getoetst?

Een arts moet in het nieuwe modelverslag vier deelvragen beantwoorden met betrekking tot de palliatie. Deze vragen luiden respectievelijk:

5a) Wat is er op het gebied van palliatie gedaan?

5b) En wat was daarvan het resultaat?

5c) Waren er nog (andere) mogelijkheden om het lijden van de patiënt te verlichten?

5d) Zo ja, hoe stond patiënt tegenover deze alternatieven?

Het is de ervaring van de toetsingscommissies dat de meldend arts deze vragen meestal uitvoerig beantwoordt. Ook komen de palliatieve behandelmogelijkheden vaak uitgebreid aan de orde in het verslag van de consulent. Tenslotte wordt er ook tijdens de beraadslagingen van toetsingscommissies bij iedere melding uitgebreid stil gestaan bij de palliatieve behandelmogelijkheden. Indien er op dit punt vragen zijn gerezen bij de toetsingscommissie wordt de arts hierover om een nadere – schriftelijke of mondelinge – toelichting gevraagd.

83

Wat zijn de overwegingen van het Openbaar Ministerie om niet tot strafvervolging over te gaan in het geval als beschreven in casus 12? Wat wordt bedoeld met de zinsnede in deze casus, dat «de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, alsmede de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden niet ter discussie stonden»?

Het College van procureurs-generaal was van oordeel dat in casus 12 sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, er was een verzoek en de uitvoering vond op zorgvuldige wijze plaats. Het College was met de toetsingscommissie van oordeel dat de consultatie gebrekkig was, nu de in de beleving van de meldend arts geconsulteerde arts zich niet bewust was geweest van het feit dat zij in de hoedanigheid als consulent was benaderd en er bovendien geen schriftelijk consultatieverslag werd aangetroffen in het dossier. Vanwege het feit dat de onzorgvuldigheid van het handelen van de arts de consultatie betrof, zijnde een procedurele zorgvuldigheidseis, achtte het College het instellen van strafvervolging tegen de betrokken arts onder deze omstandigheden een te zwaar middel en werd besloten de zaak te seponeren. Het College was van oordeel dat het handelen van de arts wel dermate onzorgvuldig was dat het de Inspectie voor de Gezondheidszorg verzocht om de arts hierover te onderhouden. De minister van Justitie heeft ingestemd met de beslissing van het College.

84

Hebben de toetsingscommissies het feit dat het verslag door de arts zelf is opgesteld ooit als een nadeel of als beperkend ervaren, bijvoorbeeld

doordat het eigen handelen vanzelfsprekend gunstig wordt beschreven? Zo ja, gaf dit feit als zodanig hen ook aanleiding tot navraag bij andere direct betrokkenen? Bestaat de behoefte bij de toetsingscommissies om steekproefsgewijs onderzoek te (laten) doen naar de betrouwbaarheid en deugdelijkheid van verslaglegging door artsen?

De toetsingscommissies gaan bij de toetsing van een melding inzake levensbeëindiging op verzoek in principe uit van de integriteit van de arts en zijn medisch professioneel handelen. Het feit dat het verslag door de arts zelf is opgesteld wordt door de toetsingscommissies als vanzelfsprekend ervaren aangezien de arts die de levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast volgens de wet daarover zelf verantwoording dient af te leggen aan de toetsingscommissies. Dat het verslag daarover door de arts zelf is opgesteld wordt door de toetsingscommissies noch als een nadeel noch als beperkend ervaren. Bij tijd en wijle ervaart de toetsingscommissie het verslag van de arts wel als summier. Het is eveneens de ervaring van de commissie dat in het geval van een heel summieri verslaglegging van de arts de informatie vaak voortreffelijk wordt aangevuld door het verslag van de consulent, zeker als het een SCEN-consulent betreft. Ook de door de arts bij de melding vaak overgelegde specialistenbrieven en patiënten journaals completeren voor de toetsingscommissies regelmatig het beeld. Indien nodig wordt er door de toetsingscommissies – schriftelijk of mondeling – navraag gedaan bij de arts zelf of bij de consulent. De toetsingscommissies hebben tot op heden nooit navraag gedaan bij andere direct betrokkenen.

Bij de toetsingscommissies bestaat niet de behoefte om steekproefsgewijs onderzoek te (laten) doen naar de betrouwbaarheid en deugdelijkheid van verslaglegging door artsen.

85

Naar het oordeel van de toetsingscommissies en naar eigen zeggen draagt het SCEN-project bij aan de kwaliteit van het zorgvuldig handelen: zowel de consultatie als de verslaglegging winnen aan kwaliteit. Betekent de consultatie van SCEN-artsen in de praktijk ook dat vaker wordt afgezien van het voornemen van de behandelend arts om euthanasie te plegen omdat niet wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen? Behoort deze «poortwachtersfunctie» naar het oordeel van het kabinet ook tot de taak van de geraadpleegde onafhankelijke arts? Verdient het aanbeveling deze poortwachtersfunctie sterker onder de aandacht te brengen van de SCEN-artsen?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr. 142) die ik u op 23 juni jl. toezond.

86

Welke toegevoegde waarde heeft uitbreiding van het SCEN-project naar medisch specialisten, zoals ook in het jaarverslag wordt opgemerkt?

Deze vraag is al beantwoord in de brief (28 600-XVI, nr.142) die ik u op 23 juni jl. toezond.

Vragen SGP-fractie

87

Deelt u de mening dat mede in het licht van het evaluatierapport gesteld kan worden dat de euthanasieregeling niet beantwoordt aan het gestelde doel? Klopt onze indruk dat alleen de gevallen gemeld worden waarvan men toch reeds overtuigd is dat ze aan de zorgvuldigheidscriteria voldoen?

Wij zullen nog dit jaar met een standpunt op het evaluatierapport komen. Daarin zullen wij ingaan op de resultaten van het onderzoek.

88

Hoe oordeelt u over de onvrijwillige euthanasiegevallen zoals die uit het evaluatierapport naar voren komen?

Wij zullen nog dit jaar met een standpunt op het evaluatierapport komen. Daarin zullen wij ingaan op de resultaten van het onderzoek.

89

Wat zijn de precieze taken van de «begeleidingscommissie onderzoek naar medische beslissingen rondom het levenseinde» (Besluit, 2 mei 2003)? Hoe is de verhouding tussen deze commissie en het onderzoek van Van der Wal en Van der Maas?

De begeleidingscommissie van het onderzoek naar medische beslissingen rondom het levenseinde had tot taak het onderzoek van Van der Wal en Van der Maas te begeleiden. Dat houdt in dat de commissie de onderzoekers die verantwoordelijk waren voor de uitvoering van het onderzoek heeft geadviseerd en voorstellen heeft gedaan inzake de opzet, de inhoud en de voortgang van het onderzoek. Ook heeft de commissie opmerkingen gemaakt ten aanzien van punten die naar haar mening speciale aandacht behoeften. De commissie heeft dit ook gedaan in haar verslag. De commissie is negen keer bij elkaar geweest en de onderzoekers zijn bij acht vergaderingen aanwezig geweest. Tijdens deze vergaderingen hebben zij hun onderzoeksopzet, de vragenlijsten voor de respondenten en later de resultaten van het onderzoek toegelicht.

90

Hoe heeft de commissie geoordeeld in de fictieve gevallen over de ziekte van Alzheimer en over de problematiek van terminale sedatie? Hoe vaak zijn dergelijke kwesties in de praktijk aan de orde geweest bij de toetsingscommissies en op welke wijze is toen geoordeeld?

De oordelen van de commissies inzake de fictieve casuïstiek uit het onderzoek medische besluitvorming aan het einde van het leven zijn terug te vinden in de tabel 16.7 (pagina 161) van het recente evaluatieonderzoek. Deze casus heeft zich als zodanig niet voorgedaan in de praktijk. Iedere casus staat op zich en zal op zijn specifieke inhoudelijke merites beoordeeld worden.

91

In hoeverre heeft de patiënt de vrijheid om te kiezen voor euthanasie als hij beademing weigert? Is de patiënt dan niet zelf mede de oorzaak van het ondraaglijke van zijn lijden?

Een patiënt heeft het recht om een behandeling te weigeren. Soms is een voor de hand liggend alternatief vanwege specifieke omstandigheden voor de patiënt toch erg belastend. Een patiënt verkeert niet in een uitzichtloze situatie wanneer er nog behandelalternatieven zijn. Een verzoek om euthanasie kan in een dergelijk geval dan ook niet worden ingewilligd. Wanneer een patiënt na het weigeren van een behandeling door de ziekte in een situatie van ondraaglijk lijden komt waarvoor geen behandelalternatief bestaat, dan kan een verzoek om euthanasie wel worden ingewilligd, omdat dan een nieuwe situatie is ontstaan.

92

Kan uit casus 6 worden geconcludeerd dat de zorgvuldigheidseisen in de praktijk niet voldoende zwaar wegen? Er kan immers niet gesteld worden

dat de patiënt langdurig een verzoek heeft gedaan en – gezien haar sterke onzekerheid – de beslissing weloverwogen genomen heeft? Klopt de indruk dat de gedachte aan euthanasie in deze casus vooral afkomstig is van de arts en dat er daarom niet kan worden gesproken van een verzoek?

Uit casus 6 kan niet geconcludeerd worden dat de zorgvuldigheidseisen in de praktijk niet voldoende zwaar wegen. De uitvoerend arts heeft in samenspraak met patiënte alle opties besproken op de avond van het consult, de dag voorafgaand aan de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie. Het is onjuist om aan te nemen dat de gedachte om door euthanasie het leven te beëindigen vooral afkomstig was van de uitvoerend arts. Op dat moment was er sprake van een ondraaglijke situatie voor patiënte, waarbij zij diverse malen smeekte om middels euthanasie een einde aan haar leven te bewerkstelligen. Ze leed ernstige, niet meer met medicatie te couperen pijn. Uit dat gesprek kwam naar voren dat patiënte wel vaker over euthanasie had nagedacht en dit ook al eerder had besproken met haar naasten, maar dat het om uiteenlopende redenen tot aan de dag van het consult van de uitvoerend arts niet tot een daadwerkelijk verzoek was gekomen. Strikt genomen was er in deze casus sprake van een noodsituatie waarbij naar het oordeel van de commissie de herhaaldelijk doch in kort tijdsbestek frequent geuite wens voor euthanasie als weloverwogen mocht worden beschouwd.

93

Deelt u de mening dat – los van de uitkomst van het gerechtelijk vooronderzoek in casus 7 – een behandelrelatie tussen arts en patiënt een van de minimale vereisten voor euthanasie is?

Uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek dient in principe binnen een behandelrelatie plaats te vinden. Bij wijze van uitzondering kan een andere arts dan de behandelaar de euthanasie uitvoeren, bijvoorbeeld wanneer de behandelend arts gewetensbezwaren heeft. In een dergelijk geval dient echter wel overleg te worden gepleegd met de behandelend arts.

94

Welk tijdsverloop moet er minimaal en mag er maximaal zitten tussen een schriftelijke wilsverklaring en (het verzoek om) de toepassing van euthanasie? Hoe wordt geoordeeld in het geval de patiënt inmiddels wilsonbekwaam is geworden? (blz. 21–22)

Wanneer de levensbeëindigende handeling wordt uitgevoerd moet duidelijk zijn dat het verzoek tot het uitvoeren daartoe betrekking heeft op de situatie zoals die is beschreven in de schriftelijke wilsverklaring. Niet van belang is wanneer de wilsverklaring is opgesteld. Gesteld dat de schriftelijke verklaring lang geleden is opgesteld, dan zal de arts, indien de situatie dat toelaat, bij de patiënt moeten informeren of hij of zij nog steeds achter de inhoud van zijn of haar wilsverklaring staat. Is de patiënt inmiddels wilsonbekwaam geworden dan geldt op grond van artikel 2, tweede lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding dat de schriftelijke verklaring mag worden aangemerkt als een verzoek van de patiënt. Wij verwijzen ook naar de beantwoording van vraag 52.

95

Deelt u de mening dat de uitspraak dat een patiënt «zijn familie niet langer tot last wil zijn» nooit een criterium voor euthanasie mag zijn? Wat is de betekenis van het «nagaan wat de waarde van die uitspraak is»?

Ik deel de mening van de commissies dat de uitspraak van een patiënt «zijn familie niet langer tot last te willen zijn», nimmer een criterium mag zijn om over te gaan tot uitvoering van de euthanasie. Een verzoek is alleen dan vrijwillig geuit als dit zonder druk of invloed van anderen door patiënt is geuit. Bij twijfel zal de commissie middels het stellen van schriftelijke vragen aan en/of een gesprek met de meldend arts moeten onderzoeken of er werkelijk sprake was van een vrije wilsuiting. Tevens moet worden opgemerkt dat ook de onafhankelijk consulent hierbij een belangrijke rol speelt. De consulent verifieert tijdens de consultatie nogmaals of er daadwerkelijk sprake is van een vrijwillig verzoek van patiënt. De consulent dient daarom bij voorkeur de patiënt onder vier ogen te spreken.

96

In hoeverre zijn de «invoelbaarheid voor de arts» en de «angst voor toekomstig lijden» te zien als oprekking van het begrip «ondraaglijk lijden»?

Het element van de ondraaglijkheid is voor een groot deel subjectief bepaald. Niettemin zal de arts 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, waarbij de arts wel rekening mag houden met het perspectief van de patiënt, zijn normen en waarden en zijn persoonlijkheid. Bovendien verschilt de ervaring van het lijden ook nog per patiënt. Angst voor toekomstig lijden kan gebaseerd worden op ervaringen van de patiënt zelf, of omdat hij het ziekteverloop van een naaste heeft meegemaakt. De commissie is van oordeel dat de angst voor toekomstig lijden wel reëel moet zijn. Bijvoorbeeld de angst voor verstikking bij een patiënt met een grote tumor of obstructie in zijn luchtwegen waarbij de stent langzaam dichtgedrukt wordt, een acute bloeding op basis van doorgroei van een tumor in de omringende vaten of verdergaande ontluistering die gezien het onderhavige ziektebeeld als reëel kan worden beschouwd.

97

Kunt u een toelichting en enkele voorbeeldcasussen geven waarom patiënten (weinig ingrijpende) palliatieve behandelingen weigeren? Kan er ooit aan de zorgvuldigheidseisen zijn voldaan als er een «redelijke andere oplossing» is? Wat is de betekenis van de wens van de patiënt in dergelijke gevallen? (blz. 27)

Het is mogelijk dat een voorgestelde palliatieve behandeling op het eerste gezicht als weinig ingrijpend kan worden beschouwd maar gezien de specifieke omstandigheden van het geval als te belastend wordt ervaren door de patiënt. De patiënt kan de behandeling dan gemotiveerd afwijzen. Als voorbeeld kan hier worden gedacht aan het toedienen van een palliatieve bloedtransfusie – op zich een weinig ingrijpende behandeling – die door patiënt wordt afgewezen daar de reis van en naar het ziekenhuis door patiënt als te vermoeiend en/of belastend wordt ervaren. Zie ook vraag 80.

98

In hoeverre zijn artsen erop gericht zoveel mogelijk te zoeken naar palliatieve behandelmogelijkheden? Blijven artsen niet vaak steken in het voorlichtende karakter? Aan de hand van welke criteria wordt getoetst of er voldoende is aangedrongen op palliatieve behandelmogelijkheden?

Artsen zijn gericht op het verlenen van goede zorg. Wij hebben geen enkele reden om aan te nemen dat artsen te veel aan voorlichting doen en te weinig tot handelen overgaan.

In het modelverslag dat door de uitvoerend arts wordt ingevuld en via de lijkschouwer naar de toetsingscommissie wordt gezonden wordt nadrukkelijk gevraagd welke palliatieve opties zijn ingezet en welk effect zij hebben gesorteerd. De arts uit de commissie kan op grond van zijn medische deskundigheid beoordelen of de meldende arts op een correcte wijze heeft gehandeld. Het arts-lid kan tevens beoordelen of een arts een voor de hand liggende palliatieve behandeling buiten beschouwing heeft gelaten. In dat geval kan de commissie de desbetreffende arts nadere schriftelijke vragen stellen of uitnodigen voor een gesprek.

99

Welke lijn kiest de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de consultatieverplichting?

Wanneer een toetsingscommissie meent dat ten onrechte geen consultatie is uitgevoerd, dan geeft zij het oordeel «onzorgvuldig». In een dergelijk geval wordt de zaak naar de Inspectie van de Gezondheidszorg gestuurd. De Inspectie kan dan maatregelen nemen. De zwaarte daarvan varieert tot het aangaan van een gesprek tot het tuchtrechtelijk aanpakken. Dit verschilt per geval, afhankelijk van de aanwezigheid van verzachtende omstandigheden en de houding van de arts.

100

Welke verklaring is er voor te geven dat vooral in de noordelijke provincies het aantal euthanasiemeldingen sterk is gedaald?

Zoals ik ook al in mijn antwoorden op vraag 8 en vraag 58 heb aangegeven, zijn wij niet in staat om op grond van de tot onze beschikking staande gegevens de oorzaak van de verschillen in daling niet aangeven. In het standpunt op het evaluatieonderzoek zal aan dit aspect nog aandacht worden besteed.