

Vergaderjaar 2013–2014

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 28

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK

Vastgesteld 25 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op woensdag 4 juni 2014 gesprekken gevoerd over **Euthanasie en psychiatrie**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Sjerp

Aanwezige leden: Arib, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Keijzer, Neppérus, Van der Staaij, Tellegen en Voortman.

Blok I: Artsen en psychiaters
Boudewijn Chabot, psychiater
Gerrit Glas, psychiater en opleider, mede namens CMF Nederland
Johan Huisman, psychiater (voorzitter Steungroep Psychiaters)
Paulan Stärcke, GGZ InGeest, psychiater
Marc Doorakkers, psychiater, consulent Vincent van Gogh instituut, SCEN-arts
Leny van Dalen, psychiater
Jeannette van Andel, huisarts
Rutger van der Gaag, KNMG

Blok II: Ethici en juristen
Theo Boer, ethicus, universitair docent ethiek
Willie Swildens-Rozendaal, coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie
Gert van Dijk, ethicus Erasmus MC
Martin Buijsen, hoogleraar recht & gezondheid
Esther Pans, advocaat

Blok III: Patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen
Petra de Jong, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE)
Steven Pleiter, Levenseindekliniek
Esmé Wiegman, Nederlandse Patiënten Vereniging
Jeannette Croonen, St. Euthanasie in de Psychiatrie
Carine de Vries, St. Euthanasie in de Psychiatrie (2e woordvoerder)
Elena Lindemans, documentairemaakster
Paul Ulrich, Landelijk Platform GGZ

Aanvang 10.00 uur.

Blok I: Artsen en psychiaters

De **voorzitter**: Goedemorgen. Ik open dit rondetafelgesprek over euthanasie in de psychiatrie. Wij spreken in drie blokken met veel gasten. We zijn blij dat de meeste mensen zeer positief hebben gereageerd op onze uitnodiging om over dit onderwerp te komen praten. Ik geef onze gasten straks allemaal twee minuten voor een bondige inleiding. Zo nodig mogen zij daar drie van maken, maar daarna fluit ik echt wel af. Dan gaat er een belletje. Zoals altijd zijn er van tevoren stukken gestuurd, dus laten we het bondig houden. Daarna komen de Kamerleden met hun vragen. Ik noem de leden op die op dit moment al binnen zijn: mevrouw Dik van de ChristenUnie, mevrouw Tellegen van de VVD, mevrouw Arib van de PvdA en de heer Van Gerven van de SP. Mevrouw Voortman van GroenLinks en mevrouw Dijkstra van D66 komen iets later.

In het eerste blok spreken wij met artsen en psychiaters. Daarvoor zijn uitgenodigd de heer Van der Gaag van de KNMG, de heer Chabot, psychiater, de heer Glas, psychiater en opleider, de heer Huisman, ook psychiater en voorzitter van de Steungroep Psychiaters, mevrouw Stärcke van de GGZ InGeest, de heer Doorakkers, psychiater – het zijn er veel deze ochtend; je zou er bijna zenuwachtig van worden – en mevrouw Van Andel, huisarts.

Ik geef allereerst het woord aan de heer Van der Gaag van de KNMG.

De heer **Van der Gaag**: Voorzitter. Ik zit hier inderdaad als voorzitter van de KNMG maar mijn achtergrond is dat ik opgeleid ben tot huisarts en werkzaam ben als psychiater. Onlangs is in deze Kamer de euthanasiewet besproken en zijn de dagelijkse praktijk en de ontwikkelingen in het veld uitvoerig aan de orde gekomen. Op dat moment was de slotsom: de wet voldoet. Nu komt opeens de psychiatrische patiënt als een soort uitzondering weer aan de orde. Enerzijds vind ik dat niet helemaal juist. De Hoge Raad heeft immers terecht in 1994 al uitgesproken dat er geen verschil gemaakt wordt naar oorzaak van het lijden. Psychiatrische patiënten zijn in wezen niet anders dan andere patiënten. Aan de andere kant is het begrijpelijk. Het is begrijpelijk omdat de doodswens als uiting van ondraaglijk lijden bij veel psychiatrische ziektes aan de orde is. Dat maakt dat psychiaters vaak aarzelen om de vraag te beantwoorden of dit een euthanasieverzoek of een suïcidale uiting is.

Nu is de beroepsgroep in ontwikkeling in relatie tot de vraag van de uitzichtloosheid; het begrip «uitbehandeld» komt daarbij steeds meer aan de orde. Wanneer kun je zeggen dat iemand is uitbehandeld? De KNMG is van mening dat een en ander ertoe leidt dat extra zorgvuldig met euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten moet worden omgegaan. In de behandelrelatie van huisarts of psychiater en aanvragende patiënt, die vaak langdurig is, is denk ik belangrijk dat de patiënt gerespecteerd wordt in zijn doodswens. Consultatie door een psychiater zou daarin aan de orde moeten komen. Als op dat moment vastgesteld wordt dat het gaat om een euthanasieverzoek dat getoetst moet worden, dan zie ik niet dat de zorgvuldigheidseisen die in het algemeen gelden in de wet anders zouden moeten zijn voor psychiatrische patiënten. Hierbij wil ik het eigenlijk laten. Mijn position paper licht het nader toe en ik sta uiteraard open voor alle vragen. Dank u wel.

De **voorzitter**: Dank u. Inmiddels is mevrouw Keijzer van het CDA binnengekomen. Ik had overigens nog niet de mensen op de publieke tribune welkom geheten. Dat doe ik bij dezen. Ik merk verder op dat ook mevrouw Dijkstra van D66 is binnengekomen. Wij wachten nog op mevrouw Voortman. Als zij straks binnenkomt en waarschijnlijk naast mevrouw Dijkstra gaat zitten, dan weet iedereen meteen wie zij is. Het woord is aan de heer Chabot.

De heer **Chabot**: Voorzitter. Ik had u graag in de ogen gekeken. Daarom ga ik nu een beetje scheef zitten. Ik vind deze opstelling niet veel, eerlijk gezegd. En dan zit u ook nog te schrijven. Ik heb mijn punten ingediend. Die ga ik dus niet voorlezen; dat zou erg kinderachtig zijn. Ik heb het in de Volkskrant eergisteren nog eens herhaald voor de zekerheid; misschien leest u de krant beter dan de stukken. Ik hoop het niet natuurlijk, maar het zou kunnen.

Waar sta ik? Laat ik het maar even langslopen. De wet is goed voor somatische patiënten maar niet voor moeilijke gevallen: dementie, psychiatrie, voltooid leven. Vandaag hebben we het over psychiatrie. Hoe kon de wet zo ontsporen? Door de behandelrelatie in de psychiatrie los te laten. U zult misschien zeggen: die staat niet in de wet, dus hoezo loslaten? Die was echter volstrekt geïmpliceerd. Als u de Kamerstukken zou nalezen, dan had u dat gezien. Ik heb ze destijds gespeld. Het debat tussen de twee Ministers en de Kamer vond alweer meer dan tien jaar geleden plaats. Ik denk niet dat veel Kamerleden van toen nu nog in de Kamer zitten.

Wie hebben die gevaarlijke stap van het loslaten van de behandelrelatie in de psychiatrie dan gezet? Dat is een samenspel geweest van twee actoren in het veld. De eerste is een aantal idealistische artsen die zelfbeschikking centraal hebben gesteld. Een deel van hen werkt natuurlijk bij de Levensindekliniek maar er zijn ook een paar artsen daarbuiten die die

opvatting hebben. De tweede is dat het compassieaspect, het lijden, dat altijd een basis is geweest voor de wet, verlaten is. Een andere reden dat het is misgegaan, ligt tot mijn spijt bij de toetsingscommissie euthanasie. Hoe kon het daar mis gaan? Daarvoor zijn drie redenen. Ten eerste heeft niemand van die commissie insiderkennis van de psychiatrie. Ten tweede heeft de toetsingscommissie het arrest van de Hoge Raad dat net genoemd is, vergeten; de uitzonderlijk grote behoedzaamheid. Daar horen wij nooit meer wat over. Ten derde zitten er in de toetsingscommissie 45 bevlogen mensen die zeer verschillende opinies hebben. Dat weet ik omdat ik soms wel eens iemand spreek. Die mensen moeten met één mond spreken. Dat betekent, zoals een Kamerfractie met 45 leden ook zou weten, dat twee of drie mensen bepalen en alle andere meningen «worden meegenomen» of liever: verdwijnen onder het tapijt. Ik heb nog een halve minuut spreektijd over. Wat is er mis met de psychiatrie? In de geschiedenis is de psychiatrie altijd gebruikt voor mensen die in de war zijn, voor drop-outs, mensen die zich niet konden voegen naar het sociale systeem, en voor mensen die randcrimineel zijn. Als je nu in een psychiatrische kliniek kijkt, dan zie je dat diezelfde groepen bijeen worden gepakt. De mensen die in de war zijn, hebben vaak veel somatiek. Het is dus een allegaartje. De diagnostiek is een rommeltje. Ik weet niet waarom dat het geval is. De laatste versie van de DSM is net uit. Hoogleraar Van Os uit Maastricht heeft duidelijk gemaakt dat het echt heel anders moet met de diagnostiek. Die deugt niet. Hoe is het mogelijk om euthanasie te hebben in de psychiatrie als de diagnostiek niet deugt? De therapie bestaat uit pillen en praten, maar praten houdt tegenwoordig in: steunende gesprekken. Dat is onvolgende.

Omdat mijn tijd op is, kan ik mijn conclusie niet meer geven, maar dit waren de punten die ik wilde opbrengen. De conclusie moet u zelf trekken.

De voorzitter: Dank. Inmiddels zijn mevrouw Voortman van GroenLinks en de heer Van der Staaij van de SGP binnengekomen. De laatste zit al heel lang in de Kamer, in elk geval tien jaar. Ik kom bij onze volgende gast, de heer Glas.

De heer Glas: Voorzitter. Ik begin met de conclusies. Ik houd een pleidooi voor een psychiatrie die zich eerst gaat bezighouden met het ontwikkelen van palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten. In Nederland zijn we pas palliatieve zorg gaan doen toen de euthanasie al was geregeld. Dat was eigenlijk de omgekeerde volgorde. Ik zou graag zien dat voordat de wetgever zich zet aan het herijken van de wet, er vanuit de overheid impulsen worden gegeven om zoiets als palliatieve psychiatrie te ontwikkelen.

Ik zou liever zien dat de jurisprudentie wordt aangescherpt en gepreciseerd dan dat wij nu de wet gaan veranderen. In principe kan heel veel van wat nu aan de orde is in de psychiatrie via de bestaande wetgeving worden gereguleerd.

Een derde conclusie is: vereng de discussie niet tot een juridische discussie, maar verbreed die tot een ethisch-maatschappelijke discussie over hoe moet worden omgegaan met het meest kwetsbare en broze leven dat onze maatschappij heeft. Eigenlijk is deze discussie over euthanasie in de psychiatrie een discussie over waarden en over het wegen van waarden van anderen. Daarover verschillen wij van mening. Het klimaat verschuift. We leven natuurlijk in een plurale samenleving waaraan op de een of andere manier, ook op dit onderwerp, recht zal moeten worden gedaan. Ik zie dat we langzaam wat wegdrijven van de oorspronkelijke betekenis van het woord «hospitaal». Daarin zit het woord «hospitality», gastvrijheid; een hospitaal was een plaats waar mensen welkom zijn. Ik zou willen pleiten voor een geneeskunde waarin ook de mensen met wie eigenlijk niemand raad weet een plaats hebben.

Ik geef een toelichting. Psychiaters tonen een begrijpelijke weerstand tegen het onderwerp vanwege het ambivalente karakter van doodswensen, vanwege de begrijpelijke associatie met suïcide en suïcidaliteit en vanwege het oprekken van de grenzen van het professionele handelen in het geval euthanasie onderdeel van het professionele handelen zou worden. Soms proberen psychiaters het hele onderwerp van hun bord te houden door te zeggen: de patiënt is niet wilsbekwaam, en dan kan van euthanasie geen sprake zijn, of de patiënt is wel wilsbekwaam, maar dan valt er eigenlijk meestal nog wel wat te repareren. Zo makkelijk is het echter helaas niet. Af en toe zijn er wilsbekwame patiënten bij wie echt alles is geprobeerd, die ondraaglijk lijden.

Wat is nu uitzichtloosheid in zo'n situatie? Ik vind dat een heel lastige vraag. Naar medische maatstaven is er soms misschien sprake van uitzichtloosheid, maar in feite weet je het nooit in ons vak. Psychiatrische stoornissen fluctueren in ernst. Wat vandaag uitzichtloos is, kan dat over drie of zes maanden niet meer zijn.

Vervolgens is de vraag: hoe lang moet het tijdsperspectief zijn? Moet dat een periode van drie maanden zijn? Dan is vast wel met enige betrouwbaarheid te spreken van «uitzichtloosheid». Als het een periode van een jaar wordt, dan wordt het veel moeilijker. Als uitzichtloosheid wordt genomen in een veel ruimere dan medische zin, dan gaan er zoveel andere, subjectieve, dingen meespelen.

De **voorzitter**: U bent al door uw spreektijd heen. Kunt u afronden?

De heer **Glas**: Dan spreek ik nog drie zinnen uit.

Hoe interpreteer je dat dan? Zijn er misschien nog activiteiten die mensen incidenteel nog wel levensvreugde geven? Hoe is de houding van de omgeving? Is er überhaupt een sociaal netwerk? Hoe is de woonsituatie? Zijn er bronnen van zingeving? Wordt het gesprek over zingeving ook gevoerd? Dat zijn allemaal zaken die gaan meewegen. Moet ik meegaan met een patiënt die euthanasie wil terwijl zij intens kan genieten van georganiseerde activiteiten op de afdeling? Ik heb zo'n patiënt recent onderzocht. Wat te doen als sprake is van eenzaamheid? Wat te doen met mensen die in een minstens zo uitzichtloze situatie zitten maar er niet aan moeten denken om euthanasie te plegen?

De **voorzitter**: Dank u. Het woord is aan de heer Huisman, ook psychiater.

De heer **Huisman**: Voorzitter. In 2008 waren er twee meldingen bij de toetsingscommissies met betrekking tot casuïstiek harde psychiatrie. In 2013 waren er 42 meldingen. Ik heb dat in het position paper een «verheugende» ontwikkeling genoemd. Dat klinkt uiteraard een beetje provocerend, maar als we kijken naar het cijfer van 2012, 1753 suïcides – vaak op een gruwelijke wijze – dan moeten we vaststellen dat in een aantal gevallen, en ik denk toch zeker meerdere tientallen, patiënten een beroep hadden kunnen doen op de wet. In een aantal gevallen had dat zeker geleid tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen voldaan was.

Gelukkig is bij psychiaters en huisartsen in toenemende mate bekend dat de wet van toepassing is op psychiatrische patiënten. Met name door publicaties, de jaarlijkse presentaties op het voorjaarscongres van de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – elk voorjaar drie dagen in Maastricht – symposia, onderwijssessies in het kader van de opleiding tot psychiater, de start van de Levenseindekliniek en de oprichting van de steungroep psychiaters waarvan ik voorzitter mag zijn sinds juli 2011. Daarop ga ik graag wat nader in. Het is een groep van veertien psychiaters die bij toerbeurt een week dienst doen en collega-psychiaters en huisartsen ondersteunen bij vragen van patiënten die worstelen met een hardnekkige doodswens. Dat betekent dat we dan

proberen om de hulpvraag en de steunvragen te verduidelijken, voorlichting te geven en iemand te begeleiden, ook in praktische zin, als een traject van hulp bij zelfdoding of euthanasie wordt ingezet. Ik verwacht dat het aantal meldingen in de psychiatrie zal toenemen. Er is helaas nog erg veel leed aanwezig bij psychiatrische patiënten. We hebben als psychiaters maar beperkte middelen om echt bij de grote psychiatrische ziektebeelden als stemmingsstoornissen, psychosen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen de patiënt voldoende mogelijkheden te geven om de kwaliteit van leven te laten toenemen. In feite is er geen genezing mogelijk maar probeer je via interventies zo veel mogelijk om de patiënt te ondersteunen. Ik besluit met de opmerking dat psychiatrisch lijden zeer kwellend kan zijn en zeer ernstig is. Ondanks de vooruitgang in de wetenschap, ook in de psychiatrie, is op een aantal vragen – collega Glas zei het zojuist ook al – geen passend antwoord te geven. Het is goed dat de wet de arts de ruimte biedt, vanuit barmhartigheid, om goede maar wel uitzonderlijke medische zorg te bieden in de vorm van hulp bij zelfdoding of euthanasie aan een psychiatrisch patiënt.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Stärcke van de GGZ InGeest. Ook zij is psychiater.

Mevrouw **Stärcke**: Voorzitter. Ik ben inderdaad werkzaam bij GGZ InGeest, niet alleen als psychiater maar ook als waarnemend geneesheer-directeur. Uit hoofde daarvan heb ik het beleid voor euthanasie in GGZ InGeest in mijn portefeuille. Ik zit hier expliciet als psychiater, zo heb ik begrepen, maar ik wilde dat toch even noemen. Verder laat ik niet onvermeld dat ik belijdend protestants-christelijk ben en dat goed kan verenigen met mijn werkzaamheden. Om duidelijk te maken waar ik sta, geef ik voorts aan dat ik zelf inmiddels twaalfmaal euthanasie heb verleend aan patiënten die daarom vroegen vanwege psychiatrisch lijden. Tweemaal is dat gebeurd in het kader van mijn werkzaamheden bij de Levenseindekliniek waaraan ik sinds 1 maart verbonden ben voor een deel van mijn werktijd. Daarmee is mijn standpunt enigszins duidelijk. Ik ben niet zo gewend om in dit soort verbanden te spreken, dus ik wilde eigenlijk mijn conclusies weergeven en dan verder verwijzen naar mijn position paper. Mijn standpunt is dat de euthanasiewet van meet af aan geen onderscheid heeft gemaakt tussen ondraaglijk en uitzichtloos lijden op grond van somatisch dan wel psychiatrisch ziek zijn. De huidige richtlijn voor de NVvP, die niet vrijblijvend is voor psychiaters maar ook niet geheel zonder consequenties, is voor andere beroepsbeoefenaren binnen de medische discipline in essentie goed werkbaar maar zal op een aantal punten gereviseerd moeten worden. Dat ligt ook in de planning. In antwoord op de eerste vraag die voor deze rondetafelconferentie gesteld werd, namelijk «hoe is de huidige praktijk te duiden», geef ik aan dat de mogelijkheid van euthanasie vanwege psychiatrisch lijden mijns inziens meer erkend is. Ik vind dat net als mijn collega Huisman een goede zaak. Ik zie dat psychiaters een groeiend besef hebben dat het belangrijk is om oor te hebben voor deze wensen vanuit de vaak langdurige en hoge lijdensdruk bij hun patiënten. Dat laat onverlet dat uiterste behoedzaamheid en grote zorgvuldigheid wenselijk is en dat een afweging om gehoor te geven aan een verzoek tot hulp bij zelfdoding of euthanasie alleen gedaan kan worden door een psychiater, binnen een voldoende degelijke en intense arts-patiëntrelatie. Ik wil de term «behandelrelatie» niet gebruiken, maar heb het over een degelijke arts-patiëntrelatie. Dank u.

De **voorzitter**: Dank u. Het woord is aan de heer Doorakkers, psychiater en consultant in het Vincent van Gogh Instituut.

De heer **Doorakkers**: Voorzitter. Ik ben psychiater en SCEN-arts. Ik denk dat ik dat er apart bij moet noemen. Ik ben sinds 20 jaar werkzaam in de psychiatrie en sinds vier jaar als SCEN-arts binnen een gewone SCEN-groep. Ik heb daarmee ervaring opgedaan binnen de gewone somatiek, bij mensen met ernstige somatische afwijkingen. Pas later is de psychiatrie erbij gekomen. Behalve dat dat om een andere aanpak vraagt en je in het begin vaak erg moet worstelen met de vraag op welke manier de principes in de somatiek moeten worden vertaald naar de psychiatrie, ben ik tot de slotsom gekomen dat er met de huidige wetgeving eigenlijk prima te werken valt, mits er maar goed aandacht is voor wat de Hoge Raad heeft gesteld, wat zijn weerslag heeft gekregen in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Wat dat aangaat, zitten we op het goede spoor. Ik heb wel een aantal vragen over de beoordeling van patiënten. Hoe betrouwbaar is dat? Ik verwijs daarvoor naar het onderzoek van Fons Tholen, dat waarschijnlijk bekend is en dat in de afgelopen jaren herhaald is. Daaruit blijkt dat van een grote groep patiënten met een euthanasiewens na een jaar van twee mensen het euthanasieverzoek is ingewilligd, dat 50 zich hebben gesuïcideerd en dat 100 geen doodswens meer hebben. Dat schildert eigenlijk het hele palet van «hoe moeten we hiertegen aankijken?». De psychiatrievragen zijn duidelijk toegenomen. In de begintijd was het minder ingewikkeld omdat toen de heel uitgesproken casuïstieken aan de orde waren waarvan iedereen bij lezing zei: dit is duidelijk, dit is helder, dit is invoelbaar. Nu komen zo langzamerhand de casuïstieken aan de orde waarvan je kunt denken: dit raakt erg aan de grenzen van wat wij ethisch en inhoudelijk verantwoord vinden. Ik denk dat daarnaar veel aandacht moet uitgaan: wat gaat de toekomst worden en hoe gaan wij daarop reageren?

De rest staat in mijn position paper, dus ik wilde het hier eigenlijk bij laten. Dank u voor de tijd.

De **voorzitter**: Dank u. Ik ga naar mevrouw Van Dalen, ook psychiater.

Mevrouw **Van Dalen**: Voorzitter. Bij het voorstelrondje sloeg u mij over. Dat geeft niet. Ik kom uit een gezin van dertien kinderen, dus dat ben ik gewend. Wij psychiaters zeggen dan: en Freud is nog lang niet dood. Ik ben psychiater en geneesheer-directeur bij Stichting Geriant. Dat is een stichting in Noord-Holland-noord die zich bezighoudt met de zorg voor mensen met dementie. Daarvoor zit ik hier vandaag echter niet. Dementiepatiënten vallen vaak tussen de wal van het somatische en psychiatrische schip. Ik ben overigens van mening dat er ook een richtlijn voor euthanasie bij mensen met dementie zou moeten komen, maar als die richtlijn hier besproken mocht worden, dan laat ik mij graag weer door u uitnodigen.

De reden dat ik hier vandaag ben, is omdat ik een pleidooi wil houden voor de rol van de familie bij euthanasie. Zeker als het gaat om psychiatrische patiënten, die vaak veel moeite hebben om hun sociale leven op orde te houden en contact te houden met hun familie, burens en vrienden, is het in mijn ogen ontzettend belangrijk om in het kader van een eventueel euthanasieverzoek de familie en vrienden van iemand, als die er nog zijn, erbij te betrekken. Door hulpverleners moet enorm veel inspanning worden verricht om die familie daadwerkelijk op te trommelen en te vragen hoe zij ertegen aankijkt. Ik zeg niet dat het euthanasieverzoek daarmee altijd verdwijnt, maar daarmee wordt wel recht gedaan aan het feit dat een goede dood in mijn ogen vraagt om een goed afscheid, liefst. In de richtlijn hulp bij zelfdoding die bestaat voor mensen met een psychiatrische aandoening wordt er wel aandacht besteed aan die familie. Bij de herziening van de richtlijn moet naar mijn mening echter meer aandacht komen voor het betrekken van de familie bij de euthanasievragen van een individuele patiënt. Mijn stellingen zijn dan ook de

volgende. De arts die een euthanasieverzoek gaat honoreren, moet daarbij altijd de familie betrekken, zelfs als de patiënt dit weigert. Een goede dood vraagt om goede gesprekken en gaat het liefst gepaard met een goed afscheid.

De **voorzitter**: In dit eerste blok geef ik het woord tot slot aan mevrouw Van Andel, huisarts.

Mevrouw **Van Andel**: Voorzitter. Ik ben als huisarts een beetje een vreemde eend in deze psychiatrische bijt, maar ik kom uit een gezin van twaalf, dus ik ben ook wat gewend. Ik ben huisarts en ik was tot voor kort SCEN-arts. Ik ben daarmee gestopt omdat ik de drukte en de druk te veel vond toenemen. Eventueel kan ik dat nog toelichten. Ik was blij met de euthanasiewet want daarmee kwam een eind aan al het stiekems en alle onduidelijkheid en geheimzinnigheid. In de loop der tijden heb ik wel een verschuiving bemerkt die door collega-SCEN-arts Ed Kenter benoemd is als: het criterium ondraaglijk lijden is verschoven naar het criterium gebrek aan kwaliteit van leven. Ik vind de richtlijn Euthanasie en psychiatrie heel zorgvuldig. Ik ervaar wel een paar knelpunten. Een psychiatrisch zieke is vaak eenzamer dan een somatisch zieke. Dat is alleen al te zien aan de ziekenhuisbezoeken. Verder hebben, krijgen of nemen psychiaters en huisartsen steeds minder tijd voor een goed gesprek met een psychiatrische patiënt. Dit kan door de bezuiniging in de zorg nog toenemen. Ik wil pleiten voor een multidisciplinair team dat het euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt beoordeelt. Verder noem ik nog als punt dat artsen naar mijn mening openheid moeten geven over het aantal geraadpleegde SCEN-artsen. Dit punt zou toegevoegd kunnen worden aan de zorgvuldigheidseisen. Als we toestaan dat mensen net zo lang zoeken tot zij iemand gevonden hebben die achter hun verzoek staat, komt het hele toetsingssysteem op losse schroeven te staan. Dat geldt niet alleen voor psychiatrische patiënten. Naar mijn idee blijven we steken in de discussie of een casus en een verzoek binnen de huidige wetgeving passen. Die ruimte is er vaak met een beetje passen en meten wel. We lopen echter achter de feiten aan. Als het verzoek er is, zijn we al te laat. Ik denk dat we veel meer naar de voorkant moeten kijken: waarom vraagt iemand om euthanasie? Hoe voorkomen we dat iemand als enige uitweg de dood ziet? Kunnen en willen we dat wel voorkomen? Daarom is het denk ik goed dat we hierover met elkaar in gesprek zijn. Dank u wel.

De **voorzitter**: Ik denk dat u ons allen een beeld hebt geschetst en ruimte hebt gegeven om met vragen te komen. Ik ga dus nu naar mijn collega's toe. Zij mogen om de beurt een vraag stellen. Wellicht lukt het om twee rondes te houden. In elk geval is er gelegenheid voor één vraag per woordvoerder. Die mag wel aan meerdere mensen gesteld worden. Dat geeft altijd wat discussie. U mag dus op elkaar reageren, zo zeg ik even tegen onze gasten. Mijn ervaring is dat dat altijd goed werkt. Ik ga als eerste naar mevrouw Dik van de ChristenUnie. Zij was ook degene die als eerste zei: ik wil hierover een rondetafelgesprek.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Me beperken tot één vraag is heel ingewikkeld. We zijn echter met velen dus er zullen ook veel vragen gesteld worden. Ik hoop in elk geval dat de heer Chabot nog gelegenheid krijgt om zijn conclusie te trekken. Ik stel mijn ene vraag graag aan de heer Glas. Hij zei: ontwikkel de palliatieve zorg in de psychiatrie; in de somatische zorg is hier veel aandacht voor maar in de psychiatrie nog niet. Kan de heer Glas vanuit zijn beroepspraktijk aangeven in welke mate dit het lijden van psychiatrische patiënten kan verlichten? Wanneer hebben patiënten baat hierbij? Ik vind het onbegrijpelijk dat dit kennelijk een ontwikkeling is die wel heeft plaatsgevonden in

de somatische zorg maar nog niet in de psychiatrie. Hoe kon dat gebeuren? Dat zijn wat vragen rond dat thema.

De heer **Glas**: Ik vind het zelf ook onbegrijpelijk. Een aantal jaren geleden, ik denk meer dan vijf jaar geleden, heeft een eerste congres hierover plaatsgevonden. Daarvoor was heel weinig belangstelling uit de beroepsgroep: 50 mensen, terwijl rond de 200 mensen gebruikelijk is. Op de een of andere manier wekt het de verkeerde associaties. Ik heb daar eigenlijk geen verklaring voor. Ik vind dat de beroepsgroep op dit punt steken laat vallen. Onlangs heeft een discussie plaatsgevonden in het kader van ZonMw over deze materie. Daarin is dezelfde opmerking gemaakt. Ik denk dat ook van de onderzoekswereld impulsen zouden kunnen uitgaan. De KNMG zou zeker ook een impuls in die richting kunnen geven. Het is echter primair iets wat uit de beroepsgroep zelf moet komen.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Van der Gaag hierop wil reageren.

De heer **Van der Gaag**: Ja. Ik wil hier graag op reageren omdat al sinds eeuwen sprake is van palliatieve zorg in de psychiatrie. Het is maar net hoe je het noemt. Er zijn heel veel psychiatrische patiënten – ik heb zelf lange tijd op Veldwijk in Ermelo gewerkt – die in de loop van de tijd geholpen zijn bij een waardig levenseinde in een uitzichtloze psychiatrische situatie. Wij moeten op dit ogenblik niet de illusie hebben dat we door het invoeren van het woord «palliatie» in de psychiatrie opeens iets nieuws introduceren dat al sinds jaar en dag behoort tot de zorgvuldige psychiatrische praktijk.

Mevrouw **Stärcke**: Ik wil dat van harte ondersteunen vanuit mijn ervaring bij GGZ InGeest. Ik voeg daaraan toe dat door de huidige bezuiniging de poten worden weggezaagd van wat in de afgelopen jaren aan palliatieve zorg is opgebouwd in de vorm van herstelgerichte behandeling en programma's voor dagactiviteiten om de kwaliteit van leven van mensen met een chronische psychiatrische aandoening aanvaardbaar te krijgen en te houden.

De heer **Glas**: Daarmee onderschrijft mevrouw Stärcke wat ik zeg. Het punt dat Van der Gaag maakt, is op zich juist, maar het is wel zo dat klassieke gestichtspsielatrie sterk onder druk staat. Vroeger hadden veel patiënten onder het gastvrijheidsmotto een goed bestaan in de klassieke inrichtingen. Tegenwoordig is er echter een sterke druk om die ambulant in de maatschappij te verzorgen. Ik zeg niet dat daaruit de euthanasiedrang voortkomt, maar het is wel een factor die meespeelt.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Tellegen van de VVD.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Eén vraag is heel lastig, maar ik voel me toch uitgedaagd door de heer Chabot. Mijn vraag is aan hem gericht, en misschien ook aan mevrouw Stärcke in het verlengde daarvan. De heer Chabot zei: de wet voldoet, maar niet voor dementerenden, psychiatrisch patiënten en de groep die valt onder wat wij «voltooid leven» noemen. Hij zegt dat de behandelrelatie is losgelaten, door artsen en door de toetsingscommissie. Hij heeft een aantal maanden geleden gesteld dat er een leemte in de wet zit op dit punt. In zijn artikel van twee dagen geleden in de Volkskrant stelde hij dat de richtlijn moet worden aangepast. Ik hoor graag van de heer Chabot op welk punt dat moet gebeuren. Ik hoor graag van mevrouw Stärcke hoe zij aankijkt tegen de stelling dat die behandelrelatie is losgelaten. Mevrouw Stärcke zegt dat het niet gaat om de behandelrelatie maar om een degelijke relatie tussen arts en patiënt. Naar mijn idee zit daar licht tussen.

De heer **Chabot**: Ik kan het niet helpen dat de Volkskrant een kop maakt die raakt aan een side issue van mijn stuk. De kop was: de richtlijn moet worden aangepast. Mijn stuk gaat echter over het samenspel tussen de Levenseindekliniek en de toetsingscommissie, en de ontsporing die in dat samenspel van idealisten heeft plaatsgevonden. Herleest u het stuk; volgens anderen is erg duidelijk dat mijn stuk niet gaat over een aanpassing van de richtlijn, want daar geloof ik niet meer in. Dat station zijn wij gepasseerd.

Vorig jaar 42, het jaar daarvoor dertien en ik hoorde net twee noemen. Volgend jaar zijn het er 100. Ik leg mijn oor te luisteren en het regent aanmeldingen. Ik sprak net met een van de collega's hier. Hij zei: in mijn regio zijn achttien euthanasieën uitgevoerd waarvan drie door de behandelaar en vijftien door de Levenseindekliniek. Daaruit blijkt duidelijk dat de behandelrelatie is losgelaten bij het uitvoeren van euthanasie. Ik vind dat als een behandelaar achter een euthanasieverzoek gaat staan, hij niet het briefje moet doorgeven ... Ik zeg «briefje» maar het is natuurlijk een dik dossier, want het gaat allemaal heel zorgvuldig. Dit is altijd het refrein, maar laat u zich daardoor toch geen zand in de ogen strooien. De zorgvuldigheid in de psychiatrie is van een heel andere orde dan somatiek. Een röntgenfoto verschilt echt van een testje, een gesprekje, en dergelijke. Ik vind dat zonder een behandelrelatie niet zorgvuldig besloten kan worden – dus ook niet door de Levenseindekliniek, die principieel geen behandelrelatie aangaat want tien gesprekken is geloof ik het maximum – om euthanasie toe te passen bij een psychiatrisch patiënt, ook niet op grond van een dossier van iemand die al twintig jaar in de psychiatrie behandeld is. Ik heb zelf dat soort mensen tien jaar lang in mijn kliniek gehad, in de ouderenpsychiatrie. Ik ken collega Van Dalen uit die tijd zeer goed. Wij zitten erg op één lijn wat betreft de rol van de familie. Ik geloof dat ik het hierbij moet laten.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Van Dalen.

Mevrouw **Van Dalen**: Wat het laatste betreft: dat is fijn om te horen. Het is goed dat collega Chabot wat de familie betreft met mij op één lijn zit. Wat betreft de Levenseindekliniek en het belang van de behandelrelatie ben ik het echter helemaal niet met hem eens. Ik heb zelf in het kader van de SCEN-training en ook bij de steungroep psychiaters en afgelopen week in het kader van een studiedag bij de Levenseindekliniek zelf uitgebreid gesproken met mensen van de toetsingscommissies. De leden hebben kunnen opmaken uit het stuk van de voorzitters van de toetsingscommissies, dat vanmiddag aan de orde komt, dat zij wel degelijk heel goed kijken of er zorgvuldig gehandeld is en welk traject er doorlopen is. Is een psychiater geconsulteerd en op welke wijze heeft die daarvan verslag gedaan? De toetsingscommissies zijn zelfs van oordeel, maar dat zullen ze misschien zelf ook zeggen vanmiddag, dat op het punt van zorgvuldige verslaglegging en zorgvuldige beoordelingen de psychiaters vele malen zorgvuldiger handelen en verslag doen dan de gemiddelde huisarts die een euthanasieverzoek van een somatische patiënt inwilligt. Op het eerste punt ben ik het dus niet eens met de stelling dat de toetsingscommissies uit de rails lopen.

Mevrouw **Stärcke**: De wind is mij een beetje uit de zeilen genomen door Leny van Dalen, en dat is goed. Ik denk dat ik moet reageren op het onderscheid tussen behandelrelatie en hoe ik het net even geformuleerd heb. Mijn eigen ervaring is dat de afweging van een euthanasieverzoek een bijzonder ingrijpend proces is, ook voor de professional in het geheel. Het is een proces waarbij de traditionele behandelrelatie niet helemaal is zoals hij altijd is, namelijk de professional tegenover de patiënt, en waarbij niet zozeer de persoon van de professional betrokken is. Het proces om te komen tot een afweging van een verzoek om hulpdoding is meer

tweezijdig. Die relatie heeft soms zelfs veel intensere kenmerken dan een behandelrelatie. Als die er niet is, kan een professional mijns inziens niet de afweging maken om tot het verlenen van euthanasie te komen. Ik onderscheid dat van een behandelrelatie omdat een behandelrelatie uitgaat van een hulpvraag in de sfeer van levenshulp. Uit nood wordt op dit moment vaak een beroep gedaan op de Levenseindekliniek. Mijn eigen standpunt is dat idealiter de Levenseindekliniek zo spoedig als maar enigszins mogelijk is overbodig moet worden. Als er verzoeken komen uit den lande, dan is onze eerste inzet: kijken of we met de eigen behandelaar tot afspraken kunnen komen, ondersteuning kunnen bieden, voorlichting kunnen geven om de afweging en de uitvoering bij de eigen behandelaar te laten plaatsvinden. Dat geeft misschien een beetje een relativering.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Ik heb hier het artikel van de heer Chabot. Ik hecht aan helderheid hierover. Hier staat letterlijk: «De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zou in die zin moeten worden aangepast. De euthanasiewet kan dan verder met rust worden gelaten.» Daarover ging precies mijn vraag. Die was heel helder: in welke zin moet die richtlijn worden aangepast?

De heer **Chabot**: Dat de behandelrelatie essentieel is, ook bij het uitvoeren, tenzij er zeer bijzondere omstandigheden zijn, want er zijn altijd uitzonderingen. De behandelrelatie moet essentieel blijven, ook bij de uitvoering.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Arib van de PvdA.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik had eigenlijk ongeveer dezelfde vragen. Ik dank allereerst de genodigden voor hun inbreng en hun schriftelijke bijdragen. Ik heb mij voorgenomen om vooral veel te luisteren. Op één punt werd ik getriggerd. De aanleiding voor deze hoorzitting was een aantal berichten dat het niet altijd goed gaat. Ik hoor van de professionals echter dat de huidige wet- en regelgeving in principe voldoet aan de zorgvuldigheidseisen en dat het in de praktijk goed gaat. Dat bleek ook uit de evaluatie. Alleen de heer Chabot zegt: hoe kun je euthanasie in de psychiatrie toepassen als de diagnose niet klopt? Ik vind dat een nogal heftige uitspraak. Die is in tegenstelling met de uitspraak van de heer Van der Gaag die zegt: we hebben algemene zorgvuldigheidseisen voor euthanasie en die gelden ook voor de psychiatrie. Dat is een verschil tussen de woorden van de heer Chabot en de rest. Ik hoor graag een korte toelichting van hem en van de heer Van der Gaag. Het zou mooi zijn als we tot een soort overeenstemming komen in de interpretaties.

De **voorzitter**: Ze zitten naast elkaar. Ik begin met de heer Chabot.

De heer **Chabot**: Mevrouw Arib raakt een zeer fundamenteel punt. Patiënten die lang in de psychiatrie zitten, hebben vaak meerdere diagnoses gekregen. Dat geeft al te denken. Ik moest net door tijdsgebrek afraffelen. Een leger van internationale deskundigen maakte de volgende DSM-versie, waarop wel steeds meer kritiek komt. Een van de kritiekpunten is: we moeten het echt op een heel andere manier doen want op deze manier gaat de diagnostiek in de psychiatrie het nooit redden om betrouwbaar en valide te worden. Professor Van Os uit Maastricht, de psychiatrisch epidemioloog, wil iets gaan doen wat werk van de lange adem is. De collega's die zeggen dat het voldoet, gaan uit van de huidige praktijk. Ik vind dat die praktijk fundamenteel tekortschiet. Ik vind dat het argument dat ik net noemde, de explosieve stijging van dertien naar 42 die waarschijnlijk doorzet naar het dubbele en dan weer verder, hen te denken moet geven. Er moet op de rem worden getrapt. Het «ondraaglijk

lijden» is verworpen tot «onvoldoende kwaliteit van leven», zoals mevrouw Van Andel dat noemde. Als dat wordt gebruikt in de psychiatrie, dan gaan als het goed is alle alarmbellen rinkelen.

De heer **Van der Gaag**: Ik denk dat de hele discussie over de waarde van diagnostiek in de psychiatrie hierbuiten staat. Als je kijkt naar de wet dan is er geen enkel diagnostisch criterium bij somatisch lijden dat bepalend is voor de vraag of euthanasie wel of niet gerechtvaardigd is. Het gaat om het vaststellen van ondraaglijk lijden. Dat is pijnlijk, omdat dat bij psychiatrie heel vaak aan de orde is. Als aan patiënten die het ongeluk hebben gehad om aan kanker te lijden en een depressie door te maken, wordt gevraagd voor welke van beide ze zouden kiezen als ze die nog een keer zouden moeten doormaken, dan kiezen ze nooit voor de depressie. Dat ondraaglijk lijden is in de psychiatrie zeer aan de orde. Die uitzichtloosheid is niet aan diagnostische criteria maar aan een inschatting van de levensomstandigheden en de levensperspectieven gekoppeld. Die discussies moeten we niet vermengen.

Mevrouw **Van Andel**: Ik wijs erop dat het een citaat van collega SCEN-arts Ed Kenter was, maar ik sta er wel achter dat die verschuiving heeft plaatsgevonden.

De heer **Chabot**: Ik wil graag reageren op mijn buurman. Als er geen diagnostiek is voor de somatiek en je in wezen niet weet wat er aan de hand is, hoe kun je dan een prognose en een therapie evalueren of opstellen? In de psychiatrie doet de diagnose er niet toe: voor mij is dat onbegrijpelijk. Ik ben het ermee eens dat de huidige diagnoses er niet toe doen. Echter, dat komt omdat die niet kloppen.

Mevrouw **Van Dalen**: De bron van het lijden doet niets af aan de ondraaglijkheid ervan. Dat wil ik eigenlijk zeggen. De bron van het lijden kan somatisch of psychiatrisch zijn. Dat dondert niet.

De heer **Van der Gaag**: Daar ben ik het heel erg mee eens. Het ongelukkige is dat DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual. Dat is Amerikaans voor wat in Europa een classificatiesysteem heet. Een classificatiesysteem is heel iets anders dan diagnostiek. Op grond van een classificatiesysteem kun je niet zeggen dat iemand die kanker heeft, recht heeft op euthanasie, en dat iemand die geen kanker heeft geen recht op euthanasie heeft. Diagnostiek door het kennen van het individuele geval is uiteraard van groot belang. Diagnostiek in de medische praktijk is echter iets anders dan labelen en etiketten opplakken.

Mevrouw **Stärcke**: Ik wil graag het volgende ter ondersteuning van de discussie toevoegen. De huidige richtlijn is voor mij goed werkbaar, voor wat betreft het stukje dat daarin staat over «uitzichtloosheid» als er «geen redelijk behandelperspectief meer is». Dat uitblijven van een redelijk behandelperspectief wordt op een heel mooie manier, natuurlijk niet hard en meetbaar op een schaal van 10 tot 1, maar toch zeer bruikbaar als volgt gedefinieerd: er is «geen behandeling die binnen een redelijke termijn een aanzienlijke verbetering van de situatie teweegbrengt met een redelijke verhouding tussen de te behalen resultaten en de te leveren investering door de patiënt». Bij dat stukje richtlijn valt mijn boekje altijd open, want dat stukje waardeer ik het meest en daar kan ik heel goed mee werken.

De heer **Glas**: Ik wil dat graag ondersteunen. Ik zou graag van tafel willen hebben dat de bron van het lijden er niet toe doet. Daarmee open je namelijk een heel nieuw veld waardoor de existentiële problematiek als zodanig, zonder enige vorm van een achterliggende en medisch vast te stellen aandoening, een grond voor euthanasie zou kunnen zijn. Ik denk

dat wat mevrouw Stärcke zegt precies de spijker op zijn kop slaat: de wetgever is niet zo ver gegaan om uitzichtloosheid te definiëren in objectieve medische termen, maar hij heeft daar dus deze draai aan gegeven die wel degelijk impliceert dat er een relatie is met ziekte en stoornis.

Mevrouw **Van Dalen**: Ik ben het wel met collega Glas eens dat de bron van het lijden in die zin er natuurlijk wel toe doet. Ik vind namelijk ook dat er een ziekte moet zijn, maar ik zeg daarmee dat ik, net als collega Van der Gaag, vind dat het verschil tussen somatisch en psychiatrisch lijden moet worden opgeheven. Dat maakt alleen maar dat psychiatrische patiënten niet gehoord worden.

De heer **Glas**: Dat ben ik met u eens.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Dank voor de opmerkingen van de (ervarings)deskundigen. Ik wil nog doorgaan op de kwestie van de behandelrelatie in het kader van het euthanasievraagstuk in de psychiatrie. Ik vraag de heren Van der Gaag en Huisman om te reageren. We hebben het afgelopen jaar 42 casussen gehad. Zouden beide heren kunnen vertellen in hoeveel van die 42 gevallen er sprake was van een langdurige behandelrelatie en of het uitgangspunt niet zou moeten zijn dat zo'n behandelrelatie het beste is, hoewel het niet in de wet staat?

De heer **Huisman**: De precieze analyse van die 42 casussen ken ik niet, hoewel ik weet dat van de 32, die op de website van de toetsingscommissie gepubliceerd zijn, en van de 9 vanuit de Levenseindekliniek, de helft ongeveer door psychiaters is gedaan en de helft door – dat moet benadrukt worden: moedige – huisartsen. Die laatste groep betreft vooral patiënten die in de psychiatrie niet meer zo'n vaste behandelrelatie hadden, waardoor de huisarts zich over hen ontfermd heeft en de procedure in gang heeft gezet. Het blijft een gegeven dat beide varianten mogelijk zijn. In het kader van het verrichten van een aantal second opinions heb ik in de afgelopen jaren wel gemerkt dat de behandelaar zelf, die een patiënt bijvoorbeeld al acht, tien of twaalf jaar kende, toch wel blinde vlekken had met betrekking tot aspecten in die behandelrelatie, ook met betrekking tot de vraag om hulp bij zelfdoding of euthanasie, en dat het dan heel verhelderend is als een ander in objectieve zin meekijkt hoe de stand van zaken is en hoe de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid ingeschat kan worden. Dan kan er een situatie ontstaan dat de eigen arts er uit principiële overwegingen of op grond van principiële bezwaren niet toe overgaat. Nogmaals, ook vanuit mijn ervaring met die twee casussen die ikzelf heb mogen begeleiden en waarin ik zelf buddy was en dus iemand anders de hoofdbehandelaar, is het heel goed mogelijk om, als je in de afgelopen jaren geen directe behandelrelatie hebt gehad met de patiënt, aan te schuiven en in dat heel bijzondere proces van hulp bij zelfdoding en euthanasie een rol te spelen. Dat is naar mijn idee ook nog steeds heel goed mogelijk. Ik zou ook willen verdedigen dat dat in de toekomst mogelijk is. Ook in de somatiek zien we dat: in de variant in Hoogeveen, waar artsen niet allemaal bereid zijn om hulp bij zelfdoding en euthanasie te verlenen, schuift een collega-arts aan om in dat proces een rol te vervullen. Ik ken dus niet precies de analyse als het gaat om hoofdbehandelaar of buddy. Misschien kan de toetsingscommissie vanmiddag al iets zeggen over die 42 gevallen van vorig jaar. Ik wil echter benadrukken dat beide varianten nog heel goed mogelijk en werkbaar zijn, en dat het niets afdoet aan de zorgvuldigheid van de procedure.

De heer **Van der Gaag**: Ik kan mij hierbij aansluiten. Ik denk dat de behandelrelatie tussen arts en patiënt afhankelijk is van de intensiteit en de zorgvuldigheid en niet alleen van de tijd. Een van de belangrijke

aspecten van de artseneed is dat iedere arts zich toetsbaar zal opstellen. Dat betekent dus dat als een patiënt vragen stelt waar de behandelaar niet goed uitkomt, consultatie een goede vorm van medische toetsing is. Wat de extra zorgvuldigheid betreft die ik in de inleiding van onze position paper benadrukt heb, gaat het om een heel breed perspectief van de maatschappelijke context: de ziekte – uit de richtlijn is al heel fraai geciteerd – de potentiële vooruitzichten en consultatie door een andere arts. Het probleem dat nog weleens ontstaat is dat heel veel artsen denken dat ze zich toetsbaar opstellen, maar het verzoek van de patiënt om een vraag die buiten hun scope ligt door derden te laten toetsen, niet altijd inwilligen. Dat is een van de redenen geweest dat ik er, toen ik voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie was, heel erg voor gepleit heb om, wanneer een psychiatrische patiënt bij herhaling een euthanasieverzoek doet, dat niet af te doen met de opmerking dat dat een herhaling van suïcidale gedachten is, maar om daar toetsingsprocedures voor te maken die toegepast kunnen worden.

De heer **Chabot**: Ik vind dat de heer Van Gerven geen helder antwoord heeft gekregen op zijn vraag. Ik moet bekennen dat dat ook moeilijk is. Ik heb ook geprobeerd die 32 gevallen te spellen en het is mij niet duidelijk geworden of het nou de hoofdbehandelaar of een ander was die het deed. Wat betreft de buddy, die heel goed zou werken, denk ik: nu ja, daar gaan we dus. De behandelaar hoeft het niet zelf te doen. Dan krijgen we een buddy, een arts van de Levensseindekliniek, of een andere arts binnen de instelling die het wil overnemen. Dan gaat er dus iets mis, en ik kan geen duidelijk antwoord geven, net zomin als collega Huisman dat kon. Ik zou de toetsingscommissie vanmiddag vooral willen vragen om in het verslag van volgend jaar precies op te schrijven of er een primaire behandelaar was die het gedaan heeft. Nu kun je er namelijk niet wijs uit.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. We behandelen vanochtend een moeilijk onderwerp. Dit zijn van die dagen dat je toch wel een beetje met lood in je schoenen naar de Kamer gaat, omdat het zo ingewikkeld is, omdat het over leven en dood en over psychiatrie gaat. Ik was er in ieder geval blij mee om u, nadat er even wat discussie over was, te horen zeggen dat de diagnose er wel toe doet, want voor uitzichtloos en ondraaglijk lijden heb je een diagnose en een behandelplan nodig. Die vraag hoef ik dus niet meer te stellen. Een van u gaf in de inleiding aan dat de toetsingscommissies niet getoetst worden. Daar heb ik wel een vraag over. Af en toe lees je van die gevallen, situaties, waarin euthanasie is verleend, waarvan ik – als parlementariër, voor wat dat natuurlijk waard is – denk: jee, dat hier euthanasie is verleend. Maar het wordt niet getoetst. Ik weet niet wie van u dat zei, maar ik zou graag willen weten hoe u dat dan ziet. Hoe toets je dat dan? We hebben een strafwet en daarop wordt door commissies getoetst. Daar komt op een gegeven moment een mening uit, maar die wordt verder nooit meer getoetst. Is dat wenselijk en, zo ja, hoe doe je dat dan?

Mevrouw **Van Dalen**: Ik kan daar niet echt een goed antwoord op geven behalve dan dat wij het in ons land zo georganiseerd hebben dat zo veel mogelijk getracht wordt om toetsingscommissies van wijze mannen en vrouwen naar euthanasiegevallen te laten kijken en ze daar uitgebreid verslag van te laten doen. Het is eigenlijk dezelfde vraag als: wie toetst de raad van toezicht? Wie doet dat? Uiteindelijk komen we dan bij ons opperwezen terecht. Het houdt immers een keer op. Ik denk dat als er twijfels zouden zijn over het functioneren van die toetsingscommissies, niet alleen geuit door collega Chabot maar ook door andere professionals, u aan het werk moet. Behalve collega Chabot heb ik vanmorgen echter nog niemand twijfels horen uiten over het functioneren van de toetsingscommissies.

De heer **Glas**: Ik wil even intern schakelen met de heer Doorakkers. In zijn presentatie heeft hij namelijk aangegeven dat hij als SCEN-arts ook wel in situaties terecht was gekomen waarin de grenzen van de ethiek in beeld kwamen. Ik zou hem willen uitnodigen om daar nog iets dieper op in te gaan.

De heer **Doorakkers**: Zo sterk heb ik het niet gezegd. Alleen, ik denk dat we het vooral niet te ingewikkeld moeten maken. We hebben goede wetgeving. De problemen die er mogelijk nog ontstaan, kun je goed verwerken in de richtlijn van de NVvP, als het gaat om de extra bemoeienissen. Ik denk dat we ervoor moeten waken om te veel onze eigen normen en waarden te integreren. Dat is natuurlijk heel ingewikkeld. Als je tien SCEN-artsen naast elkaar zet, heb je tien mensen met een verschillende achtergrond. Ik zou er dus voor willen pleiten om nu vooral niet weer te veel barrières op te werpen voor een wet die het eigenlijk heel goed doet.

De heer **Glas**: Ik wil toch even de vraag herhalen. U hebt toch iets anders gezegd in uw ...

De heer **Doorakkers**: Ik snap het. Waar ik zorgen over heb, is het volgende. Als ik zie dat het van 14 euthanasiegevallen naar 42 gaat en er een stijgende lijn zichtbaar is, denk ik: er komen steeds meer euthanasieverzoeken die een beetje op de grens lijken te zitten. Tot dusverre is de jurisprudentie steeds door de toetsingscommissie gemaakt, maar op een gegeven moment voelt dat niet goed. Er moet eigenlijk jurisprudentie op voorhand zijn. We moeten op voorhand afspreken wat we wel doen en wat we niet doen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat is precies mijn punt. De jurisprudentie wordt nu gemaakt door commissies. Dat is eigenlijk raar, want we hebben het over de strafwet en jurisprudentie wordt daarin uiteindelijk, in het allerlaatste geval, door de Hoge Raad gemaakt. Juist de voorbeelden die u dus ook kent en waarover ik mij afvraag of het zo wel de bedoeling is en waarover u zich allen in abstracte bewoordingen afvraagt waar de grens ligt, worden nu behandeld door de toetsingscommissie. Ik ben op zoek naar het antwoord op de vraag of dat juist is. Mij geeft het een ongemakkelijk gevoel. Als u dat deelt, is mijn vraag: hoe pak je dat dan aan? Denk je dan meteen aan het Openbaar Ministerie, waarvan ik mij realiseer dat dat ook wel weer zwaar is?

De heer **Doorakkers**: Nee, het geeft in zoverre een ongemakkelijk gevoel dat je behoefte hebt om het te delen met anderen. Je kunt het in interview delen met je collega's, maar ik denk dat het ook van belang is dat een ethicus meekijkt. Als er een bepaalde trend is – is dit de weg die wij willen begaan? – is het van belang dat Justitie meekijkt. Het gebeurt nu te veel op ad-hocbasis, op basis van individuen. Ik denk dat dat niet goed is.

De heer **Van der Gaag**: Ik denk dat het gevaar is dat er dingen door elkaar gaan lopen. De toetsingscommissie is er niet om te zeggen of het wel of niet in orde is. Zij is er om te kijken of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In de gevallen waarin de toetsingscommissie van oordeel is dat dit niet het geval is, wordt dat aan het Openbaar Ministerie doorgegeven. Iedereen die de jaarverslagen leest, ziet dat het Openbaar Ministerie in de meeste gevallen seponeert. Onlangs is wel afgesproken dat er periodieke gesprekken komen tussen VWS, de toetsingscommissies en de KNMG om dat proces inhoudelijk te bekijken. Ik denk dus dat er daarmee wel zorgvuldigheidseisen zijn die ervoor zorgen dat er een externe toetsing komt, niet per geval maar in zijn algemeenheid om na te gaan hoe de toetsingscommissies zich ontwikkelen.

De heer **Chabot**: In 2011, toen het ging over een ingewikkelde dementie-casus in Brabant, was mijn antwoord samen met de twee vooraanstaande collega's Keizer en Kimsma in NRC: laat de Hoge Raad oordelen. Dat moet natuurlijk eerst via de lagere rechter gaan. Inderdaad vond ik toen ten aanzien van dementie dat de toetsingscommissie niet goed had gefunctioneerd. Nu speelt dat bij de psychiatrie. Dat is de zorg die mijn collega Doorakkers heel helder formuleert en die ik volledig onderschrijf. 45 mensen komen er in mijn ogen dus niet meer helder uit. Naar buiten toe spreken ze met één mond. Discussie met de toetsingscommissie is nooit mogelijk over een uitspraak. Dan is er een muur. Laten we de rechter dan aan het woord laten tot desnoods in de hoogste instantie. Vervolgens kunnen we daarover discussiëren.

De heer **Glas**: Er is destijds bij de invoering van de euthanasiewet heel lang gediscussieerd over deze kwestie die u aan de orde stelt, namelijk die van de rol van die toetsingscommissies: gaan zij niet te veel op de stoel van de rechter zitten? Ik ben er nog niet aan toe om daar nu van af te wijken. Je ziet wel precies het spanningsveld in deze discussie. In principe is het een verlengde arm, zoals de voorzitter van de KNMG ook zegt, die toetst of er voldaan is aan de zorgvuldigheidscriteria zoals vastgelegd in de wet. Tegelijkertijd voel je dat dit een soort formeel iets kan worden waardoor de fijne punten die aan de orde zijn in de afweging – vinden we echt dat we hierbij tot het einde zijn gegaan? – onvoldoende gedekt worden. Eigenlijk heb je dus tegelijkertijd die inhoudelijke en ethisch geïnformeerde discussie over patiënten nodig. Ik denk dat het heel goed is dat er dan zo'n beraad is tussen VWS, de toetsingscommissies en de KNMG. Ook denk ik dat het in de beroepsgroep zelf op instellingsniveau van groot belang is om die inhoudelijke ethische discussie te volgen. Dat biedt ook de gelegenheid om even in te gaan op iets heel belangrijks wat mevrouw Stärcke zei: in mijn rol in die Levenseindekliniek kan ik mij op een wat vrijere manier verhouden tot mijn professionele rol. Niet dat zij die professionele rol aflegt – naar mijn idee zitten zij en ik vrij dicht bij elkaar; misschien dat ik haar niet exact citeer – maar ...

Mevrouw **Stärcke**: Ik zei het niet alleen over mijn rol. Ik zei: in het proces van het komen tot zo'n beslissing. Dat is ook buiten de Levenseindekliniek.

De heer **Glas**: Exact. U zegt: ik heb haast wat meer speelruimte binnen zo'n Levenseindekliniek als binnen mijn eigen professie in een ziekenhuis. Ik zou willen dat diezelfde intensiteit mogelijk is binnen een ziekenhuis.

Mevrouw **Stärcke**: Ik ook.

Mevrouw **Van Dalen**: Aan het verhaal van collega Glas wil ik toevoegen dat ik het geen toeval vind dat de rol van de toetsingscommissies in het geding is nu het gaat over psychiatrische patiënten. Nou, niet in het geding; daarmee zet ik het zwaar aan. Ik denk dat het een goede ontwikkeling is om in een beraad met de KNMG te spreken over hoe die commissies hun werk eigenlijk doen. Dat geldt echter net zo hard voor somatische patiënten, vind ik. Er is bij mijn weten nooit gediscussieerd over de vraag of de toetsingscommissies hun werk dan wel doen. Ik zou er dus voor zijn dat het ook over somatische patiënten gaat.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Dank aan alle sprekers. We zullen vanmiddag nog verder komen te spreken over de toetsingscommissies, en vraag daarom nog even door over een ander onderdeel dat al ter tafel is gekomen. De heer Doorakkers heeft gesproken over het verschuiven van grenzen en mevrouw Van Andel citeerde een passage over dat er nu een verschuiving plaatsvindt van uitzichtloos lijden naar gebrek aan

kwaliteit van leven. Op welke grond zeggen zij dit eigenlijk? Dat zou ik graag willen weten. Waar is dat aangetoond en wie beoordeelt dat?

Mevrouw **Van Andel**: Ik heb het vooral over somatische patiënten, want daar heb ik het meest mee te maken. Ik zie dat mensen in een steeds vroeger stadium van hun ziekte over euthanasie beginnen. Met zoveel woorden is het niet gezegd, maar ik denk zelf dat de wet ooit bedoeld was voor mensen in het laatste stadium van een terminale ziekte en dat de wens daarvoor er toen was. Nu zie ik veel vaker – en ook als SCEN-arts zag ik dat – dat mensen al in een veel vroeger stadium van een ziekte over euthanasie praten, en niet alleen erover praten maar het ook wensen. Dat betekent dat ze het hele stuk van ziek zijn, lijden en sterven willen bekorten. Om die reden zeg ik dat het gebrek aan kwaliteit van leven is, en niet zozeer ondraaglijk lijden, want het ondraaglijk lijden zit «m in de angst voor het ondraaglijk lijden. Het is veel moeilijker om dat goed te peilen en daar goede richtlijnen voor op te stellen.

Mevrouw **Van Dalen**: Zeker bij dementie – daar hebben we het onderwerp toch weer even – speelt dit natuurlijk een heel grote rol. 70% van de mensen in Nederland die een wilsverklaring invult, zegt dat ze dementie niet mee wil maken en dat ze dan euthanasie wil. In de dagelijkse praktijk krijgt gelukkig natuurlijk niet 70% van de mensen dementie, want dan zouden de toetsingscommissies fors moeten uitbreiden. Ik merk in de praktijk dat mensen heel erg veel vragen hebben over de mogelijkheden van de euthanasiewet, en over de wilsverklaring, zoals wat dat nu eigenlijk betekent. Als je ingaat op die vragen en mensen helderheid geeft, blijkt eigenlijk maar een heel klein percentage, van in dit geval mensen met dementie, om euthanasie te verzoeken; dat is echt een heel klein percentage. Dat zeg ik om even te relativiseren wat mensen dan inderdaad denken: o, euthanasie is een optie. Maar dat is natuurlijk geen een-tweetje.

De **voorzitter**: Dan is het woord aan de heer Glas.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik had de vraag ook gesteld aan de heer Doorakkers.

De **voorzitter**: U hebt helemaal gelijk. Het woord is eerst aan de heer Doorakkers.

De heer **Doorakkers**: In de gesprekken die je voert met patiënten zie je dat de casussen in de begintijd heel duidelijk waren, want je toetst aan de patiënt, gaat met hem in gesprek en vraagt hem om uit te leggen waarom hij tot dit besluit is gekomen, op zo'n manier dat het ook aan de toetsingscommissie uit te leggen is. In de begintijd dus, ging het om mensen die 20 of 30 jaar chronisch depressief waren of recidivedepressies hadden en geen leven hadden. Zij konden dat ook heel goed verbaliseren. Dat zijn heldere casussen; je kunt het invoelen en begrijpen. Als je echter steeds meer mensen ziet met persoonlijkheidsproblematiek – daarbij is de lijn veel minder duidelijk – die aangeven dat ze het eigenlijk allemaal wel gezien hebben en er niks meer voor ze in zit, word je in een spagaat getrokken. Het effect is dat je vaker nee zegt, omdat je niet vindt dat er voldaan is aan de criteria. Je merkt wel dat het aan het oprekken is. Als dat oprekken zich ook nog eens vertaalt naar een uitspraak van een toetsingscommissie, zeg je: dat mocht dus wel onder die omstandigheden, dus dan kan het bij de volgende ook. Dat is echter niet hoe je inhoudelijk zo'n huis moet bouwen, denk ik. Snapt u dat? Het gaat over al die casussen. Iedere keer verschuift het een klein tikje. Al die kleine tikjes maken op een gegeven moment misschien een grote verschuiving. Daar moeten we voor waken.

De heer **Glas**: Ik heb een kleine zijopmerking. Ik zou ervoor willen pleiten om de discussie over dementie los te koppelen van de discussie over euthanasie in de psychiatrie, omdat je bij dementie de specifieke problematiek van het tijdvenster hebt. Je kunt dat eigenlijk alleen doen op het moment dat je nog wilsbekwaam genoeg bent om te kunnen zeggen dat je een einde aan je leven gemaakt wilt hebben. Naast de geanticipeerde ondraaglijkheid moet er echter ook al sprake zijn van daadwerkelijk bestaande ondraaglijkheid. Dat is een afzonderlijke discussie, die volgens mij een aparte overweging verdient.

De heer **Huisman**: Ik heb toch niet de indruk dat de casuïstiek op dit moment anders gepresenteerd wordt. Het is wel juist dat we meer patiënten zien met ernstige persoonlijkheidsstoornissen; met name de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zagen we enkele jaren geleden minder. Dat is soms moeilijker te beoordelen; dat klopt. Het is natuurlijk zo dat een patiënt met een heel langdurige depressie, die niet meer reageert op behandelingen, ernstig lijdt. Maar voor iemand met een ernstige borderlinepersoonlijkheidsstoornis, die zeer getraumatiseerd is in diverse stadia van zijn of haar leven, is het natuurlijk even ernstig. Dit mag niet afgedaan worden als minder ernstige problematiek, waardoor het moeilijker is om die situatie te beoordelen.

Verder lijkt het er in de discussie nu een beetje op alsof de toetsingscommissies te lichtvaardig met de toetsing omgaan. Ik zou iedereen nog eens aan willen bevelen om de 32 casussen op de website van de toetsingscommissies nog eens te lezen. Dat zijn stuk voor stuk indrukwekkende levensgeschiedenissen. Ik heb niet de indruk dat daarbij gevallen zitten waarbij oprekken of verkennen van de grenzen aan de orde is geweest.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik deel wat de heer Huisman daarover zegt. Daarom denk ik ook: het toetsen van de toetsingscommissie, wanneer houdt het dan op? Er zijn ook situaties waarin mensen niet eens aan de toetsing toekomen, wanneer een arts aangeeft euthanasie geen optie te vinden. Wat ik heel moeilijk vind, hierbij nog moeilijker dan in somatische situaties, is hoe je daarmee dan kunt omgaan. De heer Doorakkers werpt steeds die vragen op. Hij zegt: eigenlijk creëer je een soort jurisprudentie in de loop van de tijd. Hij geeft echter ook aan: je moet niet de richtlijnen of de wet aanpassen. Dan is de enige optie toch dat je uiteindelijk die jurisprudentie juist wel creëert en op die manier een kader creëert? Ik zou daar graag iets meer over horen. Ik zag mevrouw Van Dalen ook al meteen reageren op wat ik aangaf, dus wellicht kan ook zij haar visie hierop geven.

De heer **Doorakkers**: Dat is ook een lastige vraag. Misschien heb ik het niet goed onder woorden gebracht. Ik wilde aangeven dat je vanuit een juridisch kunt zoeken waar de grens ligt. Valt iemand met een specifiek geval naar de A-kant, dan valt de volgende met hetzelfde specifieke geval ook naar de A-kant. Dan heb je een voldongen feit dat je mensen met een bepaald verhaal altijd naar die A-kant stuurt. Wij moeten juist veel meer nagaan welke tools we hebben om te beoordelen of iemand voldoet aan die criteria. Daar ligt mijn pijnpunt. Dat is meer een inhoudelijk verhaal dat zijn weerslag moet krijgen in de protocollen zoals de NVvP die maakt.

Mevrouw **Van Dalen**: Ik vind het een moeilijke vraag, want het gaat eigenlijk over jurisprudentie. Betekent het feit dat meer mensen met een psychiatrische aandoening euthanasie krijgen ook dat de grenzen oprekken? Dat is eigenlijk de vraag, terwijl wij ook te maken hebben met wat ik dan maar noem een emancipatieslag voor psychiatrische patiënten en ook een emancipatieslag voor mensen met dementie. Het is heel moeilijk om nu te bepalen of dit het oprekken van de grens van de euthanasiewet is. Ik denk van niet, denkend aan de praktijkgevallen die ik

ken. Zoals collega Huisman zegt: lees maar de jaarverslagen van de toetsingscommissies. Ik geloof niet dat die wet aan het oprekken is. Het is natuurlijk wel een gegeven – dat weet ik ook uit de eigen praktijk – dat we bij Geriant, waar ik werk, soms euthanasieverzoeken afwijzen. Die mensen gaan dan bijvoorbeeld naar de Levenseindekliniek. Dan kan het zijn dat daar een collega is, maar die collega neemt altijd contact op met ons. Die vraagt ook altijd aan ons: wat vinden jullie ervan en waarom hebben jullie het verzoek afgewezen? Dan kan het zijn dat zij tot een ander oordeel komen en het uiteindelijk wel doen. Is dat dan het opschuiven van de grenzen van de wet? Ik weet het niet, ik geloof het niet. Iedereen doet dat naar eigen oordeel en eigen kunnen. Dan is de toetsingscommissie ervoor om te bekijken of dat zorgvuldig gedaan is.

De heer **Van der Gaag**: Het is natuurlijk een heel erg moeilijk onderwerp om te bedenken wat er gebeurt als een verzoek niet ingewilligd wordt. Het gebeurt in de somatiek ongelooflijk vaak dat de huisarts na toetsing met een collega tot de slotsom komt dat er niet voldaan wordt aan het kader van de euthanasiewet. Daar weten we heel weinig van. Het kan zijn dat het serieus nemen van een euthanasieverzoek, daarop ingaan en het vervolgens afgewogen afwijzen, een heilzaam proces is. Dat kunnen wij niet uitsluiten, maar dat weten we niet precies. Wat wij wel weten, zijn cijfers van de Levenseindekliniek waaruit blijkt dat de vrees die de KNMG in ieder geval had dat daar alle verzoeken maar ingewilligd zouden worden op het moment dat psychiatrische patiënten zich daar zouden melden, geenszins bewaarheid is. Wanneer je verzoeken zorgvuldig toetst, zul je in het geval van psychiatrische patiënten misschien minder vaak tot de slotsom komen «nu kan de euthanasie voltrokken worden» dan in andere gevallen. Belangrijk is dat het verzoek in ieder geval erkend en zorgvuldig getoetst is. Wat de lotgevallen zijn van de mensen die een afwijzing hebben gekregen, weten wij niet. Het zou misschien de moeite waard zijn om dat te onderzoeken.

Mevrouw **Stärcke**: Ik wil nog twee dingen zeggen die mijns inziens belangrijk zijn voor de gevoerde discussie. Ten eerste leven wij in een samenleving waarin we onze wet- en regelgeving baseren op het uitgangspunt dat de medische en dus ook de psychiatrische professionals mensen zijn die gewetensvol handelen en streven naar integere beslissingen. Als wij dat niet zouden doen, dan zouden we wel kunnen stoppen met alle regels en wetgeving. Dat vertrouwen wil ik hooghouden en blijven hebben en dat zie ik ook om mij heen. Het tweede dat ik wilde zeggen... Wat wilde ik ook alweer als tweede zeggen? Er was nog iets. Dat houd ik even op.

De heer **Chabot**: Ik kijk even naar Paulan Stärcke. Ik trek geen moment de integriteit in twijfel van de psychiaters in Nederland, van de leden van de toetsingscommissies of van anderen. Wat ik wil zeggen – dat heb ik met «idealisten» in mijn inleiding even aangestipt – is dat er vanuit ideële, idealistische overwegingen in de geschiedenis van de psychiatrie vreselijke dingen zijn gebeurd. Is daar dan nu een indicatie voor? Misschien nog net niet, maar misschien ook net wel. Je kunt zeggen dat er heel veel gevallen van de psychiatrie worden afgewezen in de Levenseindekliniek. Dat heb ik natuurlijk ook door en gehoord. Maar het gaat mij om die sprongen van 2 naar 13 en dan naar 42 en nu zitten we daar al boven, denk ik. Dat moet dan toch te denken geven. Dan kun je niet zeggen: we moeten een beetje bij remmen in de bocht. Laten we dan echt even op de rem gaan staan. Nogmaals, mensen handelen integer, maar kunnen als collectief vreselijke dingen doen vanuit ideële overwegingen. Dat is het gevaar dat ik zie. Ik loop al vele jaren mee en ik ben deze discussie begonnen door de zaak die naar de Hoge Raad is gegaan in 1994, dus ik

ben er erg voor dat bij psychiatrisch ondragelijk lijden euthanasie mogelijk is.

De **voorzitter**: Ik zag dat mevrouw Stärcke toch op haar punt is gekomen.

Mevrouw **Stärcke**: Ik heb mijn punt bedacht. Ik wil in reactie op collega Chabot zeggen dat het ook wat mij betreft heel fijn is dat wij deze beslissingen niet collectief nemen, maar op basis van individuele afwegingen.

Ik wilde iets zeggen over de ontwikkeling en over de getallen die zo zijn toegenomen. Ik heb dat vreugdevol genoemd. De reden waarom ik dat vreugdevol vind, is dat ik denk dat wij als beroepsgroep de watjes wat uit de oren hebben gehaald en dat wij daar nog wel mee verder mogen gaan. Ik denk dat wij heel veel serieus te nemen verzoeken om hulp bij zelfdoding in de afgelopen decennia gewoonweg niet hebben willen horen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Tot nu toe, tot en met mei, zijn er negentien gevallen gemeld door de toetsingscommissies. Vorig jaar in het hele jaar waren dat er 42, dus ik wil toch even met feiten bestrijden dat het nu zo enorm zou toenemen.

De **voorzitter**: Goed, dat is gezegd. Tot slot ga ik naar de heer Van der Staaij van de SGP. Ik zeg erbij dat mevrouw Arib even andere verplichtingen heeft.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik zou toch op het laatste thema willen doorgaan. Die stijging van het aantal meldingen werd door de een, de heer Chabot, heel duidelijk als een zorg genoemd en door de ander het meest uitgesproken – hij noemde het zelf al provocerend – door de heer Huisman als een verheugende ontwikkeling. Ik begreep dat de redenering van de heer Huisman was: als je al ziet hoeveel zelfdodingen er zijn, dan is dit in ieder geval een betere route dan via een gewelddadige suïcide. Hoe verhoudt die stelling zich met de richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding, die aangeeft dat juist als er hulp bij zelfdoding wordt geboden dat er niet toe zal leiden dat harde, riskante of gewelddadige suïcides minder zullen voorkomen, maar dat je juist een stijging van het aantal suïcides ziet, vaak vanuit de geestelijke gezondheidszorg? Zouden hij en ook anderen willen ingaan op de volgende vraag, waarop ik ook zelf zit te puzzelen? Hoe verhoudt het zich met elkaar, als je aan de ene kant een beleid voert dat gericht is op het tegengaan van suïcides – u zegt: we moeten ons realiseren dat de doodswens een onderdeel van de ziekte kan zijn en dat die weer kan verdwijnen – en aan de andere kant steeds ruimere mogelijkheden wilt openen voor hulp bij zelfdoding? Hoe gaat u ook in uw psychiatrische praktijk met die spanning om?

De heer **Huisman**: Dank u wel voor de vraag. Het is inderdaad een lastig punt; dat erken ik zeker. In de afgelopen jaren hebben wij een indrukwekkende stijging gezien in de suïcidecijfers. In 2007 waren het er 1.353. Dan krijgen wij het jaar van de crisis, 2008, en dan zien we elk jaar een stijging tot 1.753 in 2012. Ik heb in ieder geval niet de indruk dat dit op de een of andere manier te maken heeft – onderzoek zou dat natuurlijk wel kunnen bevestigen – met hoe wij in de afgelopen jaren in de psychiatrie met vragen om hulp bij zelfdoding en euthanasie zijn omgegaan. Het is algemeen erkend, ook vanuit onderzoek dat op diverse plekken in Europa is gedaan, dat de economische recessie en alles wat daarmee samenhangt mede verantwoordelijk is voor de stijging van het suïcidecijfer. Bij de beoordeling van patiënten is het altijd heel belangrijk dat je goed nagaat of de wens om dood te gaan primair uit de stoornis voortkomt dan wel of het inderdaad een weloverwogen keuze is van de patiënt, die weet

wat er met hem of haar aan de hand is en welke mogelijkheden van behandeling er wel of niet meer zijn en dan een afweging maakt na vele jaren innerlijke strijd: dan rest mij toch niets meer dan om hulp bij zelfdoding of euthanasie te vragen. Door daar serieus op in te gaan, kun je een heel klein plukje van het suïdecijfer weghalen. Een gedeelte van de 42 mensen die in 2013 gemeld zijn, zou inderdaad tot suïcide zijn overgegaan, maar wij weten niet hoe groot dat percentage precies is. Ik verwacht niet dat wij bij een eventuele stijging van het aantal meldingen een correlatie zien met de stijging van het suïdecijfer. Als dat wel het geval is in de komende paar jaar – over 2013 weten wij nog niet – zal dat ook met veel andere factoren te maken hebben. Het blijft altijd een heel zorgelijk punt voor de beoordelend psychiater: heeft het inderdaad met suïcidaal gedrag te maken – daar moet je dan al je interventies op richten – of heeft het te maken met een weloverwogen wens op een gegeven ogenblik, na alles afgewogen te hebben dat de kwaliteit van leven onvoldoende is op basis van de chroniciteit van een stoornis en onvoldoende behandelresultaten?

De heer **Chabot**: Ik wil iets zeggen over het feit dat het er nu halverwege het jaar negentien zijn. Ik weet niet wat er in de pijlpijn zit. Ik heb daar geen zicht op. Het zou mij met negentien in een halfjaar niets verbazen als we in de buurt van de 42 eindigen. Aan het begin van de euthanasiewet stond het stabiel op twee tot vijf. Wij gaan dus weer verder springen, denk ik. Ik wil toch mijn zorg uitspreken, want dit is de laatste kans die ik daarvoor krijg. Ik heb het genoemd in het stuk dat ik u heb toegestuurd. Die 42 gevallen zijn een druppel op de gloeiende plaat. Als het er over een paar jaar 200 zijn, kun je nog spreken van een verheugende ontwikkeling en een emancipatieslag. Maar als meer psychiaters buiten een behandelrelatie dat gaan verlenen, dan gaat het stijgen. Het blijft in mijn psychiatrische ervaring van de afgelopen 35 jaar een druppel op de gloeiende plaat, omdat in de psychiatrie het lijden aan het leven onstilbaar is. De diagnostiek en de therapie – welzijn en kwaliteit van leven komen daar allemaal in samen – zullen totaal anders liggen dan in de somatiek. Het feit dat het er nu negentien zijn, neemt mijn zorg op geen enkele manier weg.

De heer **Glas**: Ik zou nog een punt willen onderstrepen aan het slot van dit debat dat al kort is gereleveerd, namelijk dat er zo weinig onderzoek op dit terrein wordt gedaan. De gegevens die wij hebben, zijn uit de jaren negentig. Dat is dus al heel lang geleden. De cijfers zijn al genoemd, ik denk niet helemaal juist trouwens. Toen waren er 300 verzoeken waarvan er inderdaad tussen de twee en vijf werden gehonoreerd. Van die 300 patiënten hebben 50 in dat onderzoek zich in het jaar daarop gesuïcideerd en hadden er 100 in het jaar daarop geen verzoek meer. Dat zijn heel conflicterende gegevens die we eigenlijk niet goed begrijpen. Wij kunnen dus onvoldoende goed voorspellen, als iemand nu ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, wie van die 300, welke 1 op de 3, over een jaar die wens niet meer heeft? Eigenlijk zou ik als behandelaar willen weten hoe ik tot een betere voorspelling hierover kan komen. Ik zou dus erg willen pleiten voor meer onderzoek. Het is eigenlijk te gek dat wij zo weinig onderzoek doen en zo weinig energie steken in de suïcidepreventie, maar het is ook heel gek dat wij het nog moeten doen met cijfers uit de jaren negentig.

Mevrouw **Stärcke**: Ik kan hier nog aan toevoegen dat in GGZ inGeest een beleid ingezet is dat wij een beetje provocerend noemen zero suicide policy. Dat is natuurlijk niet haalbaar, maar dat weten we allemaal. Daarbij gaat nu juist het ruimere oor voor serieuze euthanasieverzoeken hand in hand met inhoudelijke maatregelen in het kader van suïcidepreventie.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik begrijp het allemaal in de redeneringen die gevolgd worden, maar wat is praktisch het signaal aan mensen met psychiatrische problemen als je steeds meer zegt dat ook euthanasie een oplossing kan zijn, dat de dood een «normale» oplossing kan zijn voor ingrijpende psychiatrische problemen? De heer Huisman zegt: er is veel leed, er zijn weinig behandelmogelijkheden. Kun je dan toch niet een ondermijnend signaal geven?

Mevrouw **Stärcke**: Dat is een algemeen statement. Ik kan daar een hoopgevend signaal tegenover zetten, wat ik ook in mijn position paper nog in een zijlijn heb genoemd. Voor mij is heel verheugend dat sinds de euthanasiethematiek in onze instelling wat meer op de kaart staat en mensen zich er wat meer bewust van zijn dat dat bespreekbaar zou kunnen zijn, er bij mijn weten drie expliciete casussen zijn geweest van een heel serieus euthanasieverzoek dat ook tot een zeker stadium als zodanig in behandeling is genomen en met een second opinion is getoetst, wat vervolgens heeft geleid tot het hervatten van, zeg maar, levenshulp tot op heden. Juist het openzetten van de achterdeur als het ware, er serieus naar luisteren, het serieus nemen van een afweging «misschien wil ik eigenlijk liever dood, want dit is niks meer», kan ertoe leiden dat iemand toch weer de moed heeft om voort te gaan.

De heer **Van der Gaag**: Ik zou er toch heel erg voor willen waken om de toegenomen suïdecijfers, waar we allemaal grote zorgen over hebben en waar de wereldwijde economische crisis niet vreemd aan is, te vermengen met de euthanasievraag. Dat zijn twee zaken die naar mijn smaak los van elkaar staan. Wij lossen dat niet op door iedere suïcidale gedachte ten gevolge van levensomstandigheden die op dat moment misschien tot ondraaglijk lijden en soms tot een suïcide leiden, in hetzelfde licht te plaatsen als een euthanasieverzoek in het kader van een uitzichtloze behandeling die al jaren duurt. Ik denk dat wij er ongelooflijk voor moeten waken om dat met elkaar te vermengen, want dat kan nooit de bedoeling zijn van de wet en ook niet van de inzet van psychiaters.

De **voorzitter**: Ik dank alle gasten. U hebt de commissie veel informatie kunnen geven en ook stof voor de vragen in het volgende blok.

De vergadering wordt van 11.35 tot 11.43 uur geschorst.

Blok II: Ethici en juristen

De **voorzitter**: We gaan beginnen met het tweede blok van dit rondetafel-gesprek. De gasten zijn ethici en juristen. U krijgt ieder maximaal drie minuten. Daarna word ik heel streng, want dan hebben we straks ook ruimte voor de discussie tussen u en de commissieleden. Ik geef als eerste het woord aan de heer Boer, ethicus.

De heer **Boer**: Voorzitter. Ik ben hier uitgenodigd als ethicus. Binnen de ethiek is het gebruikelijk dat je zowel de voors als de tegens van bepaalde problemen uitgebreid over het voetlicht brengt. Ik vind dit als ethicus een van de meest ingewikkelde problemen waarmee ik te maken krijg. Laatst zag ik een geval van iemand die vanaf haar vroegste jeugd te horen heeft gekregen dat ze niet had mogen bestaan: jij had nooit geboren mogen worden. Spreek daar dan als ethicus maar een oordeel over uit of de doodswens dan zorgvuldig kan worden verwerkt. Het is zo ingewikkeld, omdat het ten eerste gaat om gevallen van zeer ernstig lijden. Ten tweede gaat het in vergelijking met kanker ook om gevallen waarbij de uitzichtloosheid soms bij wijze van spreken nog meedogenlozer is. Gesteld dat een psychiatrische ziekte ook niet te genezen is, zou je kunnen zeggen dat het bij kanker over een jaar, over

twee jaar of over een paar maanden afgelopen is, maar bij een psychiatrische aandoening kan het nog twintig jaar doorgaan. Dat maakt die uitzichtloosheid juist extra pregnant. Het euthanasieverzoek van de patiënt zelf lijkt mij zeer wel begrijpelijk in heel veel gevallen.

Tegelijkertijd wil ik enkele kanttekeningen plaatsen. De eerste kanttekening is dat je toch altijd zit met het feit dat mensen met een psychiatrische aandoening vaak nog een heel lange levensverwachting hebben. Stel dat je iemand euthanasie geeft die nog twintig jaar had kunnen leven. Ik ken zelf mensen die dat bijna is overkomen en die daarna toch weer zijn opgekrabbeld. Het is lastig, want het gaat om zo veel, mogelijk, verloren levensjaren.

De tweede kanttekening gaat over het probleem dat de medische uitzichtloosheid bij psychiatrie veel moeilijker is vast te leggen. Het kan dus ook echt zijn dat iemand nog weer opkrabbelt. Dat vind ik een buitengewoon lastig ethisch probleem.

Een derde ethische kanttekening bij psychiatrie en euthanasie is het feit dat, linksom of rechtsom, het mogelijk zijn van euthanasie voor sommige mensen de motivatie om te werken aan een oplossing zal verminderen. Ten slotte zeg ik nog iets over de relatie tussen euthanasie en het probleem dat speelt. Ik denk dat euthanasie in veel gevallen niet een oplossing van een probleem is, maar een erkenning van een probleem, een erkenning van de ernst van het probleem. Euthanasie kan ook een symptoom zijn van een probleem, namelijk dat wij met elkaar de moed verloren hebben. Dat is mijn laatste opmerking.

De **voorzitter**: Dank. Dan ga ik naar mevrouw Swildens, coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Voorzitter. Ik denk dat het toch goed is om het nog een keer duidelijk te zeggen: de toetsingscommissies toetsen het handelen van de arts aan de wet. Dat betekent dat ook de wetsgeschiedenis daartoe gerekend kan worden, dus de interpretatie van de normen die in de wet zijn gegeven. Een groot gedeelte heeft invulling gekregen tijdens de parlementaire behandeling, die erg lang heeft geduurd en intensief heeft plaatsgevonden. Dat betekent dat je van het begin af aan kunt lezen, als je alle Handelingen naleest – ook tijdens de behandeling zelf is dat steeds gestipuleerd – dat er niet alleen sprake van somatisch lijden is als je het hebt over euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar ook van lijden dat niet een somatische oorzaak heeft. Dat heeft alles te maken met het feit dat de heer Chabot zo moedig is geweest in de jaren negentig om een psychiatrisch patiënt te helpen met het beëindigen van het leven. Dat heeft uiteindelijk tot het beroemde Chabot-arrest geleid. Zoals u allen weet, is door de Hoge Raad uitdrukkelijk het onderscheid tussen somatisch lijden en niet-somatisch lijden uitgesproken en bevestigd. De wetgever heeft zich daarbij aangesloten, maar heeft natuurlijk ook steeds gezegd: die extra behoedzaamheid waarvan sprake is in het Chabot-arrest, willen we ook bij de uitleg en de uitvoering van de wet op die manier gezien hebben. Dat betekent ook dat waar bijvoorbeeld sprake is van het consulteren van deskundigen, dat ook bij herhaling is bevestigd tijdens de wetsbehandeling. Dat is ook iets wat de toetsingscommissies netjes – want zo hoort het ook – op die manier doen. Zoals u in onze jaarverslagen kunt lezen, wordt er in lijn met de richtlijn voor de psychiaters ook sterk aangeraden om een psychiater te raadplegen naast een SCEN-arts of -consulent, onafhankelijk in ieder geval, die het handelen van de arts in algemene zin toetst.

In het vorige blok is ook gezegd dat er is ingezoomd op die uiterste behoedzaamheid. Er is ook gezegd dat de psychiater, de huisarts of welke andere specialist dan ook tot euthanasie of hulp bij zelfdoding overgaat, die uiterste zorgvuldigheid moet betrachten. Dat doen wij als toetsingscommissies natuurlijk ook. Wij realiseren ons ook – er is vanmorgen al

veel over gezegd – dat het bijzondere kwesties zijn die die extra behoedzaamheid ook vergen.

De **voorzitter**: Tot slot.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Er is een paar keer de vraag gesteld of de toetsingscommissies het wel goed doen. Misschien mag ik daar nog iets over zeggen, voorzitter. Dat vinden wijzelf natuurlijk wel. Wij zijn niet alleen bevlogen zoals gezegd, maar ook scrupuleus in onze beoordeling en wij willen er ook voortdurend verantwoording over afleggen, aan het Openbaar Ministerie en de IGZ als we tot een «onzorgvuldig» komen, maar in algemene zin via jaarverslagen en transparantie op onze website. Dat betekent dat niet alleen u, maar ook de samenleving op die manier kennis kan nemen van hoe wij in de praktijk oordelen. Dat betekent ook dat de gesprekken die nu gehouden gaan worden – overigens worden ze al gehouden – met de KNMG, de toetsingscommissies en eventueel deskundigen die daarbij worden uitgenodigd, heel belangrijk zijn, niet alleen omdat de resultaten daarvan bekend worden, maar ook omdat het je scherp houdt en je met elkaar reflecteert op hoe de praktijk van de toetsing plaatsvindt. Ik wil dat nog eens onderstrepen, want dit punt is in het vorige blok ook aan de orde geweest. De aantallen heb ik genoemd.

De **voorzitter**: Echt tot slot, want u bent ver door de tijd, dus u hebt één slotzin.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Ik heb het gevoel dat dit een vraag voorkomt, maar goed. In mijn position paper heb ik ook de aantallen genoemd. Daaruit blijkt, anders dan wellicht zo hier en daar wordt gesuggereerd, dat het percentage uitvoering door de Levensindekliniek niet zo hoog is als door sommigen is genoemd. In mijn paper staan als nieuwtje voor u ook al cijfers van 2014. Ik zeg erbij dat dit zeer ongebruikelijk is, maar die primeur hebt u.

De **voorzitter**: Dank u. Ik denk dat de collega's best in die cijfers geïnteresseerd zijn. Dan ga ik naar de heer Van Dijk, ethicus van de Erasmus Universiteit.

De heer **Van Dijk**: Voorzitter. Binnen de beroepsgroep van psychiaters dringt geleidelijk het besef door dat ook psychiatrische patiënten in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden kunnen komen. Ik denk dat dat een goede zaak is. De stijging in het aantal meldingen van euthanasie bij psychiatrische patiënten wordt echter vooral veroorzaakt doordat huisartsen vaker euthanasie zijn gaan uitvoeren en niet psychiaters. Ik vraag mij af of dat een goede zaak is. Wat kan er beter? Het is bekend dat psychiaters soms een grote therapeutische hardnekkigheid aan de dag leggen. Het is ook bekend dat veel psychiatrische patiënten zich in hun doodswens niet serieus genomen voelen. Het zou dan ook goed zijn als psychiaters vaker en openlijker met hun patiënten over hun doodswens spreken en euthanasie niet bij voorbaat uitsluiten. Het is ook wenselijk dat ggz-instellingen sluitende afspraken hebben over hoe zij op correcte en respectvolle wijze omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding. Op termijn zou dit een voorwaarde voor contractering door de verzekeraars kunnen worden. De huidige Steungroep Psychiaters heeft geen formele status en wordt slechts tijdelijk gefinancierd door de NVVE. Het is wenselijk als binnen het bestaande SCEN-programma een groep psychiaters wordt opgericht, zodat er een meer formele financierings- en opleidingsstructuur kan ontstaan.

Ongeveer de helft van het aantal meldingen van euthanasie bij psychiatrische patiënten is niet afkomstig van een psychiater, maar van een huisarts. Voor huisartsen bestaat echter geen aparte richtlijn en het is ook niet duidelijk in hoeverre huisartsen gehouden zijn aan de richtlijn voor psychiaters.

De euthanasiewet maakt terecht geen onderscheid tussen patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis en patiënten die lijden aan een somatische ziekte. In de wet is echter niet vastgelegd dat bij psychiatrische patiënten extra behoedzaamheid moet worden betracht en wat dit betekent in de praktijk. Dat staat alleen in de professionele richtlijn, maar het is onduidelijk hoe die professionele norm zich verhoudt tot het wettelijke kader van de euthanasiewet. Mocht blijken – ik denk dat dit iets is voor de toekomst – dat artsen onvoldoende behoedzaamheid aan de dag leggen, waarvoor de heer Chabot vreest, dan zou overwogen kunnen worden om die eis van extra behoedzaamheid in de wet vast te leggen zoals in België ook het geval is.

Mocht het aantal meldingen van euthanasie bij psychiatrische patiënten sterk toenemen, dan kan het ook raadzaam zijn om de psychiatrische expertise binnen de toetsingscommissie euthanasie te versterken. Maar de kern is dit. Jaarlijks doen naar schatting 90.000 mensen een suïcide-poging. Die mensen met een doodswens hebben eerst en vooral goede zorg nodig. Die zorg zal er in de meeste gevallen toe leiden dat de doodswens verdwijnt. In zeldzame gevallen zal euthanasie de enige mogelijkheid blijken. Het zorgvuldig onderscheid blijven maken tussen die twee groepen is de uitdaging waar we voor staan.

De voorzitter: Dank. Dan ga ik naar de heer Buijsen, hoogleraar recht & gezondheid.

De heer Buijsen: Voorzitter. Ik heb een stukje voorbereid. Het zou precies drie minuten moeten duren.

Het aantal meldingen van euthanasie met inbegrip van hulp bij zelfdoding bij patiënten met psychiatrische aandoeningen neemt toe van 2 in 2009 tot 42 in 2013. Van deze 42 meldingen zijn er in 2013 door de toetsingscommissies 32 beoordeeld en in alle 32 gevallen zijn de toetsingscommissies tot het oordeel gekomen dat de meldend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Vooruitlopend op het jaarverslag van de gezamenlijke RTE's over 2013 zijn deze casussen met voorrang op de website gepubliceerd, dit vanwege, zo zegt de website, aanhoudende belangstelling die er in de samenleving bestaat met betrekking tot euthanasie bij psychiatrische patiënten en het belang van transparantie ten aanzien van het toetsingsbeleid van diezelfde toetsingscommissies. Eigenlijk zou ik het over dat toetsingsbeleid willen hebben.

De meest gehoorde verklaring voor de toename van het aantal meldingen in 2013 is de toegenomen bereidheid onder artsen tot het verlenen van euthanasie in deze gevallen. Die bereidheid zou dan weer het gevolg zijn van de bekendheid onder beroepsbeoefenaren met het feit dat de RTE's in de voorgaande jaren al in een toegenomen aantal gevallen hebben geconcludeerd dat er sprake is van zorgvuldig handelen. In 2014 is overigens in één casus een RTE tot het oordeel «onzorgvuldig» gekomen. Het toetsingskader van de RTE's wordt zoals bekend gevormd door de euthanasiewet, waarin de zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen waaraan artsen hebben te voldoen om gevrijwaard te blijven van strafvervolgning. Patiënten met een psychiatrische aandoening zijn in het licht van de Wtl, de euthanasiewet, bijzonder in die zin dat de eisen van het vrijwillig en weloverwogen verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het niet bestaan van een redelijk alternatief bij deze groep zo hun eigen vragen oproepen. De RTE's geven dan ook aan dat bij euthanasievragen vanuit deze groep van artsen verlangd mag worden dat zij extra behoedzaam te werk gaan. Bij monde van de NVvP heeft de beroepsgroep deze behoed-

zaamheid in een richtlijn gestalte gegeven door het stellen van strengere, met name procedurele eisen van zorgvuldigheid. Ik wil in dit verband wijzen op het feit dat in een rechtsorde als de Nederlandse het juridische kader niet uitsluitend gevormd kan worden door nationale wet- en regelgeving en normen ontwikkeld door beroepsorganisaties. Er is hoger recht, er is mensenrechtenrecht en daar hebben zich ook voor Nederland relevante ontwikkelingen voorgedaan, althans op Europees niveau. Sinds de bekende Pretty-zaak heeft het Europees Hof nog een aantal andere euthanasiezaken voorgelegd gekregen. In twee recente zaken betrof het patiënten met een psychiatrische aandoening: Haas versus Zwitserland in 2011 en Gross versus Zwitserland in 2013. In de Europese jurisprudentie is zo langzamerhand wel naar voren gekomen dat het zelfgekozen levenseinde een wezenlijk aspect is van het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, zoals beschermd door artikel 8 EVRM. Uit wat het Hof over het door het artikel beschermde recht op het zelfgekozen levenseinde verder zegt, mag worden opgemaakt dat het door artikel 2 EVRM beschermde recht op leven zich in beginsel daartegen niet verzet. Daarbij zij aangetekend dat naar het oordeel van het Hof slechts van een recht op een zelfgekozen levenseinde sprake kan zijn in geval van personen die in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen. Met andere woorden, personen die dat niet zijn, komt volgens de allerhoogste rechter in de Nederlandse rechtsorde dat recht niet toe. Het door artikel 2 EVRM beschermde recht op leven brengt echter tevens de positieve staatsverplichting met zich mee dat sterfgevallen zorgvuldig onderzocht worden. In gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen gebeurt dit door de RTE's. Een van mijn collegae, Aart Hendriks uit Leiden, heeft er onlangs op gewezen dat deze verplichting eisen stelt aan de toetsingsprocedures van de toetsingscommissies en de gelegenheid die geboden wordt aan justitie om strafrechtelijk onderzoek in te stellen naar aanleiding van sterfgevallen. Zijns inziens – ik onderschrijf dat – biedt het Wtl-systeem te weinig waarborgen voor naleving van deze verplichting, omdat de positie van RTE's in zijn woorden oncontroleerbaar en niet corrigeerbaar is.

De **voorzitter**: Tot slot.

De heer **Buijsen**: Het betreft formeel-juridisch bestuursorganen die in eerste en enige instantie oordelen, een eigen invulling kunnen geven aan de eisen van de euthanasiewet, ook waar het gevallen van euthanasie betreft bij patiënten die toch tot bijzondere groepen behoren, en feitelijk door niets of niemand ter verantwoording geroepen kunnen worden. Met het oordeel «zorgvuldig» is de kous af. Daaraan doet het feit dat zij een prijzenswaardige transparantie betrachten in hun publicatiebeleid niets af. Het is daarom bevreemdend dat, waar de toetsingscommissies zelf en terecht de artsen manen tot grotere behoedzaamheid, deze behoedzaamheid procedureel niet geborgd is in de eigen toetsingspraktijk. Met mijn collega ben ik het dan ook eens dat, waar het deze patiëntengroepen betreft, de toetsingsprocedure zou moeten worden heroverwogen.

De **voorzitter**: Dank. Tot slot geef ik het woord aan mevrouw Pans, advocate.

Mevrouw **Pans**: Voorzitter. Voorafgaand aan dit rondetafelgesprek waren mij drie vragen toegezonden die vandaag aan de orde zouden kunnen komen. De vraag die mij als jurist het meest direct aansprak, was deze: hoe verhoudt euthanasie bij psychiatrie zich tot de euthanasiewet? Het behoeft geen betoog dat dit meteen een zeer fundamentele vraag is. Immers, de euthanasiewet is er pas sinds 2002 en er is een lange parlementaire voorgeschiedenis aan voorafgegaan, waar al aan gememo-reerd werd. Bovendien is die wet op hoofdlijnen een neerslag van de

rechtspraak op dit terrein van de 30 jaren daarvoor. Ik zal een duidelijk antwoord geven op die vraag.

Zowel op grond van de euthanasiewet als op grond van de rechtspraak die daaraan ten grondslag ligt, bestaat er ruimte voor inwilliging van verzoeken om euthanasie op grond van psychisch lijden. Alweer twintig jaar geleden heeft de Hoge Raad principieel bepaald dat lijden met een psychische oorzaak even ernstig kan zijn als lijden met een fysieke oorzaak en dat euthanasie vanwege lijden met een psychische oorzaak mogelijk moet zijn: het al vaak genoemde Chabot-arrest. De euthanasiewet beoogt op hoofdlijnen een codificatie van de rechtspraak te zijn, ook op dit punt. Daarover is destijds uitvoerig gesproken in de Kamer. Daarbij geldt wel dat de beoordeling van deze verzoeken met extra zorgvuldigheid, met extra behoedzaamheid moet zijn omgeven, omdat met name op drie punten de beoordeling van deze verzoeken bovengemiddeld complex is. Dat zijn de volgende drie punten: de wilsbekwaamheid van de patiënt, de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid in de zin van de behandelbaarheid van het lijden.

De kern bij de beoordeling van verzoeken om euthanasie is nog altijd de open norm ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze term wordt van geval tot geval ingekleurd door de medisch-professionele standaard en de medische ethiek. Op die wijze zijn de ontwikkelingen in de medische ethiek en de geneeskunde rechtstreeks van invloed op de uitleg van de wet. Net werd gesuggereerd om die eis van extra behoedzaamheid op te nemen in de wet, maar dat is mijns inziens helemaal niet nodig omdat het systeem nu eenmaal is dat de medisch-professionele standaard en de heersende leer in de medische ethiek leidend zijn voor de interpretatie van die normen.

Kortom, dit normatieve kader is steeds in ontwikkeling en dat is ook zo beoogd. Naar mijn oordeel is een zorgvuldige praktijk van euthanasie bij psychiatrie in overeenstemming met de letter én geest van de wet.

De **voorzitter**: Dank voor uw inleidingen, die vast stof geven tot vragen. Ik begin deze keer aan de andere kant, bij de heer Van der Staaij voor de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik zou een vraag willen stellen die ook opkomt naar aanleiding van de vorige ronde. Mevrouw Van Andel had dat naar voren gebracht. Zij zag een verschuiving van het criterium ondraaglijk lijden in die zin dat er meer wordt gekeken naar de kwaliteit van leven. Zij noemde het punt van het shoppen bij SCEN-artsen als kritiekpunt op de huidige gang van zaken. Ik laat in het midden wie daarop wil reageren, maar dat zijn twee vraagpunten waarop ik graag ook een reflectie zou horen van de mensen die nu achter de tafel zitten.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Ik ga in op het laatste punt, het shoppen bij SCEN-artsen. Wij krijgen natuurlijk alle dossiers onder ogen van gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding die door artsen zijn gemeld. Daarin is ook de hele beoordeling en de gevraagde en verrichte consultatie beschreven en opgenomen, alsook de verslagen van de desbetreffende SCEN-artsen. Wij denken daarmee een aardig beeld te hebben van wat er in de sfeer van consultatie in de praktijk plaatsvindt. Het shoppen waarvoor u misschien beducht bent, komen wij eigenlijk niet tegen. In het geval van psychiatriepatiënten wordt juist aangeraden om onafhankelijke deskundigen te raadplegen, psychiaters die ook de deskundigheid op dat gebied in huis hebben. Dat betekent dat je naast de behandelend arts en eventueel een second opinion van niet-behandelende collega's ook een onafhankelijke psychiater raadpleegt, naast de SCEN-arts die kijkt of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan als het een euthanasieverzoek betreft. Als er verschil van mening is tussen consulents, is het ook heel verstandig om daarover nog een

derde onafhankelijke psychiater te raadplegen die op dat gebied ook de deskundigheid in huis heeft. Dat wordt ook door de beroepsgroep en in algemene zin door de KNMG aangeraden: raadpleeg dan nog een psychiater. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat je net zo lang doorgaat tot je iemand gevonden hebt die het met je eens is. Zo werkt het ook niet, want dat zien wij ook niet.

De heer **Van Dijk**: Ik heb net in de trein hiernaartoe – ik woon ver weg – alle 32 casussen over 2013 nog eens bekeken. Het zijn echt hartverscheurende verhalen. Ik kan u aanraden om ze te lezen. Het zijn geen luxe verzoeken die zomaar ingewilligd worden. Het gaat om jarenlange problematiek die met heel veel zorgvuldigheid is omgeven. Het is echt hartverscheurend wat je leest. Iedereen die denkt dat het te gemakkelijk gebeurt, zou ik aanraden om die 32 casussen te lezen.

De **voorzitter**: Dan ga ik naar mevrouw Voortman voor GroenLinks.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dijk. Helemaal aan het begin van zijn betoog had hij het over huisartsen die euthanasieverzoeken inwilligen van mensen met een psychiatrische aandoening. Ik begreep eventjes niet wat hij bedoelde met die opmerking. Het leek alsof hij bedoelde dat huisartsen wellicht minder deskundigheid hebben als het gaat om psychiatrische aandoeningen en dat het wellicht niet logisch zou zijn als zij zo'n verzoek inwilligen. Dat leek mij dan weer niet logisch, want zij zijn ook geen specialist op het gebied van bijvoorbeeld alleen somatische aandoeningen. Kan hij daar even op ingaan? Ik kom het in zijn position paper ook niet tegen.

De heer **Van Dijk**: Er wordt vaak gedacht dat met name de psychiaters euthanasie uitvoeren bij psychiatrische patiënten. Het verbaasde mij dus dat, als je die 32 casussen leest, in bijna de helft van de gevallen huisartsen dat doen. In zekere zin is dat bijzonder, omdat de richtlijn van de NVvP is gemaakt voor psychiaters. Er is geen richtlijn waaraan huisartsen zich moeten houden. Dat is in die zin bijzonder. Het is bovendien onduidelijk in hoeverre de richtlijn voor de psychiaters ook geldig is voor huisartsen. Moeten zij zich daaraan houden? Ik heb niet willen zeggen dat huisartsen daarin ondeskundig zouden zijn, absoluut niet. Ik vind het wel veelzeggend dat het niet de behandelend psychiater is die de euthanasie uitvoert, maar dat het uiteindelijk de huisarts is die het overneemt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Is dat anders dan als het gaat om een somatische aandoening? Als je bijvoorbeeld een heel bijzondere vorm van kanker hebt, dan weet de huisarts daar ook niet alles precies van af.

De heer **Van Dijk**: Jawel, want dan is de patiënt die we uitbehandeld noemen naar huis gestuurd. De specialist kan hem niet verder behandelen en zegt: ga voor verder palliatief beleid naar de huisarts terug. Dan weet de huisarts natuurlijk wel dat de patiënt uitbehandeld is. Daar is verder geen discussie over mogelijk. In de psychiatrie is dat veel moeilijker te beoordelen. De heer Boer heeft dat ook al gezegd. Met name de uitzichtloosheid is heel lastig te beoordelen. Die is bij kankerpatiënten voor huisartsen veel eenvoudiger in te schatten.

De **voorzitter**: Er gaan steeds meer vingers op, maar eerst mevrouw Swildens.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Dit soort dingen kun je verwachten. Ik heb net ook al snel even zitten rekenen. Laten we naar de staatjes kijken. Voor een deel zijn het nog niet meldingen die ook al een eindoordeel

hebben. Dat zeg ik er even bij, want anders gaat u misschien cijfers vergelijken en dan wordt het zakjapannerwerk.

In 2012 is er sprake van drie huisartsen en acht psychiaters. In 2013 zijn het twaalf huisartsen en twaalf psychiaters. Er zijn ook andere specialisten, maar die noem ik nu nog even niet. Als ik 2013 en 2014 bij elkaar optel, zijn het tien huisartsen, acht psychiaters, drie specialisten ouderengeneeskunde en twee andere specialisten. Je kunt zeggen dat het een beetje schommelt. Het aantal psychiaters is eigenlijk min of meer net zo groot als het aantal huisartsen.

Als je kijkt naar de casuïstiek, zie je dat ook veel oudere patiënten, dus echt heel oude patiënten die ook somatische klachten hebben en ook nog lijden aan een vorm van depressiviteit – dat zeg ik er dan als leek bij – worden gerekend bij de psychiatrische patiënten. Dus ook in die staatjes waar geteld wordt tot 42, zitten meerdere aandoeningen, waarvan een deel met somatische, maar ook met psychiatrische klachten.

Die richtlijn wordt keurig opgevolgd, ook door huisartsen, die strikt genomen misschien niet aan de richtlijn voor psychiaters zijn gebonden, maar die als ze verstandig zijn wel kijken hoe wij oordelen. We maken dat ook bekend op de website en in de jaarverslagen. Zorg dat je een onafhankelijke deskundige psychiater raadpleegt, want anders loop je – dat zeggen we er niet bij, maar dat kun je eruit afleiden – het risico dat het als onzorgvuldig wordt beoordeeld. Dit is een beetje het zicht op die cijfers.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb misschien meer een opmerking dan een vraag. De heer Van Dijk zei heel nadrukkelijk: lees die casussen; het zijn hartverscheurende verhalen. Ik hecht eraan om te zeggen dat volgens mij niet in discussie is dat iedereen beseft dat het om hartverscheurende verhalen gaat. Er zijn echter heel veel hartverscheurende verhalen en het gaat nu om de vraag hoe we daar vervolgens ethisch en juridisch mee omgaan.

De heer **Van Dijk**: Het was een reactie op een eerdere opmerking, toen iemand zei: het gaat steeds minder om ondraaglijk lijden en steeds meer om kwaliteit van leven. Dat is een beeld dat ik niet herken uit die 32 casussen.

De heer **Boer**: Ik denk dat waar mevrouw Van Andel op doelt misschien vooral andere gevallen dan psychiatrie betreft en dat we die discussie hier niet hoeven te voeren.

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman heeft nu even andere verplichtingen. Mevrouw Dijkstra heeft een vraag.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik was getriggerd door de tegenstelling tussen mevrouw Pans en de heer Buijsen. Kunnen zij even op elkaar reageren, want ze zijn het niet met elkaar eens?

De heer **Buijsen**: Wat ik wil benadrukken is dat het mij er natuurlijk niet om gaat een bepaalde groep van patiënten een dergelijk recht te ontzeggen. Het verschil zit hem, denk ik, met name in de complexiteit die toepassing van de Wtl oproept bij casussen als deze. Dan bevreemdt het mij, vanuit mensenrechtelijk perspectief, ook omdat de Staat de verplichting heeft om alle sterfgevallen goed te onderzoeken, dat er aan de voorkant steeds zwaardere zorgvuldigheidseisen opgetuigd worden, ook te vinden in de richtlijn van de NVvP, en opgelegd worden aan de anmeldende artsen, maar dat aan de achterkant, wanneer het gaat om complexere gevallen, er vrij weinig lijkt te gebeuren. Het zijn dezelfde toetsingscommissies, met dezelfde samenstelling, die tot dezelfde oordelen komen in deze complexere gevallen. Het enige wat ik heb willen

zeggen, is dat het misschien de overweging waard is om iets te doen aan de samenstelling van die commissies in dat soort gevallen, wanneer dat soort patiënten gemeld wordt. Dat is alles.

Mevrouw **Pans**: Deze problematiek is natuurlijk al heel lang bekend. Het is niet iets nieuws. De rechtspraak die al 30 jaar gevoerd is, ging soms ook over dit soort gevallen. De toetsingscommissies gaan mee met hun tijd. Er is normverfijning binnen de beroepsgroepen en die normverfijning is natuurlijk leidend. Die NVvP-richtlijn uit 2009 is daar een voorbeeld van. De vraag die al eerder is opgeworpen, namelijk of de huisarts die hulp bij zelfdoding verleent aan een psychiatrisch patiënt valt onder die NVvP-richtlijn, is een moeilijke vraag. Ik denk dat dat in juridisch opzicht niet zo is. Ik heb onlangs zelf een medische tuchtzaak gevoerd in Amsterdam tegen een psychiater die op onzorgvuldige wijze een consultatie had verricht. In dat geval was de huisarts de handelaar en die heeft dat toen heel zorgvuldig gedaan en heeft een psychiater geconsulteerd, met name voor de toets van de wilsbekwaamheid. Mijn indruk is dat die richtlijn in de praktijk dus ook vaak door huisartsen wordt gevolgd. De systematiek dat de heersende leer in geneeskunde en ethiek leidend is voor het normatieve kader, werkt hier heel goed, is mijn indruk. Artikel 2 EVRM is ook in de parlementaire geschiedenis uitgebreid aan de orde gekomen. Het ging dan om de vraag of de toetsingsprocedure zich daarmee verhield en of het een juiste en grondige toetsing is van levenseindeverzoeken. Dat is toen uitgebreid gewogen en beoordeeld en die is zwaar genoeg bevonden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben ook benieuwd wat de reactie van mevrouw Swildens daarop is.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Vindt u het erg om de vraag dan nog even ter herhalen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De vraag ging over het verschil in opvatting tussen mevrouw Pans en de heer Buijsen over de vraag of de toetsingscommissies nog wel voldoen in het licht van het recht.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Wat het EVRM betreft, zou ik de heer Buijsen inderdaad aanraden om in plaats van als literatuur de heel treurige casussen zoals de heer Van Dijk voorstelt te lezen, die een beeld geven van waar je het over hebt, de wat vrolijkere literatuur van de Handelingen van de Kamer te lezen, waarin die hele discussie over de EVRM-problematiek uit de doeken wordt gedaan. Dat is reuze interessant. Bij het instellen van de toetsingscommissies is gedacht aan een deskundigencommissie en die is multidisciplinair. Dus ook op instigatie van de beroepsgroep is de samenstelling niet alleen meer juridische van aard, maar zitten er ook ethici in en artsen die deel uitmaken van die commissie. Nu is opeens de vraag of de toetsingscommissie deze problematiek wel kan beoordelen, terwijl ze in feite al twaalf jaar lang, en al vanaf 1998 als adviescommissie, de problematiek in andere zaken naar tevredenheid heeft getoetst.

Wij hebben bij het toetsen niet de patiënt voor ogen, want we toetsen niet vooraf. We zeggen niet: er is voldoende diagnostiek en behandelperspectief aanwezig. We toetsen het handelen van de arts achteraf. Die moet voor ons aannemelijk maken dat hij tot de overtuiging kon komen dat hij aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Dat is voor de arts heel moeilijk en dat is maar goed ook. Hij moet het aannemelijk maken en daar informatie over verschaffen. Aan de hand daarvan en soms ook met extra informatie en gesprekken met die arts, toetsen wij of de arts aannemelijk heeft kunnen maken dat hij zorgvuldig heeft gehandeld. Zoals u weet,

doen wij niet aan waarheidsvinding. Dat is nu niet genoemd, maar dat is wel een verschil.

Er is gevraagd of we daartoe gekwalificeerd zijn. In feite toetsen we op de manier, zoals is aangegeven. Dat doen we aan de hand van de informatie die we van de arts krijgen. Dat is degene die verantwoording moet afleggen en niet de anderen die bij het proces zijn betrokken.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Het staat niet ter discussie dat psychiatrie aanleiding kan zijn voor euthanasie, maar als ik het allemaal goed heb begrepen, is er de laatste jaren een toename te zien in verzoeken die daarop gebaseerd zijn. Dus zo langzamerhand komen er steeds meer gevallen aan de orde. Het gaat mij niet om cijfertjes en rijtjes. Het gaat er mij erom of we in die tendens niet over een aantal jaren tot de conclusie komen dat we mensen te snel opgeven, omdat er onvoldoende deskundigheid is om ook daadwerkelijk te toetsen wat de diagnose is, of er behandeling nodig is en of er voldoende zicht is op de uitzichtloosheid van dat lijden. Daarom is mijn vraag of die psychiatrische expertise, want die heb je dan volgens mij zonder meer nodig, dan voldoende is geborgd. Ik hoor de heer Van Dijk zeggen: eigenlijk zou je huisartsen moeten dwingen of in de richtlijnen moeten voorschrijven, dat ze die expertise ook altijd invliegen. Volgens mij is dat nu niet het geval. Klopt dat? Zo ja, is dan de enige oplossing het aanpassen van de richtlijn?

De heer **Van Dijk**: Ik denk dat het goed zou zijn om, als de richtlijn van de psychiaters herzien wordt, daar ook huisartsen bij te betrekken en om die richtlijn breder te maken en te laten gelden voor iedereen die bereid is om in te gaan op een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt. De richtlijn moet dus minder zijn toegespitst op psychiaters, maar moet breder gelden. De huisartsen zouden die ook toe moeten passen. Ik denk dat dat goed zou zijn. Misschien moeten beide organisaties het samen doen. Het lijkt mij goed dat die richtlijn voor de hele beroepsgroep geldt, want, zoals mevrouw Swildens al aangaf, het gaat niet alleen om huisartsen en psychiaters, maar ook om specialisten ouderengeneeskunde. Die houden zich wel aan die richtlijn, maar die is niet specifiek voor hun geschreven.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Toetst de toetsingscommissie daar ook op?

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Wij kijken daar natuurlijk wel naar, omdat de inhoud van die richtlijn overeenkomt met wat wij zelf hebben aangegeven dat wij belangrijk vinden voor de arts om tot een goede afweging te kunnen komen. Het gaat om die extra behoedzaamheid waar de wetgever over heeft gesproken en die wij bij het toepassen van de wet incorporeren en waar wij op letten. Dat betekent dat wij bij iedere arts, of dat nu een psychiater of een huisarts is, kijken of die extra zorgvuldigheid en behoedzaamheid betracht zijn. Dat wordt dan tot uitdrukking gebracht door bijvoorbeeld het raadplegen van extra deskundigen. Ik kan geen antwoord geven op de vraag of die richtlijn moet worden aangepast, maar als je kijkt hoe het in de praktijk gaat, zie je dat men in alle specialismen in feite de inhoud van de richtlijn volgen, ook als het bijvoorbeeld de uitzichtloosheid betreft. Mevrouw Stärcke is daar in het vorige blok uitgebreid op ingegaan. Naar aanleiding van het Chabot-arrest is ook door de regering een uitleg gegeven over het beoordelen van de uitzichtloosheid. Dat is die mooie opsomming van tijd, proportionaliteit enzovoort. Ik ga die niet herhalen. Ook dan kijken wij of dat in de concrete zaak aan de orde is geweest en op welke manier dat is ingevuld.

De heer **Boer**: Dank voor de vraag van mevrouw Keijzer, maar eigenlijk is dit een tamelijk onmogelijke vraag voor een tafel waaraan drie leden van toetsingscommissies zitten, die uiteraard zullen zeggen dat zij zelf over

alle zorgvuldigheid zullen beschikken. U kunt van ons niet verwachten dat we daar anders over denken.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Misschien moeten we dan een andere vraag stellen, die ook vanochtend aan de orde is geweest. Mevrouw Swildens zei net: wij worden getoetst als wij tot een oordeel «onzorgvuldig» komen. Misschien is het dan wel tijd om ook te toetsen op het moment dat je tot het oordeel «zorgvuldig» bent gekomen, juist in die situaties van psychiatrie, waar het zo ontzettend nauw luistert als het gaat om de vraag wanneer er sprake is van uitzichtloos, ondraaglijk lijden. De vraag is hoe je dat toetst. De euthanasiewet is inderdaad van het begin af aan ook voor de psychiatrie bedoeld geweest, maar er komen nu meer en meer vragen, waarbij je steeds meer situaties krijgt waarin je denkt: is dit hem nou wel of is dit hem nou niet? Als de toetsingscommissie dan tot het oordeel «zorgvuldig» komt, is het klaar. Daar zit mijn ongemak.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Ik denk dat het goed is om even iets recht te zetten. Ik heb niet gesproken over het toetsen van de toetsencommissies. Ik heb wel aangegeven dat het heel belangrijk is dat wij verantwoording afleggen voor onze wijze van toetsen. Op het moment dat wij tot het oordeel «zorgvuldig» komen, komt er geen Openbaar Ministerie of IGZ meer aan te pas. Daarom is het uitermate van belang dat wij die transparantie ook zelf geven, zodat die discussie die dan eventueel, zoals vandaag, naar aanleiding van die oordelen plaats kan vinden, ook leidt tot reflectie. Hoe ga je met de euthanasiepraktijk om? We hebben ook gesprekken met de KNMG en de beroepsgroepen. Dat is het systeem en daar willen we alleen maar extra aandacht en energie in stoppen. We doen wel alsof we hier als onafhankelijke personen zitten, maar jullie weten allemaal dat we alle drie lid zijn van een commissie. Natuurlijk mogen we wel zeggen of we de deskundigheid in huis hebben of niet. Maar het mooie van het systeem is juist dat alle oordelen die ook maar enigszins bijzonder zijn of moeilijk liggen, naar alle 45 leden voor commentaar worden rondgestuurd en dat iedereen daar zijn oordeel over kan geven.

Dan zal ik ook maar ingaan op de niet gestelde vraag of wij het verstandig vinden om een psychiater in de club van de RTC's binnen te halen. Daar is bij ons absoluut geen bezwaar tegen, maar je moet je wel realiseren dat dat heel lastig is, want binnen de psychiatrie heb je heel veel verschillende stromingen. Zoals we vanmorgen ook hebben gehoord, wordt er over een aantal zaken verschillend gedacht. Dat is prima, maar als je binnen de toetsingscommissies een goede afspiegeling wilt hebben die die onafhankelijkheid ook naar buiten toe waarborgt, dan zul je daar misschien wel meer psychiaters bij willen uitnodigen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Even over dat laatste. Het lijkt mij evident dat ook psychiatrische expertise in zo'n toetsingscommissie plaats zou dienen te nemen. Dat dat ingewikkeld is, is geen argument om het niet te doen, denk ik.

Speelt het thema behandelrelatie een rol bij de toetsing? We hebben daar in de eerste sessie uitvoerig bij stilgestaan. Als er een langdurige behandelrelatie is, is de zorgvuldigheid dan meer of minder of hetzelfde? Kunnen mevrouw Swildens of anderen daar iets over zeggen?

Wat het toetsen van de toetsingscommissie betreft, vraag ik mij af – dat is een vraag aan mevrouw Swildens en de heer Buijsen – of niet de weg van het tuchtcollege zou kunnen worden bewandeld. Stel dat familieleden zeggen dat er niet zorgvuldig is gehandeld, dan kunnen ze de kwestie voorleggen bij het tuchtcollege. Dan heb je toch een soort toetsing binnen het bestaande systeem? Hoe wordt daarover gedacht?

De **voorzitter**: Mevrouw Swildens begint met de eerste vraag. Of er tijd is voor de tweede vraag, zullen we zien als alle collega's het woord hebben gehad.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Men kan zich tot het tuchtcollege wenden als men het gevoel heeft dat er onregelmatigheden zijn of als men klachten heeft. Men kan ook naar het Openbaar Ministerie gaan. Het Openbaar Ministerie heeft niet alleen een vervolgingsmonopolie, maar heeft ook de mogelijkheid om, als er een vermoeden is van een strafbaar feit, ook als de toetsingscommissie dat vermoeden heeft weggenomen door een «zorgvuldig» uit te spreken, tot opsporing en vervolging over te gaan. Dat dat niet gebeurt, is op zichzelf prima, want uitgangspunt van de wetgeving was natuurlijk decriminalisering van euthanasie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik heb een vraag over de aantallen psychiatrische patiënten waarbij euthanasie is toegepast. De heer Van Dijk zei dat als je er goed naar kijkt, je ziet dat de helft door huisartsen is gedaan. Er is ook al gezegd dat de richtlijn voor een bredere groep moet gaan gelden, dus niet alleen voor psychiaters, maar ook voor huisartsen en misschien ook voor gerieters. Toch blijft er een vraag bij mij hangen en die gaat over de psychiaters die niet overgaan tot het toepassen van euthanasie. Merken jullie daar weerstand of terughoudendheid? Misschien had ik het aan de groep psychiaters die hier eerder zaten, moeten vragen, maar deze vraag is naar boven gekomen naar aanleiding van jullie inbreng.

De heer **Van Dijk**: Uiteraard hebben psychiaters heel veel moeite met euthanasie en dat begrijp ik ook heel goed. Dat komt omdat ze zo ontzettend veel geconfronteerd worden met mensen die zichzelf willen suïcideren. Ze worden er door de inspectie ook op afgerekend dat er geen suïcides plaatsvinden. In eerste instantie is iedere psychiatrische behandeling erop gericht, en terecht, om te voorkomen dat mensen zichzelf suïcideren. Er is echter een kleine groep waarvan je uiteindelijk toch moet zeggen: hier is euthanasie de enige oplossing. U moet het zien als een soort trechter. Er zijn heel veel mensen die een doodswens hebben en een heel klein gedeelte daarvan komt uiteindelijk in aanmerking voor euthanasie. Als je die trechter te smal maakt, blijven heel veel mensen met ondragelijk lijden zitten. Maak je die te breed, dan krijgen mensen euthanasie terwijl een andere oplossing meer geschikt was geweest. Het bepalen van de grootte van die trechter, dat is de uitdaging. Het is heel lastig om te bepalen hoe groot je die trechter precies moet maken.

Mevrouw **Pans**: Ik dacht toen ik de vraag van mevrouw Arib hoorde aan de eerste jaren nadat de wet in werking was getreden. Toen waren er helemaal geen gevallen van psychiatrische patiënten. Dat was heel opvallend. In de literatuur werd daar ook verbazing over uitgesproken, omdat zo uitdrukkelijk was besproken dat deze categorie er ook onder kon vallen. De reden was dat er toen heel veel professionele weerstand was onder de beroepsgroep van psychiaters. Dat is ook heel begrijpelijk. Toch werd wel keer op keer vastgesteld dat er ook een grote groep patiënten was die ondraaglijk leed en dat dat onmiskenbaar in een medisch kader was. Na het Brongersma-arrest was een heel belangrijk aspect of het wel medische geëvalueerd lijden was. Toen is ook heel sterk naar voren gekomen dat barmhartigheid uiteindelijk een van de belangrijkste beginselen is achter die wet, het verlichten van ondraaglijk lijden. Mijn indruk is dat die opvatting sindsdien meer is gaan schuiven binnen de psychiatrische beroepsgroep. Naar mijn oordeel is dat ook echt in lijn met hoe die wet bedoeld is. Die ruimte was er dus altijd al, maar werd niet

benut, juist door die weerstand binnen de beroepsgroep. In die zin is er binnen de beroepsgroep veel gebeurd de afgelopen jaren.

De heer **Boer**: Ik ben het niet geheel met mevrouw Pans eens. Ik denk dat het niet alleen voor de beroepsgroep geldt, maar voor de hele cultuur, ook voor de commissies zelf. Het standaardmeldingsverslag, het modelverslag voor artsen, bevatte bijvoorbeeld tot voor vijf jaar uitdrukkelijk de zinsnede dat als iemand niet of verminderd wilsbekwaam was, hij niet bij ons moest zijn. Die zin is er nu uit.

Mevrouw **Pans**: Dat was een fout.

De heer **Boer**: Op dat terrein is er dus kennelijk wel het een en ander verschoven.

De heer **Van Dijk**: Ik ben het niet eens met de heer Boer. Ik denk niet dat er dingen zijn verschoven. Het kader van de wet is in het verleden, denk ik, met opzet heel breed gehouden. Er moet sprake zijn van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Wat dat betekent, is niet vastgelegd in de wet, maar is opengelaten, omdat de maatschappelijke opvattingen daarover kunnen veranderen. Dat is ook precies wat we zien gebeuren. Het is dus niet zo dat de wet veranderd zou moeten worden, de wet biedt een kader waarbinnen de maatschappelijke opvatting kan veranderen. Ik denk dat het goed is dat de wet die ruimte biedt, want anders zou die wet elk jaar moeten worden veranderd. Dat hoeft nu gelukkig niet.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Een aantal van mijn vragen is al gesteld. Ik heb nog een vraag over een uitspraak van de heer Boer, die volgens mij een ietwat tegenstrijdig statement gaf. Hij eindigde zijn verhaal met de opmerking dat euthanasie ook een symptoom van het probleem kan zijn en dat we misschien met zijn allen de moed hebben verloren. Mijn vraag is dan: de moed waartoe?

De heer **Boer**: Ik vind het een prachtige vraag, want dit is een sessie die echt over ethiek gaat en dit is een echte ethische vraag. Ik zie wel verhalen van euthanasie, waarbij mensen bij wijze van spreken denken dat euthanasie een soort Schiphol is, waarbij je komend met een vlucht vanuit een ellendig leven, op Schiphol overstapt op een vlucht naar een beter leven. Ik zie dat ook terug in dossiers van mensen die zeggen: ik verlang naar het weerzien met ... Dan komt een leven dat men heel erg prettig vindt. Als ethicus zie ik euthanasie echter niet als een overstap op Schiphol, maar als een gecontroleerde crash. Ik vind dat wij het leven dat wij hebben, moeten leven alsof het het enige is dat we hebben. Dat is het algemene beginsel van beschermwaardigheid en respect voor het leven. We moeten proberen om de moed erin te houden. Ik kan u zeggen dat ik af en toe ook wel eens wat depressief ben, gelukkig niet klinisch, maar ieder mens heeft zijn strijd te voeren tegen de wanhoop. Dat denk ik. Wat dat betreft is de psychiatrische patiënt die wij in die dossiers zien, een soort vergrootglas op datgene wat er in de maatschappij als geheel aan de hand is. Ik kan er nog lang over doorpraten, maar dat is natuurlijk niet de bedoeling. Maar misschien ziet u nu een klein beetje wat ik bedoel.

De heer **Van Dijk**: Ik ben het niet met de heer Boer eens. Ik denk dat het lijden van psychiatrische patiënten op geen enkele wijze is te vergelijken met het lijden dat u en ik allemaal dagelijks meemaken. Dat is echt van een wezenlijk andere orde. Ik zou echt niet willen dat die vergelijking wordt gemaakt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): In eerdere rondetafelgesprekken en in debatten over de evaluatie van de euthanasiewet hebben we ook

gesproken over situaties dat er discussie is binnen toetsingscommissies. Als uiteindelijk het oordeel «zorgvuldig» wordt gegeven, maar er heeft wel discussie plaatsgevonden, zouden wij het goed hebben gevonden als het OM zich daar ook over zou buigen, gewoon om de jurisprudentie op dit punt te verbeteren. Dit voorstel is niet overgenomen, maar er zijn nu wel gesprekken op het ministerie met KNMG, met toetsingscommissies en met deskundigen. Daar ben ik heel blij mee.

Mijn vraag gaat over een ander moment in de toetsingsfase waarop discussie kan plaatsvinden. In het geval van euthanasie bij psychiatrische patiënten worden twee consulenten geraadpleegd. Als er discussie is tussen die twee – de een zegt ja en de ander zegt nee – dan wordt een derde consulent geraadpleegd. Ik vind dat ethisch gezien toch wel wat problematisch, omdat het gaat over vraagstukken van leven en dood. Men is het oneens en dan moet een derde de doorslag geven. Ik zou heel graag daar een reflectie op willen horen van de ethici. Herkennen zij dat licht onbevredigende gevoel dat ik heb? Hoe zou je dit juridisch beter kunnen inkaderen, zodat die toetsingsprocedure bij dit ingewikkelde thema toch een stuk zorgvuldiger wordt? Nu is het zo dat twee mensen het oneens zijn en dat de derde de doorslag geeft. Doet dat wel recht aan de problematiek waar we hier mee te maken hebben?

De heer **Boer**: Ik denk dat die toetsing in het algemeen buitengewoon zorgvuldig is. Er wordt inhoudelijk van gedachten gewisseld. Ik vind het bijzondere van de commissie – ik spreek nu even als persoon en niet namens de commissie – dat er ontzettend veel zaken aan de orde komen, dat de voors en tegens van een casus worden afgewogen en dat niet wordt gezegd: we gaan nu vingers opsteken en dan kan het twee tegen één zijn. Dat gebeurt de laatste tijd overigens weleens, moet ik eerlijk zeggen. Dat vind ik heel lastig. Maar in het algemeen heb ik de neiging om te zeggen dat men een consensus vindt. Dat wil zeggen dat er heel goed inhoudelijk wordt gesproken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Maar mijn vraag ging ook over de situatie dat twee consulenten het oneens zijn. Er is een verzoek ingediend voor euthanasie. Een huisarts of een psychiater gaat daarmee akkoord, benadert twee consulenten en de een is het ermee eens en de ander niet. Dan wordt er een derde consulent geraadpleegd en die moet dan de doorslag geven. Het gaat om dat niveau in de procedure.

De heer **Boer**: Die dossiers lees je uiteraard zorgvuldig, maar uiteindelijk is het toch zo dat een arts de beslissing neemt. Dat kun je in de procedure leuk of niet leuk vinden. Als die arts een consulent heeft die zegt: ik ben het helemaal met je eens, dit is zorgvuldig, dan heeft de arts een bepaalde dekking. Het is formeel zo dat iemand een consulent geraadpleegd moet hebben en dat die het ermee oneens mag zijn. Dan weer even over dat shoppen. Het is niet zo dat de toetsingscommissies nagaan hoeveel artsen er voor en hoeveel artsen er tegen waren. Zo werkt het niet.

Mevrouw **Pans**: Juridisch is het ook zo dat die consulent alleen maar een advies geeft. Het is dus een beetje misleidend om te zeggen dat die de doorslag geeft. De behandelend arts is en blijft verantwoordelijk voor de beslissing. De consulent geeft geen toestemming en geen goedkeuring, maar uitsluitend een advies. Dat shoppen kan dus inderdaad juist een uiting van zorgvuldigheid zijn, omdat je meer advies nodig hebt, meer deskundigheid of meer specifiekere deskundigheid.

U vroeg ook nog even waarom er eigenlijk geen dissenting opinions zijn, waarom je er geen wetenschap van hebt als er onenigheid is binnen de toetsingscommissies of een andere opvatting. Die discussie is ook heel vaak aan de orde over de Nederlandse rechtspraak. Dan wordt er altijd gezegd: wij kiezen daar bewust niet voor omdat je binnen een rechts-

systeem beter naar elkaar luistert als je het samen eens moet worden. Ik kan me voorstellen dat dat voor de toetsingscommissies ook geldt. Het is daarmee ook in lijn met hoe het verder in het recht geregeld is.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal**: Het is mooi dat mevrouw Pans het zo in zijn algemeenheid stelt, want zo gaat het ook. Op grond van de wet moet er bij meerderheid een standpunt worden geformuleerd. In de praktijk is het inderdaad gewoon net zo lang met elkaar argumenten uitwisselen totdat het standpunt door iedereen breed gedragen wordt. Stemmingen vinden in de praktijk dan ook niet plaats. Ik vind dat een heel positief signaal.

De heer **Van Dijk**: Nog even over die consultants, waarbij de een ja zegt en de ander nee. Dokters kunnen daar in de praktijk op stuiten. Ze zijn verplicht om een onafhankelijke psychiater in te schakelen, maar helaas is het zo dat binnen de psychiatrie heel verschillend wordt gedacht over euthanasie. Dus als je de pech hebt dat je een heel therapeutisch hardnekkige psychiater hebt, dan zou je meteen vastlopen in het proces met je patiënt. Dat is natuurlijk niet wat je wilt. Ik vind het daarom terecht dat artsen dan de mogelijkheid hebben om nog een andere consultant in te schakelen. Als die ook nee zegt, moet je je als arts wel even achter de oren krabben. Maar dat die mogelijkheid er is, is denk ik zeker bij psychiatrische patiënten heel erg belangrijk. Die uitzichtloosheid is namelijk heel moeilijk vast te stellen en daar wordt verschillend over gedacht.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het eind van dit tweede blok. Ik dank de gasten hartelijk, want zij hebben ons veel informatie gegeven.

De vergadering wordt van 12.39 uur tot 12.46 uur geschorst.

Blok III: Patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen

De **voorzitter**: De gasten en de Kamerleden zitten. Bijna alle mensen op de publieke tribune zitten ook. Wij kunnen dus verder met het derde blok. Mevrouw Arib heeft onverwacht andere verplichtingen, maar ze doet een poging om iemand anders van de PvdA-fractie aan deze hoorzitting te laten deelnemen. Ik heet de sprekers voor het volgende blok welkom. Onze gasten zijn mevrouw De Jong van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, de heer Pleiter van de Levenseindekliniek, mevrouw Wiegman van de Nederlandse Patiënten Vereniging, mevrouw Croonen en mevrouw De Vries van Stichting Euthanasie in de Psychiatrie, mevrouw Lindemans, documentairemaakster, en de heer Ulrich van het Landelijk Platform GGz. Ik stel een spreektijd van drie minuten voor. Als uw inbreng langer duurt, word ik streng, zodat er nog tijd is om een discussie te voeren met de collega's. Het woord is aan mevrouw De Jong.

Mevrouw **De Jong**: Voorzitter. U hebt een position paper gekregen van de NVVE. Daar zal ik verder niet meer op ingaan. De praktijk van alledag houdt ons bezig. Dat is bijvoorbeeld de reden geweest waarom de NVVE een steungroep heeft ingesteld. Wij worden immers dagelijks geconfronteerd met mensen die een psychiatrische aandoening hebben, ernstig lijden en een doodswens hebben. Ik wil overigens een duidelijk onderscheid aanbrengen tussen een doodswens en suïcidaliteit. Ik geef een praktijkvoorbeeld van deze week.

Afgelopen maandag werden wij gebeld door een moeder die vertelde dat haar zoon een mislukte zelfdoding had gepleegd. De moeder is 76 en de zoon is 52. De zoon is al vanaf zijn vroege jeugd bekend met een psychiatrische aandoening. Hij is meer dan 30 jaar onder behandeling geweest van een psychiater. Een aantal jaren geleden is de diagnose

asperger bij hem gesteld. Zijn leven was voor hem ondraaglijk. Hij was niet in staat om een leven te gaan leiden zoals u en ik, een leven waar wij lol uit kunnen halen.

Dat maakte dat hij een tentamen suïcidii heeft gedaan in 1988. Hij dronk alcohol en wilde tegen een boom rijden. Alleen heeft hij daarvoor eerst een andere auto geraakt, waardoor deze suïcide mislukte. Daarna heeft hij zijn ouders moeten beloven dat hij dit nooit meer zou doen zonder dat zij daarvan wisten.

Nu heeft hij, in overleg, afgelopen vrijdag de medicatie genomen die hij uit het boek *Uitweg* van een van de mensen in de zaal heeft gehaald. Die medicatie heeft hij in aanwezigheid van zijn ouders ingenomen. Daarna is hij in slaap gevallen. Nadat ze uitgebreid afscheid van hem hadden genomen, hebben zijn ouders hem twee uur lang geobserveerd. In die tussentijd heeft hij niet gebraakt. De afspraak was dat hij maandagochtend door zijn ouders gevonden zou worden.

Afgelopen maandag zijn de ouders naar hem toe gegaan. Zij troffen hem aan in dezelfde houding, maar badend in het zweet, liggend in zijn eigen vuil, met een hoge hartslag en een sterk verhoogde ademfrequentie. Op dat moment zocht de moeder in paniek naar hulp, maar natuurlijk niet bij de schrijvers van het boek, want die zijn niet bereikbaar. Zodoende kwam ze bij ons, de NVVE, terecht. Zij vroeg wat wij voor haar konden doen.

Intussen had zij ook al de huisarts gebeld. Deze kwam en wilde de patiënt insturen. Dat hebben ze kunnen voorkomen, omdat deze man zijn papieren had klaarliggen en een behandelverbod had geregeld.

Wij hebben voor deze ouders uiteindelijk de rol op ons kunnen nemen van geruststellers en begeleiders in paniek. Wij hebben ervoor kunnen zorgen dat zij begrepen dat deze man toch in zijn stervensfase was, ook al duurde die veel langer dan gepland. Gisterochtend is hij dan daadwerkelijk overleden.

Dit is de dagelijkse of wekelijkse praktijk bij de NVVE. Deze man heeft vaak euthanasieverzoeken gedaan bij zijn behandelaars. Zij hebben niet naar hem willen luisteren. Nu heeft hij op een onwaardige manier, met veel narigheid voor zijn familie, afscheid genomen van het leven. Dat had op een andere manier gekund, als de artsen het woord «uitbehandeld» ook in hun vocabulaire zouden hebben en als zij oor hadden gehad voor zijn wensen.

De heer **Pleiter**: Voorzitter. Mevrouw De Jong heeft het mij wat moeilijk gemaakt om mijn verhaal nu te houden, maar ik ga dat toch proberen.

De **voorzitter**: Dit was wel heftig, ja.

De heer **Pleiter**: Voorzitter. Het is voor gezonde mensen nauwelijks voorstelbaar dat iemand zo aan het leven kan lijden dat hij dood wil. Toch is dat de dagelijkse realiteit. Bij de Levenseindekliniek melden zich elke week mensen op het psychiatrische spreekuur die de dood boven het leven verkiezen. Zoals de inmiddels met onze hulp overleden vrouw die, na meer dan 30 jaar vergeefse behandeling in de psychiatrie, verzocht om hulp bij zelfdoding. Ze had een leven vol angsten en stoornissen achter de rug. Ze zei: ik leef niet, ik overleef alleen. Deze vrouw was de allereerste patiënt die zich meldde bij de Levenseindekliniek. Dat juist een patiënt met een psychiatrische aandoening de eerste was, is eigenlijk geen toeval. Hun euthanasieverzoek wordt door hun eigen behandelaar veelal afgewezen. Er lijken altijd wel weer nieuwe behandelmogelijkheden te zijn. Na zo'n lang behandeltraject moet je soms gewoon erkennen dat een patiënt uitbehandeld is. Bij een patiënt met kanker vinden wij dat vanzelfsprekend. Wij moeten ook bij psychiatrische patiënten erkennen dat zij ooit uitbehandeld kunnen zijn.

Psychisch lijden is ongelooflijk zwaar maar wordt vaak niet begrepen. Iedereen vindt dat de patiënt zich moet herpakken en de schouders

eronder moet zetten. Sommige mensen kunnen echt niet verder, zo vertelde een van onze psychiaters. Deze mensen hebben recht op hulp. Een op de drie mensen die zich bij de Levenseindekliniek melden, heeft een psychiatrische aandoening. In twee jaar kreeg de Levenseindekliniek 634 hulpvragen van psychiatrische patiënten. Dat zijn er op dit moment zo'n 25 per maand. Net iets meer dan 2%, namelijk 15 hulpvragers, hebben wij kunnen helpen. Uit dat lage percentage blijkt al dat ook wij behoedzaam zijn en zorgvuldig handelen. Wij bekijken ook of de wens niet voortkomt uit het ziektebeeld, bijvoorbeeld uit een waanstoornis of een psychose. In de ideale wereld zou het euthanasieverzoek thuishoren in de behandelrelatie tussen psychiater of huisarts en patiënt. Zolang deze artsen dat echter niet oppakken, staat de patiënt in de kou. Dan komt de Levenseindekliniek in actie, net zolang totdat de behandelaars het zelf oppakken.

De onafhankelijke beoordeling door een psychiater is cruciaal in ons onderzoek. Dat is vandaag al eerder gezegd. Wij vinden het zorgwekkend dat het vinden van een psychiater voor een dergelijk onderzoek vaak zo'n speurtocht is. Daarvoor wil ik graag de aandacht van de Kamer vragen. Onze principiële houding is dat ook de patiënt met een psychiatrische aandoening bij de Levenseindekliniek terecht kan. Ook het lijden van deze patiënten kan ondraaglijk en uitzichtloos zijn, met de dood als enige resterende optie. De euthanasiewet voorziet in een waardig einde voor hen.

Mevrouw **Wiegman**: Voorzitter. De Nederlandse Patiënten Vereniging komt op voor de beschermwaardigheid van het leven. Mensen kunnen bij ons 24 uur per dag met hun indringende medisch-ethische vragen terecht, ook over leven en dood. Het lijkt mij goed om hier te vermelden dat de NPV heeft aangedrongen op input van patiënten zelf en ook op de input vanuit het Landelijk Platform GGZ. Het is namelijk ontzettend belangrijk dat na alle dokters, juristen en directeuren ook de patiënten zelf aan het woord komen. Ik hoop hun zelf ook een stem te geven.

Vanuit de christelijke visie op leven en dood wijst de NPV euthanasie af. Ik besef dat ik met het noemen van dit uitgangspunt een hokje heb geopend, waar mensen mij al heel snel in kunnen stoppen. Zij kunnen dan meteen denken dat ze verder geen boodschap hebben aan mijn bijdrage. Ik vraag deze mensen toch om dat niet te doen. Ik hoop namelijk met de volgende opmerkingen en argumenten een bijdrage te kunnen leveren aan het debat over euthanasie en psychiatrie.

Ik herhaal de samenvattende conclusies uit mijn position paper. Ten eerste. Bescherm de grote groep kwetsbare psychiatrische patiënten met een doodswens tegen een steeds verder uitdijende praktijk van verschuivende opvattingen over euthanasie. Ten tweede. Investeer blijvend in kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg voor psychiatrische patiënten en in palliatieve zorg in de psychiatrie. Ten derde. Creëer de juiste voorwaarden voor ondersteuning door burgers onderling en voorkom stigmatisering van een kwetsbare bevolkingsgroep.

Ook voor de NPV geldt dat er geen onderscheid mag worden gemaakt tussen psychisch en somatisch lijden. Dit kan allebei zeer ernstig en ondraaglijk zijn. Ik wijs wel op de verschillen in de praktijk van zorg. In ons land is de zorg zo geregeld dat iemand met een gebroken been in een mum van tijd op de eerste hulp kan zijn, gegipt wordt en – vaak omringd door familie of vrienden – weer naar huis kan. Vergelijk dat eens met een psychiatrische patiënt bij wie het maanden of langer kan duren voordat de juiste arts de juiste diagnose stelt en de juiste behandeling kan starten. Voor veel psychiatrische patiënten betekent dit dat er vaak geen of nauwelijks een sociaal netwerk is. Op een psychiatrische ziekte rust nog steeds een groot taboe. Als wij het hebben over ondraaglijk lijden, hangt dit voor een groot deel ook samen met het feit dat een psychiatrische

patiënt met een beperkte draagkracht de gehele lijdenslast alleen moet dragen.

Ik kom nu op een ander onderscheid. De zorgvuldigheidscriteria uit de euthanasiewet, namelijk het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het ondraaglijk en uitzichtloos lijden, zijn problematisch in de psychiatrie. Dit is vanmorgen al aan de orde geweest. Dit geldt ook voor de invoelbaarheid van het lijden door de arts.

Tot slot kom ik op de taak van de overheid en de bedoeling van wetgeving. Waarom is er wetgeving? Waarom is er een euthanasiewet? Uiteindelijk komt het erop aan dat wij mensen beschermen en dat de overheid een schild voor de zwakke is.

Ik sluit ook af met een voorbeeld van een patiënt. Tijdens het telefonische spreekuur van de NPV laat een psychiatrisch patiënt het volgende weten: ik voel me niet meer beschermd nu euthanasie mogelijk blijkt te zijn bij psychische ziekten. Door mijn ziekte loop ik regelmatig rond met een doodswens. Wie houdt mij nu nog tegen in het voeren van de gedachte dat euthanasie voor mij ook een optie zou kunnen zijn?

Met de euthanasiepraktijk van vandaag de dag heeft de samenleving de gedachte geïntroduceerd dat sommige levens er beter niet kunnen zijn. Dat is desastreus voor mensen die al twijfelen aan hun waardigheid en bestaan en het werkt uiteindelijk ook isolerend.

De voorzitter: Er zijn twee vertegenwoordigsters van de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie. Ik geef eerst het woord aan mevrouw De Vries. Aansluitend spreekt mevrouw Croonen. Samen vullen zij drie minuten. Ik let daar echt op.

Mevrouw De Vries: Voorzitter. Onze stichting, kortweg SEP genoemd, werd vier jaar geleden opgericht, nadat onze kinderen op een gruwelijke wijze een einde aan hun leven maakten. Ze werden respectievelijk 27 en 25 jaar oud. Monique, de dochter van Jeannette, en Tjeerd, mijn zoon, maakten beiden een jarenlange ondraaglijke lijdensweg mee. Beiden leden uitzichtloos en waren uitbehandeld. Wat er ook was geprobeerd, niets hielp om hun lijden te verlichten. Hoewel ze uiteindelijk hun behandelend artsen om euthanasie verzochten, werd hun doodswens niet gehoord. Het feit dat de doodswens van onze kinderen niet serieus werd genomen, was voor ons als moeders eigenlijk de belangrijkste reden om deze stichting op te richten. Wij dachten: als wij dit met z'n tweeën meemaken in één plaats, in één straat zelfs, hoeveel mensen in Nederland zullen daar dan mee geconfronteerd worden?

Binnen de psychiatrie is de drang om een vraag om euthanasie te omzeilen en eindeloos door te behandelen nog steeds heel groot. Wij begrijpen dat een arts is opgeleid om te genezen; natuurlijk. Maar als alles is geprobeerd en niets meer helpt, zou een vraag om euthanasie bespreekbaar moeten zijn. Alleen al het openlijk bespreken van de doodswens geeft de patiënt lucht, soms zo veel lucht dat de patiënt nog een tijdje door durft, nog een behandeling aandurft of zelfs helemaal van de wens afziet.

Wij pleiten er daarom voor dat psychiaters getraind worden in het voeren van dit soort gesprekken over de doodswens. Helaas is het nodig om ze te verplichten kennis te nemen van de wet en de richtlijn hulp bij zelfdoding, nota bene van hun eigen beroepsgroep. De psychiaters hier aanwezig hoeven daar niet op gewezen te worden, maar in het veld zien wij genoeg psychiaters die hiervan niet op de hoogte zijn. Dit zou structureel moeten worden opgenomen in de scholing van psychiaters.

Behalve dat chronische psychiatrische patiënten met een doodswens vaak zelf niet worden gehoord, worden ook de familieleden zelden gehoord. Als een patiënt met een somatische ziekte in een ziekenhuis belandt en een belangrijke operatie moet ondergaan of nare vooruitzichten heeft, wordt dat over het algemeen wel met de familie doorgenomen. Hoe

anders is dat in de psychiatrie. Die klacht krijgen wij op onze site veel binnen. Het is triest omdat juist de familie en dierbaren zo op de hoogte zijn van de intensiteit van het lijden van de patiënt.

Mevrouw **Croonen**: Voorzitter. In alle dagen dat mijn dochter Monique inrichting in en uit ging en geen enkele behandeling resultaat had, hebben wij nooit van een psychiater gehoord dat zij uitbehandeld was. Op één keer na. Monique was al een tijdje verdwenen toen wij werden gebeld door de politie. Monique was in totaal verwarde toestand hier in Den Haag gevonden. Men had haar naar het bureau meegenomen. De agent had de dienstdoende psychiater gebeld. Die keek naar Monique en zei: hier kunnen wij niks mee; zet haar maar weer op straat. Als Monique haar doodswens tegen de psychiater uitsprak, waren er ineens nog wel behandel mogelijkheden. Feit is dat het woord «uitbehandeld» taboe is binnen de psychiatrie. Toch was dit voor Monique en ook voor Tjeerd helaas een feit.

Om psychiaters te ondersteunen zou SEP graag zien dat er na gedegen onderzoek een lijst wordt opgesteld van psychiatrische ziekten waarvoor geen behandelingen voorhanden zijn of waarvoor binnen afzienbare tijd geen behandel mogelijkheden te verwachten zijn. Zo kunnen ook criteria worden vastgelegd wanneer de behandeling zinloos is geworden. Dit zou behandelaars een steun in de rug kunnen geven om een doodswens makkelijker te bespreken. Mocht de psychiater om morele redenen tegen euthanasie zijn, dan zou hij de patiënt binnen redelijke termijn in contact moeten brengen met de collega die er wel over wil en kan praten. Hoewel de richtlijn dit ook voorschrijft, wordt nog steeds zelden doorverwezen. Wat voor ons ook schokkend was om te bemerken, is hoe slecht de vraag om euthanasie gedocumenteerd wordt. Behandelend psychiaters en andere betrokken hulpverleners zouden verplicht moeten worden om deze vraag goed te documenteren, zodat opeenvolgende hulpverleners weten wat de wens van de patiënt is. Dat is nu vaak niet het geval.

Als laatste zouden wij graag zien dat wilsverklaringen ontwikkeld worden die zijn afgestemd op mensen met een psychiatrische ziekte. De huidige wilsverklaringen voorzien hierin niet. Wij vragen de Minister om te overwegen om de ambtelijke werkgroep Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie de opdracht mee te geven wilsverklaringen te ontwikkelen die toegespitst zijn op psychiatrische patiënten.

Mevrouw **Lindemans**: Voorzitter. Ik heb een documentaire gemaakt met de titel «Moeders springen niet van flats». Als het goed is, hebben de aanwezigen de film gezien. Er zijn grenzen aan psychisch lijden. Psychiatrische patiënten kunnen uitbehandeld zijn. Het lijkt alsof dat jarenlang niet is onderkend. Ondanks dat de wet euthanasie bij psychiatrische patiënten altijd al toestaat, lijkt dat besef nu pas door te dringen tot de medische beroepsgroep. Soms wordt gedaan of het hek van de dam is, terwijl er volgens mij eindelijk sprake is van normalisatie. Jarenlang kregen psychiatrische patiënten geen euthanasie en nu wel. Ik denk dat 40 à 50 een reëel cijfer is voor het aantal gevallen per jaar. Ik ben benieuwd waar het naartoe gaat, zoals de heer Chabot al zei. Daar moeten wij natuurlijk alert op zijn.

Ik ben blij dat de VARA mijn documentaire februari dit jaar heeft uitgezonden, een maand na alle tumult over het stuk in de NRC waaruit leek alsof het een kwestie van «u vraagt, wij spuiten» was. Ik was nog nooit bij de Levensindekliniek geweest, maar ik ben er meteen langsgesegaan. Ik wilde weten hoe het zit. Krijgt iemand met smetvrees meteen een spuit? Krijgt iemand die tegen zijn pensioen opziet een spuit? Het verhaal bleek heel anders te zijn; het stond niet helemaal goed in de NRC. De in het NRC-artikel geïnterviewde psychiater was op vakantie in Australië. Pas een week nadien kon zij in Nieuwsuur haar verhaal doen. In de week dat zij er niet was, werd de discussie al met veel emotie gevoerd.

Ik ben blij dat mijn documentaire het beeld heeft kunnen nuanceren. Het is in Nederland helemaal niet makkelijk om als psychiatrische patiënt euthanasie te krijgen. Integendeel. Mijn moeder was tien jaar ernstig ziek. Zij had geestelijke nood en is drie keer opgenomen geweest. Zij heeft verschillende psychiatrische behandelingen ondergaan. Zij heeft diverse zelfmoordpogingen gedaan. Een verzoek om euthanasie werd niet in behandeling genomen. Mijn moeder is in 2002 van een flat gesprongen en heeft op die manier een einde aan haar leven gemaakt. Wij wisten wat zij ging doen. Wij hebben haar losgelaten, want er was ook voor ons als familie geen andere optie. Dit was het enige wat zij kon doen. Hoop op genezing of verlichting van de pijn was er niet. Mijn moeders leven werd volledig in beslag genomen door haar ziekte.

Jaarlijks vragen ongeveer 500 mensen met psychische klachten om euthanasie. Een grote groep wordt afgewezen. 10% van de mensen die een afwijzing krijgen, doen het uiteindelijk zelf. Dat is 10% van de mensen bij wie het lukt. Er zijn heel veel mensen meer die het proberen. Ik vind het goed nieuws dat de laatste jaren psychiatrische patiënten steeds vaker euthanasie krijgen. Het aantal stijgt alleen al door de komst van de Levenseindekliniek. Er is sprake van een kentering. De wetenschap over onze hersenen is nog zeer pril. Over tien of twintig jaar zullen wij ons de ogen uit de kop krabben voor de manier waarop wij zijn omgegaan met psychiatrische patiënten. Door mijn documentaire weet ik dat twee van de drie artsen met wie mijn moeder te maken had, haar nu wél euthanasie hadden gegeven. De man die het toen mocht beslissen heb ik dezelfde vraag gesteld, maar hij antwoordde weer: nee. Het idee dat mijn moeder anno 2014 mogelijk hetzelfde had moeten doen, beangstigt mij, voor mij als familielid, maar ook voor de flatbewoners, voor de politie-agenten, voor iedereen die met zelfmoorden te maken krijgt. PTSS is een beroepsziekte die bij de politie nog maar onlangs is erkend. Ik heb agenten gesproken die soms 30 of 40 keer suïcide hebben meegemaakt. Zij lijden daar echt onder. Een grote groep mensen raakt betrokken bij zelfmoorden.

De heer **Ulrich**: Voorzitter. Ik kom vanuit het Landelijk Platform GGZ, maar ik kan helaas geen standpunt van dat platform naar voren brengen, want dat is er niet. Ik kan u wel mijn persoonlijke verhaal vertellen over mijn dochter Marit.

Ruim vijf maanden geleden is Marit op haar eigen wijze, op haar eigen tijd in het bijzijn van haar ouders overleden. Zij was 21 jaar en kon het leven na 7 jaar psychiatrie niet meer aan. Haar euthanasieverzoek was na een second opinion afgewezen. Er zou wel sprake zijn van ondraaglijk lijden, maar het zou niet uitzichtloos zijn. Vervolgens nam zij het heft in eigen hand en heeft zij auto-euthanasie gepleegd. De hulpverleners hebben het gewoon laten gebeuren, want haar doodswens zou vrijwillig en weloverwogen zijn. Een dwangopname zou waarschijnlijk tot suïcide leiden. Ik zat klem. Enerzijds was ik niet overtuigd van haar uitweg. Anderzijds kon ik haar niet dwingen. Uiteindelijk nam ze op derde kerstdag de medicijnen in en was ze na een kwartier overleden.

De grens tussen euthanasie en suïcide is volgens mij absoluut graduëel: van het welbewust kiezen voor de dood om het bewustzijn uit te schakelen naar het weloverwogen kiezen voor de dood om het lijden te verkorten. Vanuit het perspectief van de betrokken persoon en de naasten is er uiteindelijk geen verschil. Hij of zij is dood.

Doodswensen in de psychiatrie worden mijns inziens terecht meestal gezien als een vraag om levenshulp. Het is niet de dood die wordt gezocht, maar de rust in het hoofd. Weg van de chaos, de pijn en het leed. De doodswens is dan onderdeel van de psychopathologie. Ze worden gek van hun stoornis en verkiezen, bij gebrek aan een alternatief, de rust van een kist als uitweg. Kun je zulke keuzes echt vrijwillig en weloverwogen noemen?

De lijdensdruk in de psychiatrie kan giga vormen aannemen tot ver, heel ver buiten ons bevattingsvermogen. De wereld van patiënten kan daadwerkelijk een hel worden. Na een eindeloze strijd zonder resultaat is de levenswil soms verdwenen. Het lijden is ondraaglijk en uitzichtloos en de mensen zijn gebroken. Mag je dan, in zo'n situatie, nog verwachten dat zij een redelijk alternatief gaan proberen?

Het is mijns inziens van levensbelang om iemand tijdig en adequaat te behandelen, waarbij de kernproblemen worden aangepakt en de behandeling niet beperkt blijft tot het bestrijden van symptomen. Het genezen van een stoornis is mijns inziens vaak een illusie. Het is een levenslange kwetsbaarheid. Herstellen met een stoornis is een perspectief. Het gaat om veerkracht en flexibiliteit, om gezondheid als het vermogen om aan te passen.

Ik keer terug naar Marit. Zij heeft ruim zeven jaar geleden. Eigenlijk is zij nauwelijks behandeld, althans niet volgens de professionele standaarden. Blijkbaar was iedereen bang om daadwerkelijk de trauma's van het kind aan te pakken. Afgelopen najaar zat ze in de lift en was ze bezig met haar toekomst. Ze wilde psychotherapie, maar dat zou niet passen in haar diagnose. Eind november kwam de omslag. Ze wilde zó niet leven, ze wilde rust in haar hoofd. Ze had de overtuiging/waanvoorstelling dat ze slecht en duivels was en uitgedreven moest worden: ik walg van mezelf en wil geen seconde langer dan nodig met mezelf verbonden blijven. Een week voor haar overlijden wilde men haar psychotherapie aanbieden. De ochtend van haar overlijden zei ze tegen de psychiater: als je zes weken eerder was gekomen, had ik ja gezegd, maar nu zeg ik nee. Vier uur later was haar strijd gestreden. Ik was het oneens met haar besluit, maar toch heb ik haar laten gaan.

«Lieve papa, ik weet niet hoe ik het anders moet uitleggen dat ik een einde aan mijn leven wil maken. Ik trek het gewoon niet meer. Alleen al denken aan een toekomst maakt me ziek. Het is geen opwelling. Ik heb er goed over nagedacht. Ik wil gewoon niet meer. Ik wil niet meer crisis in crisis uit, opname in opname uit. Er is één ding wat ik wil en dat is dood. In de hoop dat je naast me staat als ik mijn laatste adem uitblaas.»

Laten we vooral samen leren van haar verhaal en lessen trekken voor de toekomst.

De **voorzitter**: Dank u allen voor de vaak persoonlijke en heftige verhalen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik wil iedereen die in deze ronde zijn of haar verhaal heeft gedaan, hartelijk bedanken. Het zijn heel persoonlijke verhalen die indruk maken. Het is het meest diepgaande onderdeel van deze ronde tafel. Het maakt ook dat ik het heel lastig vind om hier vragen bij te formuleren. Er zijn enerzijds mensen die blij zijn met de erkenning dat er soms geen alternatief is voor psychiatrisch lijden. Op een gegeven moment is behandeling niet meer mogelijk. De euthanasiewens is dan heel reëel en kan weloverwogen worden gedaan. Anderzijds zijn er verhalen als dat van mevrouw Wiegman. Er zijn mensen die opbellen en vragen: wie beschermt ons nu nog? Ik zou heel graag willen dat de heer Pleiter en mevrouw Wiegman op elkaar reageren. In hun verhalen gaat het enerzijds om bescherming en anderzijds om ruimte bieden omdat er aanvankelijk geen gehoor werd gegeven.

De heer **Pleiter**: Ten eerste wil ik graag herhalen dat euthanasie nooit iets is wat opgelegd wordt. Het is altijd een keuze van de patiënt zelf. Je komt zelf met een verzoek en dat verzoek moet je nogal duidelijk kunnen maken om anderen te kunnen overtuigen dat aan de wettelijke criteria wordt voldaan. In het onderzoek wordt altijd heel goed de levensoptie meegenomen. In hoeverre bestaat die nog? In hoeverre is het werkelijk een optie? Het is nooit zo dat er alleen maar langs een liniaal wordt geleegd of

aan de zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan. Het wordt gedaan door professionals, die natuurlijk de optie tot leven meenemen in het onderzoek. Zij staan open voor de doodswens die de patiënt uit, maar nemen wel degelijk alle opties mee. Dat is er mede de verklaring voor dat een zo klein aandeel van de hulpvragen die bij de Levenseindekliniek terechtkomen, tot honorering van het verzoek komt. Het een sluit het ander niet uit, bedoel ik te zeggen.

Mevrouw **Wiegman**: Voorzitter. Waar de heer Pleiter zegt dat het uiteindelijk om de keuze van de patiënt gaat, heb ik in mijn bijdrage aandacht gevraagd voor wat de keuze voedt. Er komt het besef dat er iets te kiezen valt op het moment dat er bepaalde opties worden geïntroduceerd. Je kunt niet kiezen voor iets wat er niet is. Daar maak ik mij zorgen over. Doordat euthanasie als een optie in onze samenleving is geïntroduceerd, zie je dat het bij patiënten de gedachte kan voeden dat het voor hen wellicht ook een uitweg biedt. Wat mij in alle verschillende en soms ontzettend dramatische verhalen opvalt, is niet zozeer de vraag of euthanasie al dan niet een oplossing is, als wel de vraag of onze psychiatrische zorg voldoende op orde is. Wij constateren dat er nog dagelijks veel fout gaat. Hoe veilig en hoe zorgvuldig is het dan om de mogelijkheid van euthanasie open te stellen? Zouden wij deuren niet juist hermetisch moeten sluiten? Bij twijfel niet inhalen. Het aantal mensen dat bij de Levenseindekliniek uiteindelijk voor euthanasie in aanmerking is gekomen, is misschien klein, maar ik vraag mij af hoe het gaat met de mensen die een afwijzing hebben gekregen.

Mevrouw **De Jong**: Voorzitter. Als samenleving hebben wij een aantal verworvenheden. Wij hebben toegenomen medische kennis, niet alleen op het gebied van de psychiatrie, maar ook op het gebied van de somatiek. De dichotomie tussen lichaam en geest, die tot op heden steeds wordt gehanteerd, is naar mijn idee achterhaald. Het feit dat er psychiatrische ziektes zijn, betekent dat er mensen ziek zijn in hun hersenen. Dat is een aandoening en die aandoening moet je kunnen behandelen. Voor sommige aandoeningen, in de somatiek of de psychiatrie, is er geen behandeling. Soms kennen wij de behandeling nog niet, soms is iemand er niet meer toegankelijk voor. Die mensen hebben recht op een waardig sterven, wat hun oorspronkelijk lijden ook is. Als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, hebben wij als beschaafted beschaving de mogelijkheid om een verzoek te doen om euthanasie. Het idee van de NPV dat je mensen moet beschermen omdat ze anders euthanasie krijgen terwijl zij dat niet gewenst hebben, zoals ze mogen neerleggen in hun levenswensverklaring, is een achterhoedegevecht. Dat is niet iets waar wij in de praktijk mee te maken hebben. Wij hebben wel te maken met mensen die ernstig en ondraaglijk lijden en die een uitweg zoeken, omdat er vanuit de medische stand geen hulp meer te bieden is.

Mevrouw **Wiegman**: Het is wat lastig. Ik was een beetje bang voor het hokje en dat gebeurt nu een beetje. Ik word verwezen naar de achterhoede, terwijl ik het gesprek graag in de voorhoede zou willen blijven voeren. Wat mij in de verhalen opvalt, is dat er in de psychiatrie niet of nauwelijks ruimte is voor het uiten van een doodswens. Laat ik vooropstellen dat ik er groot voorstander van ben dat er ruimte voor mensen is om hun doodswens bespreekbaar te maken. Maar het bespreekbaar maken van een doodswens is volgens mij wat anders dan heel gericht een verzoek tot euthanasie doen. Op het moment dat een verzoek tot euthanasie wordt gedaan, is het ontzettend belangrijk om te luisteren wat de vraag achter de vraag is. Is het inderdaad een weloverwogen verzoek of is het veel meer de vraag om een ander leven, om rust in het hoofd? Dat onderscheid zullen wij heel duidelijk moeten maken. Het is de vraag of wij dat zo duidelijk in de psychiatrie bereiken.

Mevrouw **De Vries**: Ik moet even iets kwijt. Ik krijg nu een beetje het gevoel dat een wens tot euthanasie iets is wat je voor je lol uit. Hoever moet een kind van 25 of 27 zijn voordat het aan zijn vader of moeder vraagt: begrijp je het dat ik niet meer kan, begrijp je dat ik wil gaan? Daar is zoveel leed aan voorafgegaan, dat ik een beetje weerzin voel tegen de manier waarop er vaak over euthanasieverzoeken gesproken wordt. Niemand zit erop te wachten om snel dood te gaan. Als een mens vraagt om hulp om menswaardig dood te gaan, dan is daar het nodige aan voorafgegaan.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Zowel mevrouw De Vries als mevrouw Croonen, maar ook mevrouw Lindemans hebben gerefereerd aan het uitbehandeld zijn. Dat is ook in de psychiatrie een notie die meer erkenning zou verdienen. Het is jammer dat de beroepsgroep zelf nu niet meer aan tafel zit. Die vraag had ik dan graag willen stellen. Wat doen wij hieraan?

Mevrouw **Croonen**: Er is een grote groep psychische ziektes waar nog geen behandelmethode voor is. Het is een jonge wetenschap; wij weten nog lang niet alles. Wij pleiten daarom voor een lijst. Als een patiënt met een van die ziektes met een doodswens bij je komt, dan moet je weten dat die ziekte niet te behandelen is. Dan is dat uitbehandelde al beoordeeld. Het uitzichtloze is een oordeel dat de patiënt zelf het beste kan vellen. Wat voor de een uitzichtloos en ondraaglijk is, is dat voor de ander niet.

De heer **Pleiter**: Ik denk dat het misschien ook wel een beetje als een nederlaag voelt als je moet concluderen dat je geen goede behandelingen meer hebt voor een patiënt. Daarom blijf je zoeken naar andere behandelingen om toch nog weer iets te proberen om te kijken of het beter kan. Volgens mij is het een kwestie van bewustwording dat je ook bij psychiatrisch lijden op een gegeven moment mag zeggen: wij hebben geen goede opties meer, het houdt op, zeker als de patiënt dat zelf ook zegt. Het is vaak een keuze van de patiënt die na zoveel jaren elektroshocktherapie en weet ik veel wat voor andere therapieën ook, zegt dat hij niet meer toe is aan een nieuwe behandeling. Een patiënt kan er klaar mee zijn. Dat moeten wij gewoon leren erkennen. Het is een bewustwording die moet ontstaan.

Mevrouw **Lindemans**: Het is vooral die bewustwording. Eerder is al gezegd dat psychiaters en artsen vaak nog watjes in hun oren hebben. Ik vind dat goed omschreven. Immers, je hoeft niks met wat je niet hoort. Die cultuuromslag is nu gaande.

Mevrouw **Wiegman**: Waar het gaat om het uitbehandeld zijn, hoop ik eigenlijk dat er in de psychiatrie veel meer wordt geleerd van de somatische zorg. Daarom heb ik het onderwerp van de palliatieve zorg ook genoemd. In de somatische zorg hebben wij uiteindelijk gezegd: eigenlijk zou een patiënt bij een arts niet te horen mogen krijgen: ik kan niks meer voor u doen. Bij kanker bestaat dat fenomeen van het uitbehandeld zijn. Chemotherapie, niks helpt meer. Wat is er in de somatische zorg inmiddels heel goed ontwikkeld? Palliatieve zorg is zo ontwikkeld, dat de zorg die gericht was op genezing, langzaam maar zeker wordt afgebouwd, terwijl er meer aandacht uitgaat naar zorg gericht op welzijn en op het bestrijden van allerlei symptomen en bijwerkingen. Ik zou heel graag zien dat dat in de psychiatrische zorg veel meer wordt ontwikkeld.

Mevrouw **De Jong**: Volgens mij hebben wij de deskundigen horen zeggen dat zij dat gewoon doen. Zij hebben het alleen niet met die term

benoemd. Psychiaters leveren gewoon palliatieve zorg. Misschien is dat wel de hoofdmoot van hun zorg. Ze hebben geen andere behandelmethodes.

De heer **Ulrich**: Ik wil nu toch wel iets zeggen over de behandelmethodes, alsof er duidelijke lijsten zijn te maken van wat wel en niet behandelbaar is. Ik denk niet dat dat klopt. Ik merk dat althans niet in mijn achterban. Als dat wel was gebeurd, was het erg slecht gesteld met mijn achterban. Mijn achterban bestaat uit borderliners. Die stoornis is jarenlang als onbehandelbaar beschouwd, maar intussen is dat al lang niet meer het geval. Een veel groter probleem is dat heel veel mensen niet weten van het bestaan van goede behandelingen. En dan loop je dood. Theoretisch kan ik iemand dan nog steeds een behandeling geven, maar wat doe je menselijk als iemand er al tien of vijftien jaar tegen aanloopt, als hij echt geknakt is? Daar gaat het om. Het gaat uiteindelijk om die menselijke afweging. Het gaat er niet om of wij medisch nog wat kunnen. Wij kunnen altijd wel weer wat verzinnen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Dank voor de heel persoonlijke verhalen, die er natuurlijk enorm inhakken. Ik kijk even naar de cijfers van de Levenseindekliniek. Ik concludeer dat er daar grosso modo tien keer zoveel met psychiatrische problematiek aankloppen als buiten die kliniek. Wat moeten wij daaruit concluderen? Heeft het ermee te maken dat de euthanasiepraktijk onvoldoende functioneert? Het zou ook wat kunnen zeggen over de kwaliteit van de behandeling in de psychiatrische sector.

De heer **Pleiter**: Het simpele feit dat de Levenseindekliniek er gekomen is, gaf deze mensen een mogelijkheid om hun doodswens te uiten. Het uiten van de doodswens is het grootste probleem geweest. Er was geen plek waar die wens goed gehoord werd. Bij de Levenseindekliniek kon het wel. Dat het aantal aanmeldingen veel hoger is dan het aantal mensen dat geholpen wordt, heeft voor een groot deel te maken met het feit dat veel vragen uit suïcidaliteit voortkomen. Om in aanmerking te komen voor euthanasie moet het volgens de wet gaan om een weloverwogen verzoek waar een langdurige behandeling aan vooraf is gegaan. Daarom wordt een groot deel van de mensen door ons niet geholpen. Heb ik daarmee de vraag beantwoord?

De heer **Van Gerven** (SP): Niet helemaal. Ik heb gesproken over de kwaliteit van de hulpverlening in de psychiatrie en de kwaliteit van de euthanasiepraktijk bij psychiatrische patiënten.

De heer **Pleiter**: Het is al eerder gezegd dat wij de doodswens heel serieus moeten nemen. Dat lost al een groot deel van het probleem op. Als het mogelijk is om je doodswens goed te bespreken, dan leidt dat lang niet altijd tot het feitelijk honoreren van zo'n wens. Dan voelen patiënten zich gehoord en kunnen zij verder. Dat is volgens mij echt een punt dat aandacht verdient. Wat binnen de euthanasiepraktijk gedaan kan worden, zullen wij beoordelen en zullen wij een eerlijke kans geven, met medeneming van alle aspecten en opties in het onderzoek.

Mevrouw **De Jong**: Misschien moet ik ook even verwijzen naar wetenschappelijk onderzoek. In 1996 is het onderzoek van Groenewoud verschenen. Daarin zijn euthanasieverzoeken binnen de psychiatrie uitgebreid onderzocht. In 2010 is dergelijk onderzoek herhaald door Van Helden. Dat onderzoek is gepresenteerd op het NVVE-voorjaarscongres. Het bleek dat er 500 euthanasieverzoeken per jaar zijn, waarvan er in die tijd maar 2 gehonoreerd werden. Van de resterende groep hebben 50 mensen een eind aan hun leven gemaakt vanwege het afgewezen euthanasieverzoek. Er is sinds het verschijnen van het eerste onderzoek

geen verandering opgetreden, behalve dat er een stijging van het aantal verzoeken is. Dat zegt natuurlijk niks over de kwaliteit van de zorg, maar binnen de huidige beroepsopvatting van psychiaters is er veel meer openheid aan het ontstaan over het onderwerp van een serieuze doodswens, te onderscheiden van suïcidaliteit. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de verschillen tussen suïcidaliteit en een weloverwogen doodswens. Een weloverwogen doodswens is iets wat ook psychiatrische patiënten mogen hebben.

De heer **Ulrich**: Ik wil graag reageren op dit verschil. Als ik aan de lotgenotentelefoon zit en bij mij in de stichting met vrijwilligers praat, dan kom ik echt niet uit dat verschil. Suïcidaliteit en euthanasie liggen regelmatig dicht tegen elkaar aan. Mijn kind had in mijn ogen waanideeën, maar zij werd wel wilsbekwaam verklaard. Daar klopt niks van. Soms mist er iets. Ik zou willen dat wij het verschil kunnen maken. Wij kunnen het verschil op papier aangeven, maar ik weet niet zeker of het in de praktijk lukt. Het is mijn ervaring dat het in elkaar overloopt. Ik vind het een gevaarlijk theoretisch concept als ik een individueel mens bekijk.

Mevrouw **De Jong**: Misschien een kleine reactie. Het is natuurlijk aan de professionaliteit van de behandelaars om die verschillen te kunnen maken. Daarvoor moeten zij onderzoek doen. Daarvoor moeten zij zaken goed in kaart brengen. Ik heb de indruk dat zij daar wel mee bezig zijn. Ik kan mij voorstellen dat het in een telefoongesprek soms heel lastig is, maar er zijn meer mogelijkheden.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Dank voor alle wat mij betreft aangrijpende verhalen, met name over Monique, Tjeerd, de moeder van mevrouw Lindemans en de dochter van de heer Ulrich. Ik vind het zeer aangrijpend. Wat voor het CDA van belang is, is dat je met elkaar afspraken maakt waardoor je mensen niet te snel opgeeft. Dat is waar wij het over hebben als het gaat over euthanasie in de psychiatrie. In die zin heb ik geen vragen. Ik denk dat moet gebeuren waar de heer Glas in een eerdere ronde voor pleitte, namelijk onderzoek naar wat de doodswens bij mensen kan doen verdwijnen. Mevrouw De Jong noemde daarnet ook onderzoek. Er zijn veel verzoeken waarvan er een aantal worden gehonoreerd. Na een aantal jaren kun je constateren dat een flink gedeelte van die mensen geen doodswens meer heeft. Waar zit hem dat nou in? Wij moeten daar onderzoek naar doen. Dan kun je een inschatting maken en misschien zelfs iets bedenken om mensen te helpen.

Mevrouw **Lindemans**: Dan zou ik tegelijkertijd willen pleiten voor onderzoek naar mensen die zelfmoord hebben gepleegd en hoeveel er daarvan om hulp bij zelfdoding of euthanasie hebben gevraagd. De psychiater in mijn documentaire die aangaf dat mijn moeder geen euthanasie kon krijgen, wist niet dat zij dood was. Elf jaar later zit ik daar voor de opname van een documentaire en hij wist het niet. Er is dus ook heel weinig communicatie. Zolang de informatie niet letterlijk op je tafel of in je oren terugkomt, leer je er niks van.

Mevrouw **Wiegman**: Mevrouw De Jong heeft gezegd dat er wel degelijk palliatief onderzoek wordt verricht. In hoeverre is dat daadwerkelijk op orde en bekend? Wordt er voldoende gebruik van gemaakt? Binnenkort gaat een nationaal programma palliatieve zorg van start. Er is geld beschikbaar. Ik zou zeggen: stop een heel groot deel daarvan in palliatieve zorg in de psychiatrie. Daar is echt nog onvoldoende over bekend. Verhalen van patiënten bevestigen dat.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik sluit me aan bij de dank aan de sprekers voor hun verhalen die raken. Ik dacht eigenlijk ook dat ik

geen vragen meer had, maar ook door de woorden van mevrouw Wiegman komt er toch een vraag bij mij boven. Wat is palliatieve psychiatrische zorg? Heel veel psychiatrische zorg biedt geen genezing, maar behandeling. En dat is palliatief. Mevrouw Wiegman zegt dat je in de curatieve, somatische zorg nooit uitbehandeld bent. Dan word je begeleid tot het einde. In de psychiatrische zorg kan dat heel erg lang duren. Mensen zijn ook in mijn ogen bevoegd om zelf te beslissen of zij iets nog langer willen doormaken. Graag een reactie van mevrouw Wiegman.

Mevrouw **Wiegman**: In de somatische zorg is er ontzettend veel gedefinieerd op het gebied van palliatieve zorg. Artsen zijn echt gericht op het bestrijden van misselijkheid, benauwdheid en pijn. In de psychiatrische zorg is dat een stuk diffuser. Daar lopen dingen meer door elkaar. Ik noem een heel herkenbaar onderscheid: de maatschappelijke betrokkenheid. Ik denk even aan hospices, aan buddyzorg. In de somatische zorg zijn vaak ontzettend veel vrijwilligers betrokken bij de palliatieve zorg. Er is een groot sociaal netwerk rondom palliatieve patiënten. Alleen op dat terrein al is er een schrijnend onderscheid met de psychiatrie. Die nabijheid van mensen ontbreekt daar veel meer.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik wil toch nog een opmerking maken. Het gaat mij ook om de uitzichtloosheid, het vooruitzicht. Dat is ook een groot verschil. Je kunt het wel een poosje allemaal regelen, maar niet twintig jaar. Dat is heel essentieel.

Mevrouw **Wiegman**: Maar ik denk dat we dan ook raken aan datgene wat vanmorgen al genoemd is. Ik spreek ethicus Theo Boer na. Die uitzichtloosheid in de psychiatrie is volgens hem nog veel meedogenlozer en ingewikkelder dan in de somatische zorg, waar uitzichtloosheid veel beter dan in de psychiatrie aan te geven valt in weken en maanden. Dat is voor mij een extra reden om terughoudend te zijn en mij af te vragen of de zorgvuldigheidscriteria wel goed van toepassing zijn op de psychiatrie.

De heer **Ulrich**: Toen het ging over palliatieve zorg, kreeg ik het beeld dat die er al was: de afdelingen voor langdurige psychiatrische zorg, de oude gestichten. Als het dat zou zijn, zetten wij geen stap vooruit. Je moet niet altijd naar genezen streven, misschien zelfs juist niet. Je moet streven naar herstel. Die benadering wordt heel breed door de cliëntenbeweging in de ggz gedragen. Daar pleiten wij voor. Ik heb gisteren een verhaal van iemand gehoord die eerst zes en half jaar in de separeer had gezeten. Daarop kwam zij bij een herstelgerichte therapeut. En nu is zij op en top. Ik was perplex. Het is een kwestie van ermee omgaan. Het herstelkwartje werkt bij heel veel mensen als een tierelier. Zij doen het zelf en daarnaast verandert het sociale systeem. Als je dat palliatieve zorg wilt noemen – ik zou dat niet doen, want ik mis de eindigheid – ben ik ervoor. Graag herstelgerichte zorg.

Mevrouw **Croonen**: Ik heb in ieder geval uit mijn ervaring gemerkt dat er heel vaak geen palliatieve zorg is. Mijn dochter had echt een doodswens en heeft vaak om euthanasie gevraagd. Als straf werd ze 's nachts gesepareerd, zodat ze zelf niets kon ondernemen. Ze zei: mama, ik word gestraft omdat ik niet meer kan leven. Ik kan mij niet voorstellen dat het in de somatische zorg op deze manier gaat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Uit deze drie blokken maak ik op dat er vooral verschil bestaat tussen de manier waarop er gekeken wordt naar somatisch en naar psychisch. Maar er is wel een verandering gaande. Mevrouw Lindemans gaf dat aan met de twee artsen die er nu anders tegen aankijken. De politiek gaat over wetten. Maar zit daar wel de

oplossing? Of is het veel meer een kwestie van een cultuurverandering? Wat zouden wij als politiek nog kunnen doen?

Mevrouw **Lindemans**: Ik denk aan een soort doorverwijsplicht. Volgens mij kan dat het antwoord zijn. Er zijn genoeg artsen en psychiaters die, misschien vanwege hun geloof, het niet kunnen. Dat moeten wij respecteren, maar daar houdt het niet bij op. Iemand die een psychiatrisch arts om euthanasie vraagt, doet dat niet zomaar. Dat shoppen doe je ook niet zomaar. Zo iemand moet geholpen worden. Als iemand dat om de een of andere reden niet kan, dan moet de patiënt ergens anders naartoe. Het houdt nu vaak op, zoals ook bij mijn moeder gebeurde. De deur was dicht. Er was geen andere optie, geen andere mogelijkheid. Die deur werd dichtgegooid, maar dat mag niet. Met een doorverwijsplicht gebeurt dat niet meer.

De heer **Ulrich**: Je moet nagaan hoe de criteria in de praktijk worden toegepast. Als eerste zorgvuldigheidseis hebben wij het autonomiecriterium. Het compassie criterium is de tweede. Bij psychiatrische gevallen zie je dat mensen, als je dit goed doet, buiten de boot vallen. Stel dat je schizofreen bent. Als je goed schizofreen bent, wordt dat gezien en ben je niet autonoom, maar het lijden kan een hel zijn. Moeten wij die mensen tot het leven veroordelen als zij de hele tijd zeggen dat zij dood willen? Zij kiezen wel. Daarnaast zijn er mensen die het echt niet meer willen. Die zijn volledig bij hun verstand, maar willen niet meer. Als je toch nog redelijke alternatieven ziet, wat doe je daar dan mee? Misschien moet een commissie nog maar eens verder delibereren over de toepassing van de zorgvuldigheidseisen.

De politiek moet zich nog iets aantrekken. Als ik suïcidaal ben of dood wil – dat ligt volgens mij heel dicht bij elkaar – en ik kom toevallig bij het verkeerde loket terecht, dan ben ik een gevaar voor mezelf en word ik onder de BOPZ opgesloten. Ik kan dan wel degelijk wilsbekwaam zijn, aan alle kanten. In een aantal gevallen van de toetsingscommissie had ik mijn vraagtekens, gezien de tussenliggende tijd en de stoornissen. Kun je eventueel wilsbekwaam euthanasie krijgen? Volgens mij is dat niet wat wij willen. Misschien willen wij het in een aantal gevallen wel, maar laten wij dat in ieder geval heel helder opschrijven en niet proberen dingen onder elkaar weg te schuiven.

Mevrouw **Wiegman**: Wat kan de politiek doen? Ik weet hoe hier de verhoudingen liggen rond de euthanasiewet. Ik zou vooral zeggen: sla de handen in elkaar en kijk waar je het samen wél over eens bent. Ik denk dat er dan heel goed een gemeenschappelijke agenda te formuleren valt. Er moeten heel gericht investeringen in de ggz worden gedaan. Er is een akkoord met de ggz gesloten. Er moet net als overal in de zorg bezuinigd worden, maar kijk ontzettend uit waar die bezuinigingen neerslaan. Ik kijk ook naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. Investeer alstublieft in sociale netwerken rondom psychiatrische patiënten. Die ontstaan niet vanzelf. Het is een heel ander publiek dan dat waarvoor organisaties als de Zonnebloem actief zijn. Daar zijn makkelijker vrijwilligers voor te vinden. In de medische wetenschap is het veel populairder om je toe te leggen op fantastische ontwikkelingen met apparatuur, techniek en noem maar op. In de psychiatrie is die prikkel er veel minder. Bescherm kwetsbare patiënten in de toepassing van deze wet. Ik kijk even naar de maatregelen rond het introduceren van nieuwe medicijnen en naar hoelang het duurt voordat een medicijn eindelijk toegelaten wordt. Dat is een straffer beschermingskader dan datgene wat er nu in de praktijk voor kwetsbare patiënten is.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ook ik heb natuurlijk met grote belangstelling geluisterd naar de hartverscheurende verhalen, waar je

alleen maar stil van kunt worden. Het laat zien dat de psychiatrie een terrein is waar inderdaad heel veel hartverscheurende verhalen over te vertellen zijn. Er is veel leed en pijn. Kun je, als je die ruimte voor euthanasie wilt bieden – de SGP denkt daar anders over – wel een heldere grens trekken als er zoveel verschillende inzichten zijn? Er zijn veel verschillende stromingen binnen de psychiatrie en bij psychiaters. De reguliere psychiaters zijn misschien te terughoudend. Dan kun je naar de Levensindekliniek, maar die wijst ook weer een aantal mensen af. Dan is er weer een Stichting de Einder, die misschien mogelijkheden ziet. Zijn wij in staat om in een wereld met helaas zoveel doodswensen echt een gezaghebbende grens te trekken?

De heer **Pleiter**: De wet is volgens mij gebaseerd op het hanteren van een aantal zorgvuldigheidseisen. Als die door professionals gehanteerd worden, dan doen wij het optimale om ervoor te zorgen dat ieder verzoek op een zorgvuldige manier wordt beoordeeld. Dat toetsen wij achteraf door toetsingscommissies. Wij doen wat wij kunnen op een nette en zorgvuldige manier, zonder dat het gierend uit de bocht vliegt. Zeker in de psychiatrie wordt dat extra zorgvuldig onderzocht. Ik denk dat wij een goede wet hebben.

Ik wil nog graag de vraag van mevrouw Voortman beantwoorden door één ding te noemen dat wij niet moeten doen: een uitzondering maken voor de psychiatrie. Het is bewust in de wet gezet. Els Borst kan het niet meer bevestigen, maar zij heeft het altijd gezegd, ook in onze adviesraad. Wij moeten de psychiatrie er niet uithalen. Zoveel nood is er bij deze mensen.

De **voorzitter**: Dank. Dan zijn we daarmee gekomen aan het eind van het derde deel van ons rondetafelgesprek. De gasten hebben gemerkt dat zij ons met hun persoonlijke verhalen soms letterlijk stil maakten. Dat bereiken niet zoveel mensen met Kamerleden. Het was echt indrukwekkend. Allen dank. U hebt de Kamerleden veel informatie verstrekt.

Sluiting 13.48 uur.