

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EH Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
PG-U-3072088

Bijlage(n)
*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 1 september 2011

Betreft Antwoorden op vragen Kamerlid Klijnsma (PvdA) over
euthanasie

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Klijnsma (PvdA)
over euthanasie (2011Z15066).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van het lid Klijnsma (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over euthanasie (2011Z15066)

1

Hebt u kennisgenomen van de uitzending van Nieuwsuur 1) waarin de grote verschillen die er bestaan, tussen artsen onderling, als het gaat om het beoordelen en inwilligen van een euthanasieverzoek, aan de orde werd gesteld?

1

Ja, ik heb hier kennis van genomen.

2

Hoe beoordeelt u het feit dat slechts 33% van de huisartsen bereid is om mee te werken aan een verzoek tot euthanasie als er sprake is van beginnende dementie? Wat zijn volgens u de oorzaken van het feit dat een overgrote meerderheid van de artsen, in weerwil van de mogelijkheden die de wet biedt, niet meewerkt? Overweegt u maatregelen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke?

2

De uitzending van Nieuwsuur refereerde aan uitkomsten van de KOPPEL-studie¹, een onderzoek naar de kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven².

De studie toont aan dat slechts 19% van de artsen terecht veronderstelt dat hulp bij zelfdoding bij een patiënt met beginnende dementie - in geval aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan - in Nederland is toegestaan³. In dat licht moet het percentage van 33% worden gezien.

De kennis van veel artsen op dit punt is blijkens het onderzoek onvoldoende. Dat vind ik zorgelijk. Een verzoek om euthanasie van een patiënt moet met aandacht en zorgvuldigheid worden behandeld. Kennis van de wettelijke eisen en de reikwijdte van de Euthanasiewet zijn hiervoor onontbeerlijk.

Een andere bevinding uit het onderzoek is dat slechts 28% van de bevroegde artsen het persoonlijk juist vindt dat een arts hulp bij zelfdoding bij een patiënt met beginnende dementie op diens verzoek zou toepassen. Ik heb geen oordeel over de persoonlijke attitude van artsen met betrekking tot dit thema. Het toetsen van bijvoorbeeld het ondraaglijk lijden gaat immers om de vraag of de arts ervan overtuigd is dat het lijden *voor de patiënt* ondraaglijk en uitzichtloos is. Daarbij sluit ik niet mijn ogen voor de emotionele impact die het uitvoeren van euthanasie heeft en begrijp ik goed dat het voor artsen een moeilijke afweging betreft. Ook maakt het ziektebeeld van dementie, waarbij de wilsbekwaamheid en het ervaren van het lijden veranderen gedurende de ziekte, de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen niet eenvoudig.

Bovenstaande sterkt mij in de overtuiging dat bij artsen kennis over de inhoud, reikwijdte en toepassing van de euthanasiewet van groot belang is, niet in het minst voor de patiënt die ook in dat opzicht immers afhankelijk is van de mate

¹ http://www.zonmw.nl/index.php?id=7492&tx_vipublicaties_pi1%5Baction%5D=details&tx_vipublicaties_pi1%5Bid%5D=414

² Dit onderzoek van UMC Utrecht, Erasmus MC en UMC Groningen, dat voortvloeide uit een toezegging van voormalig staatssecretaris Bussemaker in een debat over klaar met leven op 15 mei 2008, heeft uw Kamer op 4 juli jl. ontvangen.

³ p. 82 van KOPPEL-studie en tabel 5.26 pag. 83.

waarin de arts zich heeft verdiept in het onderwerp.

De artsenorganisatie KNMG wil ook de kennis van de Euthanasiewet onder artsen op dat terrein verbeteren. Daartoe ontwikkelt de KNMG op dit moment in samenspraak met deskundigen voorstellen om deze meervormige problematiek van het niet-inwilligen, niet doorverwijzen, danwel niet serieus nemen van het verzoek, aan te pakken.

Verder bevat de nieuwe KNMG-handreiking *Tijdig praten over het overlijden* (2011) gesprekspunten voor de arts om de vragen en verwachtingen van patiënten over hun levenseinde te verkennen. Het gaat hierbij om (on)mogelijkheden van behandeling, aanwezigheid en betekenis van wilsverklaringen, de opname in ziekenhuis, verpleeghuis of hospice, euthanasie en orgaandonatie.

Ik onderschrijf de reeds voorgenomen en ondernomen activiteiten van de KNMG en zal met de KNMG en tevens de NVVE in gesprek gaan over betreffende problematiek.

3

Hoe beoordeelt u het feit dat 7% van de artsen pertinent tegen euthanasie is, 45 % van de artsen zich liberaal noemt en 47% terughoudend omgaat met een verzoek tot euthanasie? Biedt de wet artsen, die niet op grond van hun geloofsovertuiging tegen euthanasie zijn, de ruimte om naar eigen inzicht terughoudend, dan wel liberaal met een verzoek tot euthanasie om te gaan? Zo ja, vindt u dit wenselijk? Zo nee, welke stappen overweegt u om meer eenheid te creëren?

3

Uit de Koppelstudie blijkt dat 45% zich liberaal noemt. 48% van de artsen is gereserveerd (maar wel geneigd mee te werken). En dat slechts 7% pertinent tegen euthanasie is. Deze cijfers worden ook door andere onderzoeken ondersteund⁴. Dit houdt ook in dat bijna 90% van de artsen in principe wel wil meewerken.

Volgens de wet ligt de beslissing om aan een euthanasieverzoek te voldoen bij de behandelende arts. Een arts heeft tegenover zijn patiënt twee verplichtingen. Zijn lijden te verlichten of weg te nemen of zijn leven te behouden. De tweede verplichting staat tegenover de wens om euthanasie van de patiënt. Artsen mogen daarom weigeren een euthanasieverzoek in te willigen.

Het besluit om euthanasie uiteindelijk te verrichten is een gezamenlijk besluit van arts en patiënt. Beiden moeten tijd en ruimte krijgen om hun visie te ontwikkelen en verwoorden, mits de omstandigheden dat toelaten. Besluiten tot euthanasie is een proces, geen momentopname.

Ik vind dat elk verzoek om euthanasie van de patiënt aan de arts in een open en goed gesprek besproken dient te worden. Hierbij moet de arts zich als professional op te stellen en de (on)mogelijkheden van euthanasie te bespreken. Waarbij de arts tijdig zijn eventueel bezwaar tegen euthanasie kenbaar moet maken. De KNMG heeft kortgeleden de handreiking "Tijdig praten over het overlijden (2011)" uitgebracht en deze is door de artsen en de media goed ontvangen.

Ook komt het KNMG standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde binnenkort uit. Hier zal veel publiciteit aan worden gegeven via Medisch Contact en de website van KNMG, naast de regelmatige KNMG-district bijeenkomsten over euthanasie.

⁴ EenVandaag Opiniepanel "huisartsen over euthanasie"

(<http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>)

Daar de KNMG (als vertegenwoordiger van de beroepsgroep artsen) al de nodige stappen onderneemt om de kennis van de Euthanasiewet te verbeteren zie ik vooralsnog geen reden om andere stappen te ondernemen.

4

Hoe beoordeelt u de gang van zaken rond het overlijden van de heer B.? Welke mogelijkheden heeft een patiënt in zijn laatste levensfase als een ziekenhuis of instelling zijn of haar verzoek tot euthanasie niet honoreert?

4

Hoewel ik het voor de heer B. zeer pijnlijk vind dat hij geen steun heeft ervaren van zijn arts, wil ik niet treden in het beoordelen van zijn individuele situatie. De mogelijkheden in het ziekenhuis voor euthanasie zijn afhankelijk van verschillende zaken. Allereerst is de vraag of de lichamelijke situatie van de patiënt zodanig is dat er nog tijd is om gesprekken te voeren en eventueel door te verwijzen. Als een patiënt geen gehoor heeft gekregen bij de arts, kan dat zijn omdat de arts van mening is dat niet aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. In dat geval zou een SCEN-arts gevraagd kunnen worden om een onafhankelijk oordeel. Indien de behandelend arts gewetensbezwaard is, kan doorverwijzing naar een collega plaatsvinden, of in goed overleg zou mogelijk de eigen huisarts het verzoek in behandeling kunnen nemen.

Wat echter in alle gevallen van een arts verwacht mag worden is dat hij of zij de patiënt serieus neemt in zijn of haar verzoek om te willen sterven. De tuchtrechter⁵ verwoordde dit als volgt: "Essentieel bij een verzoek om euthanasie is een actieve en steunende houding. Indien een arts geen medewerking wil verlenen aan euthanasie heeft hij wel de plicht om goede zorg te verlenen en om, waar mogelijk, de belemmeringen die er zijn voor goede zorg, op te heffen."

5

Hoe beoordeelt u de schatting van hoogleraar strafrecht Sutorius dat met 40% van de zeer serieuze verzoeken niet serieus omgegaan wordt? Klopt deze schatting? Zo nee, om welke aantallen gaat het dan wel? Bent u bereid tot het instellen van een meldpunt? Bent u bereid tot het doen van nader onderzoek?

5

Ik kan niet beoordelen in hoeverre het genoemde percentage van 40% overeenkomt met de praktijk. In de KOPPEL-studie is wel onderzocht onder huisartsen waarom het in sommige gevallen niet tot uitvoering van euthanasie komt en de redenen die zij hebben om verzoeken om euthanasie niet in te willigen. Een opvallende bevinding uit het onderzoek is dat het voor huisartsen niet altijd helder is wat als een euthanasieverzoek gezien moet worden. Verder werden verschillende redenen voor het niet-inwilligen genoemd: de arts was er bijvoorbeeld niet van overtuigd dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, de patiënt trok zijn verzoek in, de patiënt was reeds overleden of de arts had gewetensbezwaren. Bij de laatste evaluatie van de Euthanasiewet (Onwuteaka-Philipsen, et al., 2007) bleek dat twee van de drie verzoeken om euthanasie om bovengenoemde redenen niet werden ingewilligd.

⁵ Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam, 23 nov. 2010. Staatscourant 2011 nr. 5389 30 maart 2011

Ik ben niet voornemens om een meldpunt in te stellen, wel zal ik in overleg gaan met de KNMG en de NVVE om deze problematiek te bespreken. Wat onderzoek betreft zal in de lopende evaluatie van de Euthanasiewet ook 'het niet inwilligen van verzoeken en verwijzen' worden meegenomen.

6

Bent u van mening dat een wettelijk verankerde verwijsplicht voor artsen die een patiënt euthanasie weigeren uitkomst kan bieden aan patiënten die niet serieus genomen worden in hun verzoek? Kunt u uw antwoord toelichten?

6

De discussie over de vraag of een wettelijke verwijsplicht al of niet uitkomst kan bieden aan patiënten die geen gehoor vinden bij hun arts bij hun verzoek om euthanasie, leidt naar mijn mening niet naar de oplossing voor het werkelijke probleem. De voorzitter van de KNMG duidt het mijns inziens helder^[1]: "Waar het om gaat is dat patiënten met een euthanasiewens niet in de kou komen te staan. Van de arts vraagt dit duidelijkheid over de eigen visie en mogelijkheden rond het levenseinde. Van de patiënt vraagt dit de instelling om tijdig na te denken over de wensen ten aanzien van het eigen levenseinde. Van beiden vraagt dit dat zij tijdig, voor de euthanasiewens actueel is, met elkaar in gesprek gaan over de mogelijkheden die de arts kan bieden rond het levenseinde. Met een dergelijk gesprek kunnen veel misverstanden en verkeerde verwachtingen worden voorkomen."

De KNMG wil artsen goed uitrusten om voorgenoemd gesprek te voeren. Dat juich ik toe. Zie ook mijn antwoord op vraag 2.

1) <http://nieuwsuur.nl/archief/2011-06-25/>

^[1] Arie Nieuwenhuijzen Kruseman in Trouw, 19 juni 2009, <http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/60893/Geen-verwijsplicht-bij-euthanasieverzoek.htm>