

Vergaderjaar 2010–2011

32 500 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011

Nr. 125

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 februari 2011

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 minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 augustus 2010 inzake het Jaarverslag 2009 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 158).

De op 1 oktober 2010 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 15 februari 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Vacature (GL).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met grote belangstelling kennisgenomen van het jaarverslag 2009 van de regionale toetsingscommissie euthanasie. Het heldere verslag geeft een goed inzicht in de wijze waarop de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) wordt uitgevoerd. Deze leden spreken hun waardering uit voor de zorgvuldige wijze waarop de toetsingscommissie verslag doet. Zij hebben naar aanleiding van de brief enkele aanvullende vragen en opmerkingen.

1

Uit het verslag 2009 blijkt dat het aantal meldingen met 13 procent is gestegen ten opzichte van 2008. Uit eerdere verslagen blijkt dat deze stijging niet op zichzelf staat. In het verslag van 2008 wordt melding gemaakt van een stijging van 10 procent. Ook de jaren daarvoor laten een stijging van het aantal meldingen zien. In het jaarverslag van 2008 werd de toename van het aantal meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding toegeschreven aan de betere scheiding tussen palliatieve sedatie en euthanasie. Bij dit jaarverslag wordt geen reden voor de stijging aangedragen. Kan de minister toelichten wat volgens hem de verklaring van deze toename is?

De commissies kunnen de stijging van de meldingen niet met zekerheid verklaren. In het jaarverslag 2008 zijn twee mogelijke verklaringen gegeven voor deze stijging, namelijk de duidelijkere afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie en het toenemende gebruik van de reguliere euthanatica. In de aankomende evaluatie van de WTL zal nader onderzoek gedaan worden naar verklaringen voor de toename van het aantal meldingen.

2

In de begeleidende brief bij het verslag over 2009 geeft de minister aan dat de evaluatie van de WTL «binnenkort» van start gaat. Genoemde leden kunnen instemmen met dit voornemen tot evaluatie maar willen graag wat meer duidelijkheid over de op handen zijnde evaluatie. Kan de minister toelichten wanneer het evaluatieonderzoek van start gaat, en uiteenzetten op welke termijn de afgeronde evaluatie voor de Kamer beschikbaar komt?

Ik heb ZonMw reeds opdracht gegeven tot evaluatie van de WTL. Het evaluatieonderzoek zal medio 2011 van start gaan. Een belangrijk onderdeel van het evaluatieonderzoek zal betrekking hebben op het beschrijven en duiden van (verschuivingen van) trends in de praktijk, waarbij ook de rol van onder andere palliatieve zorg en palliatieve sedatie zal worden onderzocht. Daarnaast zal het onderzoek betrekking hebben op de volgende onderwerpen: levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, ingewikkelde verzoeken, het niet-inwilligen van verzoeken, de betrokkenheid van andere disciplines dan de arts en de interpretatie van het begrip «lijden aan het leven». Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het najaar 2012 aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

3

Ook met betrekking tot de aard en omvang van deze evaluatie hebben deze leden nog enkele vragen. Vooruitlopend op de aangekondigde evaluatie heeft de regering al enkele onderwerpen genoemd die onderdeel zullen uitmaken van de evaluatie. In antwoord op de vragen over de begeleidende brief bij een eerder verslag (2008) werd de verhouding tussen palliatieve sedatie en euthanasie als onderdeel

genoemd. In de begeleidende brief bij het verslag over 2009 wordt het onderzoek naar de oorzaken van het stijgend aantal meldingen aan de agenda toegevoegd. De leden van de PvdA-fractie zijn voorstander van een ruim opgezette evaluatie van de wet en vinden dat beide onderwerpen thuis horen in een dergelijke evaluatie. Kan de minister uiteenzetten welke onderwerpen hij nog meer op zijn lijstje heeft staan?

Zie mijn antwoord op vraag 2.

4

Onder palliatieve sedatie wordt het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van de patiënt in de laatste levensfase verstaan. Dit gebeurt in de praktijk om ondraaglijk lijden te verlichten. De patiënt eerder laten sterven kan een gevolg van palliatieve sedatie zijn maar is geen doel op zichzelf. Palliatieve sedatie wordt daarom tot een medische handeling gerekend en valt daarom niet onder de euthanasiewetgeving. Een arts hoeft palliatieve sedatie dus niet te melden of te laten toetsen. Deze leden zijn van mening dat palliatieve sedatie, ondanks het feit dat dit niet onder de euthanasiewetgeving en daarmee niet onder het toetsingsbereik van de commissie valt, niet helemaal los is te zien van dit schriftelijk overleg. Bij het jaarverslag van 2008 werd bijvoorbeeld de toename van het aantal meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding toegeschreven aan de betere scheiding tussen palliatieve sedatie en euthanasie. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de verhouding tussen palliatieve sedatie en euthanasie aan de orde komt bij de evaluatie van de WTL en hebben met instemming kennisgenomen van dit voornemen. Zij hebben nog vele vragen over palliatieve sedatie. Is er inzicht in het aantal maal per jaar dat palliatieve sedatie plaatsvindt? Neemt dit aantal ook toe? Kan de minister toelichten of er bij de evaluatie op deze onderwerpen nader wordt ingegaan? Indien dat niet het geval is, is de minister dan bereid om nader onderzoek te laten doen naar deze problematiek?

Het sterfgevallenonderzoek uit 2005 heeft uitgewezen dat palliatieve sedatie in 8,2% van alle sterfgevallen plaatsvindt. In de aankomende evaluatie van de WTL zal wederom aandacht worden besteed aan dit onderwerp, waarbij de door u geformuleerde vragen ook aan de orde zullen komen. Zie verder mijn antwoord op vraag 2.

5

De toetsingscommissie euthanasie heeft in haar rapportage een aantal verslagen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding opgenomen in haar rapport. Het valt deze leden op dat de leeftijd van de patiënten in de verslagen van de terminale patiënten in de beschreven situaties vrijwel altijd boven de 60 jaar is en nooit onder de 50 jaar is. Genoemde leden vragen de minister of dit beeld klopt met de praktijk. Doen jongere terminale patiënten geen verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding bij ondragelijk lijden? Is er bij deze levenscategorie sprake van een verschuiving van euthanasie naar palliatieve sedatie? Graag een toelichting op dit punt door de minister.

In het jaarverslag worden, zoals gebruikelijk, alle casussen opgenomen waarbij de commissie tot het oordeel is gekomen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De overige opgenomen casus zijn geselecteerd ter illustratie van de daarvoor besproken specifieke zorgvuldigheidseis. De commissies beoordelen ook regelmatig meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten jonger dan vijftig jaar. Dat voorbeelden hiervan niet altijd in het jaarverslag van de commissies zijn opgenomen is het gevolg van genoemde wijze van selecteren.

6

Soms is de doodwens al lang voordat de terminale ziekte zich openbaart aanwezig. In de eerste casus wordt op treffende wijze het lot van een man beschreven die al voor het aandienen van de ziekte niet meer verder wilde leven. De man in casu weigerde behandeling van een goed behandelbare vorm van kanker en greep de ziekte aan om op deze wijze zijn levenseinde te bespoedigen. De patiënt, zo staat er, zag zijn aandoening als een zegen omdat hij zijn leven al 2 jaar als zinloos beschouwde. Dat de doodwens van deze man niet op zichzelf staat maar in de maatschappij veel vaker voorkomt bleek eerder dit jaar. Op 18 mei van dit jaar (2010) werden 116 871 handtekeningen aangeboden aan de heer Remkes, de voorzitter van de Commissie voor de Verzoekschriften en de Burgerinitiatieven in Den Haag. Met dit initiatief willen burgers bevorderen dat de stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten wordt gelegaliseerd. Kan de minister uiteenzetten wat het standpunt van de regering is? Is de regering van mening dat oude mensen het recht moeten hebben om een weloverwogen keuze te kunnen maken om met stervenshulp op een zelfgekozen tijdstip het leven te beëindigen? Graag een toelichting op dit punt door de minister.

Er bestaat geen afdwingbaar recht op hulp bij zelfdoding. Wanneer een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding voldoet aan de zorgvuldigheidseisen die in de WTL zijn geformuleerd, mag een arts dit verzoek honoreren. De toetsingscommissies hebben geen meldingen ontvangen van casus waarbij een arts de euthanasievraag van een patiënt heeft gehonoreerd op enkel de grond van een «voltooid leven».

Het is van belang dat het maatschappelijk debat wordt gevoerd over levenseindeproblematiek en hulp bij zelfdoding. Zo kan ook duidelijkheid ontstaan over wat we nu precies verstaan onder «voltooid leven» en «lijden aan het leven». Medio februari gaat de Tweede Kamer in gesprek met de indieners van het burgerinitiatief. Ik wacht de uitkomsten van dit gesprek af.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het jaarverslag 2009 van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Zij spreken waardering uit voor de grote zorgvuldigheid waarmee deze rapportage wederom is opgesteld. Naar aanleiding van het jaarverslag hebben genoemde leden nog de volgende vragen en opmerkingen:

7

In 2009 jaar hebben artsen 2636 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld. Dat is een stijging van 13 procent ten opzichte van 2008. Het totale aantal sterfgevallen is minder toegenomen dan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) had voorspeld. Kan de minister een verklaring geven voor deze stijging? Zet deze stijging door in 2010? Klopt de mededeling van ethicus Boer dat het aantal gevallen van euthanasie in Midden-Nederland in 2010 tot 31 augustus zelfs 31 procent hoger is?

7

Zie mijn antwoord op vraag 1. De in 2009 gesignaleerde (gemiddelde) stijging van het aantal meldingen lijkt zich in de eerste helft van 2010 voort te zetten. De toename van het aantal meldingen in deze periode verschilt per regio.

Aantal ontvangen meldingen per regio

	Aantal ontvangen meldingen 2010	Aantal ontvangen meldingen 2009
Regio Groningen, Friesland en Drenthe	213	205
Regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	528	401
Regio Noord-Holland	515	424
Regio Zuid-Holland en Zeeland	413	351
Regio Noord-Brabant en Limburg	353	310
Totaal	2022	1 691

Periode: 1 januari–31 augustus

8

Euthanasie en hulp bij zelfdoding is louter toegestaan als voldaan wordt aan een vrijwillig en weloverwogen verzoek en er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Worden deze criteria nog strikt gehanteerd? Is bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden nog steeds sprake van een perspectief van maximaal 14 dagen tot de zeer waarschijnlijke en onafwendbare dood?

De toetsingscommissies beoordelen iedere melding aan de hand van de wettelijk vastgestelde zorgvuldigheidseisen. Het lijden van de patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd wanneer de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en ook een gedeeltelijk herstel niet mogelijk is. De wet stelt niet dat bij de zorgvuldigheidseis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden een perspectief van maximaal 14 dagen tot de zeer waarschijnlijke en onafwendbare dood gehanteerd dient te worden.

9

Hebben de toetsingscommissies de indruk dat het lijden van een patiënt soms wordt uitvergroot om daardoor een besluit tot euthanasie te rechtvaardigen? Hoe toetsen de toetsingscommissies hierop?

Deze indruk bestaat niet bij de toetsingscommissies. De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Anders dan de uitzichtloosheid van het lijden, die geobjectiveerd kan worden, is de ondraaglijkheid van het lijden een meer aan de persoon gebonden begrip. Het lijden moet voor de arts invoelbaar zijn. De arts op zijn beurt dient dit voor de commissie aannemelijk te maken. Aan de hand van de schriftelijke verslaglegging van de arts en de consulent, alsmede uit bij de melding gevoegde documentatie (specialistenbrieven, journaal en dergelijke) vormen de commissies zich een oordeel. Zo nodig wordt de arts en/of de consulent gevraagd nadere schriftelijke informatie te verstrekken, dan wel uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

10

In hoeverre wordt het uiterste gedaan om ondraaglijk lijden te verlichten?

Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal bij zorg rond het levenseinde. Een arts zal vanuit zijn beroepsplicht het lijden van iedere patiënt zoveel mogelijk proberen te beperken en weg te nemen. De invulling van het begrip ondraaglijk lijden is per patiënt verschillend, aangezien het diens beleving van het lijden betreft. De betekenis van het lijden voor de betreffende patiënt is maatgevend. De patiënt kan beslissen om een door de arts voorgestelde behandeling of verzorging te weigeren. Bij een verzoek tot euthanasie dient de arts met de patiënt tot de overtuiging te komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen

redelijke andere oplossing is om het lijden te verlichten dan levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

11

De mogelijkheden voor palliatieve zorg zijn zodanig toegenomen dat juist een verlaging van de verzoeken tot euthanasie en hulp bij zelfdoding verwacht zou mogen worden. Hoe verklaart de minister dat er desondanks toch sprake is van een stijging?

Een toename in de mogelijkheden voor palliatieve zorg hoeft mijn inziens niet per definitie te leiden tot een vermindering in het aantal verzoeken tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Een door de arts voorgestelde behandeling of verzorging hoeft niet voor alle patiënten een redelijke of aanvaardbare oplossing voor het lijden te zijn, bijvoorbeeld vanwege de verwachte bijwerkingen en de angst om het bewustzijn te verliezen. In de evaluatie van de WTL zal onderzoek gedaan worden naar oorzaken voor de stijging van het aantal meldingen en de relatie tot palliatieve zorg zal daarin worden meegenomen. Zie verder mijn antwoord op vraag 1.

12

Bent u van mening dat artsen voldoende worden nageschoold in de mogelijkheden voor palliatieve zorg? Zo ja, waarom blijkt dat niet uit deze cijfers?

Mijn beleid en dat van mijn voorganger is er op gericht om de verankering van palliatieve zorg te borgen. Palliatieve zorg moet onderdeel uitmaken van basisopleidingen, specialistische opleidingen en bij- en nascholingstrajecten. Op dit moment loopt in het kader van het Platform Palliatieve Zorg een groot project dat hier een belangrijke bijdrage aan levert. Uit een inventarisatie van onderwijs in palliatieve zorg in 2009 komt naar voren dat er verschillende nascholings- en bijscholingscursussen worden aangeboden voor artsen. Meer kennis over palliatieve zorg bij artsen hoeft echter niet te leiden tot minder gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, omdat deze kennistoename ook inzicht kan geven aan de begrensde mogelijkheden van palliatieve zorg en juist de keuze voor euthanasie of hulp bij zelfdoding kan verduidelijken.

13

In enkele gevallen lijkt sprake te zijn van medisch onzorgvuldige uitvoering. Is de minister bereid om artsen nogmaals te wijzen op het belang van zorgvuldig handelen, het zelf aanwezig zijn tot het overlijden en op het zorgvuldig omgaan met euthanatica?

Ik betreur dat er in 2009 enkele meldingen zijn geweest waarbij de commissie tot het oordeel heeft moeten komen dat de arts medisch onzorgvuldig heeft gehandeld. De WTL vereist medisch zorgvuldige uitvoering van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. De bestaande richtlijnen, waaronder de Standaard Euthanatica, zouden, mits deze geraadpleegd worden, voldoende duidelijkheid aan artsen moeten verschaffen omtrent medisch zorgvuldige uitvoering. De KNMG heeft aangegeven dat individuele artsen gemiddeld genomen slechts eens in de drie jaar tot uitvoering van euthanasie overgaan, waardoor voorlichting met name gericht zou moeten zijn op herhaling en opfrissing. De KNMP en KNMG zullen de Standaard Euthanatica herzien en brengen voor het eerst een gezamenlijke versie uit, die naar verwachting voor de zomer 2011 gereed zal zijn en digitaal zal worden verspreid. Het doel van deze nieuwe Standaard is om meer duidelijkheid aan artsen te bieden en om beter aan te sluiten op de huidige praktijk. Ik vind het belangrijk dat de beroepsgroep zich op deze manier inzet om de regelgeving onder de voortdurende aandacht van artsen te brengen. Het onderwerp komt

tevens in de opleiding tot SCEN-arts uitgebreid aan de orde, zodat deze de uitvoerend arts kan voorlichten en adviseren.

14

De gemiddelde beoordelingstijd van euthanasiezaken door de toetsingscommissies is gestegen tot 37 dagen. In 2007 was dat nog gemiddeld 28 dagen. Genoemde leden vinden deze stijging onwenselijk. Kan de minister uiteenzetten op welke wijze hij zorg draagt dat deze termijn weer daalt? Waar streeft de minister naar voor 2010?

In artikel 9 van de WTL is bepaald dat de commissie binnen zes weken haar oordeel aan de arts kenbaar maakt. Uiteraard is het streven van de toetsingscommissies deze termijn te halen. Door de stijging van het aantal meldingen gedurende een aantal opeenvolgende jaren is een achterstand bij de afhandeling van zaken ontstaan. Daarnaast vergen gecompliceerde zaken extra overleg binnen de commissie. De door mijn voorganger toegekende formatieuitbreiding van de secretariaten is in gang gezet, waardoor extra capaciteit is ontstaan. Tevens is er een werkgroep geformeerd die de werkwijze en processen van de commissies en het secretariaat zal onderzoeken op efficiëntie. Deze werkgroep zal in 2011 met voorstellen komen. De extra in te zetten capaciteit en de efficiëntieverbetering in de werkwijze van de toetsingscommissies zullen naar verwachting halverwege volgend jaar leiden tot daling van de beoordelings-termijn.

15

In 2009 zijn twaalf meldingen beoordeeld van levensbeëindiging op verzoek van patiënten die in een beginfase van dementie verkeerden. Kan de minister uiteenzetten dat de criteria zoals aangegeven in de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding onverminderd en onveranderd van kracht zijn? Op welke wijze worden deze criteria getoetst bij beginnende dementie?

De zorgvuldigheidseisen, zoals vastgelegd in de WTL zijn onverminderd van kracht. Zoals ook in het jaarverslag is beschreven, zal de besluitvorming in geval van een melding bij beginnende dementie door de arts zeer zorgvuldig (moeten) plaatsvinden en voor de commissie inzichtelijk worden gemaakt. Hierbij wordt het door de commissies raadzaam gevonden om één of meerdere deskundigen (waaronder bij voorkeur een geriater of psychiater) te raadplegen naast de arts die als onafhankelijk consulent wordt geraadpleegd.

16

Kan de minister toelichten op welke wijze de regering verder inzet op verbetering van de palliatieve zorg?

Door ZonMw is recent een aanzet voor een verbeterprogramma aan mij aangeboden. Deze aanzet is ook in het Platform Palliatieve Zorg aan de orde geweest en is positief ontvangen. Een verbeterprogramma brengt professionals en zorgorganisaties in beweging, en is gericht op het werken aan kwaliteit en een doelgerichte en efficiënte aanpak van palliatieve zorg. Toepassing van kennis maakt een belangrijk onderdeel uit van het programma. Daarnaast werk ik samen met het veld aan een versterking van de organisatie van palliatieve zorg en komt een heldere taakafbakening tot stand van de actoren die de ondersteuningsstructuur vormen. Bovendien wil ik bevorderen dat palliatieve zorg wordt uitgevoerd conform richtlijnen, protocollen en zorgplannen. Goede voorbeelden en best practices worden verder ontwikkeld en bestaande kwaliteitsinstrumenten en methoden, worden verder verspreid en geïmplementeerd. De toetsbaarheid van palliatieve zorg wordt bevorderd, bijvoorbeeld door

het gebruik van kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Het veld zal ik hierin blijven betrekken. Recent is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden opgericht. Ik heb dit platform in juli 2010 gevraagd om in nauwe samenwerking met veldorganisaties de ontwikkeling van de zorgmodule palliatieve zorg te bevorderen. Zorgstandaarden vervullen een belangrijke rol bij de implementatie van het chronische ziektenbeleid. Zij dienen er toe om optimale zorg voor chronisch zieken te bevorderen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie spreken hun waardering uit voor het zorgvuldige verslag van de toetsingscommissies.

17

Dat het aantal meldingen wederom met 10 procent is gestegen kan er op wijzen dat de meldingsbereidheid toeneemt. De toename kan echter ook andere oorzaken hebben. Deze leden vinden het dan ook zeer terecht dat in 2010 wederom gestart is met een grondig evaluatieonderzoek en willen graag weten wanneer dit onderzoek afgerond zal zijn en naar de Kamer wordt gestuurd.

Zie mijn antwoord op vraag 2.

18

Zij vinden het ook terecht dat de formatie is uitgebreid, zij vragen of deze uitbreiding voldoende is geweest zodat de commissies hun werk weer aankunnen.

De formatieuitbreiding is reeds in gang gezet. Om de inwerkperiode van de nieuwe medewerkers te overbruggen wordt tijdelijk met extra capaciteit gewerkt om de opgelopen achterstanden niet verder op te laten lopen en de kwaliteit van de toetsing te garanderen. Zie ook mijn antwoord op vraag 14.

19

Genoemde leden vinden het positief dat het gebruik van de Standaard Euthanatica aanzienlijk is toegenomen. Wel constateren de commissies dat overleg met SCEN-artsen over uitvoering van euthanasie nog weinig gebeurt. Dit terwijl de SCEN-artsen was verzocht dit mee te nemen in hun overleg met de behandelend arts. Zo bleek uit de antwoorden op vragen naar aanleiding van het verslag vorig jaar. Misschien is het verstandig dit verzoek aan de SCEN-artsen te herhalen.

De medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie vormt onderdeel van de checklist die SCEN-artsen gebruiken bij de consultatie en ik vind het belangrijk dat de SCEN-arts dit onderdeel bespreekt in zijn overleg met de behandelend arts.

20

Voorts vinden deze leden het zeer positief dat artsen kennelijk grote terughoudendheid betrachten ten aanzien van hulp bij zelfdoding bij patiënten vanwege psychiatrische problematiek. Is bekend of en zo ja, hoe vaak hier wel een verzoek toe is ingediend?

De commissies hebben in het verslagjaar 2009 geen meldingen ontvangen van hulp bij zelfdoding bij patiënten vanwege psychiatrische problematiek. In verslagjaar 2008 waren er twee meldingen, waarbij de commissie in beide gevallen oordeelde dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. In oktober 2010 schreef Trouw dat er in 2008 520 verzoeken tot hulp bij zelfdoding zijn gedaan en minder dan

2% van de psychiaters hulp bij zelfdoding heeft verleend.¹ Dit zou blijken uit de resultaten van een onderzoek naar verzoeken om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie, uitgevoerd door Joep van Helden in opdracht van de NVVE, dat ter publicatie is voorgelegd aan een wetenschappelijk tijdschrift.

21

De leden van de SP-fractie constateren dat het aantal verzoeken om levensbeëindiging bij beginnende dementie is toegenomen, Het valt hen op dat het in een beschreven geval om een nog vrij jonge man gaat en zij vragen de minister wat de leeftijd van de overige mensen was.

De leeftijd van overlijden van de overige mensen die in 2009 een verzoek om levensbeëindiging hebben ingediend in verband met beginnende dementie, varieert van eind vijftig tot halverwege de tachtig jaar. Het merendeel betrof ouderen die ouder waren dan tachtig jaar.

22

Tevens constateren zij dat de staatssecretaris op vragen van vorig jaar over levensbeëindiging bij dementie bevestigde dat het door artsen als emotioneel zeer ingrijpend wordt ervaren. Zij kunnen terecht bij SCEN-artsen voor steun. Deze leden vragen of dit voldoende is en of hier nader onderzoek naar kan komen.

Euthanasie is voor artsen altijd erg ingrijpend. Indien artsen steun nodig hebben kunnen zij hiervoor terecht bij SCEN, maar ook bij collega's, de maatschap of de huisartsengroep. In 2010 is het evaluatieonderzoek van SCEN² gepubliceerd, hierin is reeds onderzocht of consultvragende artsen behoefte hebben aan steun van SCEN-artsen op het emotionele vlak. Vrijwel geen van de respondenten gaf aan deze behoefte te hebben, zij konden het zich wel voorstellen dat anderen daar behoefte aan zouden hebben.

23

Genoemde leden constateren uit de toenmalige antwoorden ook dat het verloop zich niet eenvoudig laat voorspellen. Dat dwingt een patiënt mogelijk tot snelle beslissingen, zo denken zij, hoe zijn de ervaringen hiermee?

Uit de meldingen blijkt dat het besluitvormingsproces van de arts noch patiënt onder druk plaatsvindt. Integendeel, juist in geval van dementie blijkt extra zorgvuldigheid te worden betracht. Door de goede verslaglegging en documentatie van de arts zijn de commissies in staat zich een beeld te vormen van dit besluitvormingsproces en zij hebben niet de indruk dat de patiënt tot snelle beslissingen wordt gedwongen.

24

In het verslag wordt er op gewezen dat het goed zou zijn een geriater te raadplegen mede om een goede inschatting te kunnen maken van de angst voor toekomstig lijden. Wat is de reactie van de minister hierop en wat gaat u hieraan doen?

Ik acht het van belang dat er in gecompliceerde gevallen extra aandacht wordt besteed aan een zorgvuldige beoordeling. In geval van beginnende dementie zal de ondraaglijkheid van het lijden bestaan uit de beleving van de patiënt van de zich reeds voltrekkende aftakeling van zijn persoonlijkheid, functies en vaardigheden, in een besef dat dit proces alleen maar zal toenemen en zal leiden tot fundamentele afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. Door deze angst voor toekomstig lijden kan een actuele lijdensdruk ontstaan. De als consulent benaderde onafhankelijke

¹ «Psychiaters willen niet helpen bij zelfdoding.», in *Trouw*, 11 oktober 2010.

² Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. (2010). Evaluatie van SCEN: Wat is goede steun en consultatie? Mogelijkheden voor verdere professionalisering. *EMGO instituut*.

arts geeft zijn oordeel over alle wettelijk vastgestelde zorgvuldigheidseisen. Het kan bij een verzoek tot levensbeëindiging in geval van beginnende dementie verstandig zijn het oordeel van een gespecialiseerd arts, zoals een geriater, in te winnen. Dit wordt dan ook meegenomen in de voorlichting aan artsen.

25

Zij vragen de minister tevens of hij van mening is dat dergelijke verzoeken met grote terughoudendheid worden tegemoet getreden?

Ik ben de mening toegedaan dat terughoudendheid gepast is bij een verzoek tot levenbeëindiging bij dementie. In de praktijk zijn artsen terughoudend als het om patiënten met dementie gaat. Gezien de gecompliceerde aard van dergelijke verzoeken is uiterst zorgvuldige afweging van de arts vereist op de aspecten van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het (actueel) lijden.

26

In het verslag is te lezen dat artsen soms weigeren nadere informatie in een gesprek te verschaffen. Wat zijn de mogelijkheden van de toetsingscommissies om artsen hier toch toe te krijgen?

Een meldend arts dient zich toetsbaar op te stellen. De commissies geven dit aan de voor een gesprek uitgenodigde arts duidelijk aan. Door niet op de uitnodiging van de commissie in te gaan onthoudt de arts zichzelf van de mogelijkheid om een nadere toelichting op zijn handelen te geven. De commissie zal daardoor niet in staat zijn te oordelen dat de arts al dan niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissie is gehouden haar oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld door te sturen aan het College van procureurs-generaal en de inspecteur van de Volksgezondheid. Deze instanties hebben ieder hun eigen mogelijkheden om de arts alsnog uit te nodigen voor een mondelinge toelichting.

27

De leden van de SP-fractie blijven kritisch over de wilsverklaring en de duidelijkheid over de beperkingen ervan. In het verslag wordt ingegaan op de positieve kanten ervan, zijn er ook negatieve ervaringen bijvoorbeeld te hoge verwachtingen?

De arts dient de overtuiging te hebben gekregen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Uitgangspunt hierbij is het mondelinge overleg vooraf tussen arts en patiënt. De schriftelijke wilsverklaring kan het mondelinge verzoek ondersteunen en verduidelijken, maar is niet doorslaggevend.

28

Voorts willen zij graag een overzicht hoe het staat met SCEN-artsen in ziekenhuizen, zijn er inmiddels meer dan 73 ziekenhuizen die participeren in het SCEN-programma.

Er heeft zich afgelopen jaar geen verandering voorgedaan met betrekking tot de participatie van ziekenhuizen in het SCEN-programma. Alle ziekenhuizen kunnen een beroep doen op SCEN-artsen. In totaal 73 (van de 90) ziekenhuizen participeren in het SCEN-programma op formele basis. Daarnaast voeren zes ziekenhuizen consultaties door SCEN-artsen uit, hoewel zij niet formeel participeren.

29

Tenslotte willen zij weten of er altijd in voldoende mate palliatieve zorg kan worden aangeboden.

Mijn beleid en dat van mijn voorgangers is er altijd op gericht geweest dat palliatieve zorg zoveel mogelijk onderdeel is van reguliere zorgverlening. Dit betekent dat palliatieve zorg in eerste instantie zoveel mogelijk wordt verleend door professionele hulpverleners, zoals huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, verpleeghuisartsen en ziekenhuisartsen. De deskundigheid van al deze hulpverleners kan nog verder worden versterkt. Maar ook dan kunnen zij niet altijd voor iedere patiënt de nodige deskundigheid in huis hebben. Daarom is voorzien in ondersteuning door zorgverleners die specialistische kennis in huis hebben, de specialistische multidisciplinaire consultatieteams. Door een verdere verbetering van de organisatie van palliatieve zorg, waaraan ook het Platform Palliatieve Zorg heeft bijgedragen, wordt de beschikbaarheid van palliatieve zorg geoptimaliseerd.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie uiten hun zorgen over de signalen die in het jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie naar voren komen. Duidelijk wordt uit het jaarverslag dat de toetsingscommissies zwaar op de proef worden gesteld door het stijgende aantal meldingen. Leden van de commissies moeten in een korte tijd steeds meer dossiers bestuderen. Dit vormt een mogelijke bedreiging voor een zorgvuldige afhandeling van meldingen van euthanasie. Deze leden vinden de euthanasiewetgeving een groot goed waarmee zorgvuldig moeten worden omgegaan. Daarbij hoort niet alleen een zorgvuldige en tijdige afhandeling van gedane meldingen, maar ook transparantie over de uitspraken van de commissies via onder meer de website. Onzekerheid over het besluit of een arts al dan niet juist heeft gehandeld in het geval van euthanasie is volgens genoemde leden niet acceptabel. Medisch ethici en gezondheidsjuristen waarschuwen nu al dat komend jaar de wachttijden nog verder zullen oplopen als niets wordt gedaan.

30

Deze leden vragen de minister of de gedane toezeggingen over uitbreiding van de capaciteit van de toetsingscommissies gestand zijn gedaan. Hoe gaat de minister voorkomen dat zorgvuldigheid, tijdigheid en transparantie van de besluiten van de toetsingscommissies in gevaar komen?

Zie mijn antwoord op vraag 14 en 18.

31

Is het een optie om de regionale kamers samen te voegen tot één kamer? Kan de minister uiteenzetten wat de gevolgen van een dergelijk samenvoeging zijn? Levert dit capaciteitswinst op die kan worden ingezet om de werkdruk te verlichten?

Er is reeds een nieuwe werkgroep geformeerd die zal bezien of en op welke manier de werkwijze van de commissies en het secretariaat kan worden geoptimaliseerd. Deze werkgroep zal ook deze optie bespreken. Naar verwachting zal deze werkgroep in 2011 met verbetervoorstellen kunnen komen. Zie ook mijn antwoord op vraag 14.

32

Hebben de toetsingscommissies voldoende capaciteit om hun websites tijdig bij te werken? Kan de minister toelichten hoe hij ervoor gaat zorgen

dat de website van de toetsingscommissies tijdig bijgewerkt worden zodat artsen kennis kunnen nemen van vergelijkbare situaties voor het beoordelen van euthanasieverzoeken?

De website wordt op dit moment opnieuw ingericht, zodat deze op een eenvoudige manier gevuld kan worden met de oordelen van de commissies. Dit proces bevindt zich in een testfase. Naar verwachting zullen de oordelen van de commissies in het voorjaar van 2011 op de website geplaatst kunnen worden.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het jaarverslag 2009 van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Het jaar verslag vormt voor deze leden aanleiding tot het stellen van een aantal vragen.

33

In maart 2010 heeft de minister een uitbreiding van de personele formatie van de regionale toetsingscommissies euthanasie toegestaan. Is hiermee voldoende tegemoetgekomen aan de noodzakelijke verlichting van de werkdruk?

Zie mijn antwoord op vraag 18.

34

Hoe duidt de minister de stijging van het aantal euthanasiemeldingen met 13 procent ten opzichte van 2008?

Zie mijn antwoord op vraag 1.

35

Deelt de minister de mening dat het voor een goed beeld van de euthanasiepraktijk niet alleen van belang is om duidelijk zicht te hebben op het aantal euthanasiemeldingen maar ook op het aantal euthanasiegevallen? Is de minister bereid te onderzoeken hoe het aantal euthanasiegevallen zich verhoudt tot het aantal euthanasiemeldingen en (indien dit niet tot grote vertragingen leidt) mee te nemen in het lopende evaluatieonderzoek naar de euthanasiepraktijk?

Ja, ik deel de mening van de leden dat het van belang is om naast het aantal euthanasiemeldingen ook zicht te hebben op het aantal euthanasiegevallen. In het sterfgevallenonderzoek uit 2005 werd het meldingspercentage geschat op 80%. In het lopende sterfgevallenonderzoek zal hier opnieuw onderzoek naar gedaan worden. Tevens zal in de aankomende evaluatie aandacht worden besteed aan de meldingsbereidheid, door middel van onderzoek naar redenen van artsen om niet te melden.

36

Wat is de mening van de minister over de aanbeveling van de NPV en het Lindeboominstituut om niet alleen het aantal euthanasiemeldingen, maar ook het aantal euthanasieverzoeken te toetsen en te registreren, om zo meer helderheid te krijgen over de manier waarop artsen in de praktijk invulling geven aan het «schemergebied» van criteria zoals het ondraaglijk en uitzichtloos lijden?

Ik zie geen aanleiding om ook het aantal euthanasieverzoeken te toetsen en te registreren. Uit de evaluatie van de WTL in 2007 blijkt dat het functioneren van de wet beantwoordt aan de doelstellingen die eraan ten grondslag liggen. Euthanasieverzoeken worden reeds, in navolging van

de WTL, vooraf getoetst door de betreffende arts en een tweede onafhankelijk consulterende arts. Indien het verzoek door de arts wordt ingewilligd beoordelen de toetsingscommissies achteraf of voldaan is aan alle zorgvuldigheidseisen, waaronder het criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

37

De commissies kwamen in dit verslagjaar in vier gevallen op basis van dosering van de euthanatica tot het oordeel dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Hoe verklaart de minister dat dit relatief vaak voorkomt?

Zorgvuldigheid met betrekking tot de dosering van euthanatica wordt gewaarborgd door het raadplegen van de KNMP-standaard Euthanatica. De in 2007 aangepaste versie van de KNMP-Standaard blijkt steeds beter bij de artsen bekend te zijn. Het komt helaas echter ook voor dat apothekers niet op de hoogte zijn van de Standaard Euthanatica 2007, terwijl het de arts is die bij de commissies verantwoordelijk dient af te leggen voor zijn handelen, waaronder de dosering en het gebruik van de euthanatica.

38

Kan hieruit de conclusie worden getrokken dat artsen onvoldoende op de hoogte zijn van het feit dat de doseringen van euthanatica in 2007 naar boven zijn bijgesteld? Zo ja, welke maatregelen acht de minister noodzakelijk om de voorlichting aan artsen hieromtrent te verbeteren?

Ik acht het van belang dat de KNMG en KNMP zich blijven inzetten voor voorlichting aan artsen ten aanzien van euthanatica. Zie verder mijn antwoord vraag 13 en 37.

39

Uit het jaarverslag 2009 blijkt (evenals het voorgaande jaar) dat er zich nog steeds problemen voordoen bij de consultatie. Zijn er inmiddels al maatregelen genomen om het voorlichtingsbeleid richting artsen te verbeteren?

Problemen die zich voordoen bij de consultatie hebben met name betrekking op de houdbaarheid van een consultatie en de onafhankelijkheid van de consulent. De consulent mag niet eerder bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn geweest, ook niet als consulent palliatieve zorg. Er zijn reeds voldoende maatregelen getroffen ten behoeve van de voorlichting over consultatie. De KNMG raadt artsen aan om altijd en tijdig een onafhankelijk arts, bij voorkeur een SCEN-arts, te raadplegen en wanneer nodig de consultatie te herhalen¹. Daarnaast vindt over zowel de kwaliteit van de verslaglegging door de consulent als de zgn. houdbaarheid van een consultatie overleg plaats door de toetsingscommissies met de KNMG (SCEN).

40

Hoe beoordeelt de minister de constatering van de commissies dat het weinig vanzelfsprekend is dat de arts met de SCEN-arts overleg pleegt over de wijze waarop levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt uitgevoerd? Deelt de minister de mening dat het de zorgvuldigheid van de procedure ten goede zou komen als standaard overleg plaatsvindt met de SCEN-arts over de wijze waarop levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding wordt uitgevoerd?

¹ Wijlick, E.H.J. van, Dijk, G. van. (2010). Zorgvuldige euthanasie. *Medisch Contact*, nr. 33/34, p. 1612–1615.

In navolging van de WTL dient de arts voorafgaand aan de uitvoering ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen. Deze consulterend

arts geeft zijn oordeel over de zorgvuldigheidseisen a t/m d. Ik vind het echter belangrijk dat de SCEN-arts ook de uitvoering expliciet aan de orde stelt tijdens de consultatie. De medisch zorgvuldige uitvoering vormt onderdeel van de checklist die SCEN-artsen gebruiken bij de consultatie. De consulterend arts kan enkel adviseren en niet oordelen over de medisch zorgvuldige uitvoering, aangezien de uitvoering in de toekomst zal plaatsvinden. De medisch zorgvuldige uitvoering is dan ook de individuele verantwoordelijkheid van de arts.

41

Wanneer zal het lopende evaluatieonderzoek naar de euthanasiepraktijk zijn afgerond?

Het lopende sterfgevallenonderzoek en de evaluatie van de WTL zullen naar verwachting respectievelijk in het voorjaar 2011 en najaar 2012 worden afgerond. Zie ook mijn antwoord op vraag 2.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het jaarverslag 2009 van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Zij vinden het een zorgelijke ontwikkeling dat ondanks de sterk toegenomen mogelijkheden voor palliatieve zorg het aantal meldingen zodanig sterk is toegenomen dat dit naar hun mening niet te verklaren is uit een mogelijke toename van de meldingsbereidheid. Zij willen graag over diverse aspecten vragen stellen.

42

Wat is naar de mening van de minister de achtergrond van de stijging van het aantal meldingen van ruim 13 procent in één jaar tijd, terwijl de meldingsbereidheid van artsen volgens het evaluatierapport hoog is? Wordt er onderzoek verricht naar de achtergrond van deze stijging?

Zie mijn antwoord op vraag 1.

43

Kan de minister inzicht geven in de verhouding tussen het aantal meldingen euthanasie en het aantal overledenen in Nederland (euthanasieratio) in de achterliggende tien jaar? Klopt de indruk van deze leden dat er dan een nog sterkere toename van het aandeel euthanasiegevallen is te zien in het achterliggende decennium?

De WTL is in 2002 in werking getreden en sindsdien wordt het aantal meldingen geregistreerd. Het aantal meldingen in verhouding tot het totaal aantal overledenen in Nederland is in zijn geheel genomen over de afgelopen acht jaar toegenomen.

Aantal overledenen en euthanasiemeldingen per jaar

	Totaal aantal overledenen in Nederland ¹	Totaal aantal meldingen RTE's ²	Ratio in %
2002	142 355	1 882	1,32
2003	141 936	1 815	1,28
2004	136 553	1 886	1,38
2005	136 402	1 933	1,42
2006	135 372	1 923	1,42

	Totaal aantal overledenen in Nederland ¹	Totaal aantal meldingen RTE's ²	Ratio in %
2007	133 022	2 120	1,59
2008	135 136	2 331	1,73
2009	134 235	2 636	1,96

¹ Centraal Bureau voor de Statistiek

² Jaarverslagen 2002–2009, Regionale toetsingscommissies euthanasie

44

Is het mogelijk nieuwe trendanalyses te doen op basis van de hiervoor bedoelde euthanasieratio? Is de minister bereid er zorg voor te dragen dat in het vervolg niet alleen het aantal meldingen euthanasie wordt genoteerd, maar ook de verhouding van het aantal euthanasiegevallen tot het totaal aantal overledenen (euthanasieratio)?

Het sterfgevallenonderzoek wordt iedere vijf jaar uitgevoerd en brengt de kwantitatieve context van levensbeëindigend handelen in kaart. Ik zie geen reden om hiernaast een ander trendonderzoek te starten.

45

Zijn er in de achterliggende periode ook ingewilligde euthanasieverzoeken van kinderen of jongeren geweest? Wat was de aard en de frequentie van die verzoeken?

Meldingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij kinderen/jongeren in de leeftijd van twaalf tot zestien jaar komen niet voor. Zeer zelden is in de afgelopen jaren een melding ontvangen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij jongeren van zestien tot achttien jaar.

46

Wordt er bij de euthanasiemeldingen ook gekeken in hoeverre dezelfde artsen in meer jaren een oordeel «onzorgvuldig» of «zorgvuldig, maar» krijgen? Op welke manier wordt in de praktijk van de toetsing rekening gehouden met het voorkomen van herhaling?

Een oordeel van de regionale toetsingscommissies moet eenduidig zijn. Het oordeel naar aanleiding van een melding van een geval van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding luidt daarom ofwel dat zorgvuldig ofwel dat onzorgvuldig is gehandeld door de arts. Een oordeel «zorgvuldig, maar» kan niet worden gegeven. Alle oordelen van de toetsingscommissies waarin zij concluderen dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld worden doorgeleid naar het Openbaar Ministerie. Door de commissies wordt niet geregistreerd of zij meerdere malen een dergelijk oordeel hebben gegeven ten aanzien van het handelen van een en dezelfde arts, omdat zij iedere zaak individueel bekijken. Het College van procureurs-generaal houdt er wel rekening mee of het handelen van een arts eerder als onzorgvuldig is beoordeeld door de commissies. Het College kan afhankelijk van de aard en de ernst van de schending van de zorgvuldigheidseisen in een zaak besluiten tot een voorwaardelijk sepot of een gerechtelijk vooronderzoek en mogelijk zelfs tot vervolging. Wanneer eerder tot een voorwaardelijk sepot is besloten en de daaraan verbonden proeftijd is nog niet verstreken kan het Openbaar Ministerie in de eerdere zaak alsnog tot vervolging overgaan.

47

Casus 13 en 17 suggereren dat artsen of consulenten niet verplicht zijn om mee te werken aan de toetsing door het verschaffen van inlichtingen en

nadere informatie. Klopt deze suggestie? Wordt ook overwogen om artikel 8 van de wet op dit punt aan te scherpen?

Artikel 8 van de WTL stelt dat de commissie de arts kan verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen en dat de commissie inlichtingen kan inwinnen bij de consulent, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is. Uit de evaluatie van de WTL in 2007 is gebleken dat er geen aanleiding is om de wet op dit punt aan te scherpen. Indien de arts geen gehoor geeft aan het verzoek van de toetsingscommissie tot nadere informatie of inlichtingen, zal de commissie niet in staat zijn te oordelen dat de arts al dan niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. De commissie is gehouden haar oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld door te sturen aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zie ook mijn antwoord op vraag 26.

48

De commissie is in casus 10 terecht van oordeel dat alle alternatieve behandelmogelijkheden met de patiënt besproken moeten worden. Geldt dit als uitdrukkelijke lijn in alle gevallen? Moeten er geen duidelijke consequenties worden verbonden aan het niet bespreken van alternatieve behandelmogelijkheden? Wordt er in de praktijk niet te gemakkelijk geaccepteerd dat mensen alternatieve behandelmogelijkheden weigeren?

De consequentie, verbonden aan het niet met de patiënt bespreken van een alternatieve oplossing, kan zijn dat de commissie tot het oordeel komt dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, zoals blijkt uit casus 10 van het jaarverslag. Volgens de WTL moet de arts immers (samen) met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was. Het is de commissies niet gebleken dat (door de arts) gemakkelijk wordt geaccepteerd dat de patiënt een andere, voor de situatie waarin deze zich bevindt, redelijke oplossing weigert. Wat een voor de patiënt redelijke andere oplossing inhoudt is sterk afhankelijk van de specifieke situatie van die patiënt. Zowel de euthanasiepraktijk als ook het toetsen door de commissies kenmerkt zich door de individuele benadering van ieder geval van euthanasie.

49

Wat vindt de minister van de visie van de Scen-artsen Kenter en Wassenberg: «De vraag is of behandelend artsen voldoende benadrukken dat hun palliatieve behandelingen in veel gevallen voldoende kwaliteit van leven kunnen opleveren. (...) Zij zouden aan meer reflectie moeten doen over hun eigen aandeel in de besluitvorming en meer nadruk moeten leggen op de mogelijkheden van palliatieve zorg en op het analyseren van angsten bij patiënten.»¹ Wat doet de minister om meer zicht te krijgen op deze verschuivende tendens?

In het artikel «Euthanasie niet meer domein van arts»¹ stellen de SCEN-artsen Kenter en Wassenberg dat het opmerkelijk is dat het aantal euthanasiemeldingen is toegenomen terwijl de kennis over palliatieve geneeskunde onder behandelend artsen de laatste jaren sterk is toegenomen. Ik heb reeds toegezegd in de aankomende evaluatie onderzoek te laten doen naar verklaringen voor de stijging van het aantal meldingen, waarbij ook de rol van palliatieve zorg en sedatie zal worden onderzocht. De toename in mogelijkheden voor en kennis over palliatieve zorg hoeven echter niet per definitie te leiden tot een afname in het aantal euthanasiemeldingen, zie ook mijn antwoorden op vraag 11 en 12.

¹ «Euthanasie niet meer domein van arts», in *Trouw*, 18 september 2010.

50

Herkent de minister de stelling van deze artsen dat er in de praktijk een normverschuiving gaande is waarbij het criterium ondraaglijk lijden wordt vervangen door «gebrek aan kwaliteit van leven»? Vindt de minister dit een gewenste ontwikkeling?

In de aankomende evaluatie zal onderzoek gedaan worden naar de oorzaken voor de toename van het aantal meldingen. Ik heb geen aanwijzingen dat een normverschuiving in de praktijk voor de invulling van het criterium ondraaglijk lijden een verklaring voor het toegenomen aantal meldingen vormt. De toetsingscommissies beoordelen onverminderd iedere melding aan de hand van de wettelijk vastgestelde zorgvuldigheidseisen, waaronder het criterium van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uit het jaarverslag blijkt niet dat artsen dit criterium onjuist hanteren. De invulling van het begrip ondraaglijk lijden bestaat doorgaans uit de samenhang tussen een aantal elementen, waarvan het ontbreken van kwaliteit van leven er een kan zijn. Tevens is de invulling van het begrip patiëntgebonden, aangezien het diens beleving van het lijden betreft.

51

Maakt het Openbaar Ministerie in de praktijk gebruik van de mogelijkheid om steekproefsgewijs te kijken of er naar zijn mening sprake is van strafrechtelijke laakbare omgang met euthanasie, ook in die gevallen waarin het oordeel van de toetsingscommissie «zorgvuldig» is? Wordt nog invulling gegeven aan onafhankelijke beoordeling in dit kader?

Het is in strijd met de systematiek en de geest van de wet om in de gevallen waarin de regionale toetsingscommissies euthanasie tot het oordeel «zorgvuldig» zijn gekomen een steekproef te houden. Het past ook niet bij het streven om de meldingsbereidheid onder artsen zo hoog/groot mogelijk te laten zijn. Het Openbaar Ministerie ziet ook geen aanleiding een steekproef uit te voeren nu het in beginsel in alle gevallen de bevoegdheid heeft tot het doen van onderzoek en tot het eventueel vervolgen van artsen, ook als de regionale toetsingscommissies tot het oordeel «zorgvuldig» zijn gekomen. Dat laat onverlet dat behoudens bijzondere omstandigheden, zoals een aangifte van nabestaanden of derden of een melding van de gemeentelijk lijkschouwer van mogelijke onregelmatigheden bij de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, er in beginsel geen rol is weggelegd voor het Openbaar Ministerie in die gevallen waarin de regionale toetsingscommissies tot het oordeel zorgvuldig zijn gekomen.

52

Wordt in de toetsingspraktijk ook wel eens het oordeel van het Openbaar Ministerie gevraagd tijdens de procedure?

Over individuele zaken wordt tijdens de procedure van toetsing door de commissie geen oordeel gevraagd van het OM.

53

Wordt in de praktijk niet te gemakkelijk geaccepteerd dat artsen die zich niet aan de zorgvuldigheidseisen houden «lering» hebben getrokken uit een oordeel «onzorgvuldig»? Moet er niet meer aandacht komen voor het punitieve karakter van het strafrecht en de ernst van levensdelicten?

Het College beoordeelt per individueel geval of de arts lering heeft getrokken uit de betreffende casus en wat daarvan in die casus de gevolgen zijn voor de besluitvorming door het College. Van het gemakkelijk accepteren dat artsen die zich niet aan de zorgvuldigheidseisen

hebben gehouden lering hebben getrokken uit een oordeel onzorgvuldig is geen sprake. Ik ben van mening dat in de wet en de Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), waarin het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie in algemene termen is uiteengezet, voldoende duidelijk naar voren komt dat artsen aan strenge zorgvuldigheidseisen moeten voldoen en dat zij bij ernstig onzorgvuldig handelen in het uiterste geval strafrechtelijk vervolgd kunnen worden.

54

Deze leden hebben zich erover verbaasd dat in één van de voorbeelden in het rapport (casus 16) een arts euthanasie heeft toegepast, terwijl hij stelde weinig verstand van euthanatica te hebben. Hoe oordeelt de minister over een dergelijke houding?

De betreffende casus is door de toetsingscommissie als onzorgvuldig beoordeeld en doorgezonden aan het OM. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een corrigerend gesprek gevoerd met de arts en deze gewezen op zijn verantwoordelijkheid voor de toepassing van de euthanatica en voor een zorgvuldige bepaling van de diepte van de coma.

55

Is het in dit licht niet vreemd dat in de Aanwijzing vervolgbeslissing inzake levensbeëindiging gesteld wordt dat in het algemeen strafrechtelijk optreden bij gebreken in de uitvoering niet aangewezen is? Ligt het niet voor de hand om dit uitgangspunt te nuanceren?

De tekst van de aanwijzing laat voldoende ruimte waar nodig strafrechtelijk op te treden, dus ook bij gebreken in de uitvoering. De zorgvuldige uitvoering is evenwel bij uitstek een medische kwestie die op het terrein ligt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en die daarom in de aanwijzing niet verder behoeft te worden uitgewerkt.

56

Het valt genoemde leden op dat in de behandeling door het Openbaar Ministerie van casus 10 wordt gesteld: «... kon niet meer worden vastgesteld dat het verzoek van de patiënt ten aanzien van dit aspect weloverwogen was geweest. Onderzoek op dit punt kon echter geen sluitend bewijs meer opleveren, omdat de patiënt niet meer kon worden gehoord. Het College heeft daarom geen aanleiding gezien voor een strafrechtelijk onderzoek...». Wordt hiermee het hele vervolgingsbeleid inzake euthanasie niet ondergraven? Horen is toch per definitie niet meer mogelijk?

Het is juist dat het horen van de betrokken patiënt in die gevallen per definitie niet meer mogelijk is. Dat geen strafrechtelijk onderzoek wordt gedaan betekent echter niet dat het vervolgingsbeleid wordt ondergraven. Het ging in deze casus om een bepaald aspect van de weloverwogenheid van het verzoek en wel om de vraag of zorg aan huis voor deze patiënt een redelijke andere oplossing had kunnen zijn. Zoals in het jaarverslag bij deze casus beschreven waren er in dit geval geen aanwijzingen dat de patiënt van euthanasie zou hebben afgezien als die mogelijkheid met hem besproken was. Strafrechtelijk onderzoek had daarop geen ander licht kunnen werpen. Het voor de rechter brengen van deze arts was in de gegeven omstandigheden niet opportuun. Wel heeft het College aanleiding gezien in dit geval voorwaarden aan het sepot te verbinden.

57

Hoe oordeelt de minister in dit licht op het voorstel van de Verenigde Naties (VN) vorig jaar om het Nederlandse euthanasiebeleid zodanig aan

te passen dat toetsing vooraf plaatsvindt? Wanneer wordt de toezegging nagekomen om te komen tot een inhoudelijk deugdelijk onderbouwd standpunt hierover?

Het VN-Comité inzake burgerrechten en politieke rechten doet aanbevelingen op een aantal terreinen. Euthanasie is slechts één van de onderwerpen waarover het Comité een aanbeveling heeft gedaan. Het is de bedoeling de reactie aan het VN-Comité te sturen, zodra deze reactie op alle terreinen gereed is. Ik verwacht u de reactie op korte termijn te kunnen doen toekomen.

58

Aan wat voor soort voorwaarden moet worden gedacht bij de voorwaarden die het College van Procureurs Generaal, bij de voorwaardelijke sepotzaken heeft opgelegd?

Het gaat hier om de mogelijkheid van het Openbaar Ministerie voorwaardelijk niet te vervolgen.

Daarbij wordt aan het sepot de voorwaarde verbonden dat de arts gedurende een bepaalde tijd na de sepotbeslissing de euthanasie zorgvuldig uitvoert volgens de dan geldende wet- en regelgeving. Als de arts zich daaraan niet houdt, kan hij alsnog worden vervolgd voor het eerdere feit, en ook voor het nieuwe feit.

59

Wanneer wordt de evaluatie van de Euthanasiewet precies uitgevoerd en wanneer wordt het rapport hierover aan de Kamer gezonden?

Zie mijn antwoord op vraag 2.