

Vragen CDA-fractie

1

Waarom gaat een vervolgonderzoek naar de redenen waarom artsen niet melden pas in 2005 plaatsvinden? Kan dit onderzoek niet voor de evaluatie van de wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)?

1

Om een vergelijking met voorgaande onderzoeken mogelijk te maken, is het belangrijk dat het onderzoek naar het aantal gevallen plaatsvindt in dezelfde periode van het jaar als bij de voorgaande onderzoeken. In verband met de voor aanbesteding en voorbereiding benodigde tijd bleek dit voor 2004 niet haalbaar. Dit betekent dat het onderzoek nu drie jaar na de inwerkingtreding van de wet en vier jaar na het vorige onderzoek plaatsvindt.

2

Waarom wordt gesproken van gestegen meldingsbereidheid in plaats van veronachtzamen van de meldingsplicht in het kader van de WTL?

2

Een arts die niet meldt, veronachtzaamt inderdaad een wettelijke plicht. Melden is dus de norm en niet melden is een schending van deze norm. Hiervan ben ik mij bewust, ondanks het feit dat soms wordt gesproken van 'meldingsbereidheid'. Het is ook niet de bedoeling om goed te praten dat een aantal artsen het melden achterwege laat. Uit de praktijk horen wij echter dat de meldingsbereidheid zeer groot is, terwijl dit niet uit het onderzoek blijkt. Het voorgenomen onderzoek heeft mede als doel dat een nauwkeuriger oordeel over de meldingspraktijk kan worden gegeven.

3

Waarom is een landelijke bijeenkomst gehouden voor alle leden en plaatsvervangende leden van de regionale toetsingscommissies, met als thema euthanasie bij patiënten in een comateuze toestand? Deze patiënten kunnen toch niet vrijwillig en weloverwogen om euthanasie vragen? De commissies zijn toch niet bevoegd om over deze gevallen te oordelen?

3

De commissies werden een aantal malen geconfronteerd met meldingen van euthanasie bij patiënten die ten tijden van de uitvoering (sub)comateus waren. De voorzitters hebben hierover uitgebreid gesproken. De leden en de secretarissen voelden de behoefte om deze problematiek plenair te bespreken, wat ook is gebeurd. Vervolgens werden werkafspraken gemaakt over hoe te handelen indien een commissie met een dergelijke melding wordt geconfronteerd. Bij sommige patiënten is van tevoren duidelijk dat zij in een dergelijke situatie terecht kunnen komen. Indien zij dan aangeven dit niet te willen, kan dit verzoek vrijwillig en weloverwogen zijn geuit. Patiënten kunnen bovendien een wilsverklaring opstellen.

4

Wat is uw mening over het feit dat er in 2003 geen overleg heeft plaatsgevonden tussen de voorzitters van de commissies, het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)?

4

Soms kan een overleg door onvoorzienbare omstandigheden geen doorgang vinden en moet het worden verplaatst naar een later tijdstip. Daarvan is in dit geval ook sprake. Het overleg dat aanvankelijk gepland was in oktober 2003 is niet doorgegaan, maar heeft vervolgens wel plaatsgevonden in januari 2004.

5

De nieuw op te richten databank werd ook al genoemd in het jaarverslag 2002 (pag.10). Waarom is er geen voortgang geboekt en wordt er nog steeds vergaderd over de opzet?

5

Over de opzet is inderdaad veel overlegd. Het betreft zeer privacygevoelige informatie. Het mag in geen enkel geval gebeuren dat een casus herkenbaar is voor niet direct betrokkenen. Daarnaast lijken veel meldingen erg op elkaar en is het de vraag of iedere melding moeten worden geanonimiseerd om vervolgens in de databank te worden opgeslagen. Ook in technisch opzicht was er enig oponthoud. Over de opzet bestaat nu voldoende duidelijkheid. Daarom is nu tot opdrachtverlening overgegaan.

6

In 148 gevallen is in 2003 hulp bij zelfdoding gemeld en in 41 gevallen een combinatie van euthanasie en zelfdoding. Betekent dit dat in 25 procent van de gevallen sprake is van ongewenste situaties bij hulp bij zelfdoding? Wat is uw oordeel?

6

In deze gevallen was geen sprake van ongewenste situaties. Een combinatie van euthanasie en hulp bij zelfdoding duidt namelijk op de volgende gevallen:

- a. patiënt wenst in principe de euthanatica (in de vorm van een drank) zelf in te nemen maar slaagt daar (onverwacht) niet in bijvoorbeeld omdat patiënt de gewenste hoeveelheid niet blijkt te kunnen innemen of omdat een deel van de drank weer wordt teruggegeven. De arts heeft patiënt voorbereid op het feit dat een dergelijke situatie zich kan voordoen en dient alsnog de euthanatica intraveneus toe.
- b. Het innemen van de drank met euthanatica brengt patiënt wel in een diepe comateuze toestand maar leidt niet tot de dood van patiënt binnen de afgesproken tijd (vaak een paar uur). De arts heeft deze situatie tevoren met patiënt en zijn familie doorgesproken. Hij heeft met patiënt en zijn familie een moment afgesproken waarop hij alsnog intraveneus een spierverslappend middel zal toedienen dat direct tot de dood leidt.

7

Op welke wijze gaan de regionale toetsingscommissies om met artikel 2, lid 2, van de WTL? Wanneer achten de commissies zich niet meer bevoegd om euthanasie te beoordelen op een patiënt die niet meer in staat is zijn/haar wil te uiten, maar wel een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd?

7

In gevallen waarin de patiënt –voordat hij wilsonbekwaam werd- een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld met daarin een verzoek om levensbeëindiging, kan de arts aan

het verzoek gevolg geven. Nadrukkelijk is ook in de wet bepaald dat in dat geval de zorgvuldigheidseisen van toepassing zijn. De commissies zijn in die gevallen bevoegd om te toetsen. Zij beoordelen of sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, of de verklaring betrekking heeft op de huidige situatie van de patiënt en of wordt voldaan aan de (overige) zorgvuldigheidsvereisten. De concreetheid van de wilsverklaring is daarbij van belang: hoe concreter de wilsverklaring is hoe meer aanknopingspunten er zijn voor de beoordeling door de commissies. Daarnaast is van belang dat de arts en de patiënt tijdig met elkaar overleggen over de inhoud en de strekking van de wilsverklaring.

8

Vindt u terminale sedatie van een ernstig lijdende patiënt voor wie de dood nog niet heel nabij is en de beslissing tot sedatie gepaard gaat met de beslissing om af te zien van kunstmatige toediening van vocht en voedsel, een vorm van euthanasie? Zo neen, waarom niet?

8

Terminale sedatie als zodanig is geen euthanasie; het is in principe een vorm van normaal medisch handelen met een ander doel dan levensbeëindiging. In het geval het echter de bedoeling is om door middel van terminale sedatie het leven van een patiënt te beëindigen en de patiënt overlijdt ook daadwerkelijk als gevolg van terminale sedatie, dan is sprake van levensbeëindigend handelen. Levensbeëindigend handelen moet worden gemeld. Wanneer de patiënt in dat geval een verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan, dan is sprake van euthanasie. Zoals in het standpunt 'levensbeëindigend handelen' is vermeld, zullen de beroepsgroepen met elkaar en het OM aan de tafel zitten om door het opstellen van definities en richtlijnen duidelijkheid te creëren over het begrip 'terminale sedatie'.

9

Bent u van mening dat de eerste zin van de tekst onder nota bene bij vraag 11a in het modelverslag onjuist is, zoals de toetsingscommissies menen? Zo ja, waarom en zo neen, kunt u het verschil van interpretatie door de toetsingscommissies corrigeren?

9

De eerste zin in het modelverslag is niet onjuist. Wel is voorstelbaar dat deze zin door zijn gecomprimeerdheid verwarring kan wekken.

De reikwijdte van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding kan als volgt worden aangegeven. De wet heeft betrekking op levensbeëindiging op verzoek en niet op levensbeëindiging niet op verzoek. Bovendien betreft levensbeëindigend handelen op verzoek een (niet normaal) medisch handelen.

Van levensbeëindiging niet op verzoek is sprake in het geval een wilsbekwame patiënt in het geheel geen verzoek om levensbeëindigend handelen heeft gedaan en in het geval de patiënt wilsonbekwaam is en geen terzake doende wilsverklaring heeft opgesteld. Indien een wilsbekwame patiënt geen verzoek heeft gedaan, ligt het in de rede dat de zaak niet aan de toetsingscommissie, maar aan het openbaar ministerie wordt gemeld. Is er weliswaar een verzoek gedaan, maar wordt getwijfeld over de weloverwogenheid van dit verzoek, dan wordt de zaak wel door de gemeentelijk lijkschouwer aan de toetsingscommissie gemeld. De wilsonbekwame patiënt is niet is staat tot een redelijke waardering van zijn belangen. Of iemand wilsonbekwaam is, hangt van de omstandigheden van het geval af. Zo kan een psychiatrische patiënt op het ene moment wilsbekwaam zijn en op het andere niet. Een arts

zal zich dus terdege moeten afvragen of de patiënt op het moment dat een verzoek om euthanasie wordt gedaan wilsonbekwaam is.

Is bekend dat de patiënt wilsonbekwaam is, dan ligt het in de rede dat de levensbeëindiging niet aan de toetsingscommissie wordt gemeld, maar uitsluitend aan het openbaar ministerie. Het is echter niet uitgesloten dat de melding toch gebeurt. Gedacht kan daarbij worden aan de situatie dat de gemeentelijke lijkschouwer oordeelt dat sprake is van levensbeëindiging op verzoek. In een dergelijk geval zal de toetsingscommissie oordelen over de vraag of betrokkene al dan niet wilsbekwaam is. Concludeert de commissie dat de patiënt wilsonbekwaam is, dan spreekt zij haar onbevoegdheid uit en meldt de zaak aan het openbaar ministerie. Wordt geoordeeld dat de patiënt wilsbekwaam is, dan is de toetsingscommissie bevoegd. Vervolgens zal de vraag aan de orde zijn of er sprake is van een verzoek om levensbeëindiging. Is er geen verzoek, dan is de toetsingscommissie onbevoegd. Is er wel een verzoek, dan kan worden getoetst aan de zorgvuldigheidseisen, waaronder de vraag of dit verzoek weloverwogen is.

De zogenaamde nota bene bij vraag 11a stelt dat in de daar genoemde gevallen sprake is van levensbeëindiging niet op verzoek. Wanneer dit aanstonds duidelijk is, worden deze gevallen gemeld aan het openbaar ministerie zonder tussenkomst van de toetsingscommissies. Is de zaak niet zonder meer duidelijk, dan ligt het in de rede dat de toetsingscommissie eerst oordeelt over haar bevoegdheid. Dit verklaart het verschil in zienswijze met de toetsingscommissie.

Zoals in paragraaf 6 van de brief van 8 juli 2004 van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het standpunt op het rapport "Medische besluitvorming aan het einde van het leven" is aangegeven zal worden bekeken in hoeverre de invulling van de meldingsformulieren kan worden vereenvoudigd zonder afbreuk te doen aan de zorgvuldigheid. (zie Kamerstukken II, 2003/04, 29200 XVI, nr. 268).

10

Acht u het wenselijk dat een verzoek tot euthanasie vanwege een psychische stoornis, niet wordt voorgelegd aan het OM?

10

Wanneer sprake is van euthanasie, dan zijn de Regionale Toetsingscommissies bevoegd. Ook een verzoek vanwege een psychische of een psychiatrische stoornis kan aan de toetsingscommissies worden voorgelegd. In het geval dat een patiënt echter niet wilsbekwaam is, en dit komt voor bij psychiatrische patiënten, dan kan een patiënt geen rechtsgeldig verzoek doen om euthanasie. In dat geval zal een toetsingscommissie de zaak doorsturen aan het Openbaar Ministerie. Euthanasie bij een wilsonbekwame patiënt kan wel in behandeling worden genomen wanneer de patiënt het verzoek heeft neergelegd in een wilsverklaring op een moment dat hij wel wilsbekwaam was.

Ik denk dat dit een goede manier van werken is. De toetsingscommissies zijn goed in staat om te beoordelen of sprake is geweest van een rechtsgeldig verzoek.

11

Acht u dementie of uitzicht op dementie een reden voor euthanasie? Zo ja, kunt u omschrijven wanneer wel en wanneer niet? Zo nee, wat is uw mening over uitspraken van de procureur-generaal op een symposium van de KNMG over euthanasie van 3 juni jl.?

11

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik korthedshalve naar het op 20 augustus jl. toegezonden antwoord van de Minister van Justitie op de Kamervragen van de leden Rouvoet (ChristenUnie) en Van der Vlies (SGP) over euthanasie bij dementie (Aanhangsel II 2003/04, nr. 2117).

Vragen PvdA-fractie

12

Waarom heeft er dit jaar geen overleg plaatsgevonden tussen het OM, de IGZ en de toetsingscommissies, wat toch een jaarlijkse afspraak is?

12

Deze vraag is ook gesteld door de CDA-fractie. Ik verwijs hier daarom naar het antwoord op vraag 4.

13

Hoe verklaart u de voortgaande trend, onder de nieuwe euthanasiewet, van daling van euthanasiemeldingen?

13

Dat kan ik niet goed verklaren. In de praktijk reageren artsen verbaasd, omdat zij menen dat melden tegenwoordig juist wel de norm is. Bij euthanasie zijn bovendien over het algemeen meerdere mensen betrokken, waardoor de sociale controle op artsen groot is. De daling van het aantal meldingen is echter evident. Om deze reden laat ik het komende onderzoek uitvoeren. In de onderzoeksopdracht zal duidelijk naar voren komen dat moet worden gezocht naar het totale aantal gevallen en naar de redenen van artsen om niet te melden.

14

Op welke wijze wordt de opnieuw gesignaleerde dubbelslachtigheden rond terminale sedatie uit de wereld geholpen?

14

Zoals in het standpunt 'levensbeëindigend handelen' is vermeld, zullen de beroepsgroepen met elkaar en het OM aan de tafel zitten om door het opstellen van definities en richtlijnen duidelijkheid te creëren over het begrip 'terminale sedatie'.

15

Bent u het eens met de door de toetsingscommissies voorgestelde schrapping van vraag 11a uit het modelverslag die handelt over procedure bij levensbeëindigend handelen bij mensen met psychisch lijden, dan wel beperkte mogelijkheden een weloverwegen verzoek te doen door depressie of dementie?

15

Deze vraag werd ook door het CDA gesteld. Ik verwijs daarom naar het antwoord op vraag 9.

16

Wat is uw oordeel over casus 8, waarin ondraaglijk lijden door coma lijkt te zijn geaccepteerd op grond van een beschrijving vooraf door een patiënt (21/2)? Deelt u de

mening dat wilsbeschikking vooraf het medische oordeel over ondraaglijk lijden in coma overstijgt?

16

Deze mening deel ik niet. Voor de inwilliging van een verzoek is vereist dat de patiënt een verzoek doet, dat kan door middel van een wilsbeschikking, en dat de arts constateert dat sprake is van ondraaglijk lijden. Binnen deze twee elementen kan geen ordening worden aangebracht. In casus 8 is volgens de commissie, ondanks de coma van de patiënt, sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

17

Kunt u uiteenzetten waarom in casus 13 van strafvervolging is afgezien?

17

Het OM was van oordeel dat er in deze zaak sprake was van uitzichtloos lijden, er was een verzoek en er had consultatie plaatsgevonden. Het ware in de visie van het OM wenselijk geweest om, gelet op het tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering, een tweede consulent te raadplegen. Nu dit niet was gebeurd, was het moeilijk om een zuiver oordeel te geven over de ondraaglijkheid van het lijden. Het OM overwoog dat, nu de SCEN-intervisiegroep, de meldend arts en de toetsingscommissie tot het oordeel kwamen dat er sprake was van ondraaglijk lijden, een nader onderzoek naar deze vraag een herhaling van zetten zou zijn. Daarnaast stelde het OM zich op het standpunt dat het feit dat de arts niet bij de toediening van de middelen aanwezig was, weliswaar zeer onwenselijk, maar strafrechtelijk van geringe betekenis was. Het OM kwam tot de conclusie dat de arts onzorgvuldig had gehandeld door geen tweede consultatie aan te vragen, maar achtte het instellen van strafvervolging jegens de betrokken arts niet opportuun. De zaak werd geseponeerd en de betrokken arts is in een gesprek met de officier van justitie gewezen op de gebreken in zijn handelen in deze zaak.

18

Kunt u toelichten wat de precieze inzet zal zijn in het komende jaar om de SCEN functie meer gemeengoed te laten worden?

18

Om de SCEN functie nog meer tot gemeengoed te laten worden heeft de KNMG recent een subsidiebeschikking ontvangen, Hiermee wordt SCEN gefinancierd tot 2009. Hiervoor wordt SCEN, naast het onderhoud van het bestaande netwerk, gefaseerd uitgebreid met medisch specialisten en verpleeghuisartsen. De KNMG zal door middel van het intensiveren van (reeds bestaande) contacten met instellingen, maar ook via de website, de SCEN-nieuwsbrief en informatieavonden SCEN in de regio's gericht onder de aandacht brengen. Dit moet leiden tot deelname van instellingen aan SCEN. De KNMG organiseert dit jaar nog tweemaal een scholing voor (kandidaat) SCEN-artsen.

Vragen VVD-fractie

19

Wat is uw eindoordeel inzake het jaarverslag 2003?

19

Zoals ik in de begeleidende brief al aangaf, ben ik van mening dat het jaarverslag een duidelijk beeld van de werkzaamheden van de toetsingscommissies geeft.

20

In de brief wordt opgemerkt dat binnenkort door het ministerie van Justitie en VWS een gezamenlijk kabinetsstandpunt op het rapport "Medische besluitvorming aan het einde van het leven" naar de Kamer zal worden gestuurd. Hierin zal uitgebreid worden ingegaan op de toetsingscommissie, de procedure en het meldingsgedrag. In het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies wordt ook ingegaan op de werkzaamheden, werkwijze e.d. van de toetsingscommissies en de verslaglegging van euthanasie en het project SCEN. Waarom gaat de staatssecretaris in deze brief alleen in op het meldingsgedrag van artsen?

20

Het jaarverslag geeft een algemeen beeld van de werkzaamheden van de toetsingscommissies. In de begeleidende brief heb ik me op het meldingsgedrag gericht, omdat het dalend aantal meldingen naar mijn mening om een reactie vroeg.

21

Hoeveel middelen worden jaarlijks ingezet ten behoeve van de werkzaamheden van de toetsingscommissies? Waarvoor worden deze middelen ingezet?

21

Het CIBG ontvangt jaarlijks een bedrag van € 770.573. Het grootste deel daarvan wordt besteed aan de salarissen van de secretarissen en de administratieve ondersteuners en aan de vergoedingen van de leden. De rest wordt besteed aan faciliteiten als huisvesting, computers, telefoonkosten, etc.

22

Acht u, gelet op het huidige aantal meldingen, de wet- en regelgeving omtrent hulp bij levensbeëindiging van dien aard dat zij voldoende is toegerust op de praktijk van vandaag de dag of acht u aanscherping dan wel versoepeling van de vigerende wetgeving aan de orde?

22

Momenteel acht ik aanpassing van de regelgeving niet aan de orde. Het onderzoeksrapport 'Medische besluitvorming aan het einde van het leven' geeft aan dat de doelstellingen van het beleid gedeeltelijk wel worden bereikt. Steeds meer artsen beschouwen het bovendien als een plicht om te melden. Het rapport geeft echter ook aan dat de doelen nog niet volledig zijn bereikt. Mijn inziens betekent dat dat we eerst nog moeten proberen om de doelen van deze wetgeving te verwezenlijken door ondersteunende beleidsmaatregelen. Daarbij ben ik van mening dat nader onderzoek gewenst is.

23

Hoe verhoudt zich volgens de staatssecretaris de toenemende positieve houding die artsen hebben ten aanzien van de toetsingsprocedure, de toenemende meldingsbereidheid en de dalende trend in het aantal meldingen van gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding?

23

Het meldingspercentage en daarmee de meldingsbereidheid is alleen bekend voor de jaren waarin het totale aantal gevallen van euthanasie gemeten is. De laatste twee keer waren dat

1985 en 2001. Het aantal meldingen is voor ieder jaar bekend. De daling van het aantal meldingen is een trend van de laatste jaren. Een stijging van het meldingspercentage kan samengaan met een daling van het aantal meldingen als het totale aantal gevallen sterker afneemt dan het aantal meldingen. Het voorgenomen onderzoek zal hier uitsluitsel over moeten geven.

24

In het jaarverslag wordt gemeld dat in slechts 8 van de 1815 gevallen sprake is van onzorgvuldig handelen van artsen. Mag worden verondersteld dat slechts gevallen worden gemeld waarvan artsen met zekerheid weten dat zij zorgvuldig hebben gehandeld? Wat zijn hiervan de redenen?

24

Artsen die moedwillig onzorgvuldig handelen, zullen misschien minder moeite hebben met het verzaken van hun meldingsplicht. Achter onzorgvuldig handelen schuilt echter niet altijd kwade opzet. Wanneer artsen weten hoe zij zorgvuldig moeten handelen, dan is de doelstelling van het beleid al voor een groot deel bereikt.

25

Wat doet u om te bewerkstelligen dat alle gevallen van hulp bij levensbeëindiging in de toekomst worden gemeld?

25

In het onderzoek zal nader onderzoek worden verricht naar de redenen van artsen om niet te melden. In de tussentijd wordt alles in het werk gesteld om ervoor te zorgen dat artsen zo veel mogelijk kennis krijgen van de zorgvuldigheidseisen. Daarom wordt SCEN voortgezet en uitgebreid en wordt een databank opgesteld die ervoor moet zorgen dat artsen kennis kunnen nemen van de manier waarop de commissies toetsen. Verder willen wij instellingen motiveren om duidelijkheid binnen hun instelling te creëren ten aanzien van medische besluitvorming aan het einde van het leven. Binnen instellingen zou ruimte moeten bestaan voor kennisvergaring en overleg over dit onderwerp.

26

Waardoor worden de regionale verschillen in meldingen verklaard?

26

Het aantal meldingen in verhouding tot het aantal sterfgevallen en in verhouding tot de bevolkingsomvang levert in de verschillende regio's een vergelijkbaar beeld op. Alleen de regio Noord-Holland neemt een bijzondere positie in, omdat daar relatief meer meldingen worden gedaan.

27

Wat is de reden van het feit dat het zogeheten SCEN-project nog steeds niet is uitgebreid naar ziekenhuizen en verpleeghuizen?

27

Hiermee zal dit jaar worden begonnen. Het was van belang dat het reeds bestaande deel van SCEN eerst goed was georganiseerd, voordat aan de uitbreiding werd begonnen. Nadat

de landelijke dekking werd bereikt, is SCEN nu klaar om ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen te worden geïmplementeerd.

Vragen D66-fractie

28

Terminale sedatie biedt geen uitweg voor mensen die lijden aan ernstige ziekten waarvan de gevolgen niet met pijnbestrijding zijn weg te nemen, waarbij sprake is van aftakeling en ontluistering en van uitzichtloos en ondragelijk lijden (zoals bij de ziekte van Huntington en bij slokdarmkanker). Deelt u de mening dat euthanasie in deze gevallen nog altijd van belang blijft om waardig te kunnen sterven op het moment dat iemand dit wil?

28

Door de mogelijkheden op het gebied van de palliatieve zorg verdwijnt euthanasie in een aantal gevallen naar de achtergrond. In andere gevallen wordt het lijden met name bepaald door bijvoorbeeld toenemende ontluistering en het verlies van de menselijke waardigheid. Zo wordt in het rapport 'Medische besluitvorming aan het einde van het leven' van Van der Wal e.a. uit 2003 'ontluistering/ verlies van waardigheid' na 'zinloos lijden' als belangrijkste reden genoemd voor een verzoek om euthanasie. Palliatieve zorg biedt in dit geval niet altijd een oplossing.

29

Kan de staatssecretaris toelichten wat volgens haar het precieze onderscheid is tussen euthanasie en terminale sedatie? Ligt het onderscheid bij het bewust overschrijden van de dosis pijnbestrijdende middelen met de bedoeling om de patiënt (sneller) te laten overlijden? Is dit een onderscheidend criterium dat ook in de praktijk bruikbaar is?

29

De beroepsgroepen zullen met elkaar en met het OM definities en richtlijnen opstellen om duidelijkheid te creëren over het begrip 'terminale sedatie'. Het is de bedoeling dat hieruit werkbare definities voortvloeien.

30

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de voorzitter van het College van procureurs-generaal pleiten voor richtlijnen voor terminale sedatie, die in het bijzonder het grensgebied met euthanasie duidelijk moeten markeren. Wat is de opvatting van de staatssecretaris in deze? Wat zijn de voor- en nadelen van het "juridiseren" van terminale sedatie? Bent u van mening dat voor terminale sedatie een (vooraf vastgelegde) wilsverklaring van de patiënt noodzakelijk is?

30

Het is niet de bedoeling om de gezondheidszorg te juridiceren. In dit geval is het echter van belang om de grenzen met het strafrecht af te bakenen. Op die manier zal de gezondheidszorg door middel van het creëren van duidelijkheid in de toekomst minder last ondervinden van de juridische discussie.

31

In België bestaat de mogelijkheid om euthanasie min of meer anoniem te melden. De Belgische toetsingscommissie kent de identiteit van arts en patiënt niet, en opent de

enveloppe met persoonsgegevens pas wanneer er vragen zijn. Anoniem melden zou het meldingspercentage in Nederland mogelijk verhogen. Welke voor- en nadelen zijn er volgens de staatssecretaris verbonden aan de mogelijkheid van anoniem melden van euthanasie?

31

De voordelen zijn mijns inziens beperkt. Het doel van het anoniem melden is het vergroten van de veiligheid. Deze veiligheid wordt echter opgeheven op het moment dat er vragen zijn. Dat betekent dat alleen veiligheid bestaat in die gevallen waarin overduidelijk sprake is van zorgvuldig handelen.

32

Dementie kan volgens het College van procureurs-generaal een reden zijn voor euthanasie, mits het gepaard gaat met ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Hoe moet volgens de staatssecretaris worden gehandeld indien iemand bij wilsverklaring heeft aangegeven niet voort te willen leven bij een vergaande vorm van dementie, terwijl dezelfde (wilsonbekwame?) persoon wanneer dit stadium bereikt is niet lijkt te lijden? Kan ondragelijk en uitzichtloos psychisch lijden ook in andere gevallen dan bij dementie een rechtvaardiging voor euthanasie vormen? Zo ja, in welke gevallen?

32

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik korthedshalve naar het op 20 augustus jl. toegezonden antwoord van de Minister van Justitie op de Kamervragen van de leden Rouvoet (ChristenUnie) en Van der Vlies (SGP) over euthanasie bij dementie (Aanhangsel II 2003/04, nr. 2117).

33

De angst voor strafrecht speelt vooral bij artsen die het leven beëindigen van een patiënt zonder dat die een expliciet verzoek heeft ingediend, bijvoorbeeld bij zeer ernstig gehandicapte pasgeborenen. Jaarlijks komt dat naar schatting negenhonderd keer voor, terwijl er bij het Openbaar Ministerie nauwelijks meldingen binnenkomen. De KNMG pleit voor een toetsingscommissie die toeziet op zorgvuldig handelen in deze gevallen. Pas na behandeling door een dergelijke commissie zouden meldingen aan het OM moeten worden voorgelegd. Het tweede kabinet-Kok heeft een dergelijke toetsingscommissie toegezegd. Waarom is die toetsingscommissie nog niet ingesteld?

33

Zoals in het standpunt 'levensbeëindigend handelen' al is aangekondigd, ontvangt u hierover binnenkort een afzonderlijke brief.

34

De regionale toetsingscommissies euthanasie bepleiten uitbreiding van het SCEN-project naar specialisten en verpleeghuisartsen. De staatssecretaris geeft aan hiermee in de komende jaren een begin te willen maken. In antwoord op Kamervragen van het lid Dittrich (Vergaderjaar 2001-2002, nr. 1212), werd echter aangekondigd met deze uitbreiding reeds in de tweede helft van 2002 te zullen beginnen. Wat is hiervan de oorzaak? Wanneer kan een landelijk netwerk van SCEN-artsen voor specialisten en verpleeghuisartsen functioneren? Eind 2003 stond het voortbestaan van SCEN ter discussie wegens onenigheid over de subsidiëring. Wat is de stand van zaken?

34

Met de uitbreiding van het scen-project naar verpleeghuizen en ziekenhuizen is ingestemd. De KNMG is een subsidie toegekend voor de financiering van de centrale kosten, van deze kosten maken die voor de voornoemde uitbreiding deel uit. Het project is gestart per 1 januari 2004 en zal in 2007 worden geëvalueerd. Dan kan inzicht worden gegeven in de uitbreiding van de scen-deskundigheid in verpleeghuizen en ziekenhuizen. Daarnaast zal jaarlijks door middel van een jaarrapportage inzicht in de ontwikkelingen worden gegeven. Geleidelijk aan zal de scen-deskundigheid worden uitgebouwd.

Vragen ChristenUnie-fractie

35

De staatssecretaris bereidt een vervolgonderzoek voor naar de redenen van artsen om niet te melden. Op welke wijze wordt hierbij aandacht besteed aan palliatieve zorg en hospices? Welk verband bestaat hiertussen naar uw mening?

35

In het vervolgonderzoek wordt uitgezocht wat het totale aantal gevallen van euthanasie is, nu het aantal meldingen is gedaald. Naar aanleiding daarvan kan een uitspraak worden gedaan over het meldingsgedrag van artsen. Wij willen echter bij voorbaat al aandacht besteden aan de vraag waarom artsen niet melden. Aan de andere kant besteden wij bij voorbaat aandacht aan de vraag waarom het totale aantal gevallen eventueel zou zijn gedaald. Palliatieve zorg en hospices zouden hierbij een rol kunnen hebben gespeeld.

36

Hoe komt het dat van de praktijk van medische specialisten en verpleeghuisartsen minder gegevens bekend zijn dan van huisartsen?

36

Bij medisch specialisten en verpleeghuisartsen komt euthanasie minder voor. Ten opzichte van huisartsen is het meldingspercentage onder specialisten en verpleeghuisartsen volgens onderzoeken laag. In de vorige onderzoeken is niet specifiek onderzoek gedaan naar instellingen en de manier waarop euthanasie binnen een instelling plaatsvindt. Medisch specialisten en verpleeghuisartsen werken echter grotendeels in instellingen.

37

Bent u bereid tot de extra voorlichting waarover op pagina 2 wordt gesproken? Op welke termijn of is dat afhankelijk van de uitkomsten van het vervolgonderzoek?

37

Met extra voorlichting wordt niet gewacht totdat de resultaten van het vervolgonderzoek bekend zijn. Momenteel wordt bekeken op welke wijze deze voorlichting vorm zou moeten krijgen.

38

Waarom zal het openbaar maken van de oordelen van de toetsingscommissies bijdragen aan het vergroten van de meldingsbereidheid? Denkt u hierbij aan de bij de behandeling van het jaarverslag 2002 genoemde databank?

38

Wanneer artsen in een openbare databank kunnen bekijken op welke manier meldingen worden beoordeeld, dan geeft hen dit een zekere mate van veiligheid. Het gaat overigens inderdaad om dezelfde databank.

39

Hoe verhouden de twee conclusies over het aantal meldingen zich tot elkaar, namelijk in de eerste plaats dat het meldingspercentage is gestegen en daarnaast dat er een dalende trend is in het aantal meldingen?

39

Het meldingspercentage en daarmee de meldingsbereidheid is alleen bekend voor de jaren waarin het totale aantal gevallen van euthanasie gemeten is. De laatste twee keer waren 1985 en 2001. Het aantal meldingen is voor ieder jaar bekend. De daling van het aantal meldingen is een trend van de laatste jaren.

Een stijging van het meldingspercentage kan samengaan met een daling van het aantal meldingen als het totale aantal gevallen sterker afneemt dan het aantal meldingen. Het voorgenomen onderzoek zal hier uitsluitsel over moeten geven.

40

Dezelfde vraag als vorig jaar: hoe verklaart de staatssecretaris de dalende trend in het aantal meldingen?

40

Deze trend kan ik nu niet verklaren. Daarom zal dit volgend jaar ook worden onderzocht.

41

Ziet de staatssecretaris aanleiding tot bijstelling van het beleid op het terrein van medisch-ethische beslissingen rond het levenseinde?

41

De wet is nu nog te kort van kracht om al over een aanpassing na te gaan denken. Om de doelen van de wetgeving te verwezenlijken moeten de ondersteunende beleidsmaatregelen mijns inziens wel worden geïntensiveerd. Om deze reden beraad ik mij over nieuwe vormen van voorlichting, wordt de databank opgericht en wordt nader onderzoek gedaan.

42

Hoe wilt u een beter inzicht krijgen in de achtergronden van vraagstukken als de grensafbakening tussen euthanasie en "terminale sedatie"? Op welke termijn doet u uw toezeggingen gestand om in gesprek te gaan met het KNMG (mondelijke vragen 2 juni 2004)?

42

Met de KNMG ben ik reeds in gesprek over o.a. terminale sedatie. De beroepsgroepen gaan met elkaar en het OM om de tafel om door het opstellen van definities en richtlijnen duidelijkheid te creëren over het begrip 'terminale sedatie'.

43

Bent u van mening dat het aantal gevallen van terminale sedatie toeneemt? Bij welke levensverwachting kan diepe sedatie worden toegepast?

43

Binnen de nog op te stellen richtlijnen moet duidelijkheid worden gecreëerd over de vraag wanneer en op welke manier terminale sedatie kan worden toegepast. Terminale sedatie is voor het eerst betrokken bij de vraagstelling in het laatste onderzoek. Omdat geen vergelijking mogelijk is met andere onderzoeken, kan niet worden gesproken van een ontwikkeling.

44

Welke doelstellingen heeft de toetsingsprocedure nog niet bereikt (pagina 4)? Deelt u de mening van de onderzoekers dat ingrijpende wijzigingen in de toetsingsprocedure niet nodig zijn? Geeft het jaarverslag aanleiding om meer palliatieve deskundigen / deskundigheid aan toetsingscommissies toe te voegen?

44

Wij streven naar een zo groot mogelijke mate van zorgvuldigheid. Om deze reden is transparantie van groot belang. Doordat nog steeds een aanzienlijk gedeelte niet wordt gemeld, is voor een gedeelte van het levensbeëindigend handelen niet duidelijk hoe zorgvuldig dit plaatsvindt. Ingrijpende wijzigingen van de procedure zijn mijns inziens op dit moment echter niet aan de orde.

Het jaarverslag is voor mij geen aanleiding om palliatieve deskundigen aan de toetsingscommissies toe te voegen. Het is bij uitstek de taak van de consulent om de mogelijkheden van de palliatieve zorg door te nemen.

45

Deelt u de mening van de toetsingscommissies dat meldingen van levensbeëindiging bij patiënten met een psychiatrische stoornis tot hun bevoegdheid behoren? Is de staatssecretaris het eens met het voorstel om vraag 11a in het modelverslag te wijzigen?

45

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 9.

46

Wat betekent een constatering dat druk van de familie een element in de besluitvorming is geweest met betrekking tot de eis van een uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek van de patiënt?

46

In de genoemde casus was het zo dat de arts druk van de familie heeft ervaren. De druk werd niet door familie op patiënt uitgeoefend. De arts heeft hier aandacht aan besteed en heeft de druk uiteindelijk niet als belemmerend ervaren voor het besluitvormingsproces. De commissie kwam tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

47

Deelt u de mening van de toetsingscommissie dat een wilsverklaring vlak voor de uitvoering van de euthanasie vervangen kan worden door een getrouwe weergave van de mondeling geuite euthanasiewens?

47

In artikel 2, lid 2, van de wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding staat dat een mondeling geuit verzoek kan worden vervangen door een schriftelijke wilsverklaring. Daarbij geldt dat de meest actueel geuite wens voorrang heeft. Voor beide is van belang dat het gaat om een weloverwogen verzoek.

Vragen SGP-fractie

48

De toetsingscommissies zijn in 2003 in acht gevallen tot de beoordeling gekomen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Het jaarverslag bevat enkele voorbeelden hiervan. Kan de staatssecretaris inzicht verschaffen in de omstandigheden van de andere gevallen waarin de commissies tot het oordeel zijn gekomen dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen?

48

In het jaarverslag wordt getracht een representatief beeld te geven van de meldingen die in het verslagjaar zijn getoetst. Dat geldt ook voor de beschrijving van casus die tot het oordeel hebben geleid dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De in het jaarverslag beschreven casus hebben betrekking op het niet hebben voldaan aan de zorgvuldigheidseisen 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' (art. 2, lid 1, sub b WTL), 'onafhankelijke consultatie' (art. 2, lid 1, sub e WTL) en 'medisch zorgvuldige uitvoering' (art. 2, lid 1, sub f WTL). De overige drie casus hebben eveneens betrekking op deze zorgvuldigheidseisen.

49

De in het jaarverslag beschreven voorbeelden waarin niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen geven aanleiding te veronderstellen dat er door de IGZ en het OM nauwelijks of geen maatregelen worden genomen in dergelijke gevallen. Hoe is door de IGZ en het OM in de acht situaties gereageerd en wat waren de argumenten voor het ingenomen standpunt?

49

Wanneer een regionale Toetsingscommissie euthanasie een casus aan de inspectie voorlegt, zal de inspectie allereerst zelf onderzoek doen. Daartoe wordt, naast bestudering van het toegezonden dossier, veelal de arts die bij de melding betrokken was gehoord. Daarbij wordt nogmaals nagegaan waarom de arts in de betreffende casus de meldingsprocedure euthanasie niet (geheel) heeft gevolgd. Vervolgens wordt met de arts gesproken over de redenen waarom bepaalde procedures in de regeling zijn opgenomen. Tenslotte wordt er nadrukkelijk op gewezen dat het van het allergrootste belang is de procedure wél geheel te volgen en wat de straf- en tuchtrechtelijke gevolgen bij het niet volgen zouden kunnen zijn.

De behandeling door het Openbaar Ministerie wordt hieronder per casus beschreven.

Casus 7:

Het Openbaar Ministerie heeft besloten om in deze zaak een GVO te openen. In het GVO dient onderzoek te worden gedaan naar de vraag of er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden op het moment dat het besluit tot levensbeëindiging werd genomen en op het moment van uitvoering. Voorts dient de vraag beantwoord te worden of patiënt na het

verstrijken van een half jaar, onder de geschetste omstandigheden, door een SCEN-arts bezocht had dienen te worden in het kader van een tweede consultatie. Tenslotte moet onderzocht worden of het verzoek om euthanasie, gelet op de persoonlijke omstandigheden van patiënte, vrijwillig en zonder druk tot stand was gekomen. Naar verwachting zal het GVO binnen afzienbare tijd worden afgerond, waarna het OM een vervolgingsbeslissing zal nemen.

Casus 10:

In casu was er sprake van uitzichtloos lijden, er was een verzoek en de uitvoering had conform de zorgvuldigheidseisen plaatsgevonden. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg kwam desgevraagd, net als de toetsingscommissie, tot de conclusie dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Hoewel de consultatie niet conform de zorgvuldigheidseisen had plaatsgevonden, kwam het OM tot het oordeel dat strafvervolging niet in de rede lag, nu zowel de toetsingscommissie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg een gesprek had gevoerd met de arts en er maatregelen waren getroffen om herhaling in de toekomst te voorkomen. Het OM achtte echter de gebreken in het handelen van de arts wel dusdanig ernstig dat werd besloten de zaak voorwaardelijk te seponeren.

Casus 11:

Uit het dossier bleek dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, er was een verzoek en de uitvoering had conform de zorgvuldigheidseisen plaatsgevonden. De consultatie had in eerste instantie conform de zorgvuldigheidseisen plaatsgevonden. Toen was er echter nog geen sprake van ondraaglijk lijden. Op het moment waarop de situatie naar het oordeel van de consulent ondraaglijk werd en er sprake was van noodtoestand, heeft de consulent (in verband met de vakantie van de behandelend arts) zelf uitvoering gegeven aan de euthanasie en vervolgens de euthanasie gemeld. Strikt genomen heeft er dus geen onafhankelijke consultatie plaatsgevonden. Nu de betrokken arts in het gesprek met de toetsingscommissie heeft aangegeven dat hij zich realiseert dat hij ondanks de noodsituatie meer ruimte had moeten inbouwen voor een tweede consultatie, achtte het OM strafrechtelijke vervolging niet geïndiceerd. De zaak is geseponerd.

Casus 13:

Het OM was van oordeel dat er in deze zaak sprake was van uitzichtloos lijden, er was een verzoek en er had consultatie plaatsgevonden. Het ware wenselijk geweest om, gelet op het tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering, een tweede consulent te raadplegen. Nu dit niet was gebeurd, was het moeilijk om een zuiver oordeel te geven over de ondraaglijkheid van het lijden. Het OM overwoog dat, nu de SCEN-intervisiegroep, de meldend arts en de toetsingscommissie tot het oordeel waren gekomen dat er sprake was van ondraaglijk lijden, een nader onderzoek naar deze vraag een herhaling van zetten zou zijn. Daarnaast stelde het OM dat het feit dat de arts niet bij de toediening van de middelen aanwezig was, weliswaar zeer onwenselijk, maar van strafrechtelijk geringe betekenis was. De zaak is geseponerd en de betrokken arts is in een gesprek met de officier van justitie gewezen op de gebreken in zijn handelen in deze zaak.

Casus 14:

Er was sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, er was een verzoek en er had consultatie plaatsgevonden. Het handelen van de arts in de uitvoeringsfase was weliswaar onzorgvuldig, maar naar het oordeel van het OM niet zodanig verwijtbaar dat er strafrechtelijke consequenties aan dienden te worden verbonden. De zaak is geseponerd.

Hoewel de arts er in een gesprek met de toetsingscommissie al op was gewezen dat hij met betrekking tot de uitvoering niet heeft gehandeld conform de eisen van de regeling, achtte het OM het van belang dat deze zaak onder de aandacht van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg werd gebracht.

Overige drie zaken:

De eerste zaak betrof een 61-jarige patiënt die leed aan kanker in een zeer vergevorderd stadium. Hij was comateus op het moment van de uitvoering. Er was sprake van uitzichtloos lijden, er had consultatie plaatsgevonden en er was een verzoek. Bij de uitvoering werden geen als euthanatica aangemerkte middelen gebruikt. Dit is op zich niet strafwaardig. Bovendien achtte de toetsingscommissie de door de arts gegeven toelichting hierop voldoende.

Blijft over de vraag of er sprake was van ondraaglijk lijden ten tijde van de uitvoering, nu de man in een comateuze toestand verkeerde en er geen aanwijzingen waren dat hij pijn leed. De toetsingscommissie achtte het handelen van de arts op dit punt strikt genomen niet zorgvuldig.

De euthanaserend arts had op vrijdag de patiënt gesproken en toen afgesproken dat op maandag de euthanasie zou worden uitgevoerd. Gedurende het weekend verslechterde de toestand van de patiënt echter zodanig dat er via een infuus morfine moest worden toegediend en hierdoor raakte de man in coma. Op maandag was de toestand van de patiënt zo slecht dat hij naar verwachting binnen enkele uren zou komen te overlijden. Toch besloot de arts over te gaan tot actieve levensbeëindiging en niet het overlijden af te wachten, omdat, zo verklaarde hij, de patiënt nadrukkelijk had aangegeven niet op deze manier te willen sterven.

Patiënt is nadat was afgesproken dat er euthanasie zou plaatsvinden in een coma geraakt. Uit het dossier kwam naar voren dat de meldend arts de gehele procedure zeer serieus heeft genomen. Nu de patiënt duidelijk had aangegeven niet op deze wijze te willen sterven achtte het OM het voorstelbaar dat de arts conform de wens van de patiënt heeft gehandeld door de reeds afgesproken uitvoering van euthanasie door te laten gaan. De zaak is geseponeerd.

De tweede zaak betrof een 66-jarige patiënt die leed aan kanker in een zeer vergevorderd stadium. Er was sprake van uitzichtloos lijden, er was een verzoek en de uitvoering was in orde. De ondraaglijkheid van het lijden kan worden afgeleid uit het dossier, waaruit valt op te maken dat de man sinds 1999 leed aan deze ziekte, tengevolge waarvan hij steeds slechter functioneerde en op het laatst zelfs volledig afhankelijk was. Strikt genomen heeft er in deze zaak geen consultatie plaatsgevonden, nu een klinisch psycholoog was ingeschakeld als consulent. De meldend arts heeft in een gesprek met de toetsingscommissie aangegeven dat hij zich niet gerealiseerd had dat een klinisch psycholoog geen arts was. Hij had geen reden om geen arts als consulent te vragen. De toetsingscommissie heeft in het oordeel met betrekking tot de consultatie overwogen dat ze in het geheel niet twijfelt aan de integriteit van de arts. Het OM overwoog dat het instellen van strafvervolging een onevenredig zware reactie zou zijn op de 'vergissing' van de arts. Gelet op het voorgaande lag het niet in de rede om over te gaan tot strafvervolging. Er was echter wel sprake van een ernstig gebrek in de consultatie, hetgeen naar het oordeel van het OM een sepotgesprek rechtvaardigde. Daarnaast is de Inspectie voor de Gezondheidszorg gewezen op deze casus, zodat zij eventueel actie zouden kunnen ondernemen in de richting van de beroepsgroep van (klinisch) psychologen.

De derde zaak betrof een 65-jarige patiënte die leed aan kanker in een zeer vergevorderd stadium. Er sprake van uitzichtloos lijden, er was een verzoek en de uitvoering had plaatsgevonden conform de zorgvuldigheidseisen. Het was zeer twijfelachtig of er sprake was van ondraaglijk lijden, nu patiënte op het moment van uitvoering in coma lag. Bovendien voldeed de consultatie niet aan de zorgvuldigheidseisen. Echter, gelet op het feit dat mevrouw steeds duidelijk had aangegeven dat zij in deze toestand niet verder wilde leven en de betrokken arts de beslissing om over te gaan tot euthanasie meerdere keren had besproken (met onder andere de gemeentelijk lijkschouwer), lag het niet in de rede om over te gaan tot strafrechtelijke vervolging. Het OM heeft de zaak voorwaardelijk geseponeerd en de arts in een gesprek met de officier van justitie nogmaals op de gebreken in zijn handelen gewezen.

50

Hoe vaak heeft het OM in de laatste drie jaren te maken gekregen met gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding en hoe is daar door het OM op gereageerd? Hoe vaak is er daadwerkelijk vervolging ingezet? Hoe vaak is er geseponeerd?

50

In de periode van 2001 tot en met 2003 heeft het College van procureurs-generaal 32 euthanasiezaken behandeld, die afkomstig waren van de regionale toetsingscommissies euthanasie.

1 Beslissing College van procureurs-generaal	2 Aantal zaken
Sepot	21
Sepot + gesprek met officier van justitie	2
Sepot + gesprek met officier van justitie + brief IGZ	1
Sepot + brief IGZ	2
Voorwaardelijk sepot + gesprek met officier van justitie	1
Gerechtelijk vooronderzoek	5

De stand van zaken met betrekking tot de gerechtelijk vooronderzoeken is de volgende. Twee GVO's lopen nog. In één zaak heeft het College na sluiting van het GVO besloten om de arts een kennisgeving niet verdere vervolging te sturen. In een andere zaak is na beoordeling van de uitkomsten van het GVO besloten om de zaak te seponeren en de arts in een gesprek met de officier van justitie te wijzen op de gebreken in zijn handelen in deze zaak. In de vijfde zaak heeft het OM op basis van de resultaten van het GVO besloten om de zaak voorwaardelijk te seponeren. Voorts werd besloten dat de officier van justitie met zowel de betrokken arts als de consultant een gesprek diende te voeren, waarin beide nogmaals werden gewezen op de gebreken in hun handelen in deze zaak. Tenslotte is deze zaak middels een brief onder de aandacht gebracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

51

Zijn er in het verslagjaar meldingen geweest van euthanasie of hulp bij zelfdoding in gevallen van wilsonbekwamen van zestien jaar en ouder? Om wat voor situaties ging het? Op welke wijze zijn hun ouders betrokken bij de beslissing om euthanasie toe te passen?

51

In het jaarverslag wordt melding gemaakt van meldingen van levensbeëindiging op verzoek bij patiënten die wel wilsbekwaam waren maar op het moment van uitvoering van levensbeëindiging niet meer. Het betreft dus patiënten die aanvankelijk wel wilsbekwaam waren.

Meldingen van minderjarigen zijn in het verslagjaar niet aan de orde. Dat betekent dat een rol van ouders niet van toepassing is. Zie ook antwoord op vraag 57.

52

Het jaarverslag meldt dat de toetsingscommissies regelmatig te maken hadden met artsen die terminale sedatie soms voorstellen als alternatief voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. Hoe vaak zijn de commissies geconfronteerd met situaties van terminale sedatie? Op welke wijze zijn zij hiermee omgegaan?

52

Het komt wel voor dat in het modelverslag van de arts terminale sedatie wordt genoemd. In die gevallen heeft de arts met de patiënt besproken of deze in aanmerking zou willen komen voor toepassing daarvan. In meldingen die bij de commissie komen hebben patiënten deze mogelijkheid veelal van de hand gewezen; zij geven aan bewust en helder van geest afscheid te willen nemen.

53

Komt het vaak voor dat de druk van anderen of de druk door de omstandigheden mede een rol speelt in de beslissing om over te gaan tot euthanasie? Is een dergelijke situatie voor de toetsingscommissies altijd reden om te beslissen dat er niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen? Zo neen, hoe gaan de commissies dan met dit gegeven om?

53

Zie antwoord op vraag 46

54

Opmerkelijk is dat in de verslaglegging bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden regelmatig wordt gesproken over de "invoelbaarheid" voor de arts. Wat wordt hieronder precies verstaan?

55

Invoelbaarheid lijkt een uiterst subjectief begrip, waarvan de invulling sterk afhankelijk is van de persoon die erover gaat. Is het waar dat het begrip invoelbaarheid duidt op een behoorlijk marginale beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden?

54 en 55

Het begrip 'ondraaglijk lijden' is in beginsel een subjectief begrip. Dit begrip dient in zoverre geobjectiveerd te worden dat het voor de arts 'invoelbaar' is. Dit houdt in dat de arts rekening houdt met de persoon van de patiënt, diens omstandigheden en diens medische situatie. Op grond daarvan kan een arts op een bepaald moment zeggen dat hij zich voor kan stellen dat de patiënt ondraaglijk lijdt.

De beoordeling van de toetsingscommissies bestaat uit een inhoudelijke toetsing van het verhaal van de arts.

56

Is een gesprek tussen arts en Inspectie, zoals in casus 7, niet een te lichte vorm van reactie op de beoordeling van de toetsingscommissie? Wat is de stand van zaken van het door het College van procureurs-generaal ingestelde gerechtelijk vooronderzoek?

56

De toetsingscommissies, het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid en afwegingskader. *Zie ook antwoord op vraag 49.*

Het gerechtelijk vooronderzoek is nog niet afgerond.

57

Casus 8 wekt de indruk dat in geval van een comateuze patiënt het feit dat er een schriftelijke verklaring met een euthanasiewens is, reeds voldoende aanleiding kan zijn om euthanasie toe te passen, ook al is er onvoldoende duidelijkheid over de ondraaglijkheid van het lijden in een dergelijke situatie. Hoe gaan de commissies in de toetsing van euthanasie bij comateuze patiënten concreet te werk? Kan er een nadere invulling worden gegeven van de wijze van beoordeling van de "bijzondere omstandigheden"?

57

Zie ook antwoord op vraag 7:

In het jaarverslag is uitdrukkelijk opgenomen dat de commissies van mening zijn dat artsen zich terughoudend moeten opstellen bij verzoeken om levensbeëindiging van een patiënt die niet meer aanspreekbaar is op het moment van de uitvoering. Aangegeven is dat binnen de medische beroepsgroep in het algemeen wordt aangenomen dat een patiënt in (diep) comateuze toestand niet (ondraaglijk) kan lijden. Bijzondere feiten en omstandigheden kunnen voor commissies aanleiding zijn om te beslissen dat de arts bij de uitvoering van euthanasie toch overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Bijzondere omstandigheden zijn bijvoorbeeld uiterlijke kenmerken van lijden als de patiënt in een subcoma verkeert, zoals kreunen, extreme onrust, knipperen met de ogen of hevige benauwdheid.

In de derde zin van onderen worden de zorgvuldigheidseisen genoemd. Het gaat hier in het bijzonder om de eis van ondraaglijk lijden -het criterium dat bij comateuze patiënten discussie geeft-. Het geheel overziend moet vanzelfsprekend wel aan alle zorgvuldigheidseisen zijn voldaan.

58

De paragraaf over redelijke andere oplossingen besteedt aandacht aan de beschikbaarheid van palliatieve zorg. Onder meer wordt gesteld dat de weigering om gebruik te maken van een dergelijke behandeling niet in de weg hoeft te staan aan inwilliging van een euthanasieverzoek. De antwoorden op de schriftelijke vragen over het jaarverslag 2002 stellen onder meer: "Soms is een voor de hand liggend alternatief vanwege specifieke omstandigheden voor de patiënt toch erg belastend. Een patiënt verkeert niet in een uitzichtloze situatie wanneer er nog behandelalternatieven zijn. Een verzoek om euthanasie kan in een dergelijk geval dan ook niet worden ingewilligd."¹ Deze passage is in tegenspraak met de opmerkingen over euthanasie en palliatieve zorg van de toetsingscommissies. Bent u blijvend met ons van mening dat een euthanasieverzoek niet mag worden ingewilligd als er nog behandelalternatieven zijn? Op welke wijze stelt u de commissies van dit standpunt op de hoogte?

58

Volgens artikel 2, lid 1d, van de wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding moeten arts en patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie geen redelijke andere oplossing was. Van een alternatief is sprake in geval van een behandeling waarbij naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht is op verbetering binnen afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten. Door de mogelijkheden op het gebied van de palliatieve zorg verdwijnt euthanasie in een aantal gevallen naar de achtergrond. In andere gevallen wordt het lijden voornamelijk bepaald door bijvoorbeeld toenemende ontluistering en het verlies van de menselijke waardigheid. Zo wordt in het rapport 'Medische besluitvorming aan het einde van het leven' van Van der Wal e.a. uit 2003 'ontluistering/ verlies van waardigheid' na 'zinloos lijden' als belangrijkste reden genoemd voor een verzoek om euthanasie. Palliatieve zorg biedt in dit geval niet altijd een oplossing.

59

¹ Kamerstukken II, 2002-2003, 28600 XVI, nr. 152, antwoord 91.

Hoe oordeelt u over het standpunt van de Inspectie in zowel casus 11 als 13 dat er wordt afgezien van (tuchtrechtelijke) maatregelen, omdat de kans op herhaling klein wordt geacht? Is dit geen vreemde redenering? Komt de Inspectie vaker tot een dergelijk oordeel?

59

Allereerst moet er op gewezen worden dat de inspectie zelf geen tuchtrechtelijke maatregelen kan nemen. Deze bevoegdheid hebben alleen de tuchtcolleges. De inspectie is wel bevoegd om een klacht in te dienen bij een tuchtcollege.

In de Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van Meldingen (Kort: de Leidraad meldingen) die in 1996 aan de Tweede Kamer is toegezonden, staat aangegeven in welke gevallen de inspectie zich tot een Tuchtcollege wendt.

In de Leidraad wordt erop gewezen dat daarbij een drietal aspecten van belang is.

Allereerst de ernst van de melding. Daarbij dient bedacht te worden dat het O.M. van oordeel is geweest dat de ernst van overtreding van de meldingsprocedure niet zodanig is geweest dat een strafrechtelijke maatregel op zijn plaats is. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de beleidsvrijheid om zelfstandig te beoordelen of een (mogelijke) overtreding van de (tucht)norm zo ernstig is dat een tuchtrechtelijke toetsing gewenst is.

In de tweede plaats zou er reden zijn voor het indienen van een tuchtklacht wanneer er sprake zou zijn van recidive. Daarvan is in de opgevoerde casus geen sprake.

In de derde plaats zou er reden voor het indienen van een klacht bestaan wanneer de inspectie de behoefte zou hebben om een tuchtrechtelijke uitspraak uit te lokken teneinde duidelijkheid te verkrijgen met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening. Er is in de betreffende casus geen onduidelijkheid over de norm.

In de aangehaalde casus van het jaarverslag (nr. 11 en 13) is slechts het eerste hiervoor genoemde punt uit de Leidraad van belang. Bij een beoordeling van de ernst van de melding wordt ook nagegaan of er een kans op herhaling bestaat. De inspectie is op basis van het door haar verrichte onderzoek tot het oordeel gekomen dat de ernst van de melding, mede gezien de geringe kans op herhaling, geen gang naar een tuchtcollege rechtvaardigde.

60

De aantallen meldingen in de verschillende regio's verschillen sterk. Is hier een relatie te leggen met de meldingsbereidheid van artsen? Kan de staatssecretaris tevens meer inzicht verschaffen in de relatie tussen het aantal meldingen per regio, het totale aantal sterfgevallen in die regio en de bevolkingsomvang van de regio's?

60

Het aantal meldingen in verhouding tot het aantal sterfgevallen en in verhouding tot de bevolkingsomvang levert in de verschillende regio's een vergelijkbaar beeld op. Alleen de regio Noord-Holland neemt een bijzondere positie in, omdat daar relatief meer meldingen worden gedaan. Dit kan te maken hebben met een hoger totaal aantal gevallen, maar ook met een hogere meldingsbereidheid van de artsen in deze regio.

61

Opmerkelijk is dat in de regio Noord-Holland al verschillende jaren het aantal euthanasiegevallen wegens overige aandoeningen relatief hoog is. Wat is hiervoor de verklaring? Om welke aandoeningen gaat het concreet?

61

Overige aandoeningen kunnen bijvoorbeeld combinaties van ziektebeelden betreffen. Voorbeeld daarvan zijn kanker in combinatie met COPD of –in het bijzonder bij patiënten die een hoge leeftijd hebben bereikt- combinaties van diabetes mellitus, doofheid en blindheid.

62

Zijn er sinds de inwerkingtreding van de Euthanasiewet situaties geweest waarin sprake is van levensbeëindiging bij pasgeborenen, kinderen jonger dan 12 jaar, patiënten in coma zonder schriftelijke wilsverklaring en demente patiënten zonder een dergelijke verklaring, zoals uiteengezet in het tweede lid, onder C, en het derde lid, van artikel I, van de Richtlijnen betreffende de werkwijze van de regionale toetsingscommissies euthanasie? Is de gemeentelijke lijkschouwer in dergelijke situaties verplicht de informatie door te geven aan de officier van justitie?

62

De WTL heeft geen betrekking op deze gevallen. Deze moeten dan ook worden gemeld aan de Officier van Justitie. Antwoord Justitie en OM.

63

Is het bewaren van het originele dossier gedurende tien jaren zoals gesteld in artikel 7 van de Richtlijnen niet te kort, gezien het feit dat het gaat om potentiële strafzaken?

63

Wanneer de toetsingscommissies oordelen dat sprake is van zorgvuldig handelen is er geen reden om aan te nemen dat het gaat om potentiële strafzaken.

Gelijkkluidende vraag CDA-fractie en SGP-fractie

64

Kan, indien twee artsen verklaren gezamenlijk de levensbeëindigende handeling te hebben verricht en de patiënt tijdens de terminale fase te hebben begeleid, één van beiden toch als tweede consulterend arts bij een euthanasieverzoek worden gezien? Is deze arts wel onafhankelijk in de zin van artikel 2, eerste lid, onder e, WTL? In hoeverre is er bij consultatie door collega-specialisten in hetzelfde ziekenhuis nog sprake van de noodzakelijke onafhankelijkheid? Hoe luiden de regels hiervoor?

64

Collega-specialisten en mede-behandelaars kunnen zeer waardevol zijn in het besluitvormingsproces. Wanneer zij voldoende kennis hebben van medische besluitvorming aan het einde van het leven, kunnen zij van nog grotere waarde zijn. Wanneer de arts meent dat hij een verzoek zou kunnen inwilligen, dan moet de behandelend arts op zoek naar een consulent die volledig onafhankelijk is. Anders voldoet hij niet aan het vereiste in artikel 2, lid 1^e van de WTL.

Gelijkkluidende vraag VVD-fractie en ChristenUnie-fractie

65

Volgens de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie kan een verbetering van de palliatieve zorg mogelijke (verzoeken om) euthanasie in enige mate voorkomen. Dit komt naar voren in het evaluatieonderzoek over de praktijk van medische beslissingen rond het

levenseinde. Het is volgens de toetsingscommissies van belang om een beter inzicht te krijgen in de achtergronden hiervan ten behoeve van een heldere maatschappelijke en politieke discussie en de ontwikkeling van beleid inzake specifieke vraagstukken, zoals de grensafbakening tussen euthanasie en "terminale sedatie". Deelt u de mening van de toetsingscommissie? Zo ja, wat bent u voornemens te gaan doen om dit inzicht te krijgen? Zo nee, acht u het dan niet belangrijk om een heldere maatschappelijke en politieke discussies te hebben over belangrijke en gevoelige onderwerpen zoals euthanasie? Wat betekent dit voor het beleid van het kabinet op dit punt?

65

Ik ben van mening dat het zeer belangrijk is om op verschillende niveaus belangrijke thema's als euthanasie te bespreken. Met betrekking tot terminale sedatie heb ik in de antwoorden op voorgaande vragen al aangegeven dat de beroepsgroepen hiermee aan de slag zijn gegaan. Verder wordt in het komende onderzoek over levensbeëindiging ook aandacht besteed aan de invloed van palliatieve zorg.