

Vragen CDA-fractie

1. In het najaar 2005 is door de regering besloten tot het instellen van een landelijke toetsingscommissie in geval van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging door artsen bij pasgeborenen. Welke relatie heeft deze landelijke toetsingscommissie met de regionale toetsingscommissies en worden deze meldingen ook in het vervolg meegenomen in de jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies? Zo neen, waarom niet.

De centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen zal het openbaar ministerie adviseren met betrekking tot meldingen van voornoemde gevallen. Het betreft hier naar hun aard meldingen van levensbeëindiging niet op verzoek. De deskundigencommissie heeft geen inhoudelijke relatie met de regionale toetsingscommissies euthanasie, die meldingen van levensbeëindiging op verzoek toetsen op de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. De centrale deskundigencommissie zal verslag doen van haar werkzaamheden in een eigen jaarverslag.

2. De commissies verlenen medewerking aan de opleiding tot consulent (SCEN artsen). Waaruit bestaat die medewerking en met welke inzet/frequentie vindt dit plaats?

Een aantal keren per jaar wordt de bedoelde opleiding door SCEN georganiseerd. Een onderdeel daarvan betreft de procedure op basis van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en de rol van de regionale toetsingscommissies euthanasie. Een (arts-)lid van deze commissie en een secretaris verzorgen in dat kader voor iedere groep een presentatie.

3. In 2005 ontvingen de commissies 1933 meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Is bekend welk percentage van de meldingen hulp bij zelfdoding betrof?

Van de 1933 meldingen was in 1765 gevallen sprake van euthanasie, in 143 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 25 gevallen van een combinatie van beide. Dat betekent dat in 7,4 procent van de gevallen sprake was van hulp bij zelfdoding.

4. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen, de commissies achten zich onbevoegd om deze meldingen te behandelen. Heeft de commissie nadere gegevens waaruit blijkt hoe vaak dit voorkomt c.q. of er een toe- of afname valt te constateren in relatie tot euthanasie en hulp bij zelfdoding?

Nee. De regionale toetsingscommissies hebben hierover geen informatie.

5. In 2005 was het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding 1933, in 2004 waren er 1886 meldingen. Van de 1933 meldingen betrof het 1713 als gevolg van kanker. Is bekend hoeveel mensen in 2004, respectievelijk 2005 in Nederland zijn overleden aan kanker?

Volgens het CBS-sterfgevallenonderzoek zijn in 2004 38.824 personen aan kanker overleden. In 2005 waren dat 39.346 personen.

Vragen PvdA-fractie

6. Wat is in de ogen van de staatssecretaris, mede in het licht van de aanstaande evaluatie van de Euthanasiewet, de belangrijkste trend op het gebied van meldingen?

De resultaten van het evaluatieonderzoek van de euthanasiewet worden april 2007 bekend, in tegenstelling tot eerdere verwachtingen dat het rapport in december 2006 zou

uitkomen. Dit in verband met een vertraging in het onderzoek. Het rapport zal zicht geven op eventuele ontwikkelingen met betrekking tot het aantal meldingen en de meldingsbereidheid.

7. Wanneer zullen de resultaten van het lopende evaluatieonderzoek bekend worden gemaakt?¹ Kunt u reeds aangeven of de lichte stijging van het aantal meldingen duidt op een toename van de meldingsbereidheid van artsen of dat het aantal euthanasiegevallen is toegenomen?

Zie mijn antwoord op vraag 6.

8. Kan nog beter inzichtelijk worden gemaakt waar de precieze grens ligt tussen palliatieve sedatie en euthanasie, en op welke wijze met deze grens wordt omgegaan?

De KNMG heeft in december 2005 de richtlijn palliatieve sedatie uitgebracht. Daarin wordt beschreven dat het doel van palliatieve sedatie is het verlichten van het lijden van de patiënt. Het verlagen van het bewustzijn is een middel om dat doel te bereiken. Het doel van palliatieve sedatie is niet het leven te bekorten. Palliatieve sedatie kan aan de orde zijn als de patiënt niet langer wil lijden, maar zijn leven ook niet wil laten beëindigen.

9. Kan de staatssecretaris toelichten hoeveel SCEN-artsen er op dit moment in Nederland zijn? Hoeveel artsen zijn er dit jaar opgeleid tot SCEN-arts? Wat is momenteel het tarief voor de SCEN-artsen?

Er zijn op dit moment 543 SCEN-artsen in Nederland. In 2006 zijn er 21 SCEN-artsen door de KNMG opgeleid en dit najaar komen er nog eens circa 24 SCEN-artsen bij. Het CTG-tarief voor het uitvoeren van een consultatie door een SCEN-arts bedraagt € 280,--. Het uitvoeren van een consultatie neemt gemiddeld drie uur en drie kwartier in beslag (in twintig procent zelfs meer dan vijf uur).

10. Hoe kan worden verklaard dat het aantal meldingen in de regio Noord-Holland meer dan twee keer zo veel bedraagt als in de regio Groningen, Friesland en Drenthe?

Er is geen wetenschappelijk verantwoorde verklaring te geven voor de regionale verschillen in meldingen. Factoren zoals bevolkingsdichtheid, het totale aantal sterfgevallen en mogelijk opvattingen van de bewoners van de desbetreffende regio zouden een rol kunnen spelen.

11. Wat is er door het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ondernomen nadat de commissie tot het oordeel was gekomen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, omdat de arts geen tweede onafhankelijke arts heeft geraadpleegd (casus 8)?

Deze zaak is geseponeerd en de officier van justitie heeft een gesprek gevoerd met de arts. Het College van procureurs-generaal heeft het ontbreken van de consultatie onder de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebracht. De Inspectie heeft de zaak nog in behandeling.

12. Waarom kon de arts in casus 8 geen SCEN-arts meer bereiken na vrijdag 17.00 uur? Hoe verloopt de procedure gewoonlijk in het weekend indien een consulent moet worden geraadpleegd? Hoe vaak komt het voor dat een SCEN-arts niet kan worden bereikt?

SCEN is tijdens kantooruren bereikbaar. Wanneer een arts tijdens het weekend een tweede onafhankelijke arts wil raadplegen zou hij of zij een niet-SCEN-arts kunnen

¹ Zie ook kamerstuk 29 00 XVI nr. 157

benaderen. Het is niet bekend hoe vaak het voorkomt dat een SCEN-arts niet kan worden bereikt.

13. In hoeveel gevallen gaat de IGZ nader in op de zaak, indien er sprake is van een situatie waarin geen onafhankelijk arts bij betrokken is?

Alleen in die gevallen waarin de toetsingscommissies tot het oordeel komen dat een arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, wordt - naast het College van procureurs-generaal - ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg geïnformeerd. In 2002 heeft IGZ een zaak onderzocht waarin de commissie van oordeel was de geraadpleegde tweede arts niet onafhankelijk was.

Vragen VVD-fractie

14. Wat is het eindoordeel van de staatssecretaris inzake het jaarverslag 2005?

Het jaarverslag 2005 van de regionale toetsingscommissies euthanasie geeft een helder overzicht van het aantal meldingen en een duidelijk inzicht in de werkwijze van de commissies. Het jaarverslag draagt wederom in belangrijke mate bij aan het vergroten van transparantie rond medische beslissingen rond het levenseinde.

15. Hoeveel middelen worden jaarlijks ingezet ten behoeve van de werkzaamheden van de regionale toetsingscommissies? Hoe worden deze middelen ingezet?

In 2005 is een bedrag van €795.312 besteed. Daarvan worden de kosten betaald die gemoeid zijn met het ondersteunen van de commissies door de secretariaten (zoals personeel, kantoorruimte, kantoorvoorzieningen). Ook de vacatiegelden voor de commissieleden worden daaruit betaald.

16. Acht u, gelet op de 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?

Op dit moment wordt de wet- en regelgeving rond euthanasie geëvalueerd. Het rapport wordt april 2007 uitgebracht. Naar aanleiding van dit rapport zal ik bezien of er reden is om de wet aan te passen.

17. Op welke manier denkt de staatssecretaris de meldingsbereidheid onder artsen nog verder te vergroten?

Onlangs zijn de geanonimiseerde oordelen van de toetsingscommissies openbaar gemaakt door middel van het publiceren op de volgende website:

www.toetsingscommissieseuthanasie.nl.

De openbaarmaking van de oordelen draagt bij aan het vergroten van de transparantie rond de werkwijze van de toetsingscommissies. Ik ga ervan uit dat de meldingsbereidheid hierdoor nog verder zal toenemen.

18. In het jaarverslag wordt gemeld dat in slechts 3 van de 1933 meldingen 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?

Het jaarverslag van de toetsingscommissies is een verslag van de wijze waarop de meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door de commissies worden getoetst. Het verslag geeft daarom geen inzicht in de redenen die artsen al dan

niet zouden hebben om - als dat het geval is - niet te melden. De wetsevaluatie gaat uitvoerig in op de redenen van artsen om al dan niet te melden. Het rapport wordt april 2007 verwacht.

19. Waardoor worden de regionale verschillen in meldingen verklaard?

Zie mijn antwoord op vraag 10.

20. Is het SCEN-project inmiddels uitgebreid naar ziekenhuizen en verpleeghuizen? Zo neen, waarom niet?

De KNMG werkt sinds eind 2004 aan een gefaseerde uitbreiding van SCEN naar ziekenhuizen en verpleeghuizen. Medisch specialisten en verpleeghuisartsen worden opgeleid tot SCEN-arts. Inmiddels nemen 37 ziekenhuizen deel aan het SCEN-project. Ook participeren medisch specialisten op eigen initiatief. Met de overige ziekenhuizen zijn contacten gelegd om deelname te bespreken. Tweederde van alle dertig SCEN-groepen heeft een verpleeghuisarts in hun midden.

21. In uw brief inzake het standpunt op het rapport "Medische besluitvorming aan het einde van het leven" (29200 XVI, nr. 268) gaf u aan dat de administratieve afdoening van euthanasie zou worden vereenvoudigd. Er zou een werkgroep worden ingesteld om te onderzoeken hoe artsen kenbaar kunnen maken op welke manier hij aan de zorgvuldigheidsnormen heeft voldaan. Wanneer kan de Kamer de resultaten van deze werkgroep verwachten?

De Tweede Kamer kan de resultaten van de werkgroep, die het modelverslag ten behoeve van de behandelende arts verbetert, in het voorjaar van 2007 tegemoet zien.

22. Is volgens de staatssecretaris betere scholing van artsen ten aanzien van euthanasie noodzakelijk? Zo ja, vindt de minister dat euthanasie een verplicht onderdeel van de opleiding tot basisarts moet zijn en een vast aanbod in de beroepsopleiding in de bij- en nascholing? Zo neen, waarom niet?

Op verzoek van de toenmalige ministeries van Onderwijs en Volksgezondheid heeft de VSNU - vereniging van universiteiten - een raamplan opgesteld met daarin algemene eindtermen waaraan artsopleidingen moeten voldoen. De universiteiten die de artsopleiding verzorgen zijn vrij binnen deze eindtermen nadere invulling aan het curriculum te geven. In het Raamplan 2001 Artsopleiding wordt gesteld dat de arts moet beschikken over kennis te inzake "behandeling vraagstukken in alle levensfasen: wel of niet behandelen, zin van behandelen (...) "en inzake de essentialia van "het begeleiden van (...) ongeneeslijk zieken alsmede palliatieve zorg" en "stervensbegeleiding". Daarnaast moet een arts beschikken over "kennis en inzicht op hoofdlijnen m.b.t. juridische vraagstukken rond begin en eind van leven". Vanzelfsprekend is euthanasie een van de onderwerpen die in dit kader aan bod komt.

23. Er is inmiddels een richtlijn palliatieve sedatie. Echter, omdat structureel onderzoek en onderwijs in de palliatieve sedatie ontbreekt zijn er lacunes in de kennis en vaardigheden van artsen en verpleegkundigen die de zorg moeten verlenen. Volgens hoogleraar palliatieve zorg Kris Vissers lopen we op dit punt achter. Op welke manier denkt de staatssecretaris deze lacunes in de kennis en vaardigheden van artsen en verpleegkundigen ten aanzien van palliatieve zorg zoveel mogelijk op te heffen?

Zie ook mijn antwoord op vraag 22. Wat de eigen deskundigheidsbevordering aangaat, is de arts allereerst zelf verantwoordelijk. Dat betekent dat een arts in staat moet zijn "eigen blinde vlekken en/of lacunes in de beroepsuitoefening op te sporen en te trachten deze -via nascholing of anderszins - op te heffen (Raamplan 2001 Artsopleiding)". Daarnaast zie ik hier ook nadrukkelijk een rol voor de negen Integrale Kankercentra

weggelegd. Sinds begin 2002 ondersteunen zij zorgverleners en instellingen in het verbeteren en ontwikkelen van de palliatieve zorgverlening. Het bundelen, beschikbaar stellen en verder verspreiden van kennis en vaardigheden over palliatieve zorg via deskundigheidsbevordering is één van hun taken.

Voorts heeft VWS het vijfjarig stimuleringsprogramma "palliatieve zorg" opgezet, dat geëindigd is in 2004. De effecten hiervan werken ook nog in de toekomst door. Een van de initiatieven die uit het programma zijn voortgevloeid, is de database die de Integrale Kankercentra hebben ontwikkeld en die zij nu in beheer hebben. In deze database worden activiteiten op het terrein van bij- en nascholing in de palliatieve zorg geregistreerd. De database is toegankelijk voor professionals die werkzaam zijn op het terrein van de palliatieve zorg. Daarnaast biedt het landelijk palliatief steunpunt AGORA ook informatiemogelijkheden in het kader van kennis- en deskundigheidsbevordering.

24. Wordt het gebruik van de richtlijn "palliatieve sedatie" in de praktijk geëvalueerd? Zo ja, wanneer kan de Kamer de resultaten van de evaluatie tegemoet zien? Zo nee, waarom niet?

Het is van belang dat er meer inzicht wordt verkregen in de praktijk van palliatieve sedatie. Daarom kan ik mij voorstellen dat op termijn – als de richtlijn enige tijd in de praktijk wordt gehanteerd – de werking van de richtlijn nader wordt onderzocht.

25. Hoe wordt in de praktijk bereikt dat de "palliatieve sedatie" een keuze is naast die van euthanasie in plaats van een alternatief voor euthanasie?

De KNMG-richtlijn draagt in belangrijke mate bij aan het creëren van helderheid over palliatieve sedatie. De richtlijn biedt een duidelijk kader voor het handelen van artsen en verpleegkundigen. Ook levert de richtlijn een positieve bijdrage aan het maatschappelijke debat en de kennis hier over.

In de richtlijn zelf wordt bovendien veel aandacht geschonken aan het overleg met de patiënt en het omgaan met de naasten. Tijdig en helder communiceren over het naderende overlijden is daarbij cruciaal.

Vragen SP-fractie

26. Kan een overzicht worden gegeven van het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding per jaar vanaf 2002?

2002: 1882 meldingen: 1672 euthanasie, 184 hulp bij zelfdoding, 26 combinatie van beide

2003: 1815 meldingen: 1626 euthanasie, 148 hulp bij zelfdoding, 41 combinatie van beide

2004: 1886 meldingen: 1714 euthanasie, 141 hulp bij zelfdoding, 31 combinatie van beide

2005: 1933 meldingen: 1765 euthanasie, 143 hulp bij zelfdoding, 25 combinatie van beide

27. Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist, een arts en een ethicus. Voldoet deze samenstelling nog steeds. Wat is uw oordeel over het opnemen van een verpleegkundige?

De commissies geven aan dat de gezamenlijke deskundigheid van een jurist, een arts en een ethicus voldoet voor het beoordelen van de meldingen op zorgvuldigheid van het handelen van de arts in kwestie. De expertise van een verpleegkundige wordt voor de toetsing van de zorgvuldigheidscriteria niet gemist.

28. Hoeveel meldingen zijn er in 2005 gedaan van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek aan de officiers van justitie?

In het bedrijfsprocessensysteem COMPAS van het Openbaar Ministerie kunnen gevallen van levensbeëindiging niet op verzoek, niet als een afzonderlijke categorie strafbare feiten worden geregistreerd, zodat exacte gegevens hierover ontbreken.

Gevallen van levensbeëindiging niet op verzoek moeten door de parketten echter wel aan het College van procureurs-generaal worden gemeld. In 2005 heeft het College zich gebogen over 6 van dergelijke gevallen van levensbeëindiging. In slechts een van deze gevallen betrof het overigens een feit uit 2005.

29. Op welke wijze wordt het SCEN-project gefinancierd en voldoet deze financiering?

De KNMG heeft een subsidiebeschikking ontvangen voor de uitvoering van het SCEN-project tot en met 2008. SCEN wordt in 2007 geëvalueerd. Deze evaluatie dient mede om het jaarlijkse subsidieniveau vast te stellen, waarbij het uitgangspunt het subsidieniveau van 2008 is. De KNMG en het Ministerie van VWS hebben besloten om reeds eind 2006 de gesprekken daarover te starten.

30. Het is nog niet gebleken of de meldingsbereidheid is toegenomen. ZonMw heeft opdracht gekregen onderzoek te doen naar de praktijk van medische beslissingen aan het einde van het leven. Zal het onderzoeksrapport eind 2006 gereed zijn en is er al een tussenrapportage van het CBS-deel? Wordt hierin ook gevraagd naar de ervaringen van artsen met de toetsingscommissies? Worden in het onderzoek ook de langetermijneffecten van euthanasie in cultureel, sociologisch en psychologisch opzicht bekeken?

Zie mijn antwoord op vraag 16. Er is nog geen tussenrapportage van het CBS-onderzoek.

31. Er is een KNMG richtlijn palliatieve sedatie. Hoe wordt deze richtlijn opgevolgd? Indien meer morfine wordt toegediend om sneller te overlijden is dat volgens de richtlijn geen palliatieve sedatie ofwel normaal medisch handelen. Is hier dan wel sprake van euthanasie al dan niet op verzoek? Hoe vaak komt dit voor en zouden deze gevallen gemeld moeten worden bij de toetsingscommissies? Wat wordt er gedaan om het melden van levensbeëindiging niet op verzoek regel te maken?

De KNMG-commissie van de richtlijn palliatieve sedatie heeft zich op het standpunt gesteld, dat het inzetten c.q. verhogen van opioïden, zoals morfine, of andere niet primair sederende middelen met als impliciet of expliciet doel om sedatie te bewerkstelligen, niet als palliatieve sedatie kan worden beschouwd. De commissie beschouwt dit als oneigenlijk gebruik van deze middelen. Tegelijkertijd heeft de commissie gezegd dat afwijken van de richtlijn mag, mits de arts dat onderbouwt en documenteert. De commissie heeft zich niet uitgesproken hoe dat handelen dan getypeerd zou moeten worden. Palliatieve sedatie is een vorm van normaal medisch handelen en hoeft daarom niet te worden gemeld.

32. Hoeveel meldingen hebben de commissies ontvangen van euthanasie bij patiënten met dementie?

De commissies hebben drie meldingen ontvangen van euthanasie bij patiënten met dementie.

33. Bestaat er inzicht in de ontwikkeling in meldingsbereidheid van respectievelijk huisartsen, medisch specialisten en verpleeghuisartsen? Kan een overzicht worden gegeven van de meldingen van respectievelijk huisartsen, specialisten en verpleeghuisartsen vanaf 2002?

Er bestaat op dit moment geen inzicht in de ontwikkeling in meldingsbereidheid van respectievelijk huisartsen, medisch specialisten en verpleeghuisartsen. Hieronder wordt een overzicht weergegeven van de meldingen, die door de verschillende artsen zijn gedaan:

2002: 1633 maal huisarts, 207 maal specialist, 42 maal verpleeghuisarts

2003: 1558 maal huisarts, 214 maal specialist, 43 maal verpleeghuisarts

2004: 1646 maal huisarts, 188 maal specialist, 52 maal verpleeghuisarts

2005: 1697 maal huisarts, 170 maal specialist, 66 maal verpleeghuisarts

34. In hoeveel gevallen van het totale aantal meldingen zat iemand niet in de stervensfase? Zijn er ook gevallen gemeld waarbij sprake was van uitzichtloos psychisch lijden zonder dat er sprake was van een dodelijke afloop?

Uit de wetgeschiedenis en uit jurisprudentie (Chabotarrest) wordt afgeleid dat er voor een gerechtvaardigde levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding door een arts niet onder alle omstandigheden sprake hoeft te zijn van een patiënt die verkeert in de stervensfase. Desalniettemin hebben veruit de meeste patiënten in de meldingen bij de toetsingcommissies een door de arts ingeschatte levensverwachting van niet meer dan twee weken.

De toetsingscommissies toetsen meldingen van euthanasie achteraf. Dit betekent dat de arts melding doet van euthanasie, wanneer hij of zij de euthanasie heeft toegepast en er dus sprake is van een dodelijke afloop.

35. In vrijwel alle gevallen oordeelden de commissies dat zorgvuldig was gehandeld. Zijn hier in een aantal gevallen aantekeningen bij gemaakt? Zo ja, kan hierop toelichting worden gegeven?

In een aantal gevallen komt de toetsingscommissie pas tot het eindoordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, nadat de commissie de arts of consulent heeft verzocht om zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen. Bij de publicatie van de geanonimiseerde oordelen van de commissies op de website worden deze oordelen apart gemarkeerd. Uit de tekst van het oordeel is dan per casus op te maken wat de vraagpunten waren van de betreffende commissie en hoe deze door de arts of consulent werden beantwoord.

36. Een wilsverklaring is niet verplicht. Erkent u dat een wilsverklaring meegewogen moet worden maar nooit in de plaats kan komen van een mondeling verzoek? Eerder is subsidie toegekend voor een onderzoek naar wilsverklaringen, zijn de resultaten hiervan al bekend en zo neen, wanneer wel?

Het uitgangspunt is dat een mondeling verzoek voldoende is. Een schriftelijke vastlegging van het verzoek kan als ondersteuning dienen. In uitzonderlijke gevallen is het voorstelbaar dat een schriftelijke verklaring volstaat (zie casuïstiek bij het antwoord op vraag 38). Het onderzoek naar wilsverklaringen zal worden afgerond in 2009.

37. In casus 4 komt de commissie tot het oordeel dat zorgvuldig is gehandeld. In deze casus gaat het om het vooruitzicht op uitzichtloos en ondraaglijk lijden, er is dus nog geen sprake van ondraaglijk lijden, behalve het lijden aan dat vooruitzicht. Zou hier het oordeel van de Procureur-Generaal niet gewenst zijn? In deze casus heeft de arts twee consulenten geraadpleegd waaronder een ouderenpsychiater. Bent u van mening dat in dit soort gevallen uiterst terughoudend moet worden gehandeld en een driedubbele check (zoals hier is gebeurd) verplicht zou moeten worden. Zo ja, gaat u er zorg voor dragen dat dit in de richtlijnen wordt opgenomen?

In de betreffende casus komt de commissie tot het oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Dat betekent dat gelet op de feiten en omstandigheden de commissie onder meer van oordeel is dat de arts tot de overtuiging

kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en dat het lijden van de patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte zowel uit haar ADL afhankelijkheid en verlies van lichaamsfuncties als onder haar verlies van cognitieve functies.

Wanneer de arts van mening is dat sprake is van ondraaglijk lijden - juist in situaties waarin geen of minder relevante somatische klachten bestaan - is het belangrijk dat één of meer deskundigen worden geraadpleegd en dat de beoordeling van deze deskundige(n) op schrift staat. Te denken valt aan het inschakelen van een psychiater of een geriater in aanvulling op het consulteren van een collega-arts. Dit hebben de commissies in hun jaarverslag over 2004 ook aangegeven. Verdere vastlegging in regelgeving van soortgelijke procedures vind ik niet wenselijk. Van de arts mag verwacht worden dat deze voldoende deskundigheid inroept om de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden vast te stellen.

38. Het criterium van de ondraaglijkheid van het lijden kan aanleiding geven tot dilemma's zoals bij patiënten met de ziekte van Alzheimer. Bent u van mening dat alleen in het beginstadium van deze ziekte, wanneer de patiënt nog beschikt over voldoende wilsbekwaamheid, het indenkbaar is een verzoek in te willigen?

Volgens artikel 2 lid 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding kan een arts ook gevolg geven aan een verzoek om levensbeëindiging van een patiënt van zestien jaren of ouder ook gevolg geven, indien deze niet in staat is zijn wil te uiten. Deze patiënt moest dan voordat hij of zij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat worden geacht en een schriftelijke wilsverklaring hebben opgesteld waarin dit verzoek werd vastgelegd.

In het beginstadium van dementie is het mogelijk om met hulp van meerdere specialisten, zoals een ouderenpsychiater vast te stellen of patiënt wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Het is denkbaar dat patiënten in een vergevorderd stadium van dementie over een schriftelijke wilsverklaring beschikken die door hen is opgesteld in een periode waarin zij nog wilsbekwaam waren. Deze patiënten kunnen geconfronteerd worden zowel met somatisch ondraaglijk lijden, als met lijden onder hun dementie (bijvoorbeeld zich angstig en onbegrepen voelen). Op grond van de wet is het mogelijk en dat een arts tot levensbeëindiging op verzoek overgaat. Totnogtoe heeft zich echter niet eerder een dergelijke melding voorgedaan.

De toetsingscommissies zullen dan beoordelen of de arts aan de verschillende zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Iedere casus wordt op eigen merites beoordeeld.

39. Het bieden van goede palliatieve zorg staat centraal voordat euthanasie aan de orde is. Bent u van mening dat de kennis van de Nederlandse arts over palliatieve zorg inmiddels voldoende is? Zo neen, wat gaat u daaraan doen?

Zie mijn antwoord op vraag 23.

40. Zijn er voldoende SCEN-artsen om in alle gevallen de consultatie te kunnen doen? Hoe vaak week de mening van de SCEN-arts af van de arts en op grond van welke criteria? In welke percentage vond de SCEN-arts dat er aan één van de eisen nog niet was voldaan?

Gemiddeld genomen voert iedere SCEN-arts tussen de vier en de zes consultaties uit per jaar. Het geschatte aantal SCEN-consultaties op jaarbasis bedraagt tussen 2600 en 3000. Daarnaast verstrekken de SCEN-artsen per jaar ook nog eens tussen de 1000 en 1100 maal een telefonisch advies. Er zijn - op een enkele regio na - geen signalen dat er onvoldoende SCEN-artsen zijn. Daar waar dat wel het geval is wordt actief geworven. Het beoogde totale aantal SCEN-artsen bedraagt ongeveer 650. Het is de verwachting dat na het realiseren van de uitbreiding naar de ziekenhuizen en verpleeghuizen de oproepen zo veel als mogelijk kunnen worden beantwoord. Het is overigens geen wettelijke verplichting een SCEN-arts in te schakelen. Er kunnen omstandigheden zijn

waardoor het niet mogelijk is om een SCEN-arts in te schakelen. Uitgangspunt voor een consultatie is deskundigheid en onafhankelijkheid van de arts die de consultatie uitvoert. In 74% van de consultaties door SCEN-artsen is de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, in 20% is de conclusie dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en in 6% is het oordeel van de SCEN-arts dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Wanneer er (nog) niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen was dat omdat er geen sprake was van ondraaglijk lijden en/of een weloverwogen verzoek of omdat er nog andere mogelijkheden waren.

41. Voor de commissies is niet altijd duidelijk welk traject zich in een dergelijk geval na de consultatie heeft afgespeeld. Gaat u regelen dat de artsen verplicht worden duidelijk vast te leggen wat zich heeft afgespeeld nadat een consulent tijdens het bezoek aan de patiënt constateert dat aan één van de eisen nog niet wordt voldaan, evenals in welke gevallen een tweede consultatie nodig is?

Ik zie het niet als wenselijk om de administratieve lasten voor artsen te vergroten. Indien de commissie in een individueel geval behoefte heeft aan aanvullende informatie zal de commissie dit verzoek doen aan de betreffende arts.

42. Casus 8 is ter kennis gebracht aan het College van het Procureurs-Generaal en de Inspectie. Wat was het oordeel van beiden?

Zie mijn antwoord op vraag 11.

Vragen ChristenUnie-fractie

43. Er is sprake van een lichte stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Wat is hiervan de oorzaak?

Zie mijn antwoord op vraag 6.

44. Verwacht u dat de KNMG richtlijn palliatieve sedatie zal leiden tot een daling van het aantal gevallen van euthanasie?

Zoals beschreven in de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie is het doel van palliatieve sedatie het verlichten van het lijden van de patiënt in de stervensfase van diens leven. Het verlagen van het bewustzijn is een middel om ernstig lijden te verlichten. Het doel van palliatieve sedatie is dus niet het leven te bekorten. Alleen voor zover een patiënt de in de richtlijn palliatieve sedatie genoemde refractaire symptomen heeft met de genoemde korte levensverwachting, kan gesproken worden van een alternatief voor euthanasie. Of in de concrete situatie van een patiënt palliatieve sedatie mogelijk een alternatief is voor euthanasie of voor hulp bij zelfdoding als middel om lijden tegen te gaan staat ter beoordeling van patiënt en arts samen. De vraag of in de praktijk in bovengenoemde situaties vaker voor palliatieve sedatie zal worden gekozen dan voor euthanasie is daarom niet te beantwoorden.

45. Hoe wordt door artsen en toetsingscommissies omgegaan met palliatieve sedatie als redelijke andere oplossing in de zin van de wet?

Alleen in het geval dat er door arts en patiënt is besloten om over te gaan tot levensbeëindiging op verzoek danwel tot hulp bij zelfdoding wordt er melding gedaan bij de toetsingscommissies. Uit de meldingen blijkt regelmatig dat patiënt palliatieve sedatie als optie expliciet afwijst, bijvoorbeeld omdat de patiënt de laatste dagen wil blijven communiceren met de naasten en daarom niet in een situatie van verlaagd bewustzijn wil komen of omdat de patiënt niet wil sterven in geseedeerde toestand.

46. In 2005 hebben de commissies enkele meldingen ontvangen van euthanasie bij een patiënt met dementie. In deze gevallen betrof het patiënten in een relatief vroeg stadium van de ziekte (blz. 9). Om hoeveel meldingen gaat het hier?

Zie mijn antwoord op vraag 32.

47. In casus 7 wordt een situatie beschreven waarin de consulent van mening is dat er nog mogelijkheden zijn voor verdere sedatie en behandeling. De arts besloot zonder andere palliatieve mogelijkheden te beproeven toch tot euthanasie over te gaan. Er vond geen tweede consultatie plaats. Hoe kan de commissie op basis van deze gegevens toch tot de conclusie komen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan?

In algemene zin geldt dat de meldend arts verantwoordelijk is voor het voldoen aan de zorgvuldigheidseisen. Wanneer de arts en de consulent een verschil van mening hebben moet de arts uiteindelijk zijn eigen beslissing nemen. Dat is in deze casus ook gebeurd. De arts heeft - ook na nadere vragen van de commissie - gemotiveerd waarom hij van mening was dat verdere palliatie in deze concrete situatie niet aan de orde was. De commissie was van oordeel dat de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld.

48. De consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van de behandelend arts en de patiënt. Is het om alle twijfel weg te nemen niet beter om vast te leggen dat een arts die in een HOED-constructie samenwerkt met de behandelend arts niet als consulent mag functioneren?

In de praktijk worden commissies geconfronteerd met verschillende verschijningsvormen van zogenaamde HOED-constructies. De commissies maken in de hen gemelde gevallen de afweging welke van deze constructies inderdaad de onafhankelijkheid in het geding brengen en welke niet. Dit is afhankelijk van de concrete feiten en omstandigheden van de melding. Aangezien het moeilijk is op voorhand en in meer algemene zin aan te geven of de onafhankelijkheid al dan niet in het geding is, is een vastlegging zoals hier bedoeld niet gerechtvaardigd.

49. Hoe kan met zekerheid worden vastgesteld dat een consulent onafhankelijk is, indien de consulent niet verplicht is om in de verslaglegging in te gaan op zijn relatie tot arts en patiënt?

De commissies beoordelen altijd of de arts die wordt geraadpleegd onafhankelijk is ten opzichte van de meldend arts. Het is daarom wenselijk dat de consulent uitdrukkelijk ingaat op zijn verhouding tot de behandelend arts en de patiënt. Dit is in de checklist consultatieverslag euthanasie en hulp bij zelfdoding ook aangegeven. Wanneer de commissies daartoe aanleiding zien kunnen zij de arts en de consulent nadere vragen stellen.

50. Wat wordt bedoeld met de opmerking dat handhaving van het kwaliteitsniveau van verslaglegging door SCEN-consulenten een punt van blijvende aandacht moet blijven? Betekent dit dat er sprake is van een verslechtering van de kwaliteit van de verslaglegging door SCEN-consulenten?

De verslaglegging door SCEN-artsen was vanaf het begin in het algemeen van uitstekend niveau. Ten opzichte van eerdere jaren zien de commissies nu vaker verslagen die niet datzelfde kwaliteitsniveau hebben. Juist omdat de verslaglegging van de consulent voor het oordeel van de commissie van groot belang is, is het belangrijk dit te signaleren. De KNMG heeft daarom bij het uitkomen van het jaarverslag alle SCEN-artsen per brief geattendeerd gezamenlijk de kwaliteit van de consultatie en de verslaglegging te bewaken. Ook is aangegeven op welke (individuele) punten er verbeteringen kunnen

worden gemaakt. Daarnaast is in de SCEN-nieuwsbrief aandacht geschonken aan het optimaliseren van de verslaglegging.

Vragen SGP-fractie

51. Zijn er in 2005 bij de commissies gevallen gemeld van levensbeëindiging niet op verzoek? Wordt een dergelijk dossier meteen doorgestuurd naar de officier van justitie? Hoe wordt door de officier van justitie omgegaan met alle gevallen van levensbeëindiging niet op verzoek die op deze of andere wijze tot hem zijn gekomen? Zijn er in dit jaar dergelijke gevallen voor de rechter geweest? Wat welk oordeel heeft u daarover?

Wanneer de commissies een melding van levensbeëindiging niet op verzoek ontvangen, wordt de melding teruggezonden aan de gemeentelijk lijkschouwer met het verzoek de melding door te geleiden aan de officier van justitie.

In de Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek zijn ook de procedureafspraken binnen het Openbaar Ministerie vastgelegd met betrekking tot gevallen van levensbeëindiging niet op verzoek. In één geval is een arts vorig jaar in hoger beroep vrijgesproken. In twee gevallen loopt nog een gerechtelijk vooronderzoek dat vorig jaar is geopend.

52. Volgens het jaarverslag is het bij de plaatsing van de oordelen van de commissies op internet moeilijk om de informatiewaarde te behouden zonder herleidbare gegevens te vermelden. Betekent dit gegeven dat ook de oordelen van de commissies zoals die aan de artsen, het Openbaar Ministerie en de Inspectie worden gestuurd minder informatiewaarde hebben dan in andere jaren of worden er twee (op onderdelen verschillende) oordelen gemaakt over dezelfde zaak?

Voorafgaand aan de publicatie van de oordelen wordt per oordeel de bedoelde afweging gemaakt over informatiewaarde en herleidbaarheid. Deze afweging leidt er in alle gevallen toe - om herleidbaarheid te voorkomen - dat specifieke gegevens en data uit het oorspronkelijke oordeel worden verwijderd. De oordelen die aan de artsen en aan het College van procureurs-generaal en IGZ worden gestuurd, zijn de oorspronkelijke oordelen en behouden daarmee alle informatiewaarde.

53. Op welke manier gaan de toetsingscommissies om met meldingen waarvan blijkt dat er sprake is van palliatieve sedatie? Wordt er wel een vergelijkbaar en even grondig onderzoek gedaan als bij gevallen waarbij wel sprake is van euthanasie? Met andere woorden, wordt de zaak eerst grondig bekeken voordat er een onbevoegdverklaring plaatsvindt of wordt een dergelijk oordeel gegeven naar aanleiding van een marginale toetsing?

In het antwoord op vraag 45 komt palliatieve sedatie in relatie tot euthanasie ook aan de orde.

Palliatieve sedatie valt onder normaal medisch handelen en behoort daarmee tot het medisch domein. Daarmee valt palliatieve sedatie niet binnen de bevoegdheid van de toetsingscommissies om te beoordelen. Om te kunnen beoordelen of de melding toch betrekking heeft op palliatieve sedatie, zal de betreffende commissie de melding inhoudelijk nader moeten bekijken.

Indien sprake is van palliatieve sedatie - en niet van euthanasie of hulp bij zelfdoding - zal de betreffende commissie zich onbevoegd verklaren voor deze melding.

De commissie komt aldus niet toe aan het toetsen van de zorgvuldigheidseisen. De melding zal worden teruggestuurd naar de lijkschouwer.

54. In het jaarrapport 2004 is bij het thema "Euthanasie en dementie" gesteld dat "In algemene zin kan niet worden gesteld dat euthanasie bij patiënten met de ziekte van

Alzheimer altijd in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen kan worden uitgevoerd." (blz. 9/2004) Een jaar later stelt het rapport "In algemene zin moet worden gezegd dat euthanasie bij dementiepatiënten niet snel in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen kan worden uitgevoerd." (blz. 9/2005) Kan uit het verschil in formulering (niet ... altijd / niet snel) de conclusie worden getrokken dat de toetsingscommissies kritischer zijn geworden over euthanasie bij demente patiënten? Wat is uw oordeel hierover?

De commissies zijn en blijven onverminderd kritisch in de beoordeling van alle meldingen die zij ontvangen, ook wanneer dat meldingen betreft over patiënten met dementie.

55. Bent u van mening dat in casus 7 het meer voor de hand had gelegen om de beschikbare redelijke alternatieven te gebruiken in plaats van over te gaan tot euthanasie? Wat is in een dergelijk geval de waarde van het negatieve advies van de consulent? Moet juist vanwege zijn onafhankelijkheid daar niet meer bij worden aangesloten?

Zie mijn antwoord op vraag 47.

56. Mocht er nog eens een casus voorkomen die vergelijkbaar is met casus 9, zou er in dat geval door het College van procureurs-generaal en de Inspectie strenger opgetreden worden, omdat het nu voor iedereen duidelijk kan zijn dat een zo nauwe relatie met de patiënt bij euthanasie ongewenst is? Wat is in het algemeen de rol van goede intenties bij een arts die zich niet aan de zorgvuldigheidseisen houdt?

Het Openbaar Ministerie dient ieder geval op zijn eigen merites te bezien. Overigens was in casus 9 het gebrek in de consultatie niettemin aanleiding voor het College deze zaak te seponeren. Het bestaan van een persoonlijke band met de patiënt heeft er in dit geval niet aan in de weg gestaan dat de arts, afgezien van de consultatie, conform de zorgvuldigheidseisen te werk is gegaan.

De arts wordt beoordeeld op de zorgvuldigheid van zijn of haar handelen. De intenties van de arts staan hier los van.

57. Wat is uw mening over de stelling dat het niet gewenst is om de consultatie te laten plaatsvinden door een arts uit hetzelfde ziekenhuis of uit dezelfde dienstenstructuur? Waarom is er hiervoor geen verbod?

Van belang is dat van een arts die als onafhankelijk arts wordt geraadpleegd helder is in welke verhouding hij staat tegenover de behandelend arts en de patiënt. Om die reden is het zeer wenselijk dat de geraadpleegde arts in zijn verslag zelf aangeeft hoe deze verhouding in het concrete geval is. Het gaat te ver om hier een verbod in algemene zin te stellen.

Wel is van belang dat zowel de meldend arts als de geraadpleegde arts zich bewust zijn van de vereiste onafhankelijkheid en dat ook inzichtelijk maken.

58. Wat is de stand van zaken bij casus 8? Kan eveneens worden aangegeven wat de huidige stand van zaken is bij de in vraag 32 van de vragenlijst over het jaarverslag 2004 (29800 XVI, nr. 200, blz. 12) genoemde casusposities 5 en 15?

Voor de stand van zaken bij casus 8 zie mijn antwoord op vraag 11.

In casus 5 heeft het College van procureurs-generaal besloten tot sluiting van het gerechtelijk vooronderzoek en tot uitreiking aan de arts van een kennisgeving voorwaardelijke niet-verdere vervolging, onder de voorwaarde dat de arts zich binnen een periode van twee jaar niet opnieuw schuldig maakt aan een soortgelijk feit. De IGZ heeft in casus 5 een tuchtklacht tegen de arts ingediend bij het regionaal tuchtcollege. Het regionaal tuchtcollege, dat op 16 februari 2006 uitspraak heeft gedaan, heeft de arts berispt en heeft bepaald dat deze uitspraak geheel in de Nederlandse Staatscourant

wordt bekendgemaakt. Daarnaast zal de uitspraak ter publicatie worden aangeboden aan Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en de Gezondheidszorg Jurisprudentie. Verweerder in deze zaak heeft hoger beroep ingesteld bij het Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

Ten aanzien van casus 15 heeft het Openbaar Ministerie de zaken tegen de bij dit euthanasiegeval betrokken artsen geseponeerd. De IGZ heeft tegen de arts een tuchtklacht ingediend. Het regionaal tuchtcollege, dat op 18 mei 2006 uitspraak heeft gedaan, heeft de arts berispt en heeft bepaald dat deze uitspraak in zijn geheel in de Nederlandse Staatscourant wordt bekendgemaakt (Stc. 7 juli 2006, nr. 130/pag. 12). Daarnaast zal de uitspraak ter publicatie worden aangeboden aan Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en de Gezondheidszorg Jurisprudentie.

59. In het algemeen blijft de regering verantwoordelijk voor de zorgvuldige uitvoering van de wet, hoewel het oordeel feitelijk wordt gegeven door de toetsingscommissies. Hoe gaat u om met de oordelen die door de toetsingscommissies zijn gegeven? Worden er wel eens steekproeven gehouden door individuele dossiers op te vragen om op die manier na te gaan of u de wijze waarop de wet wordt uitgevoerd nog steeds verantwoord vindt? Zo neen, kan er dan (alsnog) in het kader van de evaluatie van de wet aandacht aan worden gegeven?

De toetsingscommissies leggen door middel van het jaarverslag verantwoording af over hun handelen. Het jaarverslag geeft een helder overzicht van het aantal meldingen en een duidelijk inzicht in de werkwijze van de commissies. Ook wordt in het kader van de wetsevaluatie aandacht besteed aan de werkwijze van de toetsingscommissies.

60. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de evaluatie van de Euthanasiewet? Wanneer ontvangt de Kamer deze evaluatie en het regeringsstandpunt?

Zie mijn antwoord op vraag 16.