

Vergaderjaar 2024–2025

36 624

Initiatiefnota van het lid De Korte over een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen

Nr. 4

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 februari 2025

De vaste commissie voor VWS heeft in haar procedurevergadering van 9 oktober 2024 gevraagd om een kabinetsreactie op de initiatiefnota van het voormalig lid Hertzberger (NSC) over een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen. Met deze brief kom ik tegemoet aan dit verzoek.

Euthanasie bij psychisch lijden is complex, zeker waar het jonge mensen betreft. Het is dan ook goed dat er, ook vanuit uw Kamer, aandacht wordt gevraagd voor dit onderwerp.

In de initiatiefnota uit het voormalig lid Hertzberger haar zorgen over de groei van euthanasie bij jonge mensen met psychisch lijden. Zij geeft aan dat het aantal euthanasiegevallen in de geestelijke gezondheidszorg de afgelopen jaren sterk is toegenomen, vooral onder vrouwen onder de 30 jaar. Initiatiefnemer wijst erop dat deze ontwikkeling plaatsvindt in een context van een verschaald zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), lange wachtlijsten en een verslechtering van het mentale welzijn. Ook heeft de media-aandacht volgens haar geleid tot een golf van euthanasieverzoeken.

Initiatiefnemer erkent dat de huidige Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) ruimte biedt voor euthanasie bij psychisch lijden. Zij is van mening dat de huidige wet volstaat, maar is zeer kritisch op de door haar gesignaleerde «verschuiving in de euthanasiepraktijk bij psychiatrie» en beoogt met haar initiatiefnota duidelijkheid te krijgen over hoe deze verschuiving past binnen de Wtl. Volgens initiatiefnemer zijn de zorgvuldigheidseisen van de Wtl lastiger toe te passen bij psychisch lijden dan bij somatische aandoeningen in het licht van onzekerheid over de prognose van een patiënt en de effectiviteit van behandelingen. Daarnaast leidt de lage bereidheid tot euthanasie binnen

de beroepsgroep van ggz-behandelaren volgens initiatiefnemer tot een onwenselijke specialisatie en concentratie van euthanasieverzoeken bij een klein aantal artsen en het Expertisecentrum Euthanasie. Genoemde onzekerheid, specialisatie en media-aandacht brengen volgens haar risico's met zich mee voor het vertrouwen in de euthanasiepraktijk bij psychisch lijden.

Initiatiefnemer doet vijf concrete voorstellen die helderheid moeten bieden over de invulling van en media-aandacht voor euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen. Hieronder ga ik eerst kort in op de huidige situatie rondom euthanasie bij psychisch lijden, meer specifiek a) de Wtl en psychisch lijden, b) de ontwikkeling in het aantal euthanasie-meldingen op basis van psychisch lijden, c) de bereidheid tot het verlenen van euthanasie bij psychisch lijden. Vervolgens ga ik in op de concrete voorstellen uit de initiatiefnota.

I Euthanasie bij psychisch lijden

a. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) en psychisch lijden

In de Wtl, die op 1 april 2002 in werking is getreden, zijn zes zorgvuldigheidseisen neergelegd waaraan een arts zich dient te houden indien hij euthanasie of hulp bij zelfdoding wil verlenen aan een patiënt.¹ Het betreft een codificatie van criteria zoals die in de rechtspraak voorafgaand aan de Wtl zijn geformuleerd.²

In het kader van euthanasie bij psychisch lijden is het Chabot-arrest van de Hoge Raad uit 1994 van belang. In die jaren was euthanasie alleen mogelijk met een beroep op «noodtoestand». De Hoge Raad oordeelde in dit arrest, kort samengevat, dat een succesvol beroep op deze strafuitsluitingsgrond niet is uitgesloten bij personen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden zonder dat dat een somatische oorzaak heeft. Dit vergde wel dat het onderzoek naar het bestaan van de noodtoestand met «uitzonderlijk grote behoedzaamheid» moest plaatsvinden. Op basis hiervan is in de Wtl euthanasie bij psychisch lijden niet uitgesloten.

De Wtl is van toepassing op patiënten van 12 jaar en ouder. Ten aanzien van verzoeken van minderjarigen bevat de Wtl enkele bepalingen over de betrokkenheid van de ouders. Euthanasie bij psychisch lijden is dus wettelijk mogelijk vanaf 12 jaar.

Binnen de systematiek van de Wtl hebben de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) de ruimte gekregen om de zorgvuldigheidseisen (de overwegend «open normen») van de Wtl nader in te vullen; de RTE zijn primair verantwoordelijk voor het toepassen en interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Medisch-professionele richtlijnen en standpunten – waarin de medische beroepsgroep heeft neergelegd wat het heersend medisch inzicht is – zijn voor de RTE van belang bij het beoordelen van meldingen van euthanasie

¹ De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts: a) de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt; b) de overtuiging heeft gekregen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt; c) de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten; d) met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is; e) ten minste één andere, onafhankelijke arts, heeft geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor onder a) tot en met d) genoemde zorgvuldigheidseisen; f) de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd (artikel 2, eerste lid, Wtl).

² Kamerstuk 26 691, nr. 3, p. 7.

voor zover zij passen binnen het wettelijke kader.³ In de EuthanasieCode hebben de RTE uitvoerig uiteengezet en toegelicht hoe de wettelijke zorgvuldigheidseisen door hen worden uitgelegd. De RTE geven daarbij aan dat indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis van de arts grote behoedzaamheid wordt verwacht waarbij altijd onafhankelijke psychiatrische expertise moet worden ingeroepen. Hiermee sluiten de RTE aan bij de beroepsgroepen Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en NVvP (zie verder sub (4)). De RTE toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie en houden hierbij rekening met eerdere uitspraken van de toetsingscommissies, de (medisch) professionele standaard en beslissingen van het Openbaar Ministerie (OM) betreffende euthanasie.⁴

In de vierde evaluatie van de Wtl wordt door de onderzoekers aangegeven dat het voor de hand ligt dat historisch gezien op het terrein van euthanasie en hulp bij zelfdoding grote betekenis wordt toegekend aan relevante medisch-professionele richtlijnen zoals voor het eerst is bepaald in het Schoonheim-arrest van de Hoge Raad (1984), waarbij «het verantwoord medisch inzicht, getoetst aan de in de medische ethiek geldende normen te dezen» centraal stond. Ook in een recente uitspraak van de Hoge Raad (de koffie-euthanasiezaak) werd aangegeven dat ten aanzien van de grenzen van het handelen van de arts in het kader van levensbeëindiging op verzoek «de normen en inzichten van medische professionals» hebben te gelden. Dit wil volgens de onderzoekers overigens niet zeggen dat de RTE in bepaalde situaties niet van deze richtlijnen zouden mogen afwijken. Discrepanties tussen richtlijnen van de beroepsgroep en de wetsuitleg door de RTE moeten volgens de onderzoekers echter worden geminimaliseerd.⁵ Dit standpunt onderschrijf ik.

De professionele standaard voor euthanasie bij psychisch lijden is neergelegd in de richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).⁶ In de richtlijn is aangegeven dat er zowel in de maatschappij als binnen de beroepsgroep consensus bestaat over het feit dat extra behoedzaamheid in acht moet worden genomen wanneer de grondslag van een verzoek primair gelegen is in een psychische stoornis. De NVvP richtlijn wordt inmiddels herzien om aan te sluiten bij de laatste wetenschappelijke inzichten en inzichten uit de praktijk. Het betreft een eerder voorziene, periodieke aanpassing waarbij de meest urgente onderwerpen worden meegenomen. Er zal in ieder geval aandacht zijn voor de huidige zorgen over euthanasie bij psychisch lijden bij jonge mensen. Momenteel wordt nader in kaart gebracht welke onderwerpen verder geadresseerd zullen worden.

³ Volgens de RTE kan het voorkomen dat er een verschil bestaat tussen een standpunt of een richtlijn en de wet of de rechtspraak, meer in het bijzonder dat het standpunt of de richtlijn strengere eisen stelt dan de wet of de rechtspraak. In een dergelijk geval zijn voor de RTE de wet, de rechtspraak en de bestaande toetsingspraktijk doorslaggevend. Zie: EuthanasieCode 2022, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, juli 2022, p. 18.

⁴ EuthanasieCode 2022, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, juli 2022, p. 13.

⁵ Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p.49 e.v.

⁶ Startpagina – Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis – Richtlijn – Richtlijndatabase.

b. Ontwikkeling in het aantal euthanasiemeldingen op basis van psychisch lijden

In 2008 ontvingen de RTE voor het eerst 2 euthanasiemeldingen op basis van psychisch lijden (6 jaar na inwerkingtreding van de Wtl) en in 2016 voor het eerst een melding van een patiënt jonger dan 30 jaar. In 2023 betrof het voor de eerste maal 2 minderjarigen van respectievelijk 16 en 17 jaar.

Het aantal euthanasiemeldingen op basis van psychisch lijden laat door de linie een stijging zien – zowel het totaal aantal meldingen als het aantal meldingen bij patiënten jonger dan 30 jaar – waarbij het aantal jaarlijks fluctueert. Het percentage euthanasiemeldingen op basis van psychisch lijden op het totaal aantal meldingen dat jaarlijks door de RTE worden ontvangen is vooralsnog zeer beperkt en fluctueert, zoals uit onderstaande tabel blijkt. Expertisecentrum Euthanasie (EE) signaleert overigens dat de afgelopen 10 jaar het aantal euthanasieverzoeken is toegenomen, maar dat het percentage ingewilligde verzoeken nagenoeg gelijk is gebleven: ongeveer 10% van alle verzoeken op basis van psychisch lijden wordt ingewilligd.⁷ Voor patiënten tussen 18–30 jaar is dit percentage volgens EE aanzienlijk lager, namelijk een kleine 4%.⁸ Uit recent onderzoek naar euthanasieverzoeken vanwege psychisch lijden onder jonge mensen (<24 jaar) blijkt dat slechts 3% van de ingediende verzoeken werd gehonoreerd.⁹

Jaar	Totaal aantal door RTE ontvangen euthanasie-meldingen	Aantal door RTE ontvangen euthanasie-meldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis	Percentage meldingen psychiatrie op totaal aantal meldingen	Aantal door RTE ontvangen euthanasie-meldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis - Leeftijd < 30 jaar
2008	2.331	2	0,09%	---
2009	2.636	0	0,0%	---
2010	3.136	2	0,06%	---
2011	3.695	13	0,35%	---
2012	4.188	14	0,33%	---
2013	4.829	42	0,87%	---
2014	5.306	41	0,77%	---
2015	5.516	56	1,02%	---
2016	6.091	60	0,99%	1
2017	6.585	83	1,26%	4
2018	6.126	67	1,09%	5
2019	6.361	68	1,07%	3
2020	6.938	88	1,3%	5
2021	7.666	115	1,5%	14
2022	8.720	115	1,3%	11
2023	9.068	138	1,5%	22

Waar het jonge mensen onder de 30 jaar betreft gaat het in de periode 2016–2023 om de volgende aantallen, uitgesplitst naar geslacht:

⁷ Zoals de NVvP en de KNMG in hun gezamenlijke reactie op de onderhavige initiatiefnota terecht opmerken, is het niet zo dat 90% van de mensen op de wachtlijst alsnog wordt afgewezen. Deze 90% betreft met name patiënten met een psychische stoornis die hun verzoek terugtrekken vanwege hernieuwde levenszin of motivatie voor behandeling. Zie: Reactie van de NVvP en de KNMG op de Initiatiefnota van Rosanne Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) «Een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen», 7 november 2024.

⁸ Reactie van Expertisecentrum Euthanasie op de initiatiefnota van NSC. De reactie is niet openbaar maar ter informatie met VWS gedeeld.

⁹ Lizanne J.S. Schwersen e.a., *Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders*, JAMA Psychiatry, January 2, 2025.

Jaar	Aantal door RTE ontvangen euthanasiemeldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis	Leeftijd < 30 jaar	Aantal man	Aantal vrouw
2016	60	1		1
2017	83	4	1	3
2018	67	5	2	3
2019	68	3	1	2
2020	88	5	2	3
2021	115	14	2	12
2022	115	11	0	11
2023	138	22	6	16

In de periode 2020–2023 gaat het om de volgende meldingen van patiënten jonger dan 30 jaar, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht¹⁰:

Jaar	Aantal door RTE ontvangen euthanasiemeldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis	Jonger dan 30 jaar – leeftijd	Jonger dan 30 jaar – man	Jonger dan 30 jaar – vrouw
2020	88 - waarvan 5 patiënten jonger dan 30 jaar	27 jaar: 3 29 jaar: 2	2	3
2021	115 - waarvan 14 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 2 21 jaar: 1 22 jaar: 1 23 jaar: 2 25 jaar: 2 27 jaar: 4 28 jaar: 2	2	12
2022	115 - waarvan 11 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 1 20 jaar: 1 21 jaar: 2 25 jaar: 2 28 jaar: 1	0	11
2023	138 - waarvan 22 patiënten jonger dan 30 jaar	29 jaar: 4 16 jaar: 1 17 jaar: 1 21 jaar: 1 22 jaar: 1 24 jaar: 4 25 jaar: 2 26 jaar: 6 27 jaar: 2 28 jaar: 3 29 jaar: 1	6	16

Uit de cijfers van de RTE is gebleken dat in de periode 2020–2023 zeven meldingen vanwege psychisch lijden als onzorgvuldig zijn beoordeeld op een totaal van 456 meldingen vanwege psychisch lijden, ofwel 1,5%. Geen van deze meldingen betrof mensen jonger dan 30 jaar.

Uit bovenstaande cijfers wordt duidelijk dat het aantal euthanasiemeldingen van patiënten onder de 30 jaar in 2021 aanzienlijk toenam en iets daalde in 2022 om vervolgens weer te stijgen in 2023. Hoewel hier zeker aanwijzingen voor zijn, valt te bezien hoe een en ander zich de komende jaren ontwikkelt en in hoeverre kan worden gesproken van een daadwerkelijke «verschuiving in de euthanasiepraktijk bij psychiatrie». Op grond van de door de RTE verstrekte informatie over de eerste helft van 2024 lijkt de toename van het aantal euthanasiemeldingen op basis van psychisch lijden door te zetten, ook onder jongeren onder de 30 jaar: in het eerste

¹⁰ Volgens de RTE zijn er geen specifieke gegevens over de periode 2016–2019 beschikbaar.

halfjaar van 2024 ontvingen de RTE 105 meldingen op basis van psychisch lijden waarvan 12 van mensen jonger dan 30 jaar.¹¹

c. Bereidheid tot het verlenen van euthanasie bij psychisch lijden

Niet bekend is hoe groot de bereidheid is onder psychiaters om euthanasie op basis van psychisch lijden te verlenen in het algemeen of bij jonge mensen in het bijzonder.¹² De cijfers over de «euthanasie-bereidheid van artsen», waar initiatiefnemer in haar initiatiefnota naar verwijst, zijn afkomstig uit de vierde evaluatie van de Wtl. In deze evaluatie zijn echter geen psychiaters betrokken.

Er kan dan ook niets worden gezegd over de huidige bereidheid onder psychiaters om euthanasie op basis van psychisch lijden te verlenen. Wel wordt in het veldesignaleerd dat de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters ten aanzien van doodswensen/ euthanasieverzoeken op psychische grondslag afneemt. Zo is er brede interesse voor het onderwerp, wordt het landelijk expertisenetwerk ThaNet geregeld gevraagd voor scholing en onderwijs, zijn er binnen diverse ggz-instellingen initiatieven om de zogenaamde euthanasiezorg intern beter te regelen, zijn er meer psychiaters bereid om second opinions te verrichten en wordt er in verschillende regio's gezien dat de second opinions in toenemende mate worden aangevraagd door psychiaters die werkzaam zijn in de ggz (en dus niet bij Expertisecentrum Euthanasie).

II Reactie op voorstellen initiatiefnemer

Het voormalig lid Hertzberger vraagt in haar initiatiefnota de Kamer ermee in te stemmen de betrokken bewindspersoon te verzoeken om de volgende vijf voorstellen uit te voeren:

(1) Wetenschappelijk onderzoek laten uitvoeren naar wat er gesteld kan worden over de prognose van veelvoorkomende psychiatrische aandoeningen die hebben geleid tot euthanasie-aanvragen en welk aspect factoren zoals leeftijd hierin speelt.

Initiatiefnemer geeft aan dat zij onderzoek wil laten uitvoeren naar «hoe uitzichtloosheid bij psychiatrische aandoeningen moet worden gezien als zorgvuldigheidscriterium, los van het criterium van de afwezigheid van een redelijk behandelalternatief.» Naar haar oordeel wordt de uitzichtloosheid bepaald door twee aspecten: 1) het gebrek aan behandelopties en 2) de verwachting van het ziektebeloop. Zij is van mening dat in de EuthanasieCode van de RTE aan deze twee aspecten niet hetzelfde gewicht wordt gegeven. Volgens initiatiefnemer wordt in de EuthanasieCode de nadruk gelegd op het eerste aspect: het wel of niet kunnen behandelen of de symptomen te kunnen verzachten. En wordt uitzichtloosheid in nauwe samenhang bekeken met het zorgvuldigheidscriterium van het ontbreken van redelijke alternatieve oplossingen. Zij vindt het opvallend – met name wanneer het patiënten betreft met een psychische aandoening – dat aan het tweede aspect, de prognose van de ziekte zelf, veel minder aandacht wordt besteed.

Zoals in voorgaande al is toegelicht, zetten de RTE in de EuthanasieCode uiteen hoe de wettelijke zorgvuldigheidseisen door hen worden uitgelegd. Richtinggevend daarbij zijn de wet, de wetsgeschiedenis en relevante

¹¹ NRC Handelsblad, 8 september 2024 «Vaker euthanasie bij jonge mensen wegens psychisch lijden – en psychiaters zijn er tot op het bot verdeeld over».

¹² Aanhangsel Handelingen II 2023/24, nr. 2392 HERDRUK.

jurisprudentie. Hierbij houden de RTE rekening met eerdere uitspraken van de toetsingscommissies, de (medisch) professionele standaard en beslissingen van het OM betreffende euthanasie.

In de Memorie van Toelichting bij de WtI wordt voor de betekenis en reikwijdte van de begrippen «uitzichtloos» en «ondraaglijk lijden» verwezen naar de uiteenzetting die eerder naar aanleiding van het Chabot-arrest aan uw Kamer is verzonden: «Voor de uitzichtloosheid van het lijden is het medisch oordeel bepalend».

Naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt verergert en niet te verbeteren is. Zo wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. Als de vraag of de verergering van het lijden kan worden verminderd of opgeheven, door de behandelend arts ontkennend wordt beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Of zodanig perspectief bestaat, kan volgens geobjectiveerde medische maatstaven worden nagegaan. Volgens de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG spelen de volgende drie elementen hier een rol. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt».¹³

In de toelichting die de RTE in de EuthanasieCode geven op de wijze waarop de uitzichtloosheid van het lijden beoordeeld dient te worden, staat onder meer: «Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Daarbij moet de arts rekening houden met zowel de mate van verbetering die de behandeling kan bewerkstelligen als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. De uitzichtloosheid moet worden gezien in relatie tot de ziekte of aandoening van de patiënt en de daarmee verbonden symptomen. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te nemen, ontbreken.»

Bovenstaande maakt duidelijk dat bij de beoordeling in welke mate (adequate) behandeling bij een bepaalde patiënt nog zicht kan geven op verbetering de prognose van de ziekte uiteraard van belang is. Van «veel minder aandacht» voor de prognose van de ziekte zelf is dan ook geen sprake. Het is wél zo dat de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden nauw samenhangt met de beoordeling of er nog redelijke andere oplossingen zijn om het lijden van de patiënt weg te nemen of te verminderen.

Het is aan de arts die melding doet van euthanasie of hulp bij zelfdoding om in het door hem aangeleverde modelverslag en bijbehorende stukken te onderbouwen hoe hij tot het oordeel is gekomen dat het lijden van de betreffende patiënt – in het licht van de diagnose en prognose – uitzichtloos was. Het is niet – zoals initiatiefnemer stelt – aan de RTE om op hun beurt te beoordelen wat in dat specifieke geval de verwachting was van het ziektebeloop bij de patiënt. Die inhoudelijke beoordeling is namelijk al gedaan door de uitvoerend arts zelf, de second opinion psychiater en de SCEN-arts¹⁴, die de patiënt hebben gezien en hierin tot een eigenstandig oordeel zijn gekomen. De RTE toetsen achteraf of de meldend arts navolgbaar heeft kunnen concluderen dat er inderdaad van

¹³ Kamerstuk 26 691, nr. 3, p. 10 en Kamerstuk 23 877, nr. 1, p. 4.

¹⁴ SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland.

de vereiste uitzichtloosheid sprake was en of ook aan de andere zorgvuldigheidseisen van de wet is voldaan. De RTE toetsen ieder individueel geval, niet op basis van generiek onderzoek.

In de NVvP richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018) wordt onder meer aangegeven dat bij patiënten met een psychische stoornis uitzichtloosheid sterk persoonsgebonden en individueel bepaald is en dat uitzichtloosheid verwijst naar de geobjectiverde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt.

Bij de beoordeling van de uitzichtloosheid gaat het om een beoordeling door de arts van de individuele en persoonlijke situatie van deze unieke patiënt, niet om een algemeen oordeel over uitzichtloosheid gegeven de psychiatrische diagnose(n).¹⁵

Initiatiefnemer wijst erop dat in geval van euthanasie bij psychisch lijden «veel meer onzekerheid en houvast» geaccepteerd moet worden dan bij euthanasie vanwege een somatische aandoening. En dat de vraag is of de uitzichtloosheid van een situatie wel met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld wanneer er zo weinig bekend is over het ziektebeloop en dit beloop ook nog eens sterk individueel bepaald is.

Dat het complex is bij een euthanasieverzoek op psychiatrische grondslag uitzichtloosheid te beoordelen, is bekend. Op basis van richtlijnen, expertise en beloop van de behandelingen van de individuele patiënt wordt een beoordeling van de uitzichtloosheid gemaakt. Er zijn diverse studies naar het beloop van psychiatrische aandoeningen en effecten van behandelingen op het beloop. Uiteraard spelen deze wetenschappelijke onderzoeken en publicaties een rol bij de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden van een individuele patiënt. Dat door de aard van psychiatrische aandoeningen en psychiatrische behandelingen over de uitzichtloosheid geen absolute zekerheid kan worden verkregen, wordt door veel psychiaters als onvermijdelijk gezien. Vanwege de aard van psychisch lijden is het ingewikkeld om prognostische beweringen te doen. Ook lijden de meeste patiënten die op psychische gronden om euthanasie vragen aan complexe aandoeningen en hebben zij klachten in meerdere domeinen die de huidige diagnostische modellen tarten.¹⁶ Uit het hierboven aangehaalde recente onderzoek naar euthanasieverzoeken vanwege psychisch lijden onder jonge mensen (<24 jaar) blijkt dat de jonge mensen wiens euthanasieverzoek werd gehonoreerd (3% van de verzoekers) meerdere psychiatrische diagnoses en een uitgebreide behandelgeschiedenis hadden.¹⁷

Het verlenen van euthanasie betreft (bijzonder) medisch handelen. Zoals hiervoor uiteen is gezet, is voor de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden het medisch oordeel bepalend en moet naar medisch vakkundig oordeel vaststaan of hiervan sprake is. Of in het licht van voorgaande algemeen breed onderzoek naar de prognose van psychiatrische aandoeningen – in aanvulling op reeds bestaande studies naar het beloop van psychiatrische aandoeningen en effecten van behandelingen op het beloop – van meerwaarde is, is dan ook primair en logischerwijs aan de beroepsgroep.

¹⁵ NVvP Richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018), p. 36.

¹⁶ The art of letting go – a study on irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death, S. van Veen 2022, p. 141–142.

¹⁷ Lizanne J.S. Schwaren e.a., *Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders*, JAMA Psychiatry, January 2, 2025.

(2) Een advisering door een commissie van wijzen over uitzichtloosheid als zorgvuldigheidscriterium losstaand van het zorgvuldigheidscriterium van het ontbreken van een redelijk alternatief.

Initiatiefnemer wil een commissie van wijzen vragen advies uit te brengen over welke aspecten moeten worden meegenomen bij het beoordelen van de uitzichtloosheid van de situatie. De aanbevelingen van deze commissie (onder meer over welke mate van onzekerheid over de prognose acceptabel is bij euthanasie) zouden volgens haar op termijn kunnen leiden tot een scherpere omschrijving en methode om uitzichtloosheid te kunnen vaststellen, zodat de euthanasiewetgeving en -code ook toereikend zijn voor psychisch lijden.

De zorgvuldigheidseisen van de Wtl moeten blijken de wetsgeschiedenis worden gezien als «open normen» die onvermijdelijk abstract geformuleerd zijn en die in hun onderlinge samenhang voldoende bestendig zijn en niet zullen leiden tot een steeds verdergaande versoepeling bij de aanvaarding van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.¹⁸ Bij de invulling van de open normen speelt de medisch-professionele normering – binnen de kaders van de Wtl – een belangrijke rol. In dit kader is de NVvP richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018) relevant. Zoals hierboven is toegelicht staat in de NVvP richtlijn beschreven hoe ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënten met een psychische stoornis en een verzoek om levensbeëindiging beoordeeld moeten worden. Zoals ik eerder bij de beantwoording van Kamervragen van het lid Hertzberger (NSC) heb aangegeven, is het aan de beroepsgroep om te bepalen wat de professionele standaard is.¹⁹ Het is dan dus ook aan de NVvP om te bezien of de huidige richtlijn ten aanzien van het beoordelen van de uitzichtloosheid van het lijden moet worden aangepast en welke aspecten daarbij van belang zijn aangezien het hier gaat om een medisch inhoudelijke discussie.²⁰ De NVvP is inmiddels gestart met de herziening van de richtlijn. De huidige discussie omtrent de aard en omvang inzake euthanasie bij psychisch lijden bij jonge mensen zal hierbij geadresseerd worden. Ook zet de NVvP zich ervoor in dat de huidige discussie binnen de beroepsgroep op constructieve wijze wordt voortgezet.

Gezien voorgaande is het niet aan een commissie van wijzen om te adviseren over de uitzichtloosheid van het lijden bij psychisch lijden. In dit kader verwijs ik ook naar de gezamenlijke reactie van de NVvP en de KNMG op de onderhavige initiatiefnota.²¹

(3) Wetenschappelijk onderzoek naar de staat van de ggz, de invloed op euthanasieverzoeken en -meldingen en de beschikbaarheid van redelijke alternatieve oplossingen voor jonge psychiatrische patiënten die een euthanasieverzoek indienen.

Initiatiefnemer wil onderzoek laten uitvoeren naar de staat van de ggz, de beschikbaarheid van redelijke alternatieve oplossingen, de wachtlijsten en de invloed hiervan op euthanasieverzoeken. Zij wil onder meer laten

¹⁸ Kamerstuk 26 691, nr. 6, p. 55.

¹⁹ Aanhangsel Handelingen II 2023/24, nr. 2392 HERDRUK.

²⁰ Martin Buijsen – jurist en filosoof, en hoogleraar gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam – merkte eerder in dit kader op dat de professionele beroepsgroep van psychiaters zichzelf in belangrijke mate reguleert en dat de psychiatrische beroepsgroep ook hier zelf naar consensus te streven heeft. Zie: *Publieke ruzie van psychiaters over euthanasie toont onbegrip en gebrek aan professionaliteit*, NRC Handelsblad d.d. 10 oktober 2024.

²¹ Reactie van de NVvP en de KNMG op de Initiatiefnota van Rosanne Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) «Een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen», 7 november 2024.

onderzoeken welke rol de situatie in de jeugdzorg en de ggz speelt bij de groei in het aantal euthanasieverzoeken en euthanasiemeldingen.

Hieronder volgt een uiteenzetting van alle activiteiten die op dit moment worden opgepakt en die in dit kader relevant zijn.

Vooropgesteld zij dat aan het verlenen van euthanasie op basis van psychisch lijden altijd een zeer intensief en lang behandeltraject vooraf is gegaan waarbij alle reële en voor de patiënt redelijke behandelingen zijn geprobeerd, maar de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt desondanks niet kon worden weggenomen of wezenlijk kon worden verminderd. De gemiddelde patiënt die om euthanasie vanwege psychisch lijden vraagt, is al meer dan tien jaar in behandeling.

Onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen

Op 17 juni 2024 heeft de voormalig Minister voor Medische Zorg uw Kamer geïnformeerd over de opdracht die via ZonMw zal worden verstrekt voor het onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen.²² De oproep die door ZonMw is opengesteld voor het indienen van de subsidieaanvragen is op 3 oktober 2024 gesloten. Inmiddels heeft ZonMw de opdracht tot het uitvoeren van het onderzoek verstrekt. Het is de bedoeling dat de resultaten van het onderzoek in juni 2026 worden opgeleverd. In de subsidieoproep van ZonMw is aangegeven dat bij het onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiemeldingen onder meer gedacht dient te worden aan een veranderend beeld van de kwaliteit van de gezondheidszorg of toenevende media-aandacht voor euthanasie, in het bijzonder voor euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen dan ook mogelijk de nodige inzichten opleveren over de vraag welke rol de situatie in de jeugdzorg en de ggz speelt bij de groei in het aantal euthanasieverzoeken en -meldingen.

SUNSET-studie

Expertisecentrum Euthanasie en 113 Zelfmoordpreventie voeren samen longitudinaal vragenlijstonderzoek uit onder mensen die verzoeken om euthanasie op grond van psychisch lijden. Doelen van het onderzoek zijn a) meer inzicht te krijgen in klinische kenmerken van de groep mensen die euthanasie aanvraagt, waaronder suïcidaliteit b) meer inzicht te krijgen in het beloop van de doodswens in de eerste zes maanden na het euthanasieverzoek, c) een ondersteuningsaanbod te ontwerpen voor deze groep op basis van de hulpbehoeften die zij rapporteren. Om voldoende deelnemers te kunnen werven is de inclusieperiode van SUNSET verlengd. Het onderzoek zal lopen tot begin 2027.

Het SUNSET-onderzoek zou kunnen worden verlengd en uitgebreid tot een langlopende cohortstudie, waardoor mensen met een psychiatrische aandoening die een euthanasieverzoek doen voor langere tijd (bijv. meerdere jaren) gevolgd zouden kunnen worden. Onderzocht kan dan worden hoe het deze mensen vergaat, of en hoe hun psychische klachten veranderen, en of en hoe hun doodswens verandert. Ook kan dan zicht worden verkregen op veranderingen in de tijd (bijv. toename van het aantal aanvragen), en kunnen mensen worden bevraagd over bijvoorbeeld het effect van behandeling in de ggz, of de invloed van veranderingen in de ggz. Voor een dergelijke langlopende cohortstudie is echter aanvullende financiering nodig.

²² Kamerstuk 32 647, nr. 108.

Expertisecentrum Euthanasie (EE) en 113 Zelfmoordpreventie hebben samen dossieronderzoek uitgevoerd naar jonge mensen (<24 jaar) die verzoeken om euthanasie op grond van psychisch lijden. Doelen van dit retrospectieve onderzoek zijn a) meer inzicht te krijgen in ontwikkelingen in het aantal jonge mensen dat verzoekt om euthanasie vanwege psychisch lijden, b) meer inzicht te krijgen in wie de jonge mensen die overlijden door euthanasie bij psychisch lijden zijn, c) meer inzicht te krijgen in suïcidaliteit binnen deze jonge groep. De resultaten van dit onderzoek zijn onlangs gepubliceerd. Uit het onderzoek blijkt dat in de periode 2012–2021 het aantal euthanasieverzoeken bij EE van jongeren onder de 24 jaar is toegenomen, met name onder jonge vrouwen. Het betrof 397 verzoeken van in totaal 353 jonge mensen. Het overgrote deel van deze verzoeken werd door de patiënt ingetrokken (47,3%) dan wel door EE afgewezen (44,8%). Aan 12 jonge mensen (3%) is euthanasie verleend. Zeventien jonge mensen (4,3%) overleden door zelfdoding terwijl hun euthanasie-aanvraag liep en 2 jonge mensen zijn overleden door vrijwillig te stoppen met eten en drinken. Degenen die overleden door middel van euthanasie of suïcide waren overwegend vrouwen bij wie sprake was van meerdere psychiatrische diagnoses, een uitgebreide behandelgeschiedenis en prominente suïcidaliteit. Door de onderzoekers worden verschillende mogelijke oorzaken genoemd voor de stijging van het aantal euthanasieverzoeken door jonge mensen onder de 24 jaar, namelijk (1) toenemende publieke acceptatie van euthanasie, (2) verslechtering van de geestelijke gezondheid onder jongeren en (3) toenemende wanhoop onder jonge psychiatrische patiënten die het gevoel hebben dat hun behoeften niet worden vervuld, bijvoorbeeld wanneer behandelingsopties ontoegankelijk, onaanvaardbaar of ineffectief zijn. Zij wijzen er op dat er meer kennis nodig is over de onvervulde behoeften van en effectieve interventies voor deze groep.²³ Navraag bij de onderzoekers leert dat het hierboven genoemde SUNSET-onderzoek hiervan een (eerste) beeld kan geven.

Daarnaast lopen er de volgende trajecten die mogelijk relevant zijn en zich breder richten op mentale gezondheid – van preventie tot ondersteuning en zorg:

Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Mentale gezondheid en ggz

Steeds meer mensen hebben mentale klachten en/of psychische aandoeningen. De domeinen en sectoren die ondersteuning of zorg leveren aan mensen met mentale klachten staan in toenemende mate voor grote uitdagingen. Zo wordt de huidige druk op de ggz veroorzaakt door enerzijds een toenemende zorgvraag en anderzijds de beperkte beschikbaarheid van personeel.

In het IBO Mentale gezondheid en ggz wordt verkend hoe de mentale gezondheid van Nederlanders verbeterd kan worden, hoe de zorg en ondersteuning voor mensen verbeterd kan worden en hoe de toegankelijkheid van de ggz voor mensen met mentale problemen verbeterd kan worden.

Het IBO heeft als doel te komen tot:

1) een brede probleemanalyse; 2) een overzicht van het handelingsperspectief van de overheid ter voorkoming en beperking van mentale klachten en psychische problemen en voor het oplossen van de structurele problemen in de toegang en inrichting van de ondersteuning en

²³ Lizanne J.S. Schwersen e.a., *Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders*, JAMA Psychiatry, January 2, 2025.

zorg; en 3) uitwerking van concrete beleidsvarianten op basis van het handelingsperspectief. Het IBO start in november 2024 en het rapport wordt naar verwachting uiterlijk eind juni 2025 opgeleverd.²⁴

Voorts ben ik van plan om u voor de zomer te informeren over een brede, meer integrale, aanpak mentale gezondheid en ggz; op kortere termijn stuur ik u een werkagenda over de verbetering van de toegankelijkheid van de ggz, met daarin vier lijnen: (1) verbeteren mentale gezondheid, (2) beperking instroom in de ggz, (3) bevorderen van door- en uitstroom uit de ggz en (4) verbeteren van de prikkels in het stelsel.

Hervormingsagenda Jeugd

Op 20 juni 2023 is de Hervormingsagenda Jeugd 2023–2028 opgesteld. Hierin hebben cliëntenorganisaties, professionals, jeugdzorginstellingen, gemeenten en het rijk een groot pakket aan afspraken opgenomen. Een doel van de Hervormingsagenda Jeugd is ervoor te zorgen dat kinderen en gezinnen die hulp nodig hebben, zo snel mogelijk de juiste hulp en ondersteuning krijgen. Onder de Hervormingsagenda liggen tal van onderzoeken naar de ontwikkelingen binnen de jeugdzorg. Een belangrijke conclusie die hierbij getrokken wordt is onder andere dat het schort aan passende en beschikbare zorg voor de meest kwetsbare kinderen. Er zijn diverse maatregelen afgesproken om dit te verbeteren.

Uit bovenstaande blijkt dat er al veel onderzoeken lopen dan wel uitgevoerd zijn, op basis waarvan diverse maatregelen in gang zijn of worden gezet. Gelet op de lopende onderzoeken lijkt aanvullend onderzoek op dit moment echter niet aangewezen. Mocht op basis van de uitkomsten van de lopende onderzoeken blijken dat er aanvullend onderzoek nodig is dan sluit ik vervolgonderzoek uiteraard niet uit.

(4) Een advisering door een commissie van wijzen over de rol van de behandelend arts, de uitvoerend arts, de psychiater die een second opinion geeft en een SCEN arts en de gevolgen van het geringe draagvlak voor de euthanasiepraktijk bij de psychiatrie.

Volgens initiatiefnemer is sprake van een specialisatie van euthanasie bij psychisch lijden gezien het geringe aantal psychiaters dat verantwoordelijk is voor veel van de euthanasie uitvoeringen, second opinions en SCEN-consulten bij jonge mensen. Zij signaleert dat veel euthanasiemeldingen afkomstig zijn van Expertisecentrum Euthanasie (EE). Deze «euthanasie specialisatie» heeft volgens haar onwenselijke gevolgen. Initiatiefnemer vraagt zich af hoe onafhankelijk de betreffende specialisten zijn indien er slechts een beperkte groep psychiaters is die bereid is tot het uitvoeren van euthanasie, elkaar goed kent en steeds weet te vinden bijvoorbeeld in app-groepen. Volgens haar is onduidelijk wat de uitwerking van de op grond van de richtlijnen vereiste onafhankelijkheid van een second opinion psychiater en een SCEN-arts nog is naarmate het aandeel bereidwillige artsen kleiner wordt. Initiatiefnemer vindt dat ook naar de ethische bezwaren gekeken moet worden die achter de verdeelde vakgroep schuilgaat. Zij is van mening dat in de huidige situatie de grote individuele verschillen tussen ggz-behandelaars in hoe zij omspringen met een euthanasieverzoek, zeker bij een jongere patiëntengroep, tot willekeur, ongelijkheid en onzekerheid leiden. Daarnaast wijst zij erop dat tijdens de wetsbehandeling van de Wtl deze euthanasie-specialisatie binnen de psychiatrische beroepsgroep niet was voorzien en dat bij voorkeur de behandelend arts de uitvoering op zich zou nemen.

²⁴ Kamerstuk 36 600, nr. 2.

Initiatiefnemer wil dan ook advies laten uitbrengen door een commissie van wijzen over de door haar gesignaleerde risico's van deze specialisatie voor de euthanasiepraktijk en de achterliggende ethische bezwaren binnen de beroepsgroep.

Vooropgesteld zij dat uit de vier evaluaties van de Wtl, de toetsingspraktijk door de RTE en het vervolgingsbeleid van het OM blijkt dat de Wtl goed functioneert en dat sprake is van een zorgvuldige euthanasiepraktijk.²⁵

In het licht van de door initiatiefnemer geuite bezwaren licht ik een aantal zaken graag nader toe.

De Wtl vereist niet dat er een behandelrelatie is tussen de arts die de euthanasie uitvoert en de patiënt. Wél is het zo dat het doorgaans de behandelend arts is die de euthanasie uitvoert. In alle gevallen geldt dat de uitvoerend arts zich gedegen moet hebben geïnformeerd over de situatie van de patiënt en dat hij persoonlijk moet hebben vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.²⁶ De komst van de Stichting Levenseindekliniek (nu: Expertisecentrum Euthanasie) in 2012, waarbij de relatie tussen de arts die het verzoek beoordeelt en eventueel uitvoert en de patiënt beperkter is, was voor de RTE destijds een belangrijke reden om aanvankelijk alle meldingen van EE te behandelen als vragen oproepend (VO).

Sinds 2015 is dit niet meer het geval omdat er inmiddels «geruime tijd ervaring was opgedaan met het beoordelen van meldingen van aan de Stichting Levenseindekliniek verbonden artsen».²⁷

Het is bekend dat – hoewel de meeste psychiaters het idee voor euthanasie bij psychisch lijden ondersteunen – er binnen de gehele beroepsgroep sprake is van terughoudendheid en handelingsverlegenheid ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag. Om die reden heeft het Ministerie van VWS dan ook een driejarige projectsubsidie verstrekt voor de oprichting van het landelijke expertisenetwerk ThaNet. ThaNet faciliteert dat kennis en expertise bij de zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg over mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek op psychische grondslag worden vergroot. Met als doel dat de zorg die aan deze mensen wordt verleend, verbetert. ThaNet beoogt dat zorgprofessionals zich meer comfortabel voelen om met hun patiënt het gesprek over de dood te voeren en euthanasieverzoeken te beoordelen. Euthanasie kan een optie zijn om het ondraaglijk lijden te stoppen, maar het kan ook zijn dat door het open gesprek hierover te voeren er andere perspectieven ontstaan. ThaNet verwacht daarmee ook te kunnen bijdragen aan het probleem van de wachttijd bij EE.²⁸ Voor hulpvragers die niet bij hun eigen behandelaar terecht kunnen is EE een vangnet. EE doet er dan ook veel aan om te

²⁵ Zie in dit kader eveneens de reactie van de NVvP en de KNMG op de Initiatiefnota van Rosanne Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) «Een kritische reflectie op euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen», 7 november 2024.

²⁶ EuthanasieCode 2022, p. 20.

²⁷ Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p. 263–264.

Na de derde wetsevaluatie hebben de RTE een aantal wijzigingen in haar werkwijze doorgevoerd, zoals het invoeren van een efficiëntere beoordelingsprocedure, aanpassingen in de uitgeschreven oordeelbrieven, en de instelling van een reflectiekamer. Gemelde zaken worden door de RTE onderverdeeld in niet vragen oproepende (NVO) meldingen en vragen oproepende (VO) meldingen. NVO meldingen worden door de leden van de betreffende RTE digitaal beoordeeld en niet ter vergadering besproken. VO meldingen worden wel besproken in een commissievergadering. Zie: Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Den Haag: ZonMw, mei 2023, p.18.

²⁸ Kamerstuk 32 647, nr. 95; *We moeten het met elkaar hebben over de behoedzaamheid van de euthanasiepraktijk*, NRC Handelsblad 22 oktober 2024.

zorgen dat meer mensen in de reguliere ggz worden geholpen. Zo ondersteunen consulenten van EE psychiaters en andere artsen bij complexe euthanasieverzoeken zoals bij psychisch lijden. Daarnaast ondersteunt EE behandelaren door nascholingen en presentaties aan te bieden. Uiteindelijk zal dit resulteren in een kortere wachttijd voor patiënten die zich toch bij EE aanmelden. In de visie van EE hoort euthanasie thuis bij de eigen behandelaar.²⁹

Zoals eerder in deze kabinetsreactie is aangegeven, wordt in het veld signaleerd dat de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag afneemt.

Wat de door initiatiefnemer geuite zorgen over de onafhankelijkheid van de consultatie betreft het volgende.

Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij patiënten bij wie het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis altijd psychiatrische expertise moet inroepen. De RTE sluiten hiermee aan bij de beroepsgroepen KNMG en NVvP. De RTE toetsen of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd en of deze heeft beoordeeld of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. De arts kan volgens de RTE zelf beslissen of hij een onafhankelijk psychiater náást een (SCEN-)arts raadpleegt, of een (SCEN-)arts die tevens psychiater is.³⁰

In de NVvP richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* is de professionele standaard neergelegd voor levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Daarin is aangegeven hoe de extra behoedzaamheid betracht dient te worden bij een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden. In de NVvP richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen twee verschillende fasen (een beoordelingsfase en een consultatiefase) en vereist hiermee de betrokkenheid van twee psychiaters. De RTE maken geen indeling in fasen en vereisen de raadpleging van één onafhankelijk (SCEN-)arts die tevens psychiater is. De RTE wijkt hiermee af van de criteria in de NVvP richtlijn.

Second opinion door een onafhankelijke psychiater

In de NVvP richtlijn is aangegeven dat de arts in de beoordelingsfase altijd een onafhankelijk psychiater dient te raadplegen met specifieke deskundigheid inzake de psychische stoornis van de patiënt, bij voorkeur een specialist uit een topreferent centrum of academisch ziekenhuis. Het zoeken van een deskundig psychiater of specialistisch centrum en het aanvragen van de second opinion is de verantwoordelijkheid van de arts. De psychiater die de second opinion verricht, dient onafhankelijk te zijn. Daarbij gaat het volgens de richtlijn om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. De vereiste onafhankelijkheid houdt in dat de second opinion psychiater geen familielid van de arts of van de patiënt is; geen persoonlijke relatie heeft met de arts of de patiënt; geen lid is van het team, de groepspraktijk of de maatschap van de arts, en niet in een hiërarchische verhouding staat tot de arts en; geen behandelrelatie heeft of heeft gehad met de patiënt. Het is niet per se noodzakelijk dat de

²⁹ Consulent-Euthanasie-van-Expertisecentrum-Euthanasie-U-staat-er-niet-alleen-voor.pdf (expertisecentrum euthanasie.nl); in 2023 signaleerde EE een toename van het aantal psychiaters dat een consulent van EE inschakelt voor advies en begeleiding, namelijk 57; bijna een verdubbeling ten opzichte van 2022; zie EE Jaarverslag 2023: <https://expertisecentrum euthanasie.nl/feiten-en-cijfers/>.

³⁰ EuthanasieCode 2022, p. 47.

arts en degene die de second opinion verricht in verschillende instellingen werkzaam zijn. In de verslaglegging dient de onafhankelijke psychiater onder meer aan te geven wat de onderlinge relatie is tussen de arts, patiënt en de second opinion psychiater.³¹

Raadplegen (SCEN-)consulent

De arts behoort voorafgaand aan het uitvoeren van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts (consulent) te raadplegen, die de patiënt ziet en beoordeelt of is voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Het is de professionele norm dat de onafhankelijke arts die wordt geraadpleegd een SCEN-arts is, maar dit is geen wettelijk vereiste.³² Ook de RTE geven er de voorkeur aan dat de consultatie wordt uitgevoerd door een SCEN-arts.³³ Een arts kan een SCEN-arts inschakelen door te bellen met een SCEN-telefoonnummer in de regio. De telefonist van de telefooncentrale benadert vervolgens de dienstdoende SCEN-arts.³⁴

In het modelverslag dat de uitvoerend arts bij de melding van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding aan de lijkschouwer dient te overhandigen (die de melding en de bijbehorende stukken vervolgens aan de RTE stuurt) moet de arts aangeven of de door hem geraadpleegde arts een SCEN-arts is. Daarnaast moet de arts in het modelverslag motiveren waarom hij en de door hem geraadpleegde arts onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar.³⁵

Uit bovenstaande volgt dat er in het huidige systeem veel voorwaarden zijn opgenomen om de onafhankelijkheid van de door de arts te raadplegen second opinion psychiater en (SCEN-)arts te waarborgen. Dit wordt door de RTE getoetst.

De coördinerend voorzitter van de RTE heeft eerder in een interview met Medisch Contact aangegeven dat er in het huidige stelsel in de praktijk wel enig zicht is op individuele artsen die relatief vaak euthanasie uitvoeren, en de zorgvuldigheid van dat aspect. De secretaris of de commissieleden van een van de vijf regionale RTE zien op basis van hun ervaring of artsen meerdere euthanasieverzoeken op zich nemen. Als zij bemerken dat zij daarbij telkens dezelfde combinatie zien van arts plus SCEN-arts of onafhankelijk deskundige, worden er door de RTE vragen gesteld om dat toe te lichten, want dan kan de onafhankelijkheid in het geding komen.³⁶ In de EuthanasieCode wordt er in dit kader op gewezen dat van niet-onafhankelijkheid sprake kan zijn als arts en consulent regelmatig, bijvoorbeeld, over en weer voor elkaar optreden.

Tot slot, initiatiefnemer stelt dat in de huidige situatie de grote individuele verschillen tussen ggz-behandelaars in hoe zij omspringen met een euthanasieverzoek, zeker bij een jongere patiëntengroep, tot willekeur, ongelijkheid en onzekerheid leiden. Echter mag iedere arts/psychiater in Nederland die geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek van een patiënt hierin een eigen afweging maken en op basis van professionele

³¹ NVvP Richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018), p. 22–24.

³² KNMG-standpunt *Beslissingen rond het Levenseinde* (18 november 2021), p.30.

³³ Euthanasiecode 2022, p.30

³⁴ Zie: <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/voor-artsen>.

³⁵ Het model voor het beredeneerd verslag van de behandelend arts is vastgesteld bij algemene maatregel van bestuur (artikel 1a van het Besluit modellen artikel 9, tweede lid, Wet op de Lijkbezorging).

³⁶ RTE houdt vinger aan pols bij bovengemiddeld aantal euthanasieverzoeken, Medisch Contact, 20 september 2024.

bevindingen tot het oordeel komen of hij wel/niet aan een euthanasieverzoek kan voldoen en of er aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Een arts/psychiater is nooit verplicht euthanasie te verlenen en mag bijvoorbeeld op grond van geloofsovertuiging, gewetens- of andere bezwaren besluiten om niet tot het verlenen van euthanasie bereid te zijn.

Hoewel de huidige euthanasiepraktijk zorgvuldig is, goed functioneert en met de nodige waarborgen is omgeven, baren de huidige meningsverschillen binnen de beroepsgroep over euthanasie bij psychisch lijden, in het bijzonder bij jongeren, en de wijze waarop de discussie daarover de afgelopen maanden gevoerd is mij zorgen. Deze zorgen heb ik in een recent gesprek aan de voorzitters van de NVvP en de KNMG overgebracht. De initiatieven die door de NVvP zijn gestart om een dialoog binnen de beroepsgroep te voeren en de NVvP richtlijn te herzien zijn in dat gesprek nader toegelicht. Ik vind het positief dat de NVvP deze initiatieven heeft genomen en heb vertrouwen in een goede uitkomst.

Ik ben van mening dat, gezien het feit dat de huidige euthanasiepraktijk zorgvuldig is en euthanasie (bijzonder) medisch handelen betreft, de discussie over de praktijk rondom euthanasie bij psychisch lijden allereerst verder gevoerd dient te worden binnen de beroepsgroep.

Het instellen van een commissie van wijzen om hierover te adviseren acht ik in het licht van bovenstaande dan ook niet aangewezen.

(5) Het initiatief uit het veld voor een vrijwillige mediatorrichtlijn voor berichtgeving over euthanasie te omarmen en waar mogelijk te steunen en bevorderen.

Initiatiefnemer merkt op dat er de afgelopen jaren steeds meer media-aandacht is gekomen voor euthanasie bij psychisch lijden, met name van jonge mensen. En dat de berichtgeving hierover zeer eenzijdig is en met name gericht op euthanasieverzoeken van jonge mensen die ook daadwerkelijk worden ingewilligd, terwijl dit maar een heel klein aantal betreft. Zij wijst erop dat hierin het gevaar schuilt van het zogenaamde Werther-effect, het effect dat zelfmoord door veel media-aandacht besmettelijk kan zijn.

Zoals ik onlangs ook al in antwoord op schriftelijke Kamervragen van het voormalig lid Hertzberger (NSC) heb aangegeven vind ik het, om de genuanceerdheid in het debat te vergroten, van groot belang dat in de media zorgvuldig over euthanasie wordt bericht en dat in de volle breedte aandacht is voor euthanasie bij psychisch lijden.³⁷ De mediatorrichtlijn van EE, waarmee beoogd wordt zorgvuldige berichtgeving over euthanasiezorg te bevorderen en kwetsbare mensen te beschermen, ondersteun ik dan ook van harte. Ik roep de media op deze richtlijn op te volgen. Waar mogelijk zal ik de richtlijn onder de aandacht brengen en het gebruik ervan bevorderen. Ook de NVvP en de KNMG hebben aangegeven de mediatorrichtlijn te onderschrijven en de oproep om de richtlijn verder te bevorderen, te steunen.

Conclusie

In het licht van de door initiatiefnemer gedane vijf voorstellen en bovengenoemde reactie daarop kan concluderend gesteld worden dat:

- voor de beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden het medisch oordeel bepalend is en dat naar medisch vakkundig oordeel moet vaststaan of hiervan sprake is. Het is dan ook primair aan de beroeps-

³⁷ Aanhangsel Handelingen II 2023/24, nr. 2392 HERDRUK.

groep om te bepalen of algemeen breed onderzoek naar de prognose van psychiatrische aandoeningen – in aanvulling op reeds bestaande studies naar het beloop van psychiatrische aandoeningen en effecten van behandelingen op het beloop – van meerwaarde is;

- het aan de medische professionals (beroepsgroep) is om te bepalen wat de professionele standaard is en of de huidige richtlijn ten aanzien van het beoordelen van de uitzichtloosheid van het lijden moet worden aangepast en welke aspecten daarbij van belang zijn aangezien het hier gaat om een medisch inhoudelijke discussie. Het is niet aan een commissie van wijzen om hierover te adviseren.
- aanvullend onderzoek – naar de staat van de ggz, de invloed op euthanasieverzoeken en -meldingen en de beschikbaarheid van redelijke alternatieve oplossingen voor jonge psychiatrische patiënten die een euthanasieverzoek indienen – op dit moment niet aangewezen lijkt aangezien er al veel onderzoeken lopen dan wel uitgevoerd zijn, op basis waarvan diverse maatregelen in gang zijn of worden gezet. En dat, mocht op basis van de uitkomsten van de lopende onderzoeken blijken dat er aanvullend onderzoek nodig is, vervolgonderzoek uiteraard niet wordt uitgesloten;
- de discussie over de huidige praktijk rondom euthanasie bij psychisch lijden, de wijze waarop deze praktijk is ingericht en waar deze eventueel verbetering zou behoeven, allereerst verder gevoerd dient te worden binnen de beroepsgroep. Het instellen van een commissie van wijzen om hierover te adviseren, is dan ook niet aangewezen.
- de media worden opgeroepen de mediarichtlijn die door Expertisecentrum Euthanasie is opgesteld ter harte te nemen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans