

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

**Bezoekadres:**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**

114509-103143-PG

**Bijlage(n)**

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

Datum 22 mei 2013  
Betreft Standpunt op evaluatie Euthanasiewet

Geachte voorzitter,

Hierbij doen wij u ons standpunt toekomen op de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet). Dit rapport, dat wij uw Kamer stuurden op 18 december 2012<sup>1</sup>, bevat de resultaten van de tweede evaluatie van de Euthanasiewet. VWS heeft ZonMw opdracht gegeven dit evaluatieonderzoek uit te laten voeren. Het is verricht in de periode juli 2011 tot en met december 2012 in een samenwerkingsverband tussen onderzoekers uit het Erasmus MC te Rotterdam, het AMC te Amsterdam, het VUmc te Amsterdam, het UMC Utrecht, en het UMC Groningen. Wij willen de onderzoekers hartelijk danken voor het kwalitatief hoogstaande evaluatierapport dat zij hebben opgeleverd. Het rapport geeft veel informatie over de huidige situatie en bevat enkele zeer waardevolle aanknopingspunten voor verdere verbetering van de praktijk van levensbeëindiging op verzoek<sup>2</sup>. Het volgen van de praktijk op dit zowel nationaal als internationaal gevoelige onderwerp heeft grote waarde. Daarom achten wij het van belang hier meteen al aan te geven dat wij ons aansluiten bij de aanbevelingen van de onderzoekers om dit evaluatieonderzoek ook in de toekomst te blijven uitvoeren.

### **Inleiding**

De Euthanasiewet, die in 2002 in werking is getreden, heeft tot doel de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen door artsen te vergroten en biedt een wettelijk kader voor het afleggen van verantwoording over dat handelen. Evenals na de eerste evaluatie in 2007 kan ook ditmaal worden geconcludeerd dat de Euthanasiewet in hoge mate voldoet aan de doelen van maatschappelijke controle van levensbeëindiging op verzoek, het vergroten van transparantie en het bieden van rechtszekerheid aan artsen. Wij zijn dan ook tevreden dat uit deze evaluatie over het algemeen een positief beeld naar voren komt. Uit de evaluatie kan worden geconcludeerd dat de wet in zijn algemeenheid door artsen goed wordt nageleefd. De evaluatie geeft daarmee beperkte aanleiding tot wijzigingen in beleid. Wel blijven er belangrijke punten van aandacht. Deze hangen met name

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2012-2013, 31 036, nr. 6.

<sup>2</sup> Waar levensbeëindiging op verzoek of euthanasie wordt genoemd, wordt ook bedoeld hulp bij zelfdoding.

samen met kennis, informatie en uitleg van de wet. Zo blijven aandachtspunten de kennis van (aankomende) artsen over de wet en over de toe te passen middelen. Daarnaast benoemen de onderzoekers een aantal aandachtspunten voor de Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's): de werklast van de Rte's, de educatieve en rechtsvormende functie van de Rte's en de bevinding dat de opvattingen van de Rte's niet altijd helemaal synchroon lopen met de standpunten en richtlijnen van de wetenschappelijke en beroepsorganisaties. Ook vragen de onderzoekers aandacht voor het nauwgezet blijven volgen van de huidige praktijk en nieuwe initiatieven daarbinnen. Daarom zal het kabinet de komende periode inzetten op zowel goede informatievoorziening als ook op het in gesprek blijven over de inhoud van de wet. Dit zal er hopelijk toe leiden dat bij een volgende evaluatie de volgende verbeteringen kunnen worden gesignaleerd: een verdere verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Rte's, een toename van de kennis van (aankomende) artsen op de gebieden die nu nog verbetering behoeven en een verdieping van het maatschappelijk debat over de inhoud van de wet.

In deze brief zullen wij allereerst kort de wet toelichten en de huidige praktijk uiteenzetten. Vervolgens zullen wij ingaan op enkele resultaten uit het Sterfgevallenonderzoek<sup>3</sup> (SGO) dat wij uw Kamer op 10 juli 2012 hebben doen toekomen. Hierover hebben wij destijds reeds aangegeven dat wij de resultaten zouden betrekken bij ons standpunt dat wij u door middel van deze brief doen toekomen. In het vervolg van deze brief zullen wij ingaan op een aantal specifieke onderwerpen die in het afgelopen jaar in uw Kamer zijn behandeld, zoals de Levensindekliniek en het burgerinitiatief "Legalisatie stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten". Ten slotte zullen wij ons standpunt beschrijven op de aanbevelingen die de onderzoekers doen in het evaluatierapport.

## **De wet en de praktijk**

### *Achtergrond*

Op grond van de Euthanasiewet is levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts die handelt overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, niet strafbaar. In het Wetboek van Strafrecht is een bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen voor de arts die voldoet aan wettelijke zorgvuldigheidseisen. Enkele belangrijke eisen zijn dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen moet zijn, en dat het lijden van de verzoeker uitzichtloos en ondraaglijk is.

Op de arts rust de verantwoordelijke taak om het verzoek tot levensbeëindiging te beoordelen en dit verzoek – mits aan de criteria is voldaan – zorgvuldig uit te voeren, na consultatie door een onafhankelijk arts. De arts kan zich op de bijzondere strafuitsluitingsgrond beroepen als hij of zij dit handelen meldt en zijn handelen als zorgvuldig wordt beoordeeld door regionale toetsingscommissies.

De wettelijke zorgvuldigheidseisen vormen de basis voor het toetsingskader voor artsen, juristen en ethici. Bij levensbeëindiging op verzoek staan de zorgvuldigheid van zowel besluitvorming (inclusief consultatie) als procedure en uitvoering centraal.

---

<sup>3</sup> Voor het SGO hebben de onderzoekers samengewerkt met het Centraal Bureau voor de Statistiek.

### *Doelbereiking van de wet*

De wetgever had met de totstandkoming van de wet een aantal doelen voor ogen. Ten eerste het vergroten van de rechtszekerheid van artsen. Bij rechtszekerheid gaat het om duidelijkheid over wat de wet zegt en om wat eenieder die erbij betrokken is, kan verwachten aan controle, handhaving en sanctionering. Van belang is hoe artsen de rechtszekerheid van het systeem ervaren. Ervaren rechtszekerheid bij artsen en artsenorganisaties heeft een positief effect op de meldingsbereidheid en dus op de toetsbaarheid van meldingen.

Dit laatste hangt nauw samen met het tweede doel van de wet: transparantie van de praktijk en maatschappelijke controle. Het meldingspercentage is hiervoor een indicatie. Dit percentage is aanzienlijk gestegen tussen 2001 (54 procent) en 2005 (80 procent) en is nu gestabiliseerd op 77 procent in 2010. In de grote meerderheid van gevallen die niet werden gemeld, diende de arts andere middelen toe dan euthanatica en was volgens de arts ook geen sprake van actieve levensbeëindiging. Hierop zullen wij later nog ingaan. Wij vinden het bemoedigend te kunnen concluderen dat wanneer artsen menen dat er sprake is van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding er vrijwel altijd melding plaatsvindt bij de toetsingscommissies. Het achterwege laten van een melding wordt vrijwel altijd veroorzaakt doordat de arts de desbetreffende handelwijze niet zag als een vorm van levensbeëindiging. De jaarverslagen van de toetsingscommissies en de publicatie van geanonimiseerde oordelen op de website dragen verder bij aan transparantie en maatschappelijke controle.

Een derde doel van de wet is het waarborgen, bewaken en bevorderen van de kwaliteit en zorgvuldigheid van medische beslissingen ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek. Deze cruciale zorgvuldigheid wordt mede gewaarborgd door de consultatie vooraf en de toetsing door de toetsingscommissie achteraf. Uit de evaluatie blijkt dat bij de gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek artsen vrijwel altijd de zorgvuldigheidseisen naleven.

### **Resultaten uit het Sterfgevallenonderzoek**

In het rapport van het vijfde landelijke SGO is een overzicht gegeven van de belangrijkste kenmerken van de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2010. Hieronder lichten wij de gegevens en ontwikkelingen toe die volgens ons het meest van belang zijn voor de praktijk van levensbeëindiging in Nederland.

#### *Toename verzoeken om levensbeëindiging en ingewilligde verzoeken*

De frequentie van euthanasie werd in 2010 geschat op 2,8% van alle sterfgevallen. Hulp bij zelfdoding werd verleend in ongeveer 0,1% van alle sterfgevallen. Er werden in 2010 meer verzoeken om euthanasie gedaan dan in de periode van de voorgaande evaluaties en het kwam in een groter percentage van deze verzoeken tot uitvoering. De bevinding dat het percentage ingewilligde verzoeken in 2010 is gestegen in vergelijking met het vorige SGO is een aanwijzing dat artsen na 2005 bereidwilliger zijn geworden om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding in te willigen. Dit betreft nog steeds voornamelijk patiënten met kanker en een korte levensverwachting. Er is vooralsnog geen duidelijke verschuiving waarneembaar naar andere categorieën verzoekers zoals personen met dementie of ouderen zonder medisch grondlijden. De toename van het percentage ingewilligde verzoeken in relatie tot het beperkte aantal door de toetsingscommissie onzorgvuldig verklaarde meldingen geeft ons het beeld dat

artsen over de afgelopen jaren beter in staat waren om te beoordelen of een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kon worden gehonoreerd. Bij het beperkte aantal onzorgvuldig verklaarde meldingen (gemiddeld zeven per jaar) ging het in vrijwel alle gevallen om onzorgvuldigheden in de uitvoering of bij de consultatie en was voor het overige aan de voorwaarden voldaan.

De belangrijkste in het SGO genoemde redenen voor artsen om levensbeëindiging op verzoek uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen waren de constatering dat er voor de patiënt geen uitzicht op verbetering of zinvolle behandeling meer mogelijk was, ernstige symptomen, en het verlies van waardigheid. Hiernaast speelt uiteraard de wens van de arts om de patiënt te helpen en het feit dat levensbeëindiging de enige manier is om de patiënt verder uitzichtloos en ondraaglijk lijden te besparen. De genoemde redenen om niet tot uitvoering van een verzoek over te gaan waren in iets minder dan de helft van de gevallen dat de patiënt al was overleden voordat het tot inwilliging kon komen; in een derde van de gevallen was volgens de arts niet aan de zorgvuldigheidseisen voldaan, in 13% trok de patiënt het verzoek weer in en in 8% had de arts persoonlijke bezwaren of kwam men niet tot uitvoering vanwege het beleid van de instelling waar de patiënt verbleef. Dit laatste percentage achten wij van belang in verband met de maatschappelijke discussie over de (morele) verwijsplicht van artsen en de Levensbeïndekliniek waar wij later nog op terug zullen komen.

Opvallende bevindingen ten aanzien van andere medische beslissingen rond het levenseinde dan euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2010 zijn dat de frequentie van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt verder is gedaald (0,2% van alle sterfgevallen in 2010, ofwel 300 gevallen). De belangrijkste redenen voor dit levensbeëindigend handelen waren aanwezigheid van (ernstige) pijn en het ontbreken van uitzicht op verbetering. Veelal was de beslissing wel met de patiënt en met andere artsen besproken en in de meeste gevallen vond overleg met de familie plaats. De frequentie van intensivering van pijn- of symptoombestrijding met een mogelijk levensverkortend effect is toegenomen van 25 procent in 2005 naar 36 procent van alle sterfgevallen in 2010. In bijna de helft van deze situaties had de arts overleg gehad met de patiënt en in de overige gevallen bleek de patiënt veelal niet meer in staat zijn wil te uiten. In die situaties overlegde de arts in een ruime meerderheid van de gevallen met collega-artsen en / of vond overleg plaats met familie.

De absolute aantallen van levensbeëindiging op verzoek zijn weliswaar gestegen, maar aangezien de kenmerken van de betrokken patiënten niet belangrijk zijn veranderd, zijn er volgens de onderzoekers geen aanwijzingen voor een 'slippery slope'. De toename lijkt volgens hen vooral samen te hangen met een toename van het aantal verzoeken en een lichte toename van de bereidheid van artsen daarop in te gaan. Waardevol vinden wij voorts de observatie dat het aantal levensbeëindigingen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt weer verder is gedaald. Van belang is dat dit aantal nog verder afneemt, onder meer door te zorgen dat de kennis over medisch handelen aan het levenseinde toeneemt.

#### *Meldingsbereidheid van artsen*

Het meldingspercentage voor euthanasie en hulp bij zelfdoding was in 2010 naar schatting 77%. Dit is vergelijkbaar met 2005 toen het percentage 80% was. De toename gedurende de afgelopen jaren van het aantal bij de toetsingscommissies

gemelde gevallen is volgens de onderzoekers dan ook niet aan een toegenomen meldingsbereidheid van artsen toe te schrijven, maar aan een toename in het aantal uitgevoerde gevallen ten opzichte van het aantal verzoeken. Wanneer een euthanasie of hulp bij zelfdoding niet door de arts werd gemeld, was de reden vrijwel altijd dat de arts de desbetreffende handelwijze niet zag als een vorm van levensbeëindiging. Het kwam nog maar zelden voor dat artsen om andere redenen afzagen van melding. Niet-gemelde gevallen onderscheidden zich van gemelde gevallen doordat gebruik werd gemaakt van bijvoorbeeld morfine in plaats van de reguliere middelen die worden toegepast bij euthanasie. Uit het SGO blijkt dat deze gevallen zich het vaakst voordeden bij medisch specialisten en dat zij qua patiëntkenmerken veelal leken op gevallen van intensivering van pijn- of symptoombestrijding. Patiënten waren vaak wat ouder dan bij gemelde euthanasie of hulp bij zelfdoding, hadden vaker andere hoofddiagnosen dan kanker en hadden een levensverwachting die meestal beperkt was tot een week of minder. Uit het SGO blijkt ook dat artsen in de meeste gevallen een duidelijk onderscheid maken tussen aan de ene kant euthanasie en hulp bij zelfdoding en aan de andere kant levensbeëindiging zonder verzoek en intensivering van pijn- of symptoombestrijding. Als volgens de arts de morfine was toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde van een patiënt te bespoedigen, was de dosering volgens de arts niet altijd hoger dan nodig om pijn of symptomen te bestrijden. Daarmee staat niet vast dat er daadwerkelijk sprake was van levensbeëindigend handelen. Het doel van effectieve pijn- of symptoombestrijding door morfine bij patiënten die al in de stervensfase verkeren is in deze gevallen waarschijnlijk niet goed te onderscheiden van de verwachting of hoop dat het lijden van de patiënt niet onnodig lang duurt. De onderzoekers doen hierover een aanbeveling die hieronder zal worden besproken.

#### *Euthanasie en palliatieve sedatie*

Uit het SGO blijkt dat er een stijging is geweest van het aantal sterfgevallen waarbij continue diepe sedatie is toegepast: van 8,2% in 2005 naar 12,5% in 2010. Patiënten overleden vrijwel altijd binnen een week na de start van de sedatie. Een minderheid van de artsen gaf aan dat zij bij de toepassing van continue diepe sedatie rekening had gehouden met een mogelijk levensverkortend effect. Bespoediging van het levenseinde was vrijwel nooit het doel van continue diepe sedatie.

### **Actuele ontwikkelingen**

#### *De Levenseindekliniek*

De Levenseindekliniek is op 1 maart 2012 van start gegaan. Het oprichten van deze kliniek was volgens de oprichters een reactie op een signaal dat er patiënten zijn die hun verzoek om levensbeëindiging niet ingewilligd zien bij hun arts, terwijl wel zou zijn voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Tot begin maart 2013 zijn 26 meldingen van de Levenseindekliniek bij de Regionale toetsingscommissies euthanasie binnengekomen, die door de commissies nauwgezet zijn bekeken. Alle tot begin maart beoordeelde meldingen van artsen van de Levenseindekliniek zijn als zorgvuldig beoordeeld, hetgeen betekent dat de arts zich heeft gehouden aan alle wettelijke zorgvuldigheidscriteria. De onderzoekers doen de aanbeveling om de Levenseindekliniek te evalueren. Gezien het beeld dat uit de beoordeling van de tot nu toe ontvangen meldingen naar voren komt dat artsen zorgvuldig handelen, vinden wij het niet opportuun om een dergelijke evaluatie te initiëren.

### *Het burgerinitiatief Voltooid Leven*

'Uit Vrije Wil' is een initiatiefgroep die zich inzet voor de stervenshulpverlening aan ouderen met een naar hun mening voltooid leven. Doelstelling van het burgerinitiatief met de naam 'Voltooid Leven' is legalisatie van stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten, dit op hun uitdrukkelijk verzoek en onder voorwaarden van zorgvuldigheid en toetsbaarheid. Het burgerinitiatief beoogt om naast de huidige Euthanasiewet een nieuwe wet te introduceren die het mogelijk maakt een leven te beëindigen van iemand die 70 jaar of ouder is, weloverwogen en vrijwillig, waarbij een niet-medicus de hulp kan verlenen. Het initiatief is op 18 mei 2010 bij uw Kamer ingediend en op 8 maart 2012 heeft de behandeling van het burgerinitiatief plaatsgevonden, waarna de motie-Klijnsma c.s. (33 026, nr. 5) is aangenomen, die de regering oproept om in de kabinetsreactie op de wetsevaluatie ook het burgerinitiatief te betrekken. Door in deze brief in te gaan op het burgerinitiatief voldoen wij aan deze motie.

Het maatschappelijk debat wordt gevoerd over levenseindeproblematiek en hulp bij zelfdoding. Het aantal steunbetuigingen aan het initiatief laat duidelijk zien dat dit onderwerp leeft in de samenleving. Het burgerinitiatief brengt deze discussie onder de aandacht. Het wetsvoorstel van de initiatiefgroep behelst een wezenlijke uitbreiding van de groep personen die in aanmerking zou kunnen komen voor hulp bij zelfdoding. Daarnaast beperkt het wetsvoorstel het geven van hulp bij zelfdoding niet tot artsen. Dit betekent dat het wetsvoorstel een nieuw stelsel plaatst naast het huidige wettelijk kader.

De totstandkoming van de Euthanasiewet in 2002 was het wettelijke sluitstuk van een decennialange maatschappelijke discussie. Het kabinet acht het dan ook van belang dat bij dergelijke medisch-ethische wetgeving sprake is van een breed maatschappelijk draagvlak. De overheid loopt hierbij niet voorop. Wij menen dat verschillende vragen aan de orde zijn bij de beoordeling van het burgerinitiatief. Met dit voorstel wordt toegestane hulp bij zelfdoding uit het medische domein gehaald. Het zou hier immers geen arts zijn die de hulp verleent, maar een stervenshulpverlener. Dit heeft verschillende implicaties. Zo worden dodelijke medicijnen verstrekt en ingenomen zonder dat er een arts aanwezig is. Hieraan zijn risico's verbonden. De toegankelijkheid van de zelfgekozen dood wordt vergroot door dit voorstel. Er lijkt sprake te zijn van een recht op hulp bij zelfdoding. Ook dit is een wezenlijk ander uitgangspunt dan we nu kennen. Een ander aspect is het al dan niet stellen van een leeftijdsgrens en de gevolgen daarvan.

Een en ander betekent dat het burgerinitiatief een nieuw stelsel plaatst naast het huidige wettelijk kader. De KNMG stelt daarbij dat de kans groot is dat door de voorstellen die in het burgerinitiatief zijn opgenomen de transparantie en de zorgvuldigheid van de Euthanasiewet verloren gaan en dat de wet wordt uitgehold.

Het voorgaande betreft overwegingen die ook in het debat van 8 maart 2012 aan de orde zijn geweest. Ook andere aandachtspunten kwamen in dit debat aan de orde, zoals de wijze waarop in het burgerinitiatief vorm wordt gegeven aan de voorstellen voor wetgeving en het belang van een maatschappelijk draagvlak. Wij achten de doordinking hiervan belangrijk, zodat een bredere gedachtewisseling mogelijk is. Voor het kabinet is het van belang dat het burgerinitiatief zich – zoals in bovenstaande aan de orde kwam - niet goed verhoudt tot het huidige stelsel,

waarin na jarenlange discussies een evenwicht is gevonden voor het handelen rond het levenseinde. Wij hechten er belang aan om het huidige stelsel verder te verbeteren, zoals hierna aan de orde komt, en zetten ons daarvoor in. Een verdere doordenking van de aandachtspunten bij het burgerinitiatief, waarover wij de uiteindelijke beoordeling overlaten aan de Tweede Kamer, zullen wij met belangstelling volgen.

#### *Euthanasie bij dementie*

In de brief van 6 maart jl.<sup>4</sup> hebben wij in reactie op het verzoek van uw Kamer uitgebreid de gecompliceerde problematiek geschetst van euthanasie bij dementie en de rol van schriftelijke wilsverklaringen. Hierin hebben wij aangegeven dat het beoordelen van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een dementerende patiënt een afweging van de arts vergt die zeer complex is. Deze dilemma's keren regelmatig terug. De onderzoekers benoemen dit in het rapport als een 'niet geheel opgehelderde rechtsvraag' en de KNMG bevestigt in haar reactie op het evaluatierapport deze beschrijving. In onze brief hebben wij uiteengezet hoe wij de mogelijkheden voor euthanasie bij dementie zien en hoe een schriftelijke wilsverklaring een rol kan spelen indien de persoon inmiddels wilsonbekwaam is geworden. Hierbij gaven wij aan dat wanneer een arts en patiënt al geruime tijd contact hebben over de wensen van de patiënt en het verloop van de ziekte, dat bijdraagt aan een zorgvuldige behandeling van een eventueel euthanasieverzoek, met name ook in het geval van dementie. Daarbij kan de schriftelijke wilsverklaring de arts in zijn overtuiging ondersteunen als er eerder gezamenlijk – toen de patiënt nog in staat was zijn of haar wil te uiten – meermalen en uitgebreid bij de verklaring is stilgestaan en de patiënt de verklaring met regelmaat heeft geactualiseerd en ondertekend.

Zoals ik reeds eerder had aangekondigd, ben ik op 16 mei jl. in gesprek gegaan met oud-minister mw. Borst en de KNMG om nader in kaart te brengen of en zo ja, welke onduidelijkheden er nog zijn rond dit onderwerp en welke mogelijke oplossingen er voorhanden zijn. In dit overleg is uitgebreid gesproken over de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring en de onduidelijkheden die patiënten en artsen op dit gebied nu ervaren. Ik heb samen met de aanwezigen bij het overleg besloten om een werkgroep van VWS, V&J en KNMG dit vraagstuk snel verder te laten oppakken. Doel is tot een handreiking te komen waarmee gegeven de huidige wet en regelgeving meer duidelijkheid op dit punt wordt geboden.

In het volgende deel van de brief geven wij, zoals toegezegd in de brief van 18 december 2012, een reactie op de aanbevelingen die uit het evaluatieonderzoek voortvloeien.

#### **Aanbevelingen**

Uit het evaluatieonderzoek komt een positief beeld naar voren. Ondanks de kanttekeningen waarop wij hieronder zullen ingaan, leidt het rapport ons inziens tot de conclusie dat er geen aanleiding is voor verandering in het beleid op het gebied van levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding en andere medische handelwijzen rond het levenseinde. De aanbevelingen zijn met name gericht op het verder verbeteren van de uitvoeringspraktijk van toetsing van de euthanasiemeldingen, het kennisniveau van (aankomende) artsen en nieuwe ontwikkelingen. Van een noodzaak tot wijziging lijkt derhalve geen sprake.

---

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 2012-2013, 32 647, nr. 16.

In dit standpunt wordt per thema ingegaan op onderdelen van de evaluatie en de daaraan gekoppelde aanbevelingen. Per thema wordt aangegeven wat uit het onderzoek is gebleken en hoe het kabinet daar verder invulling aan wil geven.

#### *Wet- en regelgeving*

De onderzoekers doen drie aanbevelingen die liggen op het terrein van wet- en regelgeving. Twee van deze aanbevelingen werden reeds genoemd in het vorige evaluatierapport en een ervan is nieuw.

Ten eerste bevelen de onderzoekers aan om de zorgvuldigheidseis betreffende de medisch-zorgvuldige uitvoering van euthanasie buiten het strafrechtelijke kader te plaatsen. Hierbij geven de onderzoekers aan dat bij veruit de meeste meldingen die onzorgvuldig werden verklaard, dit te maken had met de zorgvuldigheidseisen inzake (de consultatie en) de medisch-zorgvuldige uitvoering. De onderzoekers voeren aan dat de genoemde eisen meer procedureel zijn en dat hierover in de beleidsregels van het Openbaar Ministerie wordt opgemerkt dat strafrechtelijk ingrijpen bij schending ervan in beginsel niet voor de hand ligt. Het voorstel van de onderzoekers is dat de Rte's dit aspect wel blijven beoordelen, maar dat geconstateerde onzorgvuldigheden uitsluitend ter kennis van de Inspectie van de Gezondheidszorg gebracht moeten worden.

Deze zorgvuldigheidseis is onderdeel van een groter geheel van zorgvuldigheidseisen en vormt daarin een belangrijk sluitstuk. Het weglaten van deze eis uit het strafrechtelijke verband zou de onmisbare balans verstoren in het geheel van zorgvuldigheidseisen. Een bijkomend argument is dat mogelijke ernstige fouten in de zorgvuldige uitvoering niet meer via het strafrecht beoordeeld zouden kunnen worden als de arts zich wel aan de andere eisen van de wet heeft gehouden. Dit lijkt ons geen wenselijke situatie. Ten slotte vinden wij het belangrijk dat de patiënt in de hele keten van verzoek om euthanasie tot en met de uitvoering recht heeft op dezelfde bescherming.

Ten tweede bevelen de onderzoekers aan om expliciet in het Wetboek van Strafrecht op te nemen dat onder levensbeëindiging niet wordt verstaan het geïndiceerde en proportionele gebruik van middelen ter verlichting van lijden, ook als daarmee het overlijden wordt bespoedigd. De constatering dat over dit onderwerp nog misverstanden en onduidelijkheden bestaan, onderschrijven wij. De onderzoekers dragen hier een belangrijk punt aan. Geïndiceerde en proportionele pijnbestrijding is vaak een noodzakelijke handeling in de laatste levensfase en valt als zodanig niet onder levensbeëindiging, maar is normaal medisch handelen. Wij zijn echter van mening dat onduidelijkheden hierover bij artsen niet weggenomen kunnen en moeten worden door een dergelijke bepaling op te nemen in het Wetboek van Strafrecht. Een bepaling over wat wel of wat niet tot normaal medisch handelen behoort, hoort niet thuis in het systeem van het Wetboek van Strafrecht. Zoals ook elders in deze brief aangegeven, pleiten wij voor de inzet van andere instrumenten om meer duidelijkheid voor artsen te creëren over de grenzen van de wet, zoals via informatievoorziening, (na-)scholing en handvatten van de beroepsgroep.

Ten derde adviseren de onderzoekers om in het verslagmodel voor de arts die levensbeëindiging heeft uitgevoerd aanvullende vragen op te nemen over de wijze waarop de patiënt is geïnformeerd over zijn toestand en over mogelijke



alternatieve oplossingen. Wij staan positief tegenover deze aanbeveling, mede omdat veel van de aanvullende vragen die de toetsingscommissies nu aan artsen stellen over deze onderwerpen gaan. Dit werkt onnodig vertragend. Wij zullen het initiatief nemen om het Besluit modellen artikel 9, tweede lid, Wet op de Lijkbezorging hiervoor aan te passen.

#### *Regionale toetsingscommissies euthanasie*

De vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte's) hebben in de periode 2007-2011 een sterke toename gezien van het aantal gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit heeft onder meer vanaf 2010 geleid tot achterstanden in de beoordeling van deze meldingen. De onderzoekers geven aan dat het belangrijkste knelpunt binnen het huidige systeem de toename is van het aantal meldingen, waardoor de afhandelingstermijn van meldingen is opgelopen. Op 9 april 2012 hebben wij uw Kamer per brief<sup>5</sup> geïnformeerd over de maatregelen die wij in voorbereiding hadden. Inmiddels zijn deze maatregelen geëffectueerd. Zo zijn de Rte's een aangepaste, efficiëntere werkwijze gaan hanteren, is het aantal leden met vijftig procent uitgebreid, zijn er extra secretarissen en ondersteuners geworven en is de algemeen secretaris voltijds inzetbaar. Met deze verbeteringen is het ons inziens mogelijk om de komende jaren een stijging van het aantal meldingen op te vangen zonder dat de doorlooptijden weer boven de wettelijke termijnen komen. Ter indicatie van de voortgang: de gemiddelde doorlooptijd van een melding is in de eerste maanden van 2013 teruggebracht tot onder de 80 dagen, terwijl deze ten tijde van de evaluatie gemiddeld 111 dagen<sup>6</sup> was. De daling is mede te danken aan de inzet van de leden en secretarissen in 2012, waarvoor wij hen erkentelijk zijn. De dalende lijn lijkt zich voorlopig voort te zetten en zal uiteraard nauwgezet worden gevolgd.

Het evaluatierapport beveelt aan om de aangepaste werkwijze te evalueren en eventueel de regio's van de Rte's te herbezielen om zo de werkdruk beter te verdelen. Wanneer blijkt dat de getroffen maatregelen onvoldoende zijn, zullen wij ons bezinnen op eventuele aanpassing. Wij gaan er echter vooralsnog van uit dat met de inzet van alle betrokkenen dit niet nodig zal zijn. Naast de continue monitoring van de verbeterde werkwijze, staat voor deze zomer een werklastmeting gepland die het effect van de aangepaste werkwijze in kaart brengt en inzicht verschaft in de actuele situatie.

#### *Website, jurisprudentiesysteem en 'code of practice'*

De onderzoekers doen een aantal aanbevelingen met betrekking tot de toetsingspraktijk van de Rte's. De afgelopen jaren heeft, mede onder druk van het toenemend aantal meldingen en de bijbehorende werkdruk, een aantal taken van de leden en het secretariaat onder druk gestaan. Zo is alleen het meest noodzakelijke onderhoud gepleegd aan de website van de Rte's met als gevolg dat de publicatie van oordelen en het daarmee opgebouwde jurisprudentiesysteem achterliep. Dit vinden wij uiteraard een onwenselijke situatie, mede omdat het hierdoor voor artsen moeilijk is geweest om de ontwikkeling van de wijze van beoordeling door de Rte's te volgen. Daarom hebben wij er bij de ingebruikname van het nieuwe digitale systeem op aangedrongen dat hierin ook de educatieve en

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2011-2012, 32 647, nr. 15.

<sup>6</sup> Bron: jaarverslag 2011 Regionale toetsingscommissies euthanasie.

rechtsvormende functie van de toetsingscommissies tot zijn recht zou komen. Aangezien de Rte's de beschreven functies van het nieuwe systeem nog niet volledig in gebruik hebben kunnen nemen, onderschrijven wij de aanbeveling van de onderzoekers. Mede dankzij de uitbreiding van het secretariaat in de afgelopen jaren, zal er de komende tijd meer aandacht gegeven kunnen worden voor dit onderdeel van het werk van de Rte's. Zo is een nieuwe website met een goede zoekfunctie voor beoordeelde meldingen reeds in voorbereiding. Wij zullen hierover ook periodiek met de toetsingscommissies in overleg blijven.

In een van de recente overleggen met de Rte's is de 'code of practice' besproken, die de onderzoekers aanbevelen. De Rte's geven in hun jaarverslag een overzicht van de ontwikkelingen in het achterliggende jaar met betrekking tot deze zorgvuldigheidseisen. Deze weergave laat de grenzen van de zorgvuldigheidseisen zien waar de meldingen binnen behoren te vallen. Toch kunnen er in individuele gevallen omstandigheden zijn waardoor de Rte's tot een onzorgvuldigheidsoordeel komen, ondanks dat deze binnen het geschetste kader leek te vallen. Deze beoordelingsvrijheid dient een dergelijk zelfstandige toetsingscommissie ook te hebben. Niettemin zullen wij bezien of het wenselijk en haalbaar is om een 'code of practice' op te (laten) stellen, om het zodoende voor professionals nog duidelijker te maken hoe de Rte's invulling geven aan de zorgvuldigheidseisen van de wet.

Een dergelijk document kan ook bijdragen aan de uniformiteit van de beoordelingen door de commissies, een andere door de onderzoekers genoemde aanbeveling. De commissies streven zelf ook na dat er geen onderscheid is in de wijze van toetsen door de verschillende regionale commissies. Zo worden er periodiek bijeenkomsten georganiseerd voor de leden over inhoudelijke onderwerpen, bijvoorbeeld over de medisch zorgvuldige uitvoering. Voor de nieuwe leden die begin 2013 zijn toegetreden tot de commissies is een inwerkprogramma samengesteld. Dit zal bijdragen aan de harmonisatie van de werkwijzen van de vijf commissies. Ten slotte zijn de commissies vorig jaar van start gegaan met 'bovenregionale' beoordeling van meldingen. Dit houdt in dat niet-vraagopropende meldingen<sup>7</sup> door leden van verschillende commissies zijn beoordeeld. Onder meer deze ervaringen met de 'bovenregionale' beoordeling hebben bij de commissies geleid tot beraad over het verder harmoniseren van de werkwijze.

#### *Beroepsgroepen en opleidingen*

Ten aanzien van de beroepsgroepen en opleidingen doen de onderzoekers een viertal aanbevelingen waarbij VWS en Veiligheid en Justitie niet de eersten zijn tot wie de aanbeveling zich richt. Toch willen we hier ingaan op deze aanbevelingen om aan te geven wat het belang is en welke rol de overheid hierbij heeft. Ten eerste raden de onderzoekers de medische en verpleegkundige beroepsorganisaties aan om een richtlijn te ontwikkelen omtrent de rol van arts en verpleegkundige als een patiënt bewust afziet van eten en drinken met het doel te sterven. Op 6 september 2011 heeft de KNMG haar standpunt inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde openbaar gemaakt. Hierin is de KNMG reeds ingegaan op de rol van de arts in situaties waarin de patiënt bewust afziet

---

<sup>7</sup> Zie voor een toelichting op de niet-vraagopropende meldingen het schriftelijk overleg naar aanleiding van het jaarverslag 2011: Kamerstukken II 2012-2013, 33 400 XVI, nr. 142.

van eten en drinken. Uit gesprekken met de KNMG is ons gebleken dat dit onderdeel van het standpunt reeds gevolg heeft gekregen in de vorm van een commissie die naar verwachting nog dit jaar een richtlijn zal presenteren. Ook in de reactie van de KNMG op het evaluatierapport wordt nadrukkelijk aangegeven dat de KNMG hierbij nauw samenwerkt met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Ten tweede adviseren de onderzoekers om in het Raamplan Artsopleiding een helder begrip van de relevante handelwijzen en termen op het gebied van medische beslissingen rond het levenseinde als eindterm op te nemen. Daarnaast bevelen zij aan om in het onderwijs aan (aankomende) artsen in het bijzonder aandacht te besteden aan het onderscheid tussen levensbeëindigend handelen enerzijds en palliatieve sedatie en gebruik van morfine in de laatste levensfase anderzijds. Wij onderschrijven het belang van deze aanbevelingen. Uit de evaluatie blijkt dat er over de rol van morfine bij levensbeëindigend handelen door sommige artsen afwijkend wordt geoordeeld. Dit gebeurt ondanks publicaties waarin wordt gesteld dat wanneer morfine wordt toegediend in doseringen die adequaat zijn om pijn te bestrijden, dit niet tot bespoediging van het levenseinde leidt. Zoals niet alleen uit de evaluatie is gebleken, maar ook in berichtgeving in de media en hetgeen de KNMG aanhaalt in haar reactie op de evaluatie, is er bij artsen soms nog onduidelijkheid over dit onderwerp. Deze onduidelijkheid bestaat ondanks de richtlijn sedatie van de KNMG waarin staat aangegeven dat morfine niet geschikt is om sedatie uit te voeren en ook niet om het levenseinde te bespoedigen. Daarom vinden wij het een goede ontwikkeling dat onder meer de Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen van anesthesisten en internisten hebben aangegeven hun leden actief te zullen wijzen op de bestaande richtlijnen over palliatieve zorg en het gebruik van morfine. Voorts is het bemoedigend om te constateren dat 83% van de artsen zich voldoende bekwaam acht om palliatieve zorg uit te voeren. Kennis van richtlijnen over deze onderwerpen is van essentieel belang voor goede zorg in de laatste levensfase en daarom onderschrijven wij het belang van aandacht hiervoor in het onderwijs. Het Raamplan Artsopleiding wordt opgesteld door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). De eindtermen uit dit Raamplan worden vertaald in het curriculum van de geneeskundeopleiding die een verantwoordelijkheid zijn van de individuele faculteiten. Wij zijn verheugd dat de KNMG in haar reactie op het evaluatierapport heeft aangegeven hier aandacht aan te schenken in nascholing en wellicht ook in een addendum op het Raamplan. Daarnaast zullen wij in gesprekken met de beroepsgroep aan blijven dringen op verdere kennisvermeerdering bij artsen over zorg in de laatste levensfase en specifiek het onderscheid tussen palliatieve zorg en levensbeëindigend handelen.

Ten derde bevelen de onderzoekers aan dat de beroepsgroep van kinderartsen dient te voorzien in een steun- en adviespunt voor vragen op het gebied van levensbeëindiging bij kinderen. Zoals wij hierboven al schetsten, achten wij kennis bij professionals over zorg in de laatste levensfase van grote waarde. Dit geldt uiteraard ook wanneer het gaat om zorg in de laatste levensfase bij kinderen. Er is een richtlijn voor kinderpalliatieve zorg in het eindstadium van ontwikkeling en er zijn initiatieven om de kwaliteit van kinderpalliatieve zorg verder te versterken. Artsen kunnen op verschillende manieren steun ontvangen voor het maken van behandelbeslissingen in de laatste levensfase. Zo zijn er consultatieteams palliatieve zorg waar professionals met hun vragen terecht kunnen. Verder zijn in

verschillende ziekenhuizen palliatieve teams actief (of in oprichting), die voorzien in specifieke kennis over palliatieve zorg. Een daarvan (AMC / Emma Kinderziekenhuis) is gespecialiseerd in kinderpalliatieve zorg en in verschillende andere ziekenhuizen zijn er aandachtsfunctionarissen voor kinderpalliatieve zorg. Als kinderartsen terecht kunnen bij dergelijke teams of functionarissen lijkt mij een apart steun- en adviespunt niet noodzakelijk. Maar als een dergelijk steunpunt toch voorziet in een behoefte dan steunen wij het instellen hiervan.

Ten vierde adviseren de onderzoekers om binnen het systeem van SCEN-artsen de mogelijkheid te bieden om te verzoeken om een consulent met specifieke deskundigheid, zoals ouderengeneeskunde of psychiatrie. Momenteel is de meest gekozen oplossing om een tweede consulent met specifieke deskundigheid te vragen een oordeel te geven over een of meer zorgvuldigheidseisen. Uit recht- en tuchtspraak blijkt dat voor specifieke gevallen specifieke deskundigheid noodzakelijk is. Artsen kunnen in deze situaties een of meerdere extra consulenten betrekken om te onderzoeken of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Uit een oriënterend gesprek dat reeds met de KNMG gevoerd is bleek dat aanpassing van het SCEN-systeem op dit moment niet noodzakelijk is. Zo is er bijvoorbeeld in veel regio's voldoende expertise aan SCEN-artsen beschikbaar om aan de vragen op alle deskundigheidsgebieden te voldoen. Artsen hebben op dit moment zelf ook de mogelijkheid om een arts met een expertise te vragen, wanneer dit gewenst is. Zij kunnen het bezoek zodanig afstemmen dat het zo min mogelijk belasting geeft voor de patiënt.

#### *Afspraken Openbaar Ministerie en Inspectie voor Gezondheidszorg*

In het evaluatierapport stellen de onderzoekers dat het van belang is dat het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg onder meer afspraken maken over de te volgen route in gevallen waarin het Openbaar Ministerie behoefte heeft aan nadere informatie. Er is inmiddels contact gelegd tussen het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg over deze aanbeveling. OM en IGZ hebben laten weten dat zij voornemens zijn uitvoering te geven aan deze aanbeveling. Het streven is om aan het eind van 2013 hierover afspraken te hebben.

#### **Tot slot**

De evaluatie laat zien dat zorgvuldigheid de basis vormt van het handelen van de arts in vrijwel alle gevallen van levensbeëindiging op verzoek. Dit is wat ons betreft een zeer belangrijke constatering. De evaluatie van de werking van de Euthanasiewet geeft dan ook beperkte aanleiding voor wijzigingen in beleid op het terrein van levensbeëindiging op verzoek. Aandachtspunten blijven bestaan en mede daarom blijft het van groot belang om permanente aandacht te houden voor dit onderwerp. Zo zal het kabinet zich blijven inzetten op verbetering van de kennis en informatie over de wet en de uitleg ervan. Hierbij zal onder meer ingezet worden op verdere verbetering van de kennis van (aankomende) artsen over (de grenzen van) de wet en over de toe te passen middelen, de educatieve en rechtsvormende functie van de Rte's en hun uitvoeringspraktijk en ten slotte het nauwgezet blijven volgen van de huidige praktijk en nieuwe initiatieven daarbinnen. Het kabinet zal dit doen door zich in te zetten voor goede informatievoorziening en in gesprek te blijven over de inhoud van de wet.

Dit zal er hopelijk toe leiden dat bij een volgende evaluatie de volgende verbeteringen kunnen worden gesignaleerd: een verdere verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Rte's, een toename van de kennis van (aankomende) artsen op de gebieden die nu nog verbetering behoeven en een verdieping van het maatschappelijk debat over de inhoud van de wet.

Hoogachtend,

De minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

De minister van Veiligheid en Justitie,

mr. I.W. Opstelten