

Vergaderjaar 2012–2013

**33 400 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013**

**Nr. 142**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 21 maart 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 september 2012 inzake het jaarverslag 2011 van de regionale toetsingscommissies euthanasie (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 6).

De op 5 november 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 20 maart 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	10

### I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

#### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het jaarverslag 2011 van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Zij hebben nog een enkele vraag.

Teneinde de achterstand in het behandelen van het aantal meldingen van euthanasie weg te werken is in 2011, na overleg met het ministerie van VWS, besloten het aantal commissieleden met 50% te verhogen. Verder is er overeengekomen dat in 2012 het aantal fte's per secretariaat zal worden uitgebreid. Volgens het rapport zouden de eerste effecten medio 2012 zichtbaar moeten worden. Zijn er reeds effecten waarneembaar van deze capaciteitstoename? En zo ja, zijn deze effecten bemoedigend voor de toekomst gezien de verwachting dat het aantal meldingen van euthanasie zal blijven toenemen?

#### Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie zijn wederom onder de indruk van de consciëntieuze verslaglegging door de toetsingscommissies. Zij ondersteunen de vraag van de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) hoe aan de «jurisprudentie» van de RTE's meer bekendheid kan worden gegeven en vragen de minister hier in gesprekken met RTE's en artsorganisaties nader op in te gaan. Dit met name met het oog op normontwikkeling en -bewaking.

#### *Hoofdstuk 1 Ontwikkelingen in 2011*

De leden van de SP-fractie constateren dat er opnieuw sprake is van een stijging van het aantal meldingen. Hoewel deze stijging in het evaluatieonderzoek wordt onderzocht vragen deze leden of de minister of de RTE's zelf een idee hebben van een verklaring voor deze stijging. Genoemde leden delen de grote zorg van de commissies over de verhouding instroom/afdoening waardoor de afhandeling van meldingen onaanvaardbaar lang is geworden. Door de nieuwe werkwijze en uitbreiding van het aantal leden van de RTE zou in de tweede helft van 2012 zichtbaar moeten worden dat dit ook helpt. Daarom vragen zij de minister of dat het geval is en zo niet wat de minister gaat ondernemen. De minister zal het met deze leden eens zijn dat men zo snel mogelijk weer naar een afhandelingstermijn van zes weken moet. In de nieuwe werkwijze is er een zware en verantwoordelijke taak voor de secretarissen om de meldingen te selecteren op wel en niet vragen oproepende meldingen. Zijn alle secretariaten hiertoe voldoende toegerust? Zo nee, hoe wordt dit opgelost? Zo ja, hoe wordt ervoor gezorgd dat deze secretariaten hiertoe voldoende blijven toegerust? Op welke wijze wordt getoetst of deze nieuwe werkwijze voldoet? De leden van de SP-fractie merken op dat aan het einde van hoofdstuk 1 melding wordt gemaakt van het KNMG-standpunt (KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) als reactie op de maatschappelijke discussie over voltooid leven en het burgerinitiatief Uit Vrije Wil. Er wordt terecht op gewezen dat de RTE's het handelen van de meldende arts toetsen aan de wet. Bij alle getoetste meldingen

was er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarvan de oorzaak steeds in overwegende mate was gelegen in een of meer medisch classificeerbare ziekten of aandoeningen. Dit is conform het standpunt van de KNMG.

Deze leden merken wel op dat inmiddels 51 mensen zijn geholpen via de levenseindekliniek. Zij vragen hoe de toetsing verloopt van de hier uitgevoerde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding.

### *Hoofdstuk 2 Zorgvuldigheidseisen*

De leden van de SP-fractie merken op dat er in 2011 13 meldingen zijn binnengekomen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek. Artsen blijken hier zeer behoedzaam en terughoudend mee om te gaan, dat blijkt ook weer uit dit jaarverslag en de hier besproken meldingen. Toch vragen deze leden of er een verklaring is voor de stijging van 0 tot 2 de afgelopen jaren naar 13 meldingen in 2011.

Genoemde leden merken ook op dat onder het kopje wilsverklaring staat dat deze een mondeling verzoek kan vervangen. Zij willen erop wijzen dat aan een wilsverklaring uit het verleden nooit dezelfde betekenis kan worden toegekend als aan een concreet verzoek. Is de minister dat met deze leden eens? Bovendien moet daarbij nog altijd aan de zorgvuldigheidseisen worden voldaan. Bij dementie in vergevorderd stadium kan daaraan volgens de leden van de SP-fractie niet worden voldaan. Omdat artsen niet kunnen vaststellen of een patiënt het eerdere verzoek (de wilsverklaring) nog onderschrijft, er twijfel is over ondraaglijk lijden en de patiënt niet beseft wat er gaat gebeuren. Deze leden begrijpen dat er in 2011 minstens een geval van euthanasie in vergevorderd stadium is uitgevoerd. Klopt dat of zijn het er meer, en zo ja hoeveel? Hoewel deze leden het beschreven geval invoelbaar vinden, hebben zij toch de nodige vragen hierbij. De betrokken arts stelt terecht dat timing bij euthanasie wegens dementie een cruciaal probleem is. Indien men te lang wacht, kan de euthanasie niet meer worden uitgevoerd. Deze leden zijn benieuwd naar de mening van de minister hierover.

Ook met euthanasie bij beginnende dementie dient behoedzaam en terughoudend te worden omgegaan. Het gaat hier om de angst voor toekomstig lijden zonder dat er al sprake is van ondraaglijk lijden. Dat maakt uitvoering voor artsen ook moeilijk, zo denken de leden van de SP-fractie. Deze leden merken op dat euthanasie bij beginnende dementie in 2009 12 maal werd toegepast, in 2010 25 maal en nu 49 maal in totaal bij dementie. Zijn er meer aanvragen of gaan artsen hier ruimhartiger mee om, zo vragen deze leden.

De leden van de SP-fractie merken op dat er in dit verslag ook sprake is van euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Zij hebben de uitleg hierover en de relatie met de richtlijn van de KNMG en de Glasgow Coma Scale met veel belangstelling gelezen. Zij ontvangen graag een reactie van de minister hierop.

De leden van de SP-fractie hebben alle casussen zorgvuldig bestudeerd en maken graag complimenten aan de toetsingscommissies die – voor zover deze leden kunnen beoordelen – zeer zorgvuldig hebben getoetst op alle zorgvuldigheidscriteria.

De leden van de SP-fractie zijn met de commissies verheugd dat door specialisten in ziekenhuizen nu ook vrijwel altijd een SCEN-arts (SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) wordt geraadpleegd. Zij zijn het met de commissies eens dat consultatie over de uitvoering ook de gewone praktijk zou moeten worden.

### *Hoofdstuk 3 Werkzaamheden van de commissies*

De leden van de SP-fractie merken op dat de vier gevallen waarbij de artsen volgens de commissie niet volgens de zorgvuldigheidseisen hebben gehandeld aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn doorgegeven. Over een van de vier casussen is nog geen uitsluitel. Deze leden zouden dit zodra dat bekend is wel graag willen ontvangen. Vooral omdat het hier gaat om een zaak waarbij de uitzichtloosheid van het lijden niet duidelijk was.

#### *Bijlage 1*

De leden van de SP-fractie merken op dat de duur van de beoordelingen nogal verschilt bij de verschillende toetsingscommissies. De commissies ontvangen weliswaar een verschillend aantal meldingen, maar het is deze leden niet duidelijk of dit de verschillen in beoordelingstijd voldoende verklaart. Kan de minister dit toelichten?

#### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie danken de minister en de regionale toetsingscommissies voor het ontvangen van het jaarverslag. Het is belangrijk dat de euthanasie op basis van een bijzondere strafbaaruitsluitingsgrond zoals vastgelegd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet en dat door de regionale toetsingscommissies wordt beoordeeld en vastgelegd. Het stervensproces alsook het euthanasieproces zijn lastige processen voor de patiënt, zijn of haar nabestaanden alsmede de betrokken artsen. Afscheid nemen van het leven, ook wanneer er sprake is van uitzichtloos lijden, is geen makkelijke stap.

De leden van de CDA-fractie zijn het met de regionale toetsingscommissies eens dat de processen zorgvuldig moeten verlopen, maar dat het ook goed is dat nabestaanden en artsen zo snel mogelijk uitsluitel krijgen of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. De keuze om de commissies uit te breiden, alsook het tweesporenbeleid via categorisering «niet vragen oproepend» kunnen deze leden daarom ondersteunen. De wachtrijen mogen geenszins drukken op de zorgvuldigheid van het proces.

De zorgvuldigheid van het proces wordt versterkt door de harmonisatie van de oordelen. De commissies spreken van een streven hiernaar omdat dit de jurisprudentie, de wetsgeschiedenis en het toetsen aan de wet versterkt. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie meer informatie hierover. In hoeveel gevallen lopen de oordelen uiteen en hoe zou de harmonisatie verder versterkt kunnen worden? Wordt dit ook meegenomen in de evaluatie van de WTL? Duidelijkheid creëren is belangrijk achteraf, in verband met toetsing aan de zorgvuldigheidseisen door de commissies. Maar duidelijkheid is met name van belang vooraf. Op basis waarvan kan een arts tot welke beslissing komen? Het is goed als artsen zich gesteund kunnen vinden in eerdere casuïstiek. De leden van de CDA-fractie vinden het daarom ook belangrijk dat de KNMG veel aandacht heeft voor het maken van richtlijnen rondom euthanasie en aanverwante zaken zoals de wilsverklaring. Deze bieden een kader waarin de arts de professionele beslissing, alsook de persoonlijke beslissing kan nemen een proces rondom een euthanasiewens in te gaan.

De leden van de CDA-fractie lezen in de cijfers dat de meeste euthanasieverzoeken nog steeds worden gedaan bij de eigen huisarts of de eigen specialist. Deze leden willen nogmaals benadrukken hoe belangrijk zij het

vinden dat het euthanasieverzoek wordt gedaan bij de eigen arts. De langdurige arts-patiëntrelatie is erg belangrijk in lastige situaties zoals bij euthanasie.

De leden van de CDA-fractie hebben nog een vraag en dat betreft de euthanasieverzoeken bij de arts in opleiding tot specialist (AIOS). Zou de minister dit meer kunnen duiden? Betreft het hier AIOS aan het einde van hun opleiding? Of kan het ook al eerder tijdens de opleiding? Te meer omdat artsen veelal aangeven dat een euthanasieproces zeer lastig is en indrukwekkend. Ervaren artsen kunnen vaak nog elk euthanasieproces vertellen en geven aan ook met alle ervaring nog erg onder de indruk te zijn van emoties die hierbij komen kijken. Deze leden stellen daarom de toelichting bij de 15 euthanasieprocessen bij AIOS op prijs. Zorgvuldigheid is van groot belang richting patiënten en nabestaanden, maar ook jegens de artsen (in opleiding) die voor vele lastige keuzes kunnen worden gesteld.

Ten slotte willen de leden van de CDA-fractie graag weten wat de verklaring is voor het feit dat het aantal meldingen van levensbeëindiging ten opzichte van 2010 met 18% is gestegen. Komt dit omdat er meer euthanasieverzoeken zijn, of komt dat doordat ze nu meer worden gemeld?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling, maar ook met zorg, kennisgenomen van het voorliggende jaarverslag. Zij hebben enkele vragen, welke zij graag zouden voorleggen aan de minister.

De leden van de D66-fractie constateren dat de regionale toetsingcommissies bij het overgrote deel van de meldingen van levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding tot de conclusie komen dat er aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Genoemde leden waarderen deze zorgvuldigheid waarmee artsen hun moeilijke, maar belangrijke taak volbrengen. Deze leden maken zich echter zorgen over de capaciteit van de toetsingcommissies. Zij wijzen erop dat de gemiddelde termijn van de afhandeling van meldingen de maximale wettelijke termijn van zes weken ruim overschrijdt. De leden van de D66-fractie zouden graag van de minister vernemen in hoeverre zij verwacht dat de uitbreiding van het aantal commissieleden voldoende is om de wettelijke termijnen weer te halen. Zijn er bijvoorbeeld al voorlopige resultaten te melden die deze personele uitbreiding heeft opgeleverd?

De leden van de D66-fractie zouden voorts graag van de minister vernemen of zij bereid is de regionale toetsingscommissies nogmaals hun personele capaciteiten uit te laten breiden, als de uitbreiding van 2012 onvoldoende blijkt om de wettelijke termijnen te halen. Deze leden wijzen erop dat dit een belangrijke kwestie is, daar de stijgende trend in het aantal gevallen van levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding zich de komende jaren zal voortzetten en dat zorgvuldigheid bij een thema als dit zwaar moet wegen. Ook vangen zij signalen op uit het veld, waaruit blijkt dat door de hoge werkdruk en de toenemende complexiteit van de casussen het de commissies vaak aan tijd ontbreekt om te reflecteren en te discussiëren over hun besluiten. De leden van de D66-fractie zouden dan ook graag aan de minister vragen of zij van mening is dat de commissies op dit moment in staat zijn tot voldoende reflectie.

De leden van de D66-fractie wijzen erop dat in eerdere overleggen is gesproken over de noodzaak van een goed functionerende website en database, waar de regionale toetsingscommissies hun oordelen publi-

ceren. Artsen kunnen langs deze weg kennisnemen van andere casussen bij het beoordelen van hun euthanasieverzoeken. Helaas constateren deze leden dat deze website en database nog niet optimaal functioneren. Belangwekkende en complexe casuïstiek, zoals die over gevallen van euthanasie in een levenseindekliniek, is nog niet online te raadplegen. Genoemde leden zouden graag aan de minister vragen wat haar analyse van de situatie is en welke mogelijkheden zij ziet tot verbetering. Ook zouden de leden van de D66-fractie graag vernemen of er mogelijkwijs een verband bestaat tussen een beperkte personele capaciteit en het gebrekkig functioneren van de website en database.

### **Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met interesse het jaarverslag 2011 van de regionale toetsingscommissies euthanasie gelezen. Zij onderstrepen het belang van het jaarverslag van de vijf regionale toetsingscommissies, waarin zij verantwoording afleggen over de wijze waarop de commissies inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak, het toetsen op grond van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Deze leden vinden het zorgwekkend dat het totaal aantal meldingen euthanasie en hulp bij zelfdoding fors blijft stijgen. Deze leden willen benadrukken dat hulp bij zelfdoding geen «normaal» medisch handelen is. Een stijging van 18% ten opzichte van 2010 roept veel vragen op bij de leden van de fractie van de ChristenUnie. Zij zien daarom ook uit naar de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het is voor deze leden noodzakelijk om te achterhalen wat de mogelijke oorzaken zijn van de forse stijging van het aantal meldingen. Deze leden verwachten de uitkomsten van de evaluatie op korte termijn en zien uit naar een breed debat.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben na het lezen van het jaarverslag de volgende vragen.

De wettelijke termijn waarbinnen de commissies hun oordeel ter kennis van de arts behoren te brengen is verschillende malen ernstig overschreden. Om deze reden is de personele formatie flink uitgebreid. Kan er worden aangegeven of deze uitbreiding leidt tot een verbeterde afhandeling van de verzoeken?

Wordt de drempel steeds lager voor patiënten om een aanvraag voor euthanasie in te dienen?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de procedure voor het afhandelen van de meldingen is vernieuwd en vergemakkelijkt. Kunnen er voorbeeldcasussen gegeven worden waarin wordt verduidelijkt wanneer er sprake is van gevallen die «vragen oproepen» en gevallen die «geen vragen oproepen»?

Kunnen de aanvragen van jaar 2011 worden gecategoriseerd binnen deze twee groepen? Bij hoeveel gevallen riep de aanvraag wel vragen op en bij hoeveel gevallen riep de aanvraag dit niet op?

Kan de minister aangeven, op basis van voorlopige cijfers, of de stijging van het aantal euthanasieverzoeken zich dit jaar aan het doorzetten is? Wanneer verwacht de minister de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te kunnen aanbieden aan de Kamer? Hoe komt het dat er een stijging plaatsvindt bij dementie? Waarom wordt dementie door steeds meer mensen beoordeeld als mensonwaardig, met daaraan de conclusie verbonden dat je er beter maar niet meer had kunnen zijn?

Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens, dat de discussie die de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillige Levens-einde (NVVE) heeft gestart over het opheffen van de toetsing bij euthanasie, niet in het belang is van de positie van cliënten? En komt hiermee de zorgvuldigheid van de procedure niet in het geding?

Hoeveel van de aanvragen zijn behandeld door meerdere toetsingscommissies? Bij hoeveel gevallen zijn alle vijf de toetsingscommissies ingeschakeld voor advies? Kan er in het kort worden aangegeven wat de casuïstiek was van deze aanvragen?

Op welke wijze wordt de handelwijze van de toetsingscommissies getoetst? Hoe wordt de mate van onafhankelijkheid gegarandeerd van de leden van de RTE's? Is het mogelijk om een correctiesysteem op de toetsing van de RTE's te introduceren?

Is er bij één van de gevallen, waarbij sprake was van onzorgvuldig handelen, een melding gedaan via de IGZ of door aangifte door nabestaande of derde?

Is de minister alsnog bereid een justitieel onderzoek te laten instellen door het Openbaar Ministerie om duidelijkheid te verkrijgen over casus 7, om via deze weg helder te krijgen waar de wettelijke grens ligt bij euthanasie en hulp bij zelfdoding?

### **Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie**

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling, maar ook met verontrusting kennisgenomen van het jaarverslag van de toetsingscommissies euthanasie over 2011. Graag vernemen deze leden hoe de minister de sterke stijging van het aantal gevallen van euthanasie beoordeelt, mede in het licht van de noodzaak het leven te beschermen en te zorgen voor goede palliatieve zorg.

Het hoge stijgingspercentage van mensen die euthanasie hebben laten plegen laat zien dat eerdere aannames dat het bij euthanasie slechts zou gaan om een gering aantal gevallen niet blijken te kloppen. Ook staat deze grote stijging niet in verhouding tot het aantal sterfgevallen in Nederland. Graag vernemen deze leden van de minister welk deel van de sterfgevallen per jaar een gevolg is van euthanasie of hulp bij zelfdoding over de periode sinds de invoering van de wet.

In het voorwoord wordt gesproken over de breed gevoerde discussies met betrekking tot het zelfgekozen levens-einde. In 2012 is tevens overgegaan tot het instellen van een levens-eindekliniek. De leden van de SGP-fractie vernemen graag in hoeverre de minister met hen bezorgd is over dergelijke ontwikkelingen die naar verwachting zullen zorgen voor een nog (veel) verdere stijging van het aantal gevallen van levensbeëindiging in Nederland. Vindt de minister het met deze leden belangrijk om extra kritisch te kijken naar dergelijke ontwikkelingen die een uitholling vormen van het principe van de beschermwaardigheid van het menselijk leven? Op welke wijze geeft de minister hieraan invulling?

#### *Hoofdstuk 1 Ontwikkelingen in 2011*

De commissies hebben gekozen voor een nieuwe werkwijze. De leden van de SGP-fractie hebben enkele vragen bij deze werkwijze. Wat is het oordeel van de minister over deze werkwijze? Is deze werkwijze officieel vastgelegd? Moeten de betrokken commissieleden uitdrukkelijk goedkeuring geven aan de digitaal voorgelegde oordelen of is er na

verloop van tijd sprake van een stilzwijgende goedkeuring als er geen commentaar wordt gegeven?

Bij de nieuwe werkwijze lijkt gebruik gemaakt te worden van een individuele beoordeling door de leden van de commissie. Is juist bij de beoordeling door de commissies niet de leidende gedachte dat in onderling overleg tot een oordeel wordt gekomen? Op welke wijze is in de procedure dit onderling overleg gewaarborgd?

Ook vragen deze leden in hoeverre deze methode ook gebruikt wordt bij euthanasie in geval van dementie, psychiatrische ziektebeelden of bij een toestand van verlaagd bewustzijn of coma.

De leden van de SGP-fractie zijn benieuwd naar de evaluatie van de Euthanasiewet. Wanneer krijgt de Kamer deze evaluatie?

De toetsingscommissies beoordelen alle gevallen aan de criteria uit de wet. In het jaarverslag wordt onder meer genoemd dat «steeds in overwegende mate de oorzaak was gelegen in medisch classificeerbare ziektes of aandoeningen». Ook de ouderdom van de patiënt wordt hierbij genoemd. De leden van de SGP-fractie vragen in hoeverre naar het oordeel van de minister het enkele gegeven dat er sprake is van een aandoening die verband houdt met ouderdom voldoende grond is om euthanasie gerechtvaardigd te achten. Ook vragen zij in hoeverre hierbij rekening wordt gehouden met de mate waarin een ziekte of aandoening behoort tot de normale verschijnselen die horen bij het ouder worden. In hoeverre speelt hierbij een rol dat veel ouderen zich eenzaam voelen? Welke maatregelen overweegt de minister om tegemoet te komen aan deze ervaren gevoelens van eenzaamheid op een andere manier dan door het toestaan van euthanasie? Overweegt de minister maatregelen om ouderen die zich eenzaam voelen hulp te geven om op een zinvolle wijze invulling te geven aan de levensavond?

### *Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen*

De leden van de SGP-fractie constateren een toename van het aantal gevallen van euthanasie bij mensen met een psychiatrische stoornis. In het verslag lezen zij dat het «aan te raden is om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, waaronder een psychiater, te raadplegen». Waarom is dit slechts een aanbeveling? Is het niet juist bij (ernstige) psychiatrische problematiek van belang dat er duidelijk zicht is op het ziektebeeld? Waarom is het oordeel van een psychiater dan niet verplicht? Is het daarbij ook van belang of er sprake is van een stabiele behandelrelatie?

Bij dementie dient er volgens de commissies sprake te zijn van «extra behoedzaamheid» bij een verzoek om euthanasie. De leden van de SGP-fractie vragen wat zij precies moeten verstaan onder die extra behoedzaamheid. Kan worden aangegeven aan wat voor factoren en welke specifieke omstandigheden hierbij gedacht wordt? Ook vragen deze leden in hoeverre er bij de raadpleging van een arts of geriater sprake is van een vrije keuze aan wie om advies gevraagd wordt. Hoe wordt voorkomen dat er sprake is van een voorkeur voor een arts of geriater die sneller overtuigd is van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van de wens?

Bij dementie wordt er ook gesproken over de informatie die door anderen over de patiënt wordt aangereikt. De leden van de SGP-fractie vragen welke waarborgen er zijn om juist bij de problematiek rond dementie of psychiatrische aandoeningen te voorkomen dat er door naasten druk wordt uitgeoefend om tot euthanasie over te gaan. Is het risico niet groot dat de informatie die naasten verstrekken niet of niet volledig in overeen-



stemming is met de wens van de betrokken patiënt? Heeft de door naasten verstrekte informatie een zelfstandige rol in het beoordelingsproces?

Een belangrijk aandachtspunt is de aanwezigheid van behandelalternatieven. De leden van de SGP-fractie vernemen graag van de minister hoe bepaald wordt welke alternatieven er zijn. Is er ook sprake van een verplichte consultatie van personen die deskundig zijn op het terrein van palliatieve zorg? Op welke wijze is gewaarborgd dat reeds vroegtijdig die deskundigheid geraadpleegd wordt?

Bij casus 4 wordt als algemeen oordeel geformuleerd dat in situaties van verlaagd bewustzijn het verzoek om euthanasie kan worden ingewilligd voor zover er sprake is van voor de patiënt ondraaglijk lijden. De leden van de SGP-fractie vernemen graag of er juist bij verlaagd bewustzijn geen sprake is van onvermogen om de wil ten aanzien van euthanasie te uiten. Hoe kan dan toch worden vastgesteld dat er sprake is van ondraaglijk lijden? Waarom wordt er juist bij de daarbij genoemde situatie waarin het ondraaglijk lijden niet (meer) wordt ervaren door een verlaagd bewustzijn toch nog wel uitgegaan van de mogelijkheid van euthanasie, terwijl juist het actuele, ervaren lijden ontbreekt?

In casus 7 komt onder meer aan de orde dat de betrokken patiënt liever dood wilde gaan dan in een verpleegtehuis te verblijven. Voor de leden van de SGP-fractie roept dit de vraag op in hoeverre er onderzoek is of wordt gedaan naar de visie van ouderen op verpleeghuiszorg wanneer zij merken dat het einde van hun leven nadert. Zou juist de verpleeghuiszorg niet bij uitstek de sector moeten zijn die liefdevol en met grote deskundigheid beschikbaar is voor ouderen, terwijl daar tevens kennis van zaken is rond de mogelijkheden van palliatieve zorg? Wat is de achtergrond van de gedachte dat een onbekende dood meer aanspreekt dan goede, deskundige zorg in een verpleegtehuis? Wordt door hen de kwaliteit van deze zorg als onvoldoende ervaren? In hoeverre is die gedachte (nog) in overeenstemming met de feiten? Wat doet de minister eraan om de kennis over de mogelijkheden van palliatieve zorg bij zorgmedewerkers en (verpleeghuis)artsen te vergroten?

#### *e. Consultatie*

In het jaarverslag wordt onder meer ook gesproken over de onwenselijkheid van niet-onafhankelijkheid bij toetsende artsen. De leden van de SGP-fractie vernemen graag van de minister of alle gevallen waarin arts en consulent «als het ware een vast duo» vormen worden afgewezen. En indien dat niet het geval is, wat zijn dan de criteria om te beoordelen of er van voldoende onafhankelijkheid sprake is?

#### *Hoofdstuk III Werkzaamheden van de commissies*

Bij casus 18 en 19 is het oordeel dat de euthanasie niet medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden. De leden van de SGP-fractie vernemen graag welke gevolgen er aan dit oordeel worden verbonden in deze twee gevallen en in de andere twee situaties waarbij het oordeel «onzorgvuldig» luidde. Kan worden aangegeven wat het Openbaar Ministerie en de inspectie in deze gevallen hebben gedaan?

## II. REACTIE VAN DE MINISTER

Antwoorden op de vragen van de fracties

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen zich af of er reeds effecten waarneembaar zijn van de capaciteitstoename op de secretariaten van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) en of deze effecten bemoedigend zijn voor de toekomst gezien de verwachting dat het aantal meldingen van euthanasie zal blijven toenemen.

De effecten van de maatregelen die ik in 2011 en 2012 samen met de Rte's heb getroffen opdat de meldingen weer binnen de wettelijke termijnen worden behandeld, zijn zowel waarneembaar als bemoedigend. Ik licht deze drie maatregelen en de effecten ervan graag nader toe. De leden van de SP-fractie, de D66-fractie en de ChristenUnie-fractie hebben ook vragen over de capaciteitsuitbreiding gesteld. Deze vragen zal ik hierbij tevens beantwoorden.

Ten eerste is de capaciteit van de secretariaten van de Rte's in 2012 sterk uitgebreid naar een capaciteit die het mogelijk maakt structureel meer dan 4000 meldingen per jaar te behandelen. Hiernaast wordt gewerkt met een flexibele capaciteit van externe juristen. Deze externe juristen worden ingezet om, onder de verantwoordelijkheid van de ervaren secretarissen, de niet vragen oproepende conceptoordelen te schrijven. Door gebruik te maken van vaste ervaren juristen met daarnaast een flexibele pool van externe juristen kan ook in de toekomst goed worden omgegaan met een eventuele toename van het aantal meldingen van euthanasie.

Naast bovenstaande is als tweede maatregel om het stijgend aantal meldingen het hoofd te kunnen bieden ook de capaciteit van de toetsende commissieleden aanzienlijk uitgebreid. In 2012 zijn er 15 nieuwe commissieleden geworven. Zodra deze nieuwe leden zijn benoemd, zal iedere regionale commissie bestaan uit drie leden van iedere discipline (jurist (vz.), arts, ethicus), en daarmee bestaan uit negen leden in totaal. De nieuwe commissieleden worden sinds begin november 2012 ingewerkt en zullen in de loop van 2013 inzetbaar zijn.

Ten derde is in april 2012, na een periode van zorgvuldig testen en onderzoek in een pilot, de nieuwe werkwijze landelijk geïmplementeerd. De nieuwe werkwijze is in 2011 door de Rte's ontwikkeld aan de hand van de in de toetsingspraktijk opgedane ervaringen. Deze werkwijze houdt in dat meldingen die vragen oproepen ten aanzien van een of meerdere van de zorgvuldigheidseisen, direct als vragen oproepend worden geselecteerd zodat ze worden besproken in de maandelijkse commissievergadering. Daarnaast worden de meldingen die geen vragen oproepen m.b.t. een of meerdere zorgvuldigheidseisen niet langer opgespaard voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering. Deze (NVO) meldingen worden wekelijks via een speciaal hiervoor ontwikkelde applicatie digitaal aan alle drie de commissieleden (jurist (vz.), arts en ethicus) ter beoordeling voorgelegd. De selectie van deze zaken gebeurt door een ervaren secretaris. Indien een (of meerdere) van de commissieleden, na bestudering van de met de melding digitaal meegezonden dossiers aangeeft dat hij de melding toch graag op de maandelijkse commissie vergadering wil bespreken, vindt dit alsnog plaats. Deze en de reeds op voorhand vragen oproepende meldingen worden in de maandelijkse commissievergadering besproken en behandeld.

De eerste effecten van bovenstaande drie maatregelen werden, mede dankzij de inzet van alle betrokkenen, vanaf het najaar van 2012 zichtbaar. De werkvoorraden zijn al minder omvangrijk en de gemiddelde doorlooptijd van de meldingen begint terug te lopen. Naar verwachting zijn de werkvoorraden in de loop van 2013 geheel opgelost en zal de

gemiddelde doorlooptijd daarna weer binnen de wettelijke termijn vallen. Al met al zijn de effecten zeker bemoedigend te noemen en heb ik, gezien de maatregelen die er zijn genomen, alle vertrouwen in dat de Rte's de komende periode in staat zijn de meldingen op zorgvuldige wijze te blijven beoordelen binnen de wettelijke termijn.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie constateren dat er opnieuw sprake is van een stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Hoewel deze stijging in het evaluatieonderzoek wordt onderzocht vragen deze leden of de minister of de Rte's zelf een verklaring hebben voor deze stijging. Ook de leden van de CDA-fractie, de ChristenUnie-fractie en de SGP-fractie hebben vragen over de stijging van het aantal meldingen gesteld. Ik kan de stijging van de meldingen niet met zekerheid verklaren. In het jaarverslag van de Rte's over 2008 zijn twee mogelijke verklaringen gegeven voor deze stijging, namelijk de duidelijkere afbakening tussen euthanasie en palliatieve sedatie die dankzij een over dit onderwerp gepubliceerde richtlijn is ontstaan en het toenemende gebruik van de reguliere euthanatica. De ingezette stijging heeft zich in vervolgens in 2009, 2010 en 2011 voortgezet. In het evaluatieonderzoek van de Euthanasiewet dat op mijn verzoek is uitgevoerd en dat ik eind 2012 aan uw Kamer heb gezonden (31 036, nr. 6), wordt geen uitsluitsel gegeven over de mogelijke oorzaken van deze stijging. In het Sterfgevallenonderzoek 2010 dat in juni 2012 aan uw Kamer is aangeboden (33 000-XVI, nr. 193), werd onder meer vastgesteld dat niet alleen het percentage ingewilligde euthanasieverzoeken in de periode tussen 2005 en 2010 is gestegen, maar ook het totaal aantal verzoeken om euthanasie. Kennelijk is de bekendheid van patiënten met de eventuele mogelijkheid van euthanasie toegenomen evenals de behoefte eraan. Dat neemt niet weg dat het in de meeste meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding nog steeds patiënten betreft die lijden aan kanker en een zeer korte levensverwachting hebben van hooguit enkele weken.

De leden van de SP-fractie vragen mij voorts of de secretariaten voldoende zijn toegerust op de nieuwe werkwijze, waarin er een verantwoordelijke taak is voor de secretarissen om de meldingen te selecteren op wel en niet vragen oproepende meldingen. Ook vragen zij hoe ervoor wordt gezorgd dat deze secretariaten hiertoe voldoende blijven toegerust en op welke wijze wordt getoetst of deze nieuwe werkwijze voldoet. De hoog opgeleide en ervaren secretarissen van de Rte's zijn goed toegerust om een selectie te maken tussen wel en niet vragen oproepende meldingen. Dit doen zijn allereerst aan de hand van een van tevoren met de commissieleden afgestemde checklist. Alle meldingen worden altijd ter beoordeling voorgelegd aan de drie leden van de commissie. Het verschil is dat dit met betrekking tot de niet vragen oproepende meldingen onmiddellijk digitaal gebeurt, terwijl de vragen oproepende meldingen worden besproken op de maandelijkse commissievergadering. De Rte's verwachten, op basis van de ervaring die ze de afgelopen veertien jaar hebben opgedaan in het toetsen van meldingen, dat een ruime meerderheid van de binnenkomende meldingen niet vragen oproepend is. Zoals hiervoor al aan de orde kwam, geldt hierbij dat indien een (of meerdere) van de commissieleden na bestudering van de met de melding digitaal meegezonden dossiers aangeeft dat hij de melding toch graag op de maandelijkse commissie vergadering wil bespreken, dit alsnog plaatsvindt. Doordat in de nieuwe werkwijze de mogelijkheid gecreëerd is om deze meldingen vrijwel onmiddellijk na ontvangst digitaal ter beoordeling voor te leggen aan de leden van de Rte, wordt de gemiddelde doorlooptijd van meldingen aanzienlijk bekort. De leden van de Rte hebben zich hiervoor de afgelopen maanden zeer ingezet en ik wil dat dan

ook niet onvermeld laten. Op grond van de positieve berichten van de Rte's is mijn verwachting dan ook dat de doorlooptijden van de meldingen in de loop van 2013 weer binnen de wettelijke termijnen zullen komen. Deze nieuwe werkwijze leidt er daarnaast toe dat er bij het secretariaat ruimte ontstaat om ook in de toekomst een eventuele toename in het aantal meldingen op te vangen en daarnaast nu meer tijd te besteden aan zaken die vanwege de werkdruk de afgelopen periode minder aandacht hebben gekregen. Hierbij valt te denken aan de website, de database en het opbouwen van een intern jurisprudentiesysteem. De nieuwe werkwijze wordt continu gemonitord en de digitale werkomgeving wordt daarnaast regelmatig verbeterd. Dat maakt dat ook in de toekomst secretarissen goed zullen zijn toegerust voor hun taak.

Voorts merken deze leden op dat inmiddels 51 mensen zijn geholpen via de levenseindekliniek. Zij vragen hoe de toetsing verloopt van de hier uitvoerde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De toetsing van de meldingen van de artsen, verbonden aan de Levens-eindekliniek, verloopt op dezelfde wijze als de toetsing van de meldingen van alle andere artsen. Namelijk, de Rte's toetsen of de arts aan alle zorgvuldigheidseisen, als bedoeld in artikel 2 eerste lid van de Euthanasiewet, heeft voldaan. Bij artsen die zijn verbonden aan de Levens-eindekliniek is een punt van aandacht dat zij doorgaans de patiënt slechts kort zullen kennen. Bij de toetsing is het dan van belang om na te gaan of de arts in kwestie een zodanige relatie had met de patiënt dat hij in staat kon worden geacht om zich een oordeel te vormen over diens situatie en tot de overtuiging kon komen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De arts moet dit voor de toetsingscommissie aannemelijk maken. Deze leden vragen mij of er een verklaring is voor de stijging van 0 tot 2 in de afgelopen jaren naar 13 meldingen in 2011 van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een patiënt met psychiatrische problematiek. Jaarlijks doen 500 tot 600 psychiatrische patiënten een verzoek tot levensbeëindiging. Derhalve gaat nog steeds in een zeer klein deel van de gevallen een arts/psychiater ook daadwerkelijk in op een dergelijk verzoek. Een verklaring voor de stijging kan zijn gelegen in het feit dat ook door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) wordt aangegeven dat psychiaters, aan wie een patiënt een weloverwogen verzoek doet, dit verzoek niet op voorhand moeten afwijzen. Daarnaast is het zo dat de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens-einde (NVVE) in 2011 een Steungroep Psychiatrie in het leven heeft geroepen om collegiale ondersteuning aan psychiaters en huisartsen te geven die worden geconfronteerd met een vraag om euthanasie. Deze ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat de artsen meer inzicht hebben gekregen in de mogelijkheden binnen de kaders van de Euthanasiewet om een vraag om euthanasie door een psychiatrisch patiënt in behandeling te nemen. Genoemde leden merken ook op dat onder het kopje wilsverklaring staat dat deze een mondeling verzoek kan vervangen. Zij vragen mij of ik het met hen eens ben dat aan een wilsverklaring uit het verleden nooit dezelfde betekenis kan worden toegekend als aan een concreet verzoek. De arts dient de overtuiging te hebben gekregen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, zoals de leden ook aangeven. Uitgangspunt hierbij is het mondelinge overleg vooraf tussen arts en patiënt. De schriftelijke wilsverklaring zal in de meeste gevallen slechts dienen om het mondelinge verzoek te ondersteunen en te verduidelijken. Een schriftelijke wilsverklaring kan echter in sommige gevallen ook een mondeling verzoek vervangen. In artikel 2, lid 2 van de Euthanasiewet wordt daartoe de ruimte geboden. Hierin wordt bepaald dat in het geval een patiënt niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek om levensbeëindiging heeft afgelegd, de arts aan dit verzoek gevolg kan geven. Dit

artikel is van belang indien een patiënt met een euthanasieverzoek inmiddels wilsonbekwaam is geworden. Om bij een dergelijke patiënt te kunnen beoordelen of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek is een schriftelijke wilsverklaring essentieel. Is een dergelijke verklaring geruime tijd -soms vele jaren- tevoren opgesteld en tussentijds niet geactualiseerd, dan kan het voor een arts moeilijk zijn om vast te stellen dat er sprake is van een consistent beeld aangaande de wens van de patiënt ter zake van euthanasie in de loop der tijd. Het is dan ook belangrijk dat de patiënt zelf bijdraagt aan duidelijkheid hierover, door de wilsverklaring met de arts te bespreken en deze op gezette tijden te actualiseren en opnieuw te ondertekenen. De patiënt moet daarin duidelijk maken onder welke omstandigheden de wilsverklaring actueel wordt. Als die omstandigheden zich aandienen, bijvoorbeeld in geval van dementie, zal in latere gesprekken tussen arts en patiënt moeten blijken dat de patiënt nog steeds achter deze wilsverklaring staat.

De leden van de SP-fractie vragen of er in 2011 meer dan één geval is geweest van euthanasie bij dementie in een vergevorderd stadium. Verder zijn zij benieuwd naar mijn mening over deze materie en vragen zij zich af of er meer aanvragen zijn van euthanasie bij beginnende dementie of dat artsen hier ruimhartiger mee omgaan. Ook de ChristenUnie-fractie heeft hier vragen over gesteld.

In het verslagjaar hebben de commissies slechts één geval van euthanasie bij een patiënt met verder gevorderde dementie beoordeeld. Voor wat betreft de oorzaak van een geconstateerde stijging van het aantal meldingen van euthanasie in geval van beginnende dementie verwijs ik naar het rapport over het recent gehouden evaluatieonderzoek Euthanasiewet, waaraan ik reeds refereerde. Uit het eveneens genoemde Sterfgevallenonderzoek 2010 blijkt dat in algemene zin de bereidheid van artsen om een euthanasieverzoek in te willigen, is toegenomen. Artsen leren ook van ervaringen van andere artsen.

In 2011 heeft de KNMG veel aandacht geschonken aan haar standpunt «De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde», waarmee duidelijk werd gemaakt dat euthanasie bij beginnende dementie binnen de kaders van de Euthanasiewet kan vallen. Uiteraard is daarbij ook benadrukt dat artsen met zulke verzoeken zeer terughoudend en extra behoedzaam behoren om te gaan. Het is van groot belang dat patiënt en arts tijdig spreken over het levenseinde, waarbij euthanasie aan de orde kan komen. Het belang van de KNMG-brochures over tijdig spreken over het levenseinde, zowel voor patiënten als voor artsen onderstreep ik dan ook. Uit de meldingen die de commissies in dit verslagjaar ontvingen blijkt dat artsen die geconfronteerd worden met een verzoek om euthanasie vanwege (beginnende) dementie ook inderdaad met extra behoedzaamheid te werk gaan. Om de ondraaglijkheid van het lijden dat de patiënt ervaart en de weloverwogenheid van diens euthanasieverzoek te bepalen, zal de arts een goed beeld moeten hebben van de persoonlijkheid van patiënt en diens eerder geuite wensen. Daarbij kan het advies van een gespecialiseerde onafhankelijke deskundige, zoals een specialist ouderengeneeskunde, een welkome aanvulling zijn op het advies van een geraadpleegde onafhankelijke SCEN consulent. Wanneer artsen een externe deskundige willen raadplegen, zijn zij vrij in hun keuze. Zij vragen advies van een externe deskundige vanwege diens veronderstelde deskundigheid op het gebied van dementie. Inbreng van familieleden van de patiënt vormt voor de arts een aanvulling op het beeld dat de arts zich over de patiënt en diens verzoek moet vormen. De Rte's hebben aangegeven dat uit de ontvangen meldingen duidelijk is geworden dat de beschreven patiënten met beginnende dementie ondraaglijk lijden onder de zich reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden. Daarbij lijden zij eveneens onder het nog aanwezige besef dat dit proces alleen maar verder zal toenemen en zal leiden tot fundamentele

afhankelijkheid en een totaal verlies van zichzelf. De angst voor toekomstig lijden maakt deel uit van de ervaren actuele lijdensdruk.

De leden van de SP-fractie merken op dat de vier gevallen waarbij artsen volgens de commissie niet volgens de zorgvuldigheidseisen hebben gehandeld aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn doorgegeven. Over een van de vier casussen is nog geen uitsluitel. Deze leden zouden dit zodra dat bekend is wel graag willen ontvangen. Ik kan niet ingaan op een individuele casus, maar in het volgende jaarverslag van de Rte's zal hier melding van worden gemaakt. Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie een toelichting of een verschillend aantal meldingen per commissie de verschillen in tijden van beoordeling verklaart. Dit is inderdaad het geval. Om het verschil in doorlooptijden tussen de commissies te beperken ben ik aan het onderzoeken of de huidige regioverdeling aangepast kan worden. Zo zouden de leden van de regio met een structureel lager dan gemiddeld aantal meldingen (regio 1) ook meldingen van een deel van een andere, aangrenzende regio (regio 2) met een hoge werklast kunnen overnemen. Op die manier zal de werklast over de regio's beter verdeeld worden. Op dit moment ben ik met de minister van Veiligheid en Justitie aan het onderzoeken of deze wijziging juridisch haalbaar is en welke gevolgen deze wijziging heeft.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie verzoeken om informatie over het streven van de Rte's naar harmonisatie van de oordelen. Ook vragen zij in hoeveel gevallen de oordelen uiteen lopen en hoe de harmonisatie verder versterkt zou kunnen worden.

De commissies streven harmonisatie onder meer op de volgende zes wijzen na, die ik kort zal toelichten. 1) De voorzitters van de commissies hebben richtlijnen opgesteld betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Hierin zijn regels opgenomen omtrent a) de wijze waarop de gemelde gevallen aan de zorgvuldigheidseisen worden getoetst; b) de gevallen waarin de behandelende arts in ieder geval wordt gehoord en c) de wijze waarop de inlichtingen bedoeld in artikel 8, tweede en derde lid van de wet, worden vastgelegd. 2) Minimaal vier keer per jaar vindt er overleg plaats tussen de voorzitters en de secretarissen van de commissies waarbij – in aanvulling op de richtlijnen – nadere afspraken worden gemaakt, bedoeld om een zo uniform mogelijke wijze van werken te bewerkstelligen. Indien er door de voorzitters en secretarissen essentiële verschillen worden gesignaleerd in de werkwijzen van de commissies worden deze in het voorzittersoverleg ingebracht. 3) Indien een commissie bij de behandeling van een melding van oordeel is dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen wordt het voorgenomen oordeel voor advies en commentaar naar alle leden en plaatsvervangende leden van de eigen en andere commissies gezonden. Uiteindelijk beslist de bevoegde commissie. 4) Ook indien een commissie voornemens is om tot het oordeel te komen dat de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, kan zij – indien zij dat met het oog op de casus in kwestie voor haar beoordeling wenselijk acht – op voorhand advies aan de andere commissies vragen. 5) Commissieleden worden niet alleen ingezet voor de beoordeling van meldingen binnen de eigen regio, maar kunnen tevens – als plaatsvervangend lid – worden ingezet als commissielid bij een andere regio. Ook dit draagt bij aan verdieping van inzichten, uniformiteit en afstemming. 6) Ten slotte worden door de commissies themabijeenkomsten georganiseerd waar commissieleden en secretarissen met elkaar van gedachten kunnen wisselen over een specifiek thema.

Met al deze maatregelen wordt eenduidig optreden van de commissies bij het beoordelen van de meldingen beoogd, met inachtneming van de autonome beoordelingsvrijheid van de commissies. Iedere individuele melding moet naar de eigen specifieke omstandigheden worden beoordeeld, maar de intentie van de toetsingscommissies is gericht op uniformiteit van de oordelen. De commissies moeten immers met hun oordelen zoveel mogelijk duidelijkheid scheppen, niet alleen voor de artsen met betrekking tot de ruimte die de wet hen biedt, maar ook voor patiënten met een euthanasieverzoek. De commissies hebben eerdergenoemde instrumenten tot hun beschikking om de uniformiteit van de oordelen te waarborgen. Nu het aantal leden van de commissies is uitgebreid, is en blijft de harmonisatie een belangrijk punt van aandacht. Ook is hier aandacht voor in de evaluatie van de Euthanasiewet, waarvan ik reeds heb toegezegd dat ik u mijn standpunt uiterlijk 15 mei a.s. zal doen toekomen.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts naar de euthanasieverzoeken bij de arts in opleiding tot specialist (AIOS). Uit de Euthanasiewet volgt dat alleen een arts bevoegd is om levensbeëindiging op verzoek toe te passen. Een arts in opleiding tot specialist (AIOS) is (basis-)arts en daardoor bevoegd om euthanasie uit te voeren. De toetsingscommissie dient uiteraard te toetsen of een arts adequaat en zorgvuldig heeft gehandeld. In de toetsingspraktijk gaan de commissies dan ook altijd na of de arts in opleiding, die een euthanasie meldt, voldoende is begeleid door zijn/haar opleider. Indien dit onvoldoende uit het aangeleverde dossier blijkt, doet de commissie navraag.

Ten slotte ondersteunen de leden van de CDA-fractie de keuze voor uitbreiding van het aantal leden alsook het tweesparenbeleid via categorisering «niet vraag oproepend». Ik dank deze leden voor de ondersteuning van mijn beleid op dit gebied.

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie vernemen graag van mij of ik bereid ben de regionale toetsingscommissies nogmaals hun personele capaciteiten uit te laten breiden, als de uitbreiding van 2012 onvoldoende blijkt om de wettelijke termijnen te halen. In aanvulling vragen de leden van de D66-fractie of de commissies op dit moment in staat zijn tot voldoende reflectie.

Ik heb er, mede vanwege positieve signalen van de Rte's, het volste vertrouwen in dat de uitbreiding van 2012 de Rte's voldoende capaciteit geeft om zowel qua leden als qua secretariaat de komende jaren een eventuele toename van het aantal meldingen op te vangen en daarbij de benodigde kwaliteit en reflectie te waarborgen. Echter indien onverhoopt zal blijken dat de wettelijke termijnen ook in 2013 niet worden behaald, zal ik bezien of extra maatregelen wenselijk en mogelijk zijn.

Ondanks het al enkele jaren stijgende aantal meldingen en de toegenomen werkdruk, dragen de toetsingscommissies er zorg voor dat de zorgvuldige beoordeling van alle meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is gewaarborgd. Het invoeren van de nieuwe werkwijze met betrekking tot het beoordelen van de meldingen leidt er toe dat voor de vraag oproepende meldingen, die een uitgebreidere onderlinge gedachtewisseling en reflectie vragen, tijdens de maandelijkse commissievergaderingen meer tijd beschikbaar is.

Genoemde leden vragen voorts of er mogelijkwerwijs een verband bestaat tussen een beperkte personele capaciteit en het huidige functioneren van de website en database.

Het feit dat de Rte-website op dit moment nog niet optimaal functioneert, is inderdaad deels te wijten aan de voortdurende toename van het aantal

meldingen waardoor de Rte's genoodzaakt zijn geweest om prioriteit te geven aan het wegwerken van de opgelopen achterstanden. In mei en juni 2012 heeft het CIBG, te weten het agentschap van VWS waar de secretariaten van de commissies onder ressorteren, in samenwerking met de commissies een zogenaamde usability test uitgevoerd om de gebruikersvriendelijkheid van de Rte-website te onderzoeken. Uit de test is gebleken dat een aantal verbeterpunten de gebruikersvriendelijkheid en inzichtelijkheid van de Rte website kan verhogen. Deze verbeterpunten omvatten onder meer het (verder) verbeteren van de algemene zoekfunctie van de website zodat belangrijke casuïstiek gemakkelijker toegankelijk wordt gemaakt, het overzichtelijker maken van de website en het verbeteren van de leesbaarheid van de teksten op de website. De Rte's werken momenteel in samenwerking met het CIBG aan het doorvoeren hiervan. Daarbij zal worden bezien of de bekendheid van de Rte-website onder artsen vergroot kan worden, aangezien uit de usability test is gebleken dat de testpersonen (allen arts) slechts ten dele bekend waren met de Rte-website. Ten slotte heeft de ingebruikname in april 2012 van een nieuw systeem, ter ondersteuning van de door de commissies geïntroduceerde nieuwe werkwijze, geleid tot een achterstand in het publiceren van oordelen op de website. Ook hier wordt aan gewerkt opdat binnen afzienbare tijd de publicatie van oordelen op de Rte-website weer up-to-date is.

### **Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen mij, mede naar aanleiding van de stijging van het aantal meldingen waarop ik reeds heb gereageerd, of de drempel voor patiënten om een aanvraag voor euthanasie in te dienen lager is geworden. Bij elk euthanasieverzoek moet de arts samen met de patiënt tot de overtuiging komen dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en dat er geen redelijke andere oplossing is. Er is geen reden om aan te nemen dat de drempel voor het doen van een verzoek lager of hoger is geworden. Zie hiervoor ook mijn antwoord op de vraag van de SP-fractie over de toename van het aantal euthanasieverzoeken.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen, naar aanleiding van de vernieuwde procedure voor het afhandelen van de meldingen of er voorbeeldcasussen kunnen worden gegeven waarin wordt verduidelijkt wanneer er sprake is van gevallen die «vragen oproepen» en gevallen die «geen vragen oproepen». Zij vragen voorts of de aanvragen van 2011 kunnen worden gecategoriseerd binnen deze twee groepen en welke omvang beide groepen hadden.

Het jaarverslag betreft het kalenderjaar 2011. De nieuwe werkwijze is pas in april 2012 geïmplementeerd en de casuïstiek van de Rte's is in 2011 dan ook niet op deze wijze gecategoriseerd. Naar de ervaring van de Rte's in de afgelopen jaren zijn casus, waarin het ondraaglijk lijden van een – veelal in een (pre)terminale fase verkerende – patiënt zijn oorzaak vindt in een (gemetastaseerd) carcinoom, doorgaans niet vragen oproepend, mits tevens geen onduidelijkheid bestaat over een of meerdere van de overige zorgvuldigheidseisen. De vragen oproepende casus betreffen in elk geval patiënten met een meer complexe aandoening, bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening of dementie.

Daarnaast willen de genoemde leden graag weten of, op basis van voorlopige cijfers, de stijging van het aantal euthanasieverzoeken zich dit jaar aan het doorzetten is. Het aantal euthanasiemeldingen in 2012 was inderdaad hoger dan in 2011, hoewel de stijging procentueel minder was dan de jaren ervoor.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen mij naar de discussie die de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillige Levens einde (NVVE) heeft



gestart over het opheffen van de toetsing bij euthanasie en of hiermee de zorgvuldigheid van de procedure niet in het geding komt. Om de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen te waarborgen en zorg te dragen dat artsen bij het uitvoeren van euthanasie de wettelijke zorgvuldigheidseisen naleven en van die uitvoering melding blijven doen, dient een transparant systeem van toetsing door een multidisciplinair samengestelde deskundigencommissie gehandhaafd te blijven. Dit is zo beoogd met het instellen van de Rte's in 1998 en de wettelijke verankering ervan in de Euthanasiewet in 2002. Toetsing komt het besluitvormingsproces van de arts ten goede en daarmee ook de patiënt. Artsen geven zelf bovendien regelmatig aan dat zij zich door deze toetsing achteraf gesteund voelen bij dit zeer ingrijpend en uitzonderlijk medisch handelen. Daarnaast wordt het huidige systeem van toetsing van euthanasiemeldingen voortdurend verbeterd. De vijfjaarlijkse evaluatie draagt daaraan bij. Uit de meest recente evaluatie waarover ik reeds schreef, blijkt dat de wet en het toetsingssysteem goed werken. Het opheffen van de toetsing bij euthanasie wordt hierin dan ook niet genoemd. Ik zie dan ook geen reden om deze mogelijkheid nader te onderzoeken.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af hoeveel van de aanvragen zijn behandeld door meerdere toetsingscommissies, bij hoeveel gevallen alle vijf de toetsingscommissies ingeschakeld zijn voor advies en of ik kan aangeven wat de casuïstiek was van deze aanvragen. De Rte's hebben in 2011 in ieder geval de vier conceptoordelen onzorgvuldig (casus 15, 16, 18 en 19 uit het jaarverslag 2011) landelijk aan alle leden voor advies voorgelegd. Er zijn in 2011 geen exacte gegevens bijgehouden over de casuïstiek of het aantal landelijk rondgezonden conceptoordelen met eindoordeel zorgvuldig. Wel kan in het algemeen worden gesteld dat een commissie advies vraagt aan de andere commissies indien zij dat met het oog op de casus in kwestie voor haar beoordeling wenselijk acht.

De ChristenUnie-fractie vraagt op welke wijze de handelwijze van de toetsingscommissies getoetst wordt en hoe de mate van onafhankelijkheid wordt gegarandeerd van de leden van de Rte's. Ook vragen zij of het mogelijk is om een correctiesysteem op de toetsing van de Rte's te introduceren.

In de jaarverslagen leggen de Rte's verantwoording af. Het waarborgen van het onafhankelijk en zonder vooroordelen optreden van de leden van de Rte's heeft de permanente aandacht van de gezamenlijke Rte's. De geloofwaardigheid en het gezag van de Rte's, belangrijke voorwaarde immers voor de acceptatie van de oordelen van de Rte's door de artsen en – meer algemeen – de samenleving, wordt nauwlettend in het oog gehouden. Het onderling raadplegen van alle leden, wat plaatsvindt in het kader van harmonisatie van (be)oordelen, draagt hier in belangrijke mate toe bij. De Rte's dragen een eigen verantwoordelijkheid zowel wat betreft het zelfstandig optreden als het mij tussentijds op de hoogte stellen van belangrijke en urgente ontwikkelingen. Het introduceren van een correctiesysteem op de toetsing door de Rte's acht ik dan ook niet opportuun.

Over de rol en positie van het Openbaar Ministerie (OM) in relatie tot de Rte's hebben mijn collega van Veiligheid en Justitie en ik uw Kamer, reeds per brief op 3 februari 2012 geïnformeerd (32 647, nr. 5). In aanvulling daarop meld ik het volgende. Alle zaken waarin de Rte's tot het oordeel zijn gekomen dat de meldend arts niet conform één of meer wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, worden overgedragen aan het College van Procureurs-Generaal. Tevens wordt de regionaal inspecteur voor de Gezondheidszorg op de hoogte gesteld van het oordeel.

Ten slotte vragen de leden van de genoemde fractie mij of er bij één van de gevallen, waarbij sprake was van onzorgvuldig handelen, een melding

is gedaan via de IGZ of door aangifte door nabestaande of derde en of ik bereid ben een justitieel onderzoek te laten instellen door het Openbaar Ministerie om duidelijkheid te verkrijgen over casus 7, om via deze weg helder te krijgen waar de wettelijke grens ligt bij euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Er zijn mij geen meldingen bekend van aangifte of meldingen bij de IGZ door een nabestaande of derde. Zoals eerder gemeld, hebben mijn collega van Veiligheid en Justitie en ik in de brief aan uw Kamer (32 647, nr. 5) toegelicht dat het oordeel van de commissie dat de arts conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, een eindoordeel is. Uitsluitend in de situaties waarin de commissie zich niet bevoegd acht, wanneer de commissie constateert dat niet conform de zorgvuldigheidseisen is gehandeld of wanneer de euthanasie op een andere wijze dan door melding aan het licht komt, is er in het huidige systeem een rol weggelegd voor het OM. Geen van deze situaties doet zich hier voor. De minister van VenJ heeft mij laten weten dat er geen aanleiding is voor nader onderzoek door het OM.

### **Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie**

De leden van de SGP-fractie vernemen graag welk deel van de sterfgevallen per jaar een gevolg is van euthanasie of hulp bij zelfdoding over de periode sinds de invoering van de wet. Uit het Sterfgevallenonderzoek 2005, drie jaar na de inwerkingtreding van de euthanasiewet, werd een daling van de frequentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding gevonden op het totaal aantal sterfgevallen in Nederland. In 2005 bedroeg het geschatte percentage van gevallen van euthanasie op het totaal aantal sterfgevallen 1,7% en het geschatte percentage van gevallen van hulp bij zelfdoding 0,1%; in 2001 was dit respectievelijk 2,6% en 0,2%. Uit het Sterfgevallenonderzoek 2010 is gebleken dat het geschatte percentage van gevallen van euthanasie op het totaal aantal sterfgevallen lag op 2,8% en het geschatte percentage van gevallen van hulp bij zelfdoding op 0,1%.

Verder constateren de leden van deze fractie dat in 2011 is overgegaan tot het instellen van de levenseindekliniek en zij vragen hoe ik invulling geef aan hun verzoek om extra kritisch te kijken naar dergelijke ontwikkelingen die volgens hen naar verwachting zullen zorgen voor een nog (veel) verdere stijging van het aantal gevallen van levensbeëindiging in Nederland.

Of de komst van de Levenseindekliniek tot een stijging van het aantal gevallen van euthanasie zal leiden, is niet met zekerheid te zeggen. Voorlopig lijkt dit niet het geval. Iedere arts die een verzoek om euthanasie wil honoreren moet voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen, ongeacht of dit de eigen huisarts is of een arts van de Levenseindekliniek. In het eerste half jaar zijn er 456 aanmeldingen geweest, waarbij er in totaal 224 in behandeling zijn genomen. In 21 gevallen is door een arts, verbonden aan de kliniek, de euthanasie ook daadwerkelijk uitgevoerd. Bij 30 mensen besloot de arts na overleg met de Levenseindekliniek alsnog zelf de euthanasie uit te voeren. In 94 gevallen werden de verzoeken afgewezen, omdat niet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. In 79 gevallen trok de patiënt zich zelf terug of was de patiënt overleden. In de Levenseindekliniek is in de eerste periode dus 23% van de in behandeling genomen verzoeken gehonoreerd. In mijn toegezegde standpunt op de recent verschenen evaluatie van de Euthanasiewet zal ik tevens nader ingaan op dit onderwerp.

De leden van de SGP-fractie hebben enkele vragen gesteld bij de nieuwe werkwijze van de Rte's. Zo vragen ze mijn oordeel over deze werkwijze en of deze werkwijze officieel is vastgelegd. Tevens vragen de leden of de betrokken commissieleden uitdrukkelijk goedkeuring moeten geven aan

de digitaal voorgelegde oordelen of dat er na verloop van tijd sprake is van een stilzwijgende goedkeuring als er geen commentaar wordt gegeven. Ook vragen deze leden in hoeverre deze nieuwe werkwijze ook gebruikt wordt bij euthanasie in geval van dementie, psychiatrische ziektebeelden of bij een toestand van verlaagd bewustzijn of coma. Ten slotte vragen de genoemde leden op welke wijze het onderlinge overleg om tot een oordeel te komen wordt gewaarborgd.

Bij de nieuwe werkwijze wordt, alleen indien het de beoordeling van niet vragen oproepende meldingen betreft, gebruik gemaakt van een digitaal systeem waarbij commissieleden de mogelijkheid hebben reacties te plaatsen bij iedere individuele melding. Door onderling reacties digitaal uit te wisselen kan in onderling overleg tot een oordeel worden gekomen. Ieder lid moet, wanneer hij tot een positieve beoordeling van de melding komt, deze uitdrukkelijk geven. Pas als door alle leden een positieve beoordeling is gegeven kan de voorzitter een definitieve beoordeling geven. Indien een of meerdere van de leden een negatieve beoordeling geeft of een vraag over de casus heeft, wordt de melding ter behandeling doorverwezen naar de eerstvolgende commissievergadering. Wanneer het gaat om een geval van dementie, psychiatrische ziekte of een toestand van verlaagd bewustzijn wordt de melding door de secretaris altijd als vragen oproepend geselecteerd, waarna die melding in de vergadering van de Rte wordt beoordeeld.

De leden van de SGP-fractie vragen in hoeverre het enkele gegeven dat er sprake is van een aandoening die verband houdt met ouderdom voldoende grond is om euthanasie gerechtvaardigd te achten. Ook vragen zij in hoeverre hierbij rekening wordt gehouden met de mate waarin een ziekte of aandoening behoort tot de normale verschijnselen die horen bij het ouder worden.

De regionale toetsingscommissies hebben meermalen geoordeeld dat een arts aannemelijk heeft kunnen maken dat sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de Euthanasiewet als gevolg van (een stapeling van) aandoeningen met een medische grondslag en klachten die voornamelijk bij ouderen voorkomen dan wel direct verband houden met ouderdom. Deze aandoeningen, inclusief functieverlies, zijn elk afzonderlijk dikwijls niet levensbedreigend. De optelsom en complexiteit ervan kan er echter voor zorgen dat de kwaliteit van leven zodanig negatief wordt beïnvloed dat kan worden gesproken van ondraaglijk lijden voor de betrokkene. Blijkens de oordelen van de Rte's kan de arts bij zijn beoordeling van het lijden ook aspecten als afhankelijkheid, isolement en verlies van autonomie betrekken. Een arts zal daarbij echter, gelet op de in de Euthanasiewet neergelegde zorgvuldigheidseisen, ook altijd moeten bezien of er nog redelijke andere oplossingen zijn, bijvoorbeeld in de zin van (palliatieve) zorg. Zo nodig kan hij hiervoor een beroep doen op deskundigen als specialisten ouderengeneeskunde. Een en ander laat echter onverlet dat bij het lijden (in overwegende mate) sprake moet zijn van een medische grondslag. Dat wil zeggen een conditie die als ziekte of combinatie van ziekte of klachten kan worden aangemerkt. Lijden zonder enige medische grondslag valt buiten het bereik van de Euthanasiewet. De leden van de SGP-fractie constateren een toename van het aantal gevallen van euthanasie bij mensen met een psychiatrische stoornis. In het verslag lezen zij dat het «aan te raden is om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, waaronder een psychiater, te raadplegen». Zij vragen zich af waarom dit een aanbeveling is en waarom het oordeel van een psychiater niet verplicht is. Ten slotte vragen zij zich af of het daarbij ook van belang is of er sprake is van een stabiele behandelrelatie.

De Rte's raden artsen inderdaad aan, in geval door een psychiatrisch patiënt om euthanasie wordt verzocht, naast het oordeel van de onafhankelijke consulent ook dat van een psychiater te vragen. Het verplicht

raadplegen van een psychiater behoort niet tot de zorgvuldigheidseisen, zoals vastgelegd in de Euthanasiewet. De Rte's, die tot taak hebben te toetsen of de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, kunnen niet als eis stellen dat de arts tot een dergelijke raadpleging is verplicht. Volgens de richtlijn van de NVvP moet bij een patiënt met een psychiatrische ziekte of stoornis, naast de onafhankelijke consulent echter altijd een psychiater worden geconsulteerd. Het raadplegen van een psychiater naast de onafhankelijke consulent kan de arts overigens ook tot steun zijn bij zijn besluitvorming. De commissies hebben op grond van de wet een eigen verantwoordelijkheid en zijn niet gehouden de richtlijnen van wetenschappelijke en beroepsorganisaties te volgen. Dat neemt niet weg dat het niet raadplegen van een psychiater de commissie aanleiding kan geven de arts nadere vragen te stellen.

De leden van de SGP-fractie vragen wat zij precies moeten verstaan onder de extra behoedzaamheid waarvan volgens de commissies sprake moet zijn bij een verzoek om euthanasie bij iemand met dementie.

De extra behoedzaamheid met betrekking tot euthanasieverzoeken bij de problematiek van dementie of psychiatrische aandoeningen kan met name tot uitdrukking komen door het consulteren van extra deskundigen op het betreffende terrein van expertise.

De leden van de SGP-fractie vragen verder welke waarborgen er zijn om juist bij de problematiek rond dementie of psychiatrische aandoeningen te voorkomen dat er door naasten druk wordt uitgeoefend om tot euthanasie over te gaan.

De arts dient tot de overtuiging te komen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Dat betekent ook dat hij zich er terdege van vergewist dat er geen sprake is van druk van derden. In het geval van verzoeken van patiënten met dementie of psychiatrische aandoeningen zal de arts dat met de grootst mogelijke zorgvuldigheid nagaan.

Een belangrijk aandachtspunt is de aanwezigheid van behandelalternatieven. De leden van de SGP-fractie vernemen graag hoe bepaald wordt welke alternatieven er zijn. Verder vragen zij of er ook sprake is van een verplichte consultatie van personen die deskundig zijn op het terrein van palliatieve zorg en op welke wijze is gewaarborgd dat reeds vroegtijdig die deskundigheid geraadpleegd wordt.

Voor wat betreft de bepaling van de alternatieven moet de arts samen met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. 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 daarom door de individuele benadering. Leidend bij de beoordeling van de alternatieven is het proportionaliteitsbeginsel, een afweging van het te verwachten effect, de termijn waarop het effect wordt behaald en welke nadelen en belasting er zijn voor de patiënt. SCEN-artsen adviseerden in 2011 in 16,5% van de gevallen dat (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In 17% daarvan concludeerde de SCEN-arts dat er nog andere redelijke oplossingen onvoldoende geprobeerd waren. Er is geen sprake van een verplichte consultatie van personen die deskundig zijn op het terrein van palliatieve zorg. Wel zijn er verschillende initiatieven om de kennis van professionals op het gebied van palliatieve zorg verder te versterken. Ik zal op het onderwerp palliatieve zorg nog nader ingaan in antwoord op een volgende vraag.

De leden van de SGP-fractie constateren dat bij casus 4 als algemeen oordeel wordt geformuleerd dat in situaties van verlaagd bewustzijn het verzoek om euthanasie kan worden ingewilligd voor zover er sprake is van

voor de patiënt ondraaglijk lijden. Deze leden vernemen graag of er juist bij verlaagd bewustzijn geen sprake is van onvermogen om de wil ten aanzien van euthanasie te uiten. Zij vragen zich af hoe dan kan worden vastgesteld dat er sprake is van ondraaglijk lijden en waarom er bij de daarbij genoemde situatie nog wel wordt uitgegaan van de mogelijkheid van euthanasie. Ook de leden van de SP-fractie vroegen mij om een reactie.

In de medische wetenschap wordt aangenomen dat patiënten bij wie het bewustzijn geheel ontbreekt (coma) geen lijden kunnen ervaren. Om bij patiënten die zich in een situatie van een verlaagd bewustzijn bevinden te kunnen vaststellen of zij lijden ervaren en er sprake is van ondraaglijk lijden, kunnen artsen de zogeheten Glasgow Coma Scale hanteren. Aan de hand daarvan kunnen zij op basis van de reacties van deze patiënten de mate bepalen waarin het bewustzijn is verlaagd en de bewustzijnsstoornissen interpreteren. In de richtlijn «Euthanasie bij verlaagd bewustzijn» die de KNMG in juni 2010 publiceerde is de Glasgow Coma Scale daartoe opgenomen. Is als gevolg van pijn- of symptoombestrijding een coma ontstaan dan wordt het inhumaan geacht een patiënt uit dit reversibel coma te laten ontwaken teneinde hem zijn ondraaglijk lijden te laten bevestigen, alvorens tot uitvoering van euthanasie over te gaan. Situaties waarin de patiënt een verlaagd bewustzijn heeft, zijn voor de (SCEN-)arts niet eenvoudig te beoordelen en dienen met grote behoedzaamheid tegemoet te worden getreden. Een heldere en actuele wilsverklaring (uiting van de wil van de patiënt) kan een (SCEN-)arts in een dergelijke situatie steunen in de overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan met betrekking tot de weloverwogenheid en de vrijwilligheid van het verzoek. In de genoemde casus was een wilsverklaring van de patiënt aanwezig. De combinatie van de wilsverklaring en de gesprekken die de arts met patiënte heeft gevoerd, bleek volgens de Rte's na zorgvuldige afweging en na nadere toelichting door de arts voldoende grond voor de arts om tot de conclusie te komen dat het verzoek van de patiënte kon worden ingewilligd.

De genoemde leden hebben voorts een vraag bij casus 7 uit het jaarverslag. Zij vragen in hoeverre er onderzoek is of wordt gedaan naar de visie van ouderen op verpleeghuiszorg wanneer zij merken dat het einde van hun leven nadert. Hierbij vragen de leden onder meer naar de ervaren kwaliteit van zorg en de relatie met verzoeken om euthanasie. De zorg in de verpleeghuizen in Nederland is over het algemeen van een kwalitatief goed niveau. Dat blijkt uit brancherapporten en onderzoeken. Er zijn tevens vele goede voorbeelden van verpleeghuizen waar het welbevinden van de bewoners actief centraal wordt gesteld. Ik verwijs u naar [www.InvoorZorg.nl](http://www.InvoorZorg.nl) voor vele inspirerende voorbeelden. Deze site wordt door zo'n 33.000 bezoekers per maand bezocht. We zien dat in de instellingen die aan het InvoorZorg-programma deelnemen de kwaliteit van zaken als bejegening toenemen en het ziekteverzuim van medewerkers daalt.

Ik vind dat de verpleeghuiszorg er op gericht moet zijn om ouderen zo goed mogelijk te ondersteunen door adequate zorg te verlenen, met oog voor de behoeften en noden van de oudere. Aandacht voor de levensvragen van de bewoners en kennis over palliatieve zorg maken hier onderdeel van uit. Aandacht voor levensvragen is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van zorg voor ouderen. Via het Nederlands Zorginstituut (NZi) heb ik financiering beschikbaar gesteld om een professionele standaard voor implementatie in de zorgpraktijk te ontwikkelen. Het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen gaat deze zorgstandaard ontwikkelen in samenwerking met betrokken veldpartijen. Daarnaast verzamelt het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen bestaande kennis en ervaring in zorg en welzijn en maakt deze landelijk beschikbaar. Vrijwilligers en beroepskrachten worden getraind bij het

omgaan met deze vragen, waardoor onzekerheden bij ouderen kunnen worden verminderd. Tevens ondersteunt en stimuleert het netwerk innovatieve projecten gericht op geestelijke ondersteuning van thuiswonende ouderen. Ten aanzien van palliatieve zorg meld ik dat mijn beleid er ook op gericht is om de palliatieve zorg verder te verankeren in de verpleeghuiszorg. Het onlangs gestarte ZonMw-verbeterprogramma is mede gericht op de verpleeghuizen. Door de implementatie van goede voorbeelden geef ik hier invulling aan.

De leden van de SGP-fractie vragen in hoeverre het hierbij een rol speelt dat sommige ouderen zich eenzaam voelen en welke maatregelen ik overweeg om tegemoet te komen aan deze gevoelens, onder meer met hulp om op een zinvolle wijze invulling te geven aan de levensavond. De voormalig Staatssecretaris van VWS heeft op 30 oktober 2012 een brief aan uw Kamer gestuurd (29 538, nr. 139) waarin zij is ingegaan op verschillende aspecten van eenzaamheid. In die brief is ook aangegeven dat bestrijding van eenzaamheid geen taak voor de rijksoverheid is, maar primair op lokaal niveau dient te worden gedaan. Er zijn veel lokale initiatieven en goede voorbeelden. Voor de zomer 2013 zal een landelijk debat plaatsvinden gericht op een intensievere samenwerking tussen maatschappelijke organisaties, wetenschappers, vrijwilligers en kennisinstuten.

De SGP-fractie vraagt wat ik eraan doe om de kennis over de mogelijkheden van palliatieve zorg bij zorgmedewerkers en (verpleeghuis)artsen te vergroten. Ik constateer dat er veel kennis bestaat over palliatieve zorg, die verder moet worden uitgerold en geborgd op de werkvloer. Daarom is een ZonMw-verbeterprogramma gestart dat in het veld met enthousiasme is ontvangen. De eerste projecten, gericht op de implementatie van goede voorbeelden, zijn onlangs van start gegaan en dragen bij aan de kennis over palliatieve zorg bij professionals zoals verplegenden, verzorgenden en (verpleeghuis)artsen. Daarnaast ondersteunt VWS de verankering van palliatieve zorg in opleidingen voor verzorgenden, verplegenden en artsen. De ontwikkeling van de module voor palliatieve zorg, afgerond in november 2013, zal in belangrijke mate bijdragen aan een verdere vergroting van de kennis over palliatieve zorg bij zorgmedewerkers.

Met betrekking tot de wettelijk verplichte consultatie door een onafhankelijk arts, vragen de leden van de SGP-fractie of alle gevallen waarin arts en consulent «als het ware een vast duo» vormen worden afgewezen. En indien dat niet het geval is, wat dan de criteria zijn om te beoordelen of er van voldoende onafhankelijkheid sprake is. Ook vragen deze leden in hoeverre er bij de raadpleging van een arts of geriater sprake is van een vrije keuze aan wie om advies gevraagd wordt. Graag vernemen zij hoe wordt voorkomen dat er sprake is van een voorkeur voor een arts of geriater die sneller overtuigd is van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van de wens.

Een consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de consultvragend arts houdt onder meer in dat de consulent in principe niet een van de volgende personen mag zijn: een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een arts-assistent van de arts, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de consultvragend arts. Er mag geen familieband of zakelijke relatie bestaan tussen arts en consulent en in beginsel ook geen samenwerkingsrelatie in bredere zin. De onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënt houdt onder meer in dat geen onderlinge familiebetrekking of vriendschap bestaat, dat de consulent geen (mede)behandelaar is of is geweest en dat hij patiënt ook niet uit de waarneming kent. In verband met de onafhankelijkheid van de consulent achten de Rte's het raadzaam

om via de SCEN-organisatie een SCEN-arts als consulent te benaderen. In het overgrote deel van de meldingen blijkt een SCEN-arts te worden geconsulteerd. Iedere arts in Nederland kan via het SCEN-telefoonnummer in contact komen met een SCEN-arts. De behandelend arts krijgt een SCEN-arts toegewezen en hiermee wordt de onafhankelijkheid gewaarborgd. In een enkel geval is zulke specifieke deskundigheid noodzakelijk en komt het voor dat er rechtstreeks contact wordt opgenomen met de SCEN-arts. De Rte's beoordelen uiteindelijk of de SCEN-arts voldoende onafhankelijk was ten opzichte van de arts en de patiënt.

Indien een arts, in een zeer uitzonderlijk geval, steeds eenzelfde consulent raadpleegt kan hiermee een ongewenste situatie ontstaan aangezien hierdoor een schijn van niet-onafhankelijkheid kan ontstaan. De Rte's achten het van belang dat iedere schijn van niet-onafhankelijkheid te allen tijde wordt vermeden. Zien de commissies aanleiding om de onafhankelijkheid in twijfel te trekken dan worden hierover aanvullende vragen gesteld en mogelijk worden de arts en de consulent in kwestie uitgenodigd om een mondelinge toelichting te geven.

Ten slotte vernemen de leden van de SGP-fractie graag welke gevolgen er aan de oordelen worden verbonden in de twee gevallen waarin de arts niet medisch-zorgvuldig heeft gehandeld en in de andere twee situaties waarbij het oordeel «onzorgvuldig» luidde. In bijlage II op pagina 64 en 65 van het jaarverslag is aangegeven op welke wijze casussen 16, 18 en 19 zijn afgehandeld door het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ten aanzien van casus 15 kan dit nog niet worden gezegd omdat deze zaak nog niet is afgehandeld door het OM.