

Vergaderjaar 2017–2018

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 69

VERSLAG VAN EEN RONDETAFLGESPREK

Vastgesteld 15 november 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 30 oktober 2017 gesprekken gevoerd over **euthanasie**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Pia Dijkstra, Dik-Faber, Ellemeet, Kuik, Marijnissen, Arno Rutte, Van der Staij en Westerveld.

Aanvang 10.00 uur.

Blok 1: Juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding – algemeen deel

Gesprek met:

Mevrouw professor dr. A. van der Heide, hoogleraar Besluitvorming en zorg rond het levenseinde Erasmus MC

De heer R. Héman, voorzitter KNMG

Mevrouw K. Kok-van Oirschot, KNMP

Mevrouw A. Guldenmond, V&VN

Mevrouw A. Wolbert, directeur NVVE

Mevrouw E. Wiegman-van Meppelen Scheppink, directeur NPV

De voorzitter:

Goedemorgen. Van harte welkom bij deze rondetafel van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij hebben het vandaag over de euthanasiewet en de evaluatie daarvan. Ik verwacht nog een paar collega-Kamerleden, maar ik wil toch graag beginnen, want u bent hier allemaal op tijd en dat zouden wij ook kunnen zijn, zeg ik maar even richting onszelf.

Wij hebben een paar afmeldingen. Mevrouw Dijkma namens de PvdA heeft zich afgemeld en mevrouw Sazias namens 50PLUS heeft zich helaas moeten afmelden. Voor GroenLinks is hier nu mevrouw Ellemeet aanwezig. Zij is vanmiddag niet in de gelegenheid om hierbij te zijn, hoewel zij een van de initiatiefnemers is van deze rondetafel. Zij zal vanmiddag worden vervangen door een collega van GroenLinks, mevrouw Westerveld.

Ik zal de Kamerleden even noemen. Mevrouw Ellemeet namens GroenLinks, mevrouw Kuik namens het CDA, de heer Van der Staij namens de SGP, mevrouw Marijnissen namens de SP en mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie. Ik ben hier namens D66 aanwezig, maar ik zal proberen een zo neutraal mogelijke voorzitter van deze rondetafel te zijn.

Ik stel voor dat u allen kort de gelegenheid krijgt voor een statement. U hebt over het algemeen position papers ingestuurd. Dat heeft niet iedereen gedaan, maar wij weten dus ongeveer wat u wilt gaan zeggen. Het zou heel fijn zijn als u daar in twee minuten even een toelichting op kunt geven.

We beginnen met het algemene deel. Wij hebben vandaag vier blokken. Wij gaan in deze ronde door tot 11.15 uur. Daarna gaan wij het van 11.20 uur tot 12.35 uur hebben over de ontwikkelingen rond euthanasie bij dementie. Wij gaan na de lunchpauze verder om 13.15 uur en dan hebben wij het tot 14.30 uur over de hulp bij zelfdoding en euthanasie in de psychiatrie. Ten slotte gaat blok 4 over het functioneren van het toetsings-systeem en dat duurt van 14.35 uur tot 15.50 uur. Wij hebben dus een hele dag te gaan. Wij laten ons goed informeren.

Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw professor Van der Heide. Zij is hoogleraar Besluitvorming en zorg rond het levenseinde van het Erasmus MC.

Mevrouw Van der Heide:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik heb geen position paper ingeleverd, omdat ik een van de medeopstellers van het evaluatierapport ben. Daarin staat uitgebreid beschreven wat onze position als onderzoekers is. Ik wil

mijn twee minuten gebruiken om daaruit een paar highlights te benoemen.

De conclusie van de evaluatie is, zoals u weet, dat de wet voldoet aan zijn doelstellingen in de zin dat hij een adequaat wettelijk kader biedt voor de groep mensen die vraagt om hulp bij levensbeëindiging. Dat gebeurt op een manier waarin artsen zich over het algemeen heel goed kunnen vinden; zij kunnen goed uit de voeten met de criteria zoals die in de wet staan. Familie en mensen die te maken hebben met euthanasie, geven over het algemeen ook heel hoge rapportcijfers voor de manier waarop het er in de praktijk aan toe gaat; zij zijn daar ook tevreden over. Ook de meldende artsen zijn tevreden over de manier waarop de toetsing functioneert en de toetsingscommissies hun werk doen. Op al die factoren vinden wij een behoorlijk grote tevredenheid.

Dat neemt niet weg dat er in de praktijk van euthanasie wel wat verschuivingen waarneembaar zijn. De groep ouderen wordt wat groter, de groep mensen met een lange levensverwachting wordt wat groter en de groep mensen met een andere diagnose dan kanker wordt wat groter. Dus het is wel een praktijk die nog steeds in beweging is en waar nog steeds van alles gebeurt waar je het over kunt hebben, maar desalniettemin vinden al die gevallen voor het zeer overgrote deel plaats binnen de kaders van de wet. Dat heeft ons als evaluatoren tot de conclusie geleid dat die wet aan de doelstellingen voldoet.

Daar wil ik het nu bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Héman namens de KNMG.

De heer Héman:

Dank u, mevrouw de voorzitter. Geachte voorzitter, geachte leden van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vandaag gaat het over euthanasie, het uiterste middel in die situaties waarin de patiënt en de arts met de rug tegen de muur staan. Een emotioneel en complex onderwerp dat het uiterste vraagt van patiënten, hun naasten en artsen. Ik hecht er heel veel waarde aan om hierover met elkaar een zorgvuldig gesprek te voeren. In dit gesprek past geen polarisatie. De afgelopen jaren is het aantal meldingen van euthanasie meer dan verdubbeld. Het overgrote deel daarvan wordt door de eigen huisarts uitgevoerd. De suggestie dat het sterven in Nederland momenteel niet humaan zou zijn, werpen wij dan ook met kracht van ons. De oproep aan artsen om vaker euthanasie in complexe situaties uit te voeren, achten wij ongepast. Juist complexe situaties vragen om grote behoedzaamheid van de arts.

Volgens de derde wetsevaluatie functioneert de euthanasiewet goed en voeren artsen deze deskundig en professioneel uit. Deze conclusie doet de KNMG goed, maar desondanks zijn er zaken die aandacht vragen. Wij willen benadrukken dat er geen recht op euthanasie bestaat en dat er geen plicht van de arts is om een euthanasieverzoek in te willigen. Wij zien dat patiënten soms te hoge verwachtingen hebben van een schriftelijk euthanasieverzoek. Artsen zijn zeer terughoudend om euthanasie uit te voeren bij mensen met gevorderde dementie. Ik vind dat terecht: zorgvuldigheid gaat voor. De evaluatiecommissie constateert dat de opvattingen van artsen en die van de samenleving hierover uit elkaar lopen. Wij zijn gestart met een project om artsen in deze complexe situatie duidelijkheid en houvast te bieden.

Het aantal meldingen van euthanasie onder psychiatrische patiënten stijgt. Ook blijkt dat euthanasie bij deze patiënten met name door artsen van de Levensindekliniek wordt uitgevoerd. Psychiaters zijn daarentegen juist terughoudender geworden. Een belangrijke reden die psychiaters hiervoor geven, is dat er volgens hen sprake is van onvoldoende kwaliteit

van de geestelijke gezondheidszorg. Dit is een zeer zorgelijk signaal. Suboptimale zorg mag nooit een reden zijn voor een euthanasieverzoek. Wij steunen de oproep van de evaluatiecommissie om de argumentatie van de regionale toetsingscommissies euthanasie vooral bij complexe zaken beter inzichtelijk te maken. Dit is ook nodig in het kader van rechtszekerheid van artsen.

Als laatste punt wil ik benadrukken dat een aparte voltooidlevenwet naast de huidige euthanasiewet onwenselijk is. Zo'n wet kan stigmatiserend zijn voor ouderen en gevoelens van onveiligheid versterken. Ook de huidige zorgvuldige euthanasiepraktijk kan er door ondermijnd worden. Wel acht de KNMG het van belang om onderzoek te doen naar het ontstaan van gevoelens van voltooid leven. Dit onderzoek zou zich breed moeten richten op de aard van de zingevingproblematiek die ouderen ervaren, maar ook op de stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Een open en respectvolle discussie over deze punten kan ons dichterbij ons gezamenlijk streven brengen: een evenwichtige en verantwoorde ontwikkeling in de zorg rond het levenseinde waarbij polarisatie uit den boze is.

Dank voor uw aandacht.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Héman. Ik geef het woord aan mevrouw Kok.

Mevrouw Kok-van Oirschot:

Allereerst dank voor de uitnodiging om hier vandaag namens de KNMP, de beroepsvereniging van apothekers, aanwezig te zijn en te mogen spreken. Ik ben zelf praktiserend apotheker in Weesp en ik krijg niet dagelijks, maar wel regelmatig het verzoek van een huisarts om euthanatica te bereiden en af te leveren. Dat is niet zomaar iets. Euthanasie is heel ingrijpend voor de patiënt en voor de familie van de patiënt, en voor de arts is het een handeling die heel veel van hem vraagt en die nooit dagelijkse praktijk zal worden, want er is niets ingrijpender dan het beëindigen van iemands leven.

Voor mij blijft het ook een gek gevoel om een drankje of een serie spuiten te bereiden waarmee je iemands leven beëindigt. De eerste keer dat ik dat deed, heb ik er een paar nachten niet van geslapen. Het is niet normaal handelen voor de apotheker en dat is het ook niet volgens de wet. Wij hebben als apothekers onze eigen professionele autonomie, ook als er geen principiële gewetensbezwaren zijn. Een apotheker is niet verplicht tot het afleveren van euthanatica en als apothekers twijfelen of er aan zorgvuldigheidseisen is voldaan, staat het hen vrij te weigeren daaraan mee te werken.

Met mijn huisartsen is de samenwerking uitstekend. Zij informeren mij op tijd en wij hebben afstemming over het juiste middel, de juiste dosering en de juiste toedieningsvorm. Wij spreken ook met elkaar over het doorlopen proces en over de vraag of aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan. Daar voel ik mij prettiger bij en mijn ervaring is dat ook de huisarts daar behoefte aan heeft. Het gaat allemaal op basis van vertrouwen en dat moet ook wel, want als apotheker word ik niet door de euthanasiewet beschermd zoals een huisarts dat wordt.

Met onbekende artsen, hoor ik van collega's, is dat anders. Het normale samenwerkingskader en ook het daarbij behorende vertrouwen ontbreken. Dit komt in de toekomst wellicht vaker voor door de verruiming van de Wtl. Dat kan een apotheker in een lastig parket brengen. Het zal vaker voorkomen dat er medewerking wordt gevraagd in situaties die voor de apotheker moeilijker in te schatten zijn zoals bij dementie en ggz-problematiek. Daar staat tegenover dat er geen verschoningsrecht is voor de apotheker. Dat maakt de apotheker heel erg kwetsbaar.

Apothekers zijn niet meegenomen in de derde evaluatie van de euthanasiewet. Daarmee blijft de rol van de apotheker in het proces onderbelicht en dat terwijl er zonder apotheker helemaal geen euthanasie kan plaatsvinden. In het volle besef dat de aanpassing van de WtI heel erg gevoelig ligt, zou ik u willen vragen om de rol van de apotheker in de gedachtegang mee te nemen en bij een volgende evaluatie ook de rol van de apotheker te verankeren en te benoemen.
Dank voor uw aandacht.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Kok. Ik geef het woord aan mevrouw Guldemond namens de V&VN.

Mevrouw Guldemond:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik dank u allen voor de uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik ben er trots op om hier de grootste beroepsgroep van Nederland te vertegenwoordigen en om als voorzitter van de afdeling Palliatieve zorg van de V&VN aanwezig te zijn. Het onderwerp dat vandaag besproken wordt, is euthanasie. Zijn palliatieve zorg en palliatieve sedatie meegenomen in de vragen van dit blok? Het zijn alle onderwerpen die gaan over de dood. In de praktijk zie ik, dat is ook in onderzoek aangetoond, dat ongeveer 12% van de Nederlanders naar de dood kijkt als iets wat bij het leven hoort. Een andere groep, ongeveer 16%, vindt het belangrijk om zelf te beslissen over de wijze waarop hun leven eindigt. Deze mensen hechten belang aan waardigheid en zelfstandigheid. In deze laatste groep zie ik dan ook de patiënten met een euthanasiewens. Daarbij zijn de wet en de zorgvuldigheidseisen duidelijk voor alle betrokkenen.

Verder zie ik een grote groep die het ingewikkeld vindt om over de dood te praten. Zij die leven tussen hoop en vrees gaan het onderwerp dood uit de weg. Dit zorgt, of kan zorgen, voor moeizame communicatie bij zowel de zorgvragers als de zorgverleners. Wat doe je als verzorgende of verpleegkundige met een patiënt die regelmatig zegt: voor mij hoeft het niet meer? Wat doe je in de waan van de dag met zo'n vraag? Of het nu wel of niet invoelbaar is, het doet wat met de mens achter de verpleegkundige/verzorgende. Hoe is het voor een jonge dokter die nog niet zo lang geleden afgestudeerd is en die geleerd heeft om mensen weer beter te maken, als een ernstig vermoeide kankerpatiënt van 25 jaar, die aankijkt tegen het verlies dat zij heeft omdat zij geen kinderen meer kan krijgen, een patiënt die het uiteindelijk ook niet zal overleven en die na een langdurig traject van chemo's, operatie, bestraling weer opgenomen is met onbehandelbare symptomen, vraagt om euthanasie? Hoe ga je die gesprekken aan? Hoe worden woorden geïnterpreteerd?

Het raakt je als mens diep vanbinnen. Emoties spelen een grote rol bij iedereen die eromheen aanwezig is. Dat kan ook de besluitvorming beïnvloeden. Het is van belang om voortdurend af te stemmen met de patiënt wat hij of zij bedoelt. Wat is de vraag achter de vraag? Wat wordt er bedoeld? Hier ligt wat ons betreft een uitdaging in de communicatie, de samenwerking en de vakinhoudelijke kennis, waarbij de patiënt en toch ook de naasten centraal staan.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Guldemond.

Ik geef het woord aan mevrouw Wolbert. Zij is niet onbekend in dit huis. Zij is nu directeur van de NVVE.

Mevrouw Wolbert:

Dank u wel, voorzitter, en ook dank voor de gelegenheid om hier te spreken. Ik wil het in de eerste plaats kort hebben over het regeerakkoord.

Daar ziet de NVVE ruimte. Wij zien bovendien een overheid die zich verantwoordelijk maakt voor een goede informatiecampagne over de mogelijkheden binnen de Wtl voor mensen met dementie, psychiatrische problemen en stapeling van ouderdomsklachten. Dat vindt de NVVE een goede zaak. Wij willen onderstrepen dat de dokter en de patiënt op tijd moeten praten over levenseindevraagstukken en dus ook expliciet over de mogelijkheid van euthanasie. Daar is nog steeds een wereld in te winnen. De NVVE heeft een position paper gestuurd. Daarin staan een aantal kernpunten, maar zonder daaraan afbreuk te willen doen, wil ik het vandaag hebben over een vrijwillig levenseinde en dementie. Daarmee neem ik een klein voorschotje op blok 2.

Wat u misschien niet weet, is dat de NVVE jaarlijks talloze informatie-bijeenkomsten houdt. Daar komen altijd honderden echt oude mensen naartoe. Eigenlijk hoor je daar maar één vraag: wat als ik alle verklaringen heb getekend, alles heb besproken, heb gedaan wat ik kon, en ik word dement? Die vraag wordt telkens gesteld. Ik zou iedereen wel willen uitnodigen om eens met mij mee te komen en te voelen hoe groot de zorg is bij al die mensen. De zorg dat men niet meer geholpen wordt vanwege het passeren van het vijf-voor-twaalfmoment. Mensen willen ook als het onverhoopt vijf over twaalf is geworden, niet alleen komen te staan met hun verzoek om euthanasie. Zij beroepen zich op de Wtl, waarin klip-en-klaar staat dat een schriftelijke wilsverklaring de mondelinge vervangt. We leven in een steeds meer gepolariseerde samenleving. De NVVE constateert dat ook in de discussie over waardig sterven voor mensen met dementie polarisatie bestaat. De heer Héman had het daar ook al over. Maar niemand mag wegstijgen van de zorgen, de onrust en de moedeloosheid van deze oude mensen. De NVVE vindt dat in dit dilemma de overheid ook verantwoordelijkheid moet nemen, net als bij de publieks-campagne.

Voorzitter. Ik rond af met een oproep aan onze volksvertegenwoordigers. Laat het debat niet aan de medici over. Laat het niet aan belangenorganisaties over. Laat het debat niet aan voor- en tegenstanders over, maar luister naar de oude mensen waar het om gaat. Geef hun een steun in de rug. Pleit er bij de bewindspersonen voor de lead te nemen in het debat over dementie en euthanasie. Benadruk de dialoog. En sta naast al die mensen met dementie en verlies van wilsbekwaamheid die toch op een zelfgekozen manier willen sterven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan een andere oud-collega, mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink. Zij spreekt namens de NPV.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink:

Dank u wel, voorzitter. Bedankt voor de uitnodiging. U heeft van de NPV een position paper ontvangen. Ik zal de inhoud daarvan niet herhalen. U kunt er zo dadelijk vragen over stellen. Maar mondeling wil ik nu graag twee dingen kwijt.

Allereerst roep ik u vandaag op uit het vertrouwde en gebruikelijke frame te stappen van het bespreken van aantallen en procedures. Protocollen en procedures kunnen een rookgordijn vormen, wat het voeren van een echt gesprek verhindert. Dit rondetafelgesprek zou moeten gaan over onderliggende vragen en de ontwikkelingen van onze euthanasiepraktijk. In de evaluatie staat veel informatie, maar heel veel staat er ook niet in. Ik krijg een indruk van hoe er procedureel wordt getoetst, maar we weten niet hoe er inhoudelijk een zorgvuldig oordeel tot stand komt ten aanzien van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Ook kunnen we geen antwoord vinden op de vraag naar de langetermijneffecten van ons huidige euthanasiebeleid. Wat is het effect op de houding van artsen ten aanzien van terminale patiënten? Wat is het effect op de visie van kinderen en

naasten van terminale patiënten op lijden? Wat is het effect op hun visie op de relatie tussen lijden en levensbeëindiging? Wordt er in de samenleving bewust of onbewust door een of meerdere actoren druk uitgeoefend op ernstig zieken, invaliden of oudere mensen om hun leven te laten beëindigen?

Het tweede punt betreft een signaal dat ik graag doorgeef. Dat signaal is afkomstig van een mevrouw die laatst de NPV-Advieslijn belde. Een neef van haar verblijft al twintig jaar in een ggz-instelling vanwege complexe psychiatrische problematiek. De zorg die geboden wordt, is sterk medisch gericht. Op begeleiding wordt bezuinigd. Haar neef had meerdere suïcidepogingen gedaan en was bij de Levensindekliniek geweest, waar zijn euthanasieverzoek was afgewezen. Wat volgens deze vrouw werd gemist, is persoonlijke zorg van iemand die de tijd neemt om met hem zijn hobby's uit te oefenen, een buddy, iemand die verder kijkt dan de medische diagnose en ook andere kanten van zijn persoon weet aan te boren, zoals muziek. Vereenzaming verergert de problematiek en de doodswens. De zorg is veel te eenzijdig en doet de mens achter zijn aandoening tekort, zo luidde de analyse van deze mevrouw. In de woorden van de heer Héman van de KNMG hoor ik vergelijkbare zorgelijke uitspraken. Ik ben ook bang dat deze mevrouw gelijk heeft. Daarom stel ik vandaag deze indringende vraag: hebben we antwoorden voor mensen die op zoek zijn naar zinervaring en verbinding in het leven in situaties waarin het leven en lijden zwaar valt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ten slotte is het woord aan mevrouw Van Wijngaarden. Zij is onderzoeker en universitair docent aan de Universiteit voor Humanistiek.

Mevrouw Van Wijngaarden:

Dank u wel, voorzitter. Ook dank voor de uitnodiging.

Vandaag wil ik nadrukkelijk pleiten voor meer onderzoek, zeker als het gaat om voltooid leven. Dat klinkt een beetje obligaats uit de mond van een onderzoeker; dat realiseer ik me, maar toch is het bloedserieus bedoeld. Ik vind het wel opmerkelijk dat we bij zulke complexe thematiek, waar we ook nog zo weinig wetenschappelijke kennis over hebben, nu al nadenken over het implementeren van een vergaande wet. Natuurlijk kun je risico's nooit uitsluiten, maar ik denk dat we in dit geval ook de risico's nog niet goed overzien. We weten dat de stervenswens bij voltooid leven voortkomt uit een complex samenspel van fysieke ouderdomsproblemen, zingevingsproblematiek en sociaal-maatschappelijke factoren zoals gevoelens van buitenspel staan en nutteloosheid. Wat we nog niet weten, is hoe die verschillende dimensies zich tot elkaar verhouden en welke rol externe factoren spelen bij het ontwikkelen van zo'n stervenswens. We weten ook niet goed in hoeverre het publieke debat en eventuele wetsvoorstellen negatieve beelden over ouderdom zouden kunnen versterken. We weten niet hoe de stervenswens bij voltooid leven zich door de tijd ontwikkelt. Wat we wel weten, is dat de stervenswens vaak ambivalent is. Er zijn signalen dat hij ook verschuift. Er is geen onderzoek gedaan naar alternatieven. Natuurlijk is er geen one-size-fits-all-oplossing, maar onderzoek naar mogelijke interventies lijkt mij toch wel heel belangrijk. Dat is het minste wat we kunnen doen. Er is ook geen onderzoek gedaan naar de rol van professionele geestelijke begeleiding bij ervaren zinloosheid in de hoge ouderdom en wat de impact is van bijvoorbeeld een zelfgekozen levenseinde op naasten, de mensen die eromheen staan.

Kortom, ik denk dat het heel goed is om ons te realiseren dat het onderzoek naar voltooid leven in de kinderschoenen staat. Om zorgvuldigheid te garanderen is meer onderzoek naar voltooid leven keihard nodig. Ik vind het voornemen in het reageerakkoord voor meer onderzoek

eigenlijk dan ook niet meer dan logisch. Ik zou willen besluiten met de opmerking dat enige vertraging in dezen misschien wel heel verstandig is.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van Wijngaarden. Ik kijk even naar de collega's. Inmiddels is de heer Arno Rutte van de VVD ook nog aangeschoven. We zijn toch wel met een redelijk aantal Kamerleden. Ik stel daarom voor dat eerst de vragen worden gesteld en dat vervolgens antwoord wordt gegeven, want anders ontspint zich misschien een te lange discussie. Mevrouw Ellemeet geeft aan dat zij twee vragen wil stellen. Als zij twee vragen mag stellen, dan mogen de anderen dat ook. Het woord is aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan u allen voor uw bijdragen. Dit is een heel gevoelig en complex onderwerp, zoals ik eigenlijk ook van iedereen hoor. We moeten daarbij absoluut oog hebben voor alle nuances in dit maatschappelijke debat. Ik wil allereerst een vraag stellen aan mevrouw Wolbert. Zij geeft terecht heel duidelijk aan dat er in de maatschappij, in de samenleving, veel zorgen zijn bij mensen die denken: heb ik nog wel recht op wat ik wil en wat ik schriftelijk heb vastgelegd als ik zou gaan dementeren? Er is recent in het NRC een uitgebreide publicatie geweest over mensen die dus alternatieve methoden zoeken. Daaruit blijkt toch dat mensen onvoldoende vertrouwen hebben in de huidige praktijk van de euthanasiewet. Mevrouw Wolbert zegt dat de politiek hierin ook haar verantwoordelijkheid moet nemen en dat het belangrijk is om ook hierover het debat verder te voeren. Ik zou graag wat concretere aanknopingspunten willen hebben. Hoe ziet zij dat voor zich?

Mijn tweede vraag is gericht aan de heer Héman. Hij geeft aan dat de zorg in de ggz mogelijk tekortschiet waardoor patiënten te snel doorverwezen zouden worden, onder andere naar de Levensindekliniek. Uit recent onderzoek blijkt ook dat er sprake is van handelingsverlegenheid bij psychiaters. Het is dus ook aan de leden van die beroepsgroep zelf om de discussie te voeren over de rol die zij kunnen vervullen, waarbij ik niks wil afdoen aan de zorgvuldigheid die in acht moet worden genomen bij het bieden van goede geestelijke gezondheidszorg. Daar moeten we zeker kritisch naar kijken, maar dat neemt naar mijn idee niet weg dat we ook moeten kijken naar die handelingsverlegenheid. Ik krijg ook daar graag een reactie op.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Kuik.

Mevrouw Kuik (CDA):

Dank u, voorzitter. Ook dank aan iedereen voor de toelichting. Dit is een onderwerp waarmee we echt zorgvuldig moeten omgaan. Ik heb allereerst een vraag aan de heer Héman van de KNMG. De KNMG steunt de oproep van de evaluatiecommissie om de argumentatie van de regionale toetsingscommissies euthanasie beter inzichtelijk te maken. Ik ben benieuwd naar hoe de KNMG dat voor zich ziet. Ik zou dat ook willen koppelen aan de uitspraak van de NPV dat de toetsingscommissie ook zelf getoetst zou moeten worden. Ik ben benieuwd naar hoe u dit voor u ziet. Ik heb ook een vraag aan mevrouw Van Wijngaarden. Zij constateert dat er bij professionals en beroepsorganisaties een groeiende terughoudendheid is om euthanasie uit te voeren en zij werpt die vraag ook op. Zou zij zelf een antwoord kunnen geven op de vraag waaruit die terughoudendheid en die moeite precies bestaan?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Van der Staaij. Hij spreekt namens de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank alle sprekers van vandaag voor hun position paper en hun inbreng hier. Ik heb allereerst een vraag aan de heer Héman. Er wordt gezegd, onder andere door de NVVE, dat het van belang is dat er een grote informatiecampagne komt om mensen bewust te maken van wat er allemaal kan onder de huidige wet. Wordt de druk op artsen daardoor eigenlijk niet juist vergroot? Hoe gaat de KNMG ermee om als mensen vervolgens zeggen: zie je nou wel wat er allemaal kan; waarom doen artsen dat niet? Hoe gaat de KNMG met dat dilemma om? Ik heb ook een vraag aan mevrouw Van Wijngaarden. Zij heeft aangegeven dat er meer onderzoek naar ervaringen met voltooid leven nodig is. Wat zijn de belangrijkste uitkomsten van haar eigen onderzoek daarnaar? Kan zij die voor het voetlicht brengen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Marijnissen. Zij spreekt namens de SP.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dank u wel. Heel veel dank aan alle deelnemers aan dit gesprek over dit waardevolle en belangrijke onderwerp. Mijn eerste vraag is gericht aan de heer Héman. Hij stelt dat de Wet voltooid leven stigmatiserend kan werken, met name voor ouderen. Ik ben benieuwd of hij daar een korte toelichting op kan geven. Wat zou die werking dan precies zijn? Hoe zou die eruitzien?

Mijn tweede vraag stel ik aan mevrouw Els van Wijngaarden. Zij stelt dat het debat rondom de verruiming van de wet een grondige en voortdurende doordenking vraagt, vooral van de morele en sociaal-maatschappelijke consequenties. Ik ben eigenlijk benieuwd of zij vindt dat dit debat nu, toch ook door ons als politiek, op een juiste manier wordt vormgegeven. Zij zegt dat vertraging in dezen misschien wel verstandig zou zijn. Kan zij ons uitleggen wat haar visie daarop is? Wat is een juiste manier om dat debat te voeren, waarbij je juist ook oog houdt voor de morele en sociaal-maatschappelijke consequenties?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Ik dank alle aanwezigen voor hun bijdrage aan dit rondetafelgesprek. We spreken over een complex onderwerp. Er zijn al veel vragen gesteld. Dat maakt het voor mij makkelijker. Ik heb een vraag aan u, mevrouw Kok. Als ik het mij goed herinner, heeft u namens de apothekers gesproken. Eerder is al vastgesteld dat de apothekers geen plek hebben in de Wtl. U merkte in uw bijdrage ook op dat het wijzigen van een wet best heel complex is. Mijn vraag is: hoe gaan apothekers er in de huidige situatie mee om dat zij geen expliciete positie hebben in de Wtl? U schetst de negatieve kanten daarvan, maar een wet is niet zomaar gewijzigd. Hoe kunnen apothekers daar toch goed handen en voeten aan geven, ook op basis van hun eigen professionaliteit? Wat hebben zij daar eventueel van andere zorgverleners of van de politiek voor nodig? Mijn tweede vraag is gericht aan mevrouw Wiegman. Zij heeft in haar position paper haar zorgen geuit over niet-correct toegepaste vormen van palliatieve sedatie. Dat was in het kader van het toegenomen aantal interventies met palliatieve sedatie. Ik zou daar graag nog een nadere toelichting op willen hebben.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik zeg in mijn inleiding alvast dat we zeer uitgebreide en soms ook heel compacte, maar heel duidelijke position papers hebben gekregen. Ik kan hier niet aan iedereen een vraag stellen, maar dat neemt niet weg dat ik ongelofelijk veel informatie tot me heb genomen. Heel veel dank daarvoor. Dat gaat echt helpen wanneer we binnenkort de evaluatie van de euthanasiewet hier bespreken.

Mijn vraag is in eerste instantie gericht aan mevrouw Guldenmond. Ik vind dat zij in haar position paper wel mooi beschrijft dat er vanuit een medisch perspectief te vaak wordt doorbehandeld. Er wordt dan gekeken wat er nog kan en dat wordt dan gedaan, terwijl je het misschien wel veel eerder in een gezamenlijk gesprek zou moeten hebben over de vraag: wat kan er allemaal nog? Begrijp ik haar pleidooi goed dat je dat gesprek, dat samen beslissen, in die laatste levensfase naar voren zou moeten halen en dat je het ook echt goed over het levenseinde zou moeten hebben – palliatieve zorg zou ook euthanasie kunnen zijn – om te voorkomen dat je in die laatste levensfase nog onnodig doorbehandelt? Daar zou ik graag enige reflectie op willen hebben. Als de heer Héman daar ook op zou kunnen reflecteren vanuit zijn professie, dan zou ik dat heel interessant vinden. Ik denk dat daarop veel te winnen valt.

Ik heb ook een vraag aan mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink. Ik zag in haar position paper iets wat mij wat verbaasde en waar ik wat toelichting op zou willen hebben. Over euthanasie bij psychiatrische patiënten zegt zij: dat zou niet moeten mogen. Dat snap ik, maar vervolgens houdt zij toch een pleidooi om palliatieve zorg te geven als er niets meer kan. Gaat het dan om palliatieve zorg bij psychiatrische patiënten die dood willen? Ik kon mij daar geen beeld bij vormen.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Rutte. Dan resten mij nog twee vragen. De laatste vraag die de heer Rutte aan mevrouw Wiegman stelde, was overigens precies de vraag die ik haar ook wilde stellen.

En ik heb een vraag aan mevrouw Van der Heide. Als lid van de evaluatiecommissie hebt u een heel aantal punten opgenoemd waar we aandacht aan moeten besteden. Ik zou graag van u willen weten wat u betreft het meest prangende punt is. Wat is het belangrijkste waar we echt met urgentie op moeten acteren?

Ik ga de sprekers langs. Mevrouw Ellemeet heeft een vraag gesteld aan mevrouw Wolbert. Mevrouw Wolbert, mag ik u daar het woord over geven?

Mevrouw Wolbert:

Natuurlijk. Dank u wel, voorzitter.

De vraag was welke concrete aanknopingspunten we mee zouden kunnen nemen als het gaat om het organiseren van een debat. Ik denk dat een van de allerbelangrijkste dingen is dat de overheid de lead neemt, ook bij het organiseren van concrete informatie voor mensen. Overigens moet dat niet zoals de heer Van der Staaij suggereerde: een campagne om te zeggen «alles wat mogelijk is en waarom doen die dokters dat niet?». Ik denk dat dat uitdrukkelijk niet de toon en de manier is waarop de overheid een publiekscampagne zou moeten organiseren, ook niet over het onderwerp euthanasie en dementie. Het gaat mij erom dat wij zien dat heel veel mensen zich zorgen maken omdat ze het gesprek niet goed op gang krijgen. Als er één ding is waarin de overheid een goede rol kan spelen, is het in allerlei campagnes en manieren van praten mensen echt

op het hart drukken dat ze het gesprek op tijd beginnen. Ik vind dat dat niet alleen een verantwoordelijkheid is van de mensen zelf. Dat is het natuurlijk altijd, maar het gaat ook over het samenwerken tussen al die organisaties die op dat terrein aan de gang zijn.

Alzheimer Nederland benadrukt dat mensen, zodra ze een diagnose krijgen, aan de slag moeten gaan en zaken moeten regelen, maar daar hoort ook het gesprek over het levenseinde bij. Dat is voor mensen natuurlijk moeilijk. Als je net hebt gehoord wat er met je aan de hand is, is het ontzettend moeilijk om tegelijk te gaan praten over levenseindevraagstukken. Ik vind dat alle hulpverlening die betaald wordt in Nederland, eigenlijk ook betaald zou moeten worden om dat gesprek op tijd goed te gaan voeren en om daartoe het initiatief te nemen. Dat betekent wat mij betreft ook dat huisartsen niet zouden moeten wachten totdat mensen bij hen komen, maar dit op tijd zelf in een gesprek moeten aankaarten en het moeten begeleiden. Het hele pakket van wat er al gebeurt, moet aangescherpt worden op levenseinde en dementie. Daarin zou de overheid een goede rol kunnen spelen. Ik merk gewoon dat het nu, zoals bij zoveel debatten, ontaardt in voor- en tegenstanders, terwijl het juist zo belangrijk is dat daar een partij neutraler de lead in neemt via voorlichting en publiekscampagnes.

Een tweede punt dat ik van belang vind, is dat al het geld dat besteed wordt in de palliatieve zorg, niet alleen besteed wordt aan de zorg tot het einde, want het is palliatieve zorg, inclusief euthanasie. Het betekent dat je daar ook een andere manier van kijken bij moet hebben en ik merk dat dat eigenlijk niet echt geland is. Het betekent ook dat je palliatieve zorg, dementie en levenseindevraagstukken op een andere manier moet bespreken. Dat je het bespreekbaar moet maken, dat je mensen moet helpen om hun wilsverklaring te actualiseren en het gesprek daarover te blijven aangaan tussen arts en patiënt, is wat mij betreft onderbelicht. En de overheid zou daar een ongelooflijk goede rol in kunnen spelen. Dus niet alleen met publiekscampagnes voor informatie, maar ook in de begeleiding en de ondersteuning voor de laatste levensfase.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Héman over de ggz-zorg die tekortschiet.

De heer Héman:

Dank u, mevrouw de voorzitter. De ggz-zorg schiet tekort. Dat is de handelingsverlegenheid waar mevrouw Ellemeet op duidde. Ik denk dat het niet zozeer handelingsverlegenheid is, maar eerder dat uitzichtloosheid en gebrek aan alternatieven, de zorgvuldigheidseisen van de wet, moeilijk vast te stellen zijn. In dat kader kunt u zich voorstellen dat je niet kunt vaststellen of er alternatieven zijn als je onvoldoende behandeling hebt.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mevrouw Ellemeet. U mag daarop doorvragen, hoor.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dit is een héél beknopt antwoord en het gaat niet in op het andere deel. Ik ben het met u eens dat we heel goed moeten kijken naar waar de ggz mogelijk tekortschiet, maar er wordt ook geconstateerd dat het nog steeds een ingewikkeld onderwerp is voor de psychiaters. Ik zou graag van u horen op welke manier u dit gesprek op gang wilt brengen en wilt bevorderen dat die handelingsverlegenheid, die ook geconstateerd wordt, opgelost wordt.

De heer Héman:

Ik heb zo veel vragen gekregen dat ik niet alles uit ten treure heb opgeschreven. Daar zitten in mijn ogen twee aspecten aan. Enerzijds kun

je uitzichtloosheid en gebrek aan alternatieven niet goed vaststellen. Dat zijn de zorgvuldigheidseisen. De andere kant is dat wij in juli een project gestart zijn waarbij wij met artsen gaan kijken – dat staat ook in onze position paper – hoe je die handelingsbekwaamheid kunt bevorderen, zowel op het gebied van de psychiatrische problematiek als bij dementie.

De voorzitter:

Als u toch aan het woord bent, kunt u misschien doorgaan naar de vraag van mevrouw Kuik. Zij vroeg, heel kort samengevat, naar meer transparantie voor de toetsingscommissies.

De heer Héman:

Ik heb 'm ook kort opgeschreven, maar ik weet niet of het dan voldoet. Wij zien natuurlijk ook dat er binnen de RTE's een reflectiekamer is opgericht. Er is dus al interne reflectie. Wat wij denken dat voor ons als artsen van belang is, is leren van die argumentatie, met name bij complexe gevallen. Die complexe gevallen zijn natuurlijk vaak de gevallen met dementie en psychiatrische problematiek. Dat is voor ons een onderdeel binnen het leren hoe je dingen kunt duiden. Ik hoop dat dat voldoende antwoord is.

De voorzitter:

Mevrouw Van Wijngaarden, u had ook een vraag van mevrouw Kuik.

Mevrouw Van Wijngaarden:

Die vraag was waaruit de groeiende terughoudendheid van professionals bestaat. Dat is in de diepte nog niet heel grondig onderzocht. Wel blijkt uit het evaluatierapport dat er ook een morele terughoudendheid is en dat de terughoudendheid dus niet alleen procedureel is in de zin van: we weten niet precies de exacte stappen. Wat ik veel zie en hoor in mijn contacten met professionals is dat die morele kant toch ook wel ... Wat is nou nog goed om te doen en wanneer verschuift het te veel van lijden verlichten naar lijden voorkomen? Er is ook een anticiperende doodswens. We zien ook in het evaluatierapport dat de beslissing wat meer naar voren wordt gehaald. Ik denk dat het belangrijk is om dat serieus te nemen en om daarover met elkaar te spreken. Ik vind in die zin dat ... Nou ja, ik heb daar inderdaad meer vragen over opgeroepen omdat we daar eigenlijk weinig over weten. Volgens mij is het ontzettend belangrijk om dat na te gaan. Ik hoor ook van mensen dat er meer nadruk ligt op verzoeken en minder op overleg en dat dat voor de betrokken professionals ook intens kan zijn. Ik denk dat het gewoon goed is om daar zorgvuldig naar te kijken en om dat mee te willen nemen.

De voorzitter:

Ik zie mevrouw Wolbert kijken. Wilt u ook reageren? U mag overigens best op elkaar reageren, zodat er hier aan tafel echt een gesprek ontstaat.

Mevrouw Wolbert:

Ik denk dat het inderdaad heel belangrijk is om onderzoek te doen. Zolang we geen onderzoek hebben gedaan, is er ook ruimte om dat gat, dat we nog niet kennen, te interpreteren en in te vullen. En ik zou zeggen: als je constateert dat er terughoudendheid is bij artsen, zou dat natuurlijk ook kunnen liggen aan het feit dat er steeds meer complexe vragen komen, omdat er gewoon steeds meer mensen echt oud worden en omdat steeds meer mensen lijden aan dementie. Het aantal complexe vraagstellingen neemt dus toe. Het zou best kunnen zijn dat uit onderzoek naar voren komt dat dat de terughoudendheid van artsen deels beïnvloedt. Ik zou eigenlijk iedereen willen oproepen om, zolang we het niet weten, in ieder geval terughoudend te zijn met dat soort conclusies, omdat we nog zitten in het terrein van denken te weten. We hebben het immers niet onderzocht.

Ik stel vast dat artsen ook terughoudend zijn vanwege het feit dat het aantal complexe vraagstukken natuurlijk gewoon toeneemt. Ik hoor dat ook terug bij de mensen van de Levenseindekliniek. Voor een deel gebeurt dat omdat het aantal verzoeken vanuit psychiatrische patiënten toeneemt, maar voor een deel ook domweg vanwege het feit dat het aantal mensen ... Voor het eerst in onze levens is het natuurlijk zo dat er zo'n grote groep mensen echt oud wordt en dus ook gaat lijden aan ziektes als dementie. Daardoor neemt het aantal complexe vraagstukken dus toe.

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan naar de vragen van de heer Van der Staaij aan de heer Héman. Vergroot meer aandacht in campagnes over wat de euthanasiewet precies inhoudt niet de vraag? Er ligt ook een vraag over problemen voor artsen.

De heer Héman:

Een informatiecampagne is enerzijds goed. Er bestaat geen recht op euthanasie. Wij zien het volgende en dat zult u vanmiddag ook horen. Als er veel gesproken wordt in de pers over euthanasie en suicidaliteit is er bij 113 een toename van het aantal meldingen en het aantal vragen. Er is dus wel degelijk effect. Een ander effect is de schriftelijke wilsverklaring. Daarover bestaat veel onduidelijkheid. Men denkt dat je daarmee een soort vrijbriefje schrijft en dat de arts daarmee kan doen wat hij wil. Dat is niet zo. Er is duidelijk in de wet vastgelegd dat je aan zorgvuldigheidseisen moet voldoen. Je moet ondraaglijk lijden vaststellen. Als iemand heel erg dement is, kan hij dat niet meer bevestigen en kun je de indruk hebben dat iemand niet lijdt. Dan kun je geen euthanasie uitvoeren. Het is een feit dat dit soort problemen spelen. Agnes Wolbert geeft ook aan dat je moet bevorderen dat mensen vroeg en op tijd met hun arts in gesprek gaan. Dat is een goede zaak.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat mevrouw Wiegman wil reageren.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink:

Bij de publiekscampagne is het belangrijk om een van de zaken uit de evaluatie mee te nemen. Kortweg gezegd blijkt uit de evaluatie dat mensen in Nederland beter weten wat euthanasie is dan wat palliatieve zorg is. Bij een publiekscampagne moeten wij zeer alert zijn. Wij moeten niet nog meer informatie geven over euthanasie en de euthanasieverklaring. Wij moeten juist het brede perspectief benoemen. Mensen moeten er goed van op de hoogte zijn wat palliatieve zorg is. Het is een veelomvattend begrip. Het moet duidelijk worden dat er veel andere vormen van wilsverklaringen mogelijk zijn. Er zijn zelfs betere wilsverklaringen die onder de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst vallen. Daar kunnen mensen daadwerkelijk rechten aan ontleen in tegenstelling tot de euthanasieverklaring die onder de euthanasiewet valt.

De voorzitter:

Mevrouw Van Wijngaarden, ook voor u is er een vraag van de heer Van der Staaij.

Mevrouw Van Wijngaarden:

Ja. Die vraag was wat mijn onderzoek heeft laten zien en wat de belangrijkste uitkomsten zijn. Ik heb onderzoek gedaan naar ouderen die hun leven voltooid vinden. Ik heb dit met name gericht op wat mensen dan meemaken, op de ervaringswereld van deze mensen. In essentie is het probleem dat mensen geen verbinding meer ervaren met de wereld om hen heen, soms ook met zichzelf of met naasten. Dat heeft ook te maken met fysieke klachten. Er is soms sprake van ouderdomsproblematiek.

Moeheid speelt ook een grote rol. Het is voornamelijk een existentiële problematiek. Er is een gebrek aan zingeving. Men weet niet waarvoor men nog vroeg opstaat. Men heeft geen zin meer.

Er zit echter ook duidelijk een sociaal-maatschappelijke dimensie aan. Ergens heeft men nog wel de behoefte om op de een of andere manier van nut te zijn, maar men weet niet meer hoe of men ziet daar geen ruimte meer voor. Er is ook een grote angst voor afhankelijkheid. Dat wil je niet. Er is ook angst voor ontoereikende zorg. Het complexe samenspel van al die dimensies maakt dat het ongelooflijk lastig is. Er is geen makkelijke oplossing. Ik denk dat terughoudendheid gepast is. Eerst moet je beter willen begrijpen wat er zo zwaar weegt en hoe mensen tot zo'n afweging komen. Dat is ongelooflijk belangrijk.

Ik heb ook gekeken naar hoe mensen over die stervenswens spreken. Die was er heel nadrukkelijk. Ik heb een groep onderzocht van mensen die echt dood wilden en het liefst zo snel mogelijk. Er was een actieve, intense stervenswens. Mensen waren er, soms in hetzelfde gesprek, ook dubbel over. Men wil eigenlijk niet dood, maar men wil dit leven niet. Dat spanningsveld was er voortdurend. Dat maakt het lastig, maar het is wel belangrijk om goed het gesprek aan te gaan met iemand die zegt dat hij dood wil. Wat bedoelt iemand die dat zegt? Ik wil niet zeggen dat ik het beter weet, maar iemand heeft tijd nodig om dit bij zichzelf beter te exploreren.

Dit zijn wel de belangrijkste punten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we bij de vragen van mevrouw Marijnissen aan de heer Héman. Kan de voltooidlevenwens niet ook stigmatiserend werken voor ouderen? Daar heeft de heer Héman iets over gezegd en mevrouw Marijnissen wil daar een toelichting op.

De heer Héman:

Ik wil eigenlijk beginnen met een voorbeeldje uit de praktijk. Ik werd benaderd door een oude dame van 75. De leeftijdsgrens in het voorstel is toevallig 75. Misschien is dat overigens niet toevallig. Deze dame vroeg mij: dokter, moet ik nu een niet-euthanasieverklaring opstellen? Dat zette mij aan het denken in deze richting. Er is een leeftijdsgrens in het voorstel en daarmee stigmatiseer je. Bij jongeren praten we over suïcidaliteit en bij ouderen over voltooid leven. Ik vind dat je met een leeftijdsgrens impliciet het leven van ouderen minder waard maakt.

Ik geef nog een voorbeeld. De moeder van een heel goede vriend van mij, een studievriend, woont in een verzorgingshuis. Inmiddels is ze 93. Ze heeft één zoon die in het buitenland werkt en woont. Twee jaar geleden had zij heel veel last van depressieve gevoelens. U kunt zich dat voorstellen. Je woont in een verzorgingshuis en je hebt geen of weinig contact met je enige kind. Het gevoel dat boven kwam, was: het leven heeft voor mij niet zo veel zin. Ze had een heel goede huisarts. Hij vond dat ze toch even met een psychiater moest praten, omdat hij depressieve gevoelens bij deze vrouw constateerde. Er is een uitgebreid onderzoek geweest. Men constateerde een depressie die men met elektroshock heeft behandeld. Ik ben van de «One Flew over the Cuckoo's Nest»-generatie, dus ik vond dat heel schokkend voor iemand van toen 91. Ze heeft vijftien behandelingen gehad en leeft nu al twee jaar vrolijk door, en dan vrolijk in positieve zin. Ze heeft het in die setting naar haar zin. Het is gewoon heel moeilijk en heel ingewikkeld. Dat soort gevallen komen wij tegen. Wij zien dat deze voltooidlevenwet toch de indruk gaat wekken dat je als oudere minder waard bent. Dat signaal willen wij hier in ieder geval geven, want ik denk dat daar goed over nagedacht moet worden.

De voorzitter:

Er was ook een vraag van mevrouw Marijnissen voor mevrouw Van Wijngaarden.

Mevrouw Van Wijngaarden:

Dat was de vraag hoe we het publieke debat beter kunnen vormgeven. Dat is een uitdagende vraag. Dit is een wezenlijk punt. Wij constateren voortdurend dat het een zeer complexe thematiek is en dat moeten we ook in het debat benadrukken. Er zijn simpele oplossingen. We moeten het willen begrijpen voordat we het willen oplossen. Er moet meer duidelijkheid komen over wat de stappen zijn en wat de ruimte binnen de wet is. Dat is allemaal heel belangrijk. Het is heel wezenlijk om te kijken waar de complexe kanten zitten. Hoe zit het eigenlijk met iemand die dood wil en wat is daarbij lastig? Wat ervaren de naasten die er omheen staan? Wat is de terughoudendheid van de professionals in dezen? Waarom hebben zo veel beroepsgroepen die ertoe doen, gezegd: hier ligt voor ons een grens en wij willen dit niet? Ik vind dat apart, zeker als het gaat om voltooid leven. Ik noem het Nederlands Instituut voor Psychologen, de V&VN en de KNMG. De psychiaters hebben geen officieel statement geschreven, maar er zijn wel uitingen geweest. Daarom is het belangrijk dat wij niet de houding hebben van nu doorpakken. Wij moeten het eerst willen begrijpen en daarom moet er pas op de plaats gemaakt worden. Ik vind dat het debat te veel wordt gepolariseerd tussen christelijk en niet-christelijk. Dat is geen weergave van de werkelijkheid. Je moet goed kijken naar wat de tegenstemmen inhouden. Ik pleit ervoor om niet te praten in termen van voor en tegen. Dat is al diverse keren hier aan tafel naar voren gekomen. Het moet gaan over de verschillende kanten die eraan zitten. Dit gaat over een zeer preciaire aangelegenheid en dat vraagt om een precair debat.

De voorzitter:

Dank u wel. We komen bij de vragen van mevrouw Dik. De eerste is aan mevrouw Kok.

Mevrouw Kok-van Oirschot:

Ik heb inderdaad een vraag gekregen van mevrouw Dik-Faber over de rol van de apotheken die niet genoemd is in de Wtl en op basis waarvan ik dan toch meewerk aan een euthanasie. Die vraag sluit eigenlijk ook wel aan bij uw latere vraag, want u vroeg naar de problemen die dat kan opleveren of al heeft opgeleverd. Ik wilde graag het antwoord op die vragen combineren als dat mag.

Wij worden inderdaad niet genoemd in de euthanasiewet, maar er is wel in 2012 een richtlijn opgesteld door de twee beroepsgroepen, de KNMG en de KNMP. In die richtlijn worden heel duidelijk zorgvuldigheidseisen genoemd, in ieder geval waaraan een euthanasieaanvraag moet voldoen en wat een arts allemaal in overweging moet nemen voordat hij daaraan meewerkt. Datzelfde is daarin ook beschreven voor de apotheker. Daarop baseer ik mij bij mijn dagelijkse werkzaamheden en als mij dat gevraagd wordt.

Dat neemt niet weg dat op het moment dat een arts aan die zorgvuldigheidseisen voldoet, de arts niet strafrechtelijk kan worden vervolgd. In mijn geval is dat anders: ik kan wel strafrechtelijk vervolgd worden. Nu heeft dat in het verleden nog niet tot problemen geleid; er is tot nu toe slechts één zaak tegen een arts geweest, terwijl er tegen een apotheek nog nooit een zaak is geweest. Maar het niet opnemen van apothekers in de Wtl leidt wel tot praktische problemen. Dat hebben we vrij recent meegemaakt, toen een apotheker een verzoek kreeg voor een euthanasie en zelf van mening was dat niet helemaal aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en vervolgens weigerde mee te werken. Dat heeft tot grote opschudding geleid. Dat is natuurlijk heel erg vervelend, in de eerste

plaats voor de patiënt. Het is echter logisch, want doordat je geen plek hebt in de euthanasiewet en geen verschoningsrecht, ben je kwetsbaar en daardoor extra waakzaam. Dus ik denk dat het voor het hele proces van de euthanasie, als dat aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet, ook in het belang van de patiënt is om de rol van de apotheker te verankeren en te benoemen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik had ook een vraag voor mevrouw Wiegman.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink:

Dat was de vraag over palliatieve sedatie. In de evaluatie wordt gemeld dat er sprake is van een sterk toegenomen frequentie van toepassing van palliatieve sedatie, met 18%, dat is echt veel. Dit is een onderwerp dat ik de afgelopen jaren ook wel wat verder heb gevolgd. Er is nog niet heel veel onderzoek naar gedaan, dus ik ben ook erg blij met de aanbeveling in de evaluatie om nader onderzoek te gaan doen naar deze stijging. Er zijn een aantal bronnen waarnaar ik daarbij kan verwijzen. In 2016 is er een rapport van het NIVEL verschenen. Daarin werd ook gemeld dat de patiënt in de meeste gevallen wel betrokken wordt in de besluitvorming rondom de toepassing van palliatieve sedatie, namelijk in 87% van de gevallen. Dat is veel en dat is mooi. Maar dat betekent dus ook dat een groot aantal patiënten daar niet in wordt betrokken. We merken zelf bij onze advieslijn, maar ook wanneer we als NPV bijeenkomsten hebben in het land, dat er heel veel vragen zijn over palliatieve sedatie. Dan geven we uitleg, want er is een heldere richtlijn en het is een medische beslissing. We merken dan na afloop dat er veel ervaringen zijn, patiënt-ervaringen of beter gezegd vaak ervaringen van naasten, omdat de patiënt inmiddels is overleden. Maar met name ook ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden in de zaal – ik kijk even naar u – die dan zeggen dat zij regelmatig dingen zien gebeuren waarbij zij vragen hebben of de richtlijn wel echt zorgvuldig wordt toegepast. Er zijn dus veel signalen uit de praktijk.

Ik vond het zelf ook wel treffend dat er op een gegeven moment een artikel stond in De Groene Amsterdammer, waarin vier huisartsen werden geïnterviewd, ook over palliatieve sedatie. Dat artikel was in interviewvorm, maar bepaalde uitspraken bevestigden eigenlijk ook wat wij nog wel eens horen, namelijk dat huisartsen zeggen: dan vragen mensen om euthanasie en dan noemen ze palliatieve sedatie als alternatief. Je kunt heel strikt genomen zeggen dat het bij het bespreken van alternatieven inderdaad goed is om informatie te geven over palliatieve sedatie, maar wat klinkt daar achter de komma in door? Dat huisartsen dan ook wel zeggen: ja, sedatie is voor ons eigenlijk wel fijner. Het is wat rustiger en psychisch minder belastend.

Dat is opnieuw een signaal waarbij ik denk: ja, maar daarvoor is palliatieve sedatie natuurlijk niet bedoeld. Dit zijn de bronnen, maar heel strak gezegd: een van de signalen die wij krijgen, is grote onbekendheid bij patiënten en naasten met de betekenis van palliatieve sedatie. Wat is het, wanneer wordt het toegepast? Ook zijn er verschillende signalen dat een arts er niet altijd goed over communiceert, mensen niet goed informeert. Daarvan denk ik dat het belangrijk is dat artsen de richtlijn zorgvuldig toepassen of beargumenteerd daarvan afwijken.

Dit zijn even wat signalen rondom de opmerking die ik in de position paper heb gemaakt.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik hoop dat mijn stem het wil doen na een hoestbui. Wij zijn toe aan de vragen van de heer Rutte. Hij heeft een vraag aan mevrouw Guldemond.

Mevrouw Guldemond:

Het ging erover dat ik in de position paper had geschreven dat het wenselijk is dat het gesprek meer naar voren wordt gehaald in de ziekte. Dat is net ook al gezegd over palliatieve zorg. Die is heel veelomvattend. Recent, in oktober, is er een Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland gelanceerd waaraan ik zelf ook heb mogen meewerken. Daar hebben we met de patiëntenvereniging en allerlei disciplines – geestelijke verzorging, psychologen, artsen, verpleegkundigen en ouderengeneeskunde – een begrippenlijst en een kader opgesteld voor wat wij samen met de patiënt vinden waaraan palliatieve zorg moet voldoen.

Eigenlijk begint dat met de «surprise question», zoals het genoemd wordt: zou het mij verbazen? Dan gaat het er niet om dat je die stelt in gesprek met de patiënt, maar dat je je als zorgverlener afvraagt: zou het mij verbazen als deze patiënt over een jaar nog leeft? Dat is essentieel, en ook heel moeilijk om te bepalen. Dat kun je niet altijd, maar het gaat om bewustwording. Eigenlijk is dit een cultuuromslag. Er is heel veel aandacht voor de cure. Ik denk dat we een beetje vergeten zijn om de care daarin mee te nemen. Dus hoe ga je die twee afstemmen op elkaar? Dan gaat het ook heel erg over advanced care planning. Dit zijn allemaal Engelse termen, neem me niet kwalijk, maar hierbij gaat het er heel erg over dat je als arts, verpleegkundige of geestelijk verzorger met die patiënt in gesprek gaat over wat als dan en hoe het er dan uitziet. Een voorbeeld van wat er in het ziekenhuis gebeurt waar ik als verpleegkundig specialist werk, als ik het gesprek aanga met de oncoloog, die zegt: ik heb deze patiënt een chemotherapie aangeboden. Als ik dan vraag naar de kans van overleving als dat aanslaat, is het antwoord: 50% wel en 50% niet. We zijn dan heel erg geneigd om te kijken naar die 50% dat het wel zou aanslaan. Maar ik zie ook een grote groep – de andere 50% – waarbij het niet aanslaat, en wat dan?

Je kunt daarover met elkaar in gesprek gaan van arts naar patiënt, maar in de palliatieve zorg gaat het heel erg over multidisciplinair samenwerken, waarbij je dus met elkaar als behandelend team bekijkt wat voor deze patiënt – natuurlijk in samenspraak met de patiënt – de best mogelijke zorg is. Eigenlijk gaat palliatieve zorg over goede zorg leveren. Dat is even voldoende, denk ik.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Wiegman had ook een vraag van de heer Rutte. O, mijnheer Rutte wil even reageren.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik had ook een reflectie van de heer Héman gevraagd over het feit dat we misschien niet te lang door moeten behandelen en te laat dat gesprek over die palliatieve zorg voeren, omdat palliatieve zorg toch ook een normale behandeling is.

De heer Héman:

Een korte reflectie of een lange reflectie? Een goede reflectie, zegt de heer Rutte. Dit kan alleen maar een goede zijn. Ik wil ook even reageren op mevrouw Wiegman. De KNMG heeft een achterban van zo'n 60.000 individuele leden. Ik denk dat ik niet kan garanderen dat alle artsen altijd uitermate goed communiceren. Ik denk dat we – daarom zijn we dat project ook mede gestart – dit ongetwijfeld kunnen verbeteren. Maar u moet zich voorstellen dat palliatieve zorg nu geen onderdeel is van de mogelijkheden die je met iemand bespreekt aan het eind van het leven, op het moment dat blijkt dat de patiënt niet meer te genezen is. Dan ga je dat gesprek aan. Palliatieve zorg kan eindigen in palliatieve sedatie maar kan ook eindigen in euthanasie. Dat hele traject en de hele begeleiding ervan doe je als arts en daarmee help je die patiënt en zijn naasten. Uit de

evaluatie van de wet blijkt echter dat palliatieve sedatie juist niet als alternatief voor euthanasie wordt ingezet, zo heb ik het althans gelezen. Waardoor komt die stijging? Dat vind ik een lastige. Dat zou ik ook graag onderzocht hebben. Sinds 2014 is er een landelijk project over palliatieve zorg, aangestuurd vanuit VWS. Ik kan mij voorstellen dat de bekendheid van palliatieve zorg en palliatieve sedatie ervoor zorgt dat ze ook wat beter toegankelijk zijn, maar dat is eigenlijk niet onderbouwd op dit moment.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan nu naar mevrouw Wiegman.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink:

Ik heb nog een vraag over de palliatieve zorg in de psychiatrie. De heer Rutte zei: ik kan me daar helemaal niks bij voorstellen. Ik denk dat dat tekenend is; dat zegt wel wat. Ik herinner me dat hier een paar jaar geleden een rondetafelgesprek heeft plaatsgevonden over euthanasie in de psychiatrie en dat dit precies een van de aandachtspunten was. De palliatieve zorg in de psychiatrie, als die er al is, is nog maar heel beperkt en staat nog in de kinderschoenen. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat daar meer aandacht voor komt. Misschien is het goed om daar straks in een volgend blok, waarin euthanasie in de psychiatrie aan de orde komt, wat op door te vragen.

Palliatieve zorg en het kwaliteitskader dat recent is verschenen, werden daarnet genoemd. Het mooie van palliatieve zorg is de enorme reikwijdte ervan, de vier domeinen die de zorg beslaat. Daar spreekt een heel holistische visie uit, waarbij vooral de kwaliteit van leven centraal staat. Als genezen niet meer mogelijk is, hoe voeg je dan leven toe aan de dagen die er nog zijn in plaats van nog meer dagen toe te voegen aan het leven? Die manier van kijken, de kwaliteit van leven, is ontzettend belangrijk in de psychiatrie. De punten die de heer Héman noemde, zijn zorgen over wat op dit moment in de ggz plaatsvindt en welke effecten dit op de patiënt heeft, maar ook het voorbeeld dat ik gaf, geeft aan dat er in de psychiatrie en de ggz nog heel veel aandacht nodig is voor de kwaliteit van leven.

Laten we even uit de polarisatie van voor- en tegenstanders stappen. Ik vond dat ook mooi aan het pleidooi van mevrouw Van Wijngaarden. Ik denk dat we er goed aan doen om vandaag vast te stellen dat er sprake is van een heel grote problematiek als het gaat om euthanasie in de psychiatrie. Ik noem een van de dingen die mij opvielen in de evaluatie of in een ander rapport dat ik las. Denk even aan alle mensen die door de Levenseindekliniek zijn afgewezen. De Levenseindekliniek past euthanasie toe, ook bij mensen met psychiatrische problematiek. Maar van heel veel mensen wordt de euthanasieaanvraag afgewezen. Wat gebeurt er met deze mensen? Wat betekent dat voor deze mensen? Wat is echt nodig voor deze doelgroep? Zeker bij deze doelgroep geldt dat de vragen achter de vragen gesteld moeten worden. Wat willen deze mensen werkelijk? Als je dat aan deze mensen vraagt, dan zeggen ze vaak niet zozeer «ik wil niet meer leven», maar «ik wil dit leven niet meer». Ze willen een ander leven. Als je euthanasie als oplossing aandraagt en deze mensen niets meer weet te bieden, dan getuigt dat op zijn minst van grote armoede.

Ik heb nog één punt. Er werd verwezen naar het grote programma op het terrein van palliatieve zorg, het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Er loopt op dit moment ook een groot subsidieprogramma, Palliantie. Er gebeuren op dit terrein heel veel mooie dingen, maar ook in deze programma's is de palliatieve zorg in de psychiatrie maar een heel klein onderdeel. Ik denk dat er nog onvoldoende gebeurt.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat is een heel lang antwoord, maar net geen antwoord op mijn vraag. Ik probeer geen tegenstellingen te creëren. Ik snap dat mevrouw Wiegman zegt dat we bij de behandeling vooral moeten kijken naar de kwaliteit van leven. Dat is überhaupt heel erg belangrijk in de zorg, maar ik vraag mij het volgende af. Je behandelt een psychiatrisch patiënt palliatief, dus naar het einde van zijn of haar leven, maar je wilt dat leven vervolgens niet beëindigen. Ik krijg die werelden niet bij elkaar. De andere behandeling is gewoon een goede psychiatrische behandeling waarmee je probeert de kwaliteit van leven te behouden. Kan mevrouw Wiegman mij een voorbeeld geven van wat zij bedoelt, zodat ik er een beetje grip op kan krijgen? Ik ben zeker geen tegenstander van palliatieve zorg, maar ik krijg hier het plaatje gewoon niet rond. Vandaar mijn vraag.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**:

Om het plaatje rond te krijgen, is het misschien aardig om je visueel voor te stellen hoe het blokje van de palliatieve zorg eruitziet. Wat is palliatieve zorg? Wanneer start palliatieve zorg? Die start op het moment dat iemand ongeneeslijk ziek is. Als je dat constateert, dan wordt met palliatieve zorg de aandacht verschoven. In plaats van dat je puur ziektegericht bezig bent om de ziekte te bestrijden, ben je steeds meer bezig met het bestrijden van de symptomen. In ons beeld gaat palliatieve zorg vooral over de zorg in de laatste levensfase. We denken vooral aan de terminale fase, maar palliatieve zorg kan in werkelijkheid veel meer tijd vragen en een veel langere tijd beslaan.

In de afgelopen tijd zijn er verschillende psychiaters aan het woord geweest in de media. Allereerst denk ik dat we in de psychiatrie moeten vaststellen dat het een poos kan duren voordat een psychiater zegt: ik ben uitbehandeld. Dat vraagt vaak veel meer tijd dan wanneer je het hebt over een bepaalde vorm van kanker die ongeneeslijk blijkt te zijn. Je ziet nog weleens gebeuren dat patiënten gedurende die tijd zeggen «ik ga naar een andere psychiater» of «ik meld me bij de Levenseindekliniek». Dat heb ik ook uit gesprekken met psychiaters begrepen. Het is moeilijk om zo'n tijd daarvoor uit te trekken. Vervolgens kun je de vraag stellen in hoeverre er in de psychiatrie echt sprake is van symptoomgerichte behandeling, van aandacht voor de kwaliteit van leven en van een holistische blik, niet alleen wat medisch mogelijk en nodig is, maar ook hoe we de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische aandoening kunnen vergroten. Die is sterk onder de maat.

De **voorzitter**:

Dan had ik ten slotte nog een vraag aan mevrouw Van der Heide. Die ging over het meest urgente advies van uw kant.

Mevrouw **Van der Heide**:

Er zijn al een aantal van onze aanbevelingen benoemd, dus die worden kennelijk toch door velen ondersteund. Ik wil er drie uitlichten. Ten eerste denk ik dat we bij alle overwegingen ten aanzien van de huidige wetgeving en de eventuele uitbreiding daarvan heel goed in ons hoofd moeten houden dat we de huidige wet, zoals die functioneert en wordt toegepast, moeten koesteren. Het is een groot goed dat die zowel door burgers als door professioneel betrokkenen zeer hoog wordt gewaardeerd. Dat biedt vele mensen een goede gelegenheid om hun levenseinde op een manier in te richten zoals zij dat zelf willen.

Ten tweede is er op een aantal punten benoemd, ook door sprekers hier aan tafel, dat we nog niet voldoende weten, bijvoorbeeld over voltooid leven, dementie en de stijgende cijfers van palliatieve sedatie en euthanasie. Ik denk dat het goed is om daar aandacht aan te besteden en om te proberen daar meer inzicht in te krijgen. Ik denk dan met name aan de impact die een euthanasiewet in een land op de lange termijn heeft op

het denken en doen ten aanzien van doodgaan en sterven. Wij hebben in Nederland met onze euthanasiewetgeving uiteindelijk een experiment ingericht dat ons in de unieke gelegenheid stelt om na te gaan wat dit betekent voor het denken over doodgaan in de samenleving. Ten derde denk ik dat de euthanasiewet is gebaseerd op vertrouwen, vertrouwen in artsen om hun handelen te melden en vertrouwen in toetsingscommissies om dat handelen op een goede manier te toetsen. Voor ons als onderzoekers was het in de evaluatie van de wet best lastig om erachter te komen wat precies de argumenten zijn van de toetsingscommissies in complexe gevallen. De toetsingscommissies hebben zich naar ons toe heel open en daarmee ook kwetsbaar opgesteld. Dat is een groot goed en dat waarderen wij zeer van de toetsingscommissies. Maar desalniettemin was het voor ons best lastig om op basis van onze waarnemingen en de documenten die we hebben ingezien, inzicht te krijgen in de argumenten van de toetsingscommissies bij heel complexe casuïstiek. Ik denk dat het belangrijk is dat de samenleving daar meer inzicht in krijgt.

De voorzitter:

Ik dank u hartelijk. Ik kijk even naar de collega's. Er is niet meer voor iedereen gelegenheid om een vraag te stellen. Mevrouw Ellemeet wil nog wel graag reageren.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

In aanvulling op wat mevrouw Van der Heide net aangeeft: het is inderdaad heel mooi dat uit de evaluatie blijkt dat de wet goed functioneert. Maar wat ik daarin mis, is de onrust die er ook in de samenleving is. Heel veel mensen hebben het gevoel dat de euthanasiewet onvoldoende ruimte biedt voor hun levenseinde. Zou mevrouw Van der Heide kunnen reflecteren op de onrust die er bij zo veel mensen is? Ik denk dan aan de mensen die alsnog middelen in het buitenland gaan zoeken om zelf de regie te kunnen houden. Hoe verhoudt zich dat tot de positieve evaluatie van de euthanasiewet?

Mevrouw Van der Heide:

Ik zei in het begin ook al dat het feit dat we een euthanasiewet hebben en dat die goed functioneert in de gevallen dat mensen er gebruik van maken, niet wil zeggen dat dat het einde van het debat is of dat we daarmee alles hebben afgedekt en geregeld en dat we het er verder niet meer over hoeven te hebben. Mede gezien de onrust in de maatschappij, die u nu benoemt, is het heel belangrijk dat we er blijvende aandacht voor hebben en dat we ons niet neerleggen bij de situatie zoals die is, omdat we daaraan nooit meer iets zouden hoeven te veranderen. Onder andere naar aanleiding van onderzoek maar ook naar aanleiding van het maatschappelijk debat moeten we daarnaar blijven kijken om te kunnen bepalen of de euthanasiewet op de lange termijn in zijn huidige vorm een goed idee is en houdbaar is.

De heer Van der Staaij (SGP):

Een beetje op hetzelfde punt. De onrust, zoals mevrouw Ellemeet die benoemt, heeft er ook mee te maken dat van verschillende kanten erg beklemtoond wordt dat mensen een soort recht zouden hebben om een einde aan hun leven te kunnen maken op de manier waarop zij dat willen. Aan de andere kant heeft de euthanasiewet juist als kenmerk dat dat niet een recht is en zeggen ook de onderzoekers: het is belangrijk dat de overheid daarover voorlichting geeft. Maar hoe kan nu worden gecommuniceerd waarom dat geen recht is en waarom dat een belangrijk onderdeel is van de regeling? Komt dat in het publieke debat wel voldoende uit de verf?

Mevrouw Van der Heide:

Dat is een ingewikkelde vraag. Het sluit ook een beetje aan op wat eerder is gezegd: als je heel veel aan publieke informatie gaat doen en mensen beter gaat voorlichten, loop je dan ook niet het risico dat je daarmee de druk verhoogt? Dat is een complexe kwestie. Ik denk dat de verantwoordelijkheid voor een deel bij de dokter ligt. Die zal in zijn communicatie met patiënten en met burgers heel duidelijk moeten zijn over wat euthanasie is en wat daarvoor de voorwaarden zijn. Verder zullen ook andere belangenhartigers dit te allen tijde goed moeten verwoorden en goed moeten uitstralen. Ik denk dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen is om dat punt echt heel duidelijk te maken.

De voorzitter:

Goed. We zijn aan het einde van deze ronde. Ik wil u hartelijk danken voor uw antwoorden. Ik zit te kijken of het nog mogelijk is dat u allen in één zin iets kunt zeggen over iets dat u misschien nog kwijt had gewild. Ik weet niet of dat gaat lukken, maar misschien is er nog tijd voor een nabrander. Is daar behoefte aan? Ik kijk even rond. Mevrouw Van der Heide? Nee. Mijnheer Héman? Ook niet of toch wel? Ik zie dat u wel iets wilt zeggen en ik geef u de gelegenheid om dat even te doen. Daarna ga ik het rijtje verder af.

De heer Héman:

Ik ben ook voor variatie, want «rijtjes af» is niet altijd even interessant voor het publiek. Ik heb het al gezegd, maar polarisatie in dit debat vind ik een slechte zaak. Ik zou dat willen benadrukken. Ik denk dat we zouden moeten blijven bevorderen dat we in een goed gesprek met elkaar van gedachten wisselen over hoe je de problemen kunt oplossen die de maatschappij ervaart. Ik zou mij dus verre willen houden van polarisatie. Dank u.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Kok? Nee. Mevrouw Guldemond ook niet. Mevrouw Wolbert?

Mevrouw Wolbert:

Ik wil graag van de gelegenheid gebruikmaken om te onderstrepen wat de KNMG zegt: op polarisatie zit niemand te wachten. Ik denk dat de KNMG ook in de uitgelezen positie is om het debat en het gesprek met zo veel mogelijk maatschappelijke organisaties te voeren. De richtlijnen, ook die die bindend zijn voor artsen, worden steeds minder in strikt medische zin opgesteld en steeds meer met alle maatschappelijk betrokkenen samengesteld. Dat is één.

Het tweede wat ik zou willen zeggen, is dat het niet gaat om óf palliatieve sedatie óf euthanasie óf een zelfgekozen levenseinde, misschien wel met behulp van medicijnen uit het buitenland. Waar het om gaat, is dat we met z'n allen moeten constateren dat de onrust in de samenleving er is, dat die er ook niet voor niks is en dat die ook niet zomaar weg is. Hoe meer het ons lukt als beleidsmakers en als verantwoordelijken om daarover het gesprek aan te gaan en een dialoog te voeren, hoe meer mensen zich gehoord voelen. Ik denk dat eenieder van ons dat heeft benadrukt en ik geloof dat dat uiteindelijk ons aller doel is.

De voorzitter:

Mevrouw Wiegman?

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink:

Ja, voorzitter. Ook ik onderstreep: polarisatie is slecht, maar eerlijkheid over de toegenomen spanning is wel nodig. Ik hoor dat eigenlijk ook terug in de woorden van mevrouw Ellemeet en in wat mevrouw Van der Heide

zei. Het wordt wel steeds ingewikkelder door de verwachtingen van patiënten en hun naasten en door datgene wat de wet werkelijk regelt. En de vraag is hoe je daarmee omgaat.

Hoe ga je daarmee om? Ik zou daarvoor een paar suggesties aan de Kamer willen meegeven. Dat is behoedzaamheid. Ga dus als Kamer ook niet zelf een polariserend debat voeren, maar ga inderdaad aan de slag met de suggesties die in de evaluatie worden aangereikt. De top drie van mevrouw Van der Heide is, denk ik, wel een hele mooie. Ik wens u vooral ook heel veel wijsheid toe. Verder zal er voortdurend aandacht moeten zijn voor de vraag wat nou de belangrijkste taak van de overheid in dezen is. De overheid heeft een zorgplicht voor de meest kwetsbare mensen en ook de bescherming van het leven is een van de belangrijkste grondrechtelijke taken van de overheid.

Tot slot het woord vertrouwen. Vertrouwen is ook goed. We moeten oppassen dat we door nog meer protocollen en procedures allerlei ongewenste rookgordijnen maken. Ik vind dat dat vertrouwen wel steeds weer bewezen moet worden en dat vraagt echt om maximale transparantie. Ik denk dat we door die transparantie echt inzicht krijgen in wat nou dat ondraaglijke en uitzichtloze lijden is en hoe dat wordt gewogen, ook in de toetsing. Ik denk dat dat een van de belangrijkste aandachtspunten moet zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Van Wijngaarden, nog een nabrander?

Mevrouw Van Wijngaarden:

Ik wilde nog één nabrander geven en wel door te reageren op de onrust die benoemd werd. Ik denk dat het belangrijk is om daarbij een verschil te maken tussen mensen die onrustig zijn in een soort als-dansfeer – als ik dement word, wil ik zelf de regie hebben – en mensen die daadwerkelijk voor hun al dan niet zelfgekozen levenseinde staan en dus voor de keuze voor wel of niet euthanasie. Dat is echt een verschil. De angst «wordt het straks misschien niet goed voor mij geregeld?» is echt iets anders dan daadwerkelijk voor dat moment staan en gezien willen worden door je arts. De onrust zit volgens mij met name in het als-dan en een soort idee in onze samenleving dat het niet goed geregeld is. Tegelijkertijd moeten we constateren dat we misschien wel het vooruitstrevendste land ter wereld zijn. Het is dan toch interessant dat er zo'n spanning wordt ervaren.

De voorzitter:

Dank u wel. Hiermee zijn we echt aan het einde van deze ronde. Ik dank u hartelijk voor uw bijdrage en ik wens u een goede dag verder. We gaan heel even schorsen tot aan de volgende ronde.

De vergadering wordt van 11.19 uur tot 11.24 uur geschorst.

Blok 2: Juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie bij dementie

Gesprek met:

De heer professor mr. J. Legemaate, hoogleraar Gezondheidsrecht AMC/UvA

Mevrouw C. Littooi, Landelijke Huisartsen Vereniging

Mevrouw N. Nieuwenhuizen, voorzitter Verenso

De heer J. Schuurmans, huisarts met specialisatie levenseinde zorg

De heer professor dr. G. den Hartogh, emeritus hoogleraar Ethiek UvA

Mevrouw J. Meerveld, Alzheimer Nederland

De voorzitter:

Wij gaan door met de tweede ronde van dit rondetafelgesprek over euthanasie. Ik mag hier aan tafel verwelkomen de heer Legemaate, mevrouw Littooi, mevrouw Nieuwenhuizen, de heer Schuurmans, de heer Den Hartogh en mevrouw Meerveld. Mevrouw Dijkman heeft zich afgemeld. Van harte welkom, fijn dat u hiernaartoe gekomen bent om vragen van de Tweede Kamer te beantwoorden. Wij hebben het over de juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie bij dementie. Ik wil u vragen om allemaal kort, met de klemtoon op kort want u hebt ook een position paper ingeleverd, de kern van uw verhaal neer te zetten zodat wij daarna aan de vragen van de Kamerleden kunnen beginnen.

De heer Legemaate:

Dank u wel voorzitter. Dank voor de uitnodiging om hier te zijn. Ik ben hoogleraar aan het AMC, maar het is natuurlijk goed om te vermelden dat ik een van de onderzoekers was van de derde evaluatie. Dan weet u uit welke optiek ik spreek over het belangrijke en ingewikkelde onderwerp euthanasie bij dementie.

In de stukken die u van tevoren hebt opgesteld, is ook benadrukt dat het aantal mensen met dementie dat vraagt om euthanasie, door de jaren heen is gestegen tot zo'n 140 in het jaar 2016 blijkens de gegevens van de toetsingscommissies. Ik denk dat het belangrijk is te benadrukken dat in het overgrote deel van die 140 gevallen sprake is van mensen in het begin of vroegere stadium van dementie. Dat wil niet zeggen dat het allemaal eenvoudig en gemakkelijk is, maar dat zijn nog wel mensen met wie kan worden gecommuniceerd. Zij kunnen kenbaar maken wat zij willen, wat zij niet willen, waarom zij iets willen. Met die patiënt is gewoon een gesprek mogelijk op grond waarvan uiteindelijk een afweging kan worden gemaakt.

Toen de euthanasiewet werd gemaakt in uw parlement, is al over die groep gesproken als een die onder de wet zou kunnen vallen. In de eerste jaren na de inwerkingtreding van de wet stelde dat kwantitatief niet zo heel veel voor, maar wij hebben daarna natuurlijk een maatschappelijke ontwikkeling gezien en ik denk dat de stijging van het aantal meldingen gelijke tred houdt met die maatschappelijke ontwikkelingen. Het is natuurlijk lastig te zeggen of wij nu het toppunt van die stijging hebben bereikt. Ik vermoed eerlijk gezegd van niet, gelet op de demografische ontwikkeling. Het zal misschien nog wel een tijdje door kunnen gaan. In het overgrote deel van de gevallen is dus sprake van euthanasie bij vroege dementie, van mensen, patiënten met wie je nog gewoon over alle relevante aspecten in gesprek kunt gaan.

Door de vragen die u hebt gesteld, wordt de discussie toegespitst op de situatie bij vergevorderde dementie, een situatie die veel aandacht trekt, ook ethisch, juridisch, maatschappelijk en politiek. Uit het eerste deel van mijn opmerking vloeit al voort dat wij dan praten over heel weinig gevallen. Dat zijn natuurlijk situaties die bijzonder complex zijn. Ook daarvoor geldt overigens dat de wetgever ze wel voorzien had, want dat is nu precies de reden waarom in de wet de schriftelijke wilsverklaring is opgenomen. Die is bedoeld voor situaties waarin je niet meer op de reguliere manier met je arts kunt communiceren.

Maar goed, dit laat onverlet dat op dat ultieme moment nog aan meer eisen moet zijn voldaan dan die wilsverklaring. Daar ontstaat natuurlijk de complexiteit en de moeilijkheid in de praktijk. Die wilsverklaring is niet genoeg. Je moet ook lijden kunnen ervaren; dat moet ook een soort van zichtbaar zijn voor de mensen die om je heen staan. Het is, denk ik, ook heel goed voorstelbaar dat artsen het ingewikkeld en lastig vinden om op dat moment onder die omstandigheden op grond van die wilsverklaring en de bijkomende omstandigheden tot euthanasie over te gaan. Wij kennen daar een aantal gevallen van; die zijn ook beschreven in de

oordelen van de toetsingscommissies. Dit laat ook zien dat dit heel complexe gevallen zijn waarin die wilsverklaring natuurlijk erg relevant is en ook het belang van die wilsverklaring relevant is, maar er ook allerlei complicaties kunnen zijn.

Wij hebben in de derde evaluatie geen heel grote problemen gesignaleerd met dit stukje van de euthanasiepraktijk. Wij wijzen er natuurlijk wel op dat het van groot belang is om burgers en patiënten goed voor te lichten over het belang van die wilsverklaring, maar ook over het feit dat je er met die wilsverklaring niet bent. Die opvatting, die beeldvorming kwam ook in uw eerste ronde al aan de orde. Het is niet zo dat als je maar een duidelijke wilsverklaring hebt, je als het ware verzekerd bent van euthanasie als er sprake is van vergevorderde dementie. Goede voorlichting daarover is belangrijk. Tegelijkertijd is het ook belangrijk om te laten zien dat de wetgever wel degelijk ruimte heeft willen laten voor dit soort situaties, hoe complex en moeilijk ze ook zijn. Hier wil ik het bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Littooi namens de Landelijke Huisartsen Vereniging.

Mevrouw Littooi:

Geachte dames en heren. Allereerst wil ik u hartelijk danken voor de uitnodiging aan de LHV om een bijdrage te leveren aan de discussie hier. Ik doe dat graag. Als huisarts is euthanasie een intensief onderdeel van mijn vak; het is het sluitstuk van de begeleiding van een patiënt en diens naasten in de laatste levensfase. De vraag hoe ik als huisarts aankijk tegen euthanasie, is een die mij in de praktijk steeds meer en vroeger in de tijd wordt gesteld. Gelukkig maar. Het geeft patiënten de gelegenheid te vertellen waarom zij deze vraag zo belangrijk vinden en mij als huisarts de mogelijkheid om te delen hoe ik daar tegen aankijk en wat de zorgvuldigheidseisen zijn.

Goede voorlichting voordat het levenseinde zich überhaupt aandient, is essentieel en blijkt ook heel belangrijk voor de onderlinge relatie. Die patiënt-/artsrelatie is belangrijk bij een ingewikkeld en moeilijk proces zoals het vragen om, het krijgen en het verlenen van euthanasie. In de ruim 22 jaar dat ik huisarts ben, heb ik een aantal malen euthanasie verleend. Ik herinner mij elke patiënt en ook de omstandigheden erbij. Ieder traject van euthanasie is anders.

Ik was deze voordracht graag gestart met een voorbeeld van euthanasie bij een patiënt met dementie, maar daar heb ik persoonlijk geen ervaring mee. Als ik de cijfers bekijk, is dat ook helemaal niet gek. Het gaat om 141 patiënten met dementie in 2016. Daarvan zijn er 106 uitgevoerd door huisartsen al dan niet in dienst bij de Levensindekliniek. 106 meldingen op bijna 8.700 actieve huisartsen zijn bijzonder weinig, maar deze patiëntengroep wordt wel steeds groter, getuige de stijging in de cijfers over de afgelopen jaren. Daarmee worden ook de dilemma's die spelen rondom euthanasie bij dementie belangrijker.

De wilsbekwaamheid is er een van. Voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid is het belangrijk om de patiënt goed te kennen en in de gesprekken zijn wens op waarde te kunnen schatten. Hierbij is het bespreken van de schriftelijke wilsverklaring een vast onderdeel. Het gebeurt immers regelmatig dat achter een vraag om euthanasie een andere vraag of gedachte schuilgaat. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de angst voor lijden of de angst om een belasting te gaan vormen voor familieleden en naasten.

Tot slot. Bij de vraag om euthanasie is het van immens groot belang om alle stappen in het proces zorgvuldig te doorlopen. Natuurlijk allereerst om de patiënt de beste zorg te kunnen bieden, maar ook omdat euthanasie verlenen inhoudt dat je in potentie een strafbaar feit pleegt met

mogelijk heel grote gevolgen. Ik kan u verzekeren dat ik deze trajecten heel zorgvuldig doe, maar ik ben altijd weer enorm opgelucht als de brief van de regionale toetsingscommissie euthanasie met de «goedkeuring» binnen is, omdat euthanasie nooit vanzelfsprekend kan en mag zijn of worden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Nieuwenhuizen, voorzitter van Verenso, specialist in ouderengeneeskunde.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dank u wel. Ook dank voor de uitnodiging. Ik ben specialist ouderengeneeskunde en werk daarbij veel in verpleeghuizen. Een groot deel van ons werk is het behandelen en begeleiden van mensen met dementie en met name ook de behandeling en begeleiding bij gevorderde dementie. Uw vragen zoals gesteld, zijn dan ook heel herkenbaar en onderdeel van onze dagelijkse praktijk. Wij hebben als beroepsvereniging een onderzoek naar dit thema gestart om te komen tot een aanbod dat passend is bij de behoefte van onze leden om daarmee de kwaliteit van ons handelen bij deze vraagstukken te verbeteren. De KNMG heeft daar ook al iets over gezegd.

Euthanasie in het verpleeghuis en door specialisten ouderengeneeskunde is vooralsnog relatief zeldzaam. Dat is niet omdat de dokters dat niet willen doen, maar simpelweg door de onderliggende ziekte en de bijbehorende wilsonbekwaamheid. Het is heel belangrijk om die wilsonbekwaamheid te benoemen; het gaat over mensen met gevorderde dementie. Deze mensen vragen meestal niet zelf om euthanasie, simpelweg omdat zij dat niet meer kunnen. Een wilsverklaring zien wij steeds vaker en veelal nadat wij daarnaar vragen of dat het onder de aandacht is gebracht door familielieden. Geachte dames en heren. Een wilsverklaring is geen waardebon. Een wilsverklaring is zeker geen overdraagbare waardebon. Een wilsverklaring is wel een middel om te komen tot goed medisch handelen aan het einde van het leven in de geest van de persoon om wie het gaat. Euthanasie kan daarvan een onderdeel zijn. Euthanasie kan alleen bij een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De actualiteit van de doodswens toetsen is daarbij dus essentieel. De wilsonbekwaamheid die ontstaat bij gevorderde dementie, maakt dit toetsen ingewikkeld, zo niet onmogelijk. Maar daarover is simpelweg nog onvoldoende bekend. Daarover is nog, het liefst interdisciplinair, onderzoek noodzakelijk.

Natuurlijk is er bij dementie, bij gevorderde dementie, bij wilsonbekwaamheid ook sprake van lijden, soms ook van lijden dat als ondraaglijk bestempeld kan worden. Als specialisten ouderengeneeskunde zien wij dat vaak genoeg. Wij geven daarom veel aandacht aan goede advance care planning (ACP). Advance care planning – zo heet het bij gebrek aan een betere naam, maar daar gaan we nog aan werken – is medische gespreksvoering waarbij de kennis van de professional en de klinische ervaring worden afgestemd met de wensen en verwachtingen van de persoon en de sociale omgeving om daarmee, zoals al eerder genoemd, leven aan de dagen toe te voegen en geen dagen aan het leven. Advance care planning is geen eenmalige activiteit, een lijstje dat je kunt invullen of een vinkje dat je kunt zetten. Het is een cyclisch proces dat ruimte geeft aan de patiënt, de omgeving en de arts om samen te zoeken naar de beste keuzes op dat moment en binnen de mogelijkheden. Ik heb daarover voor de leden een heel mooi artikel in de themaspecial die ik hier heb. Ik wil die graag aan hen uitdelen.

Aandacht voor het staken van de behandeling, het niet starten van behandeling en een goede begeleiding en behandeling van bij dementie behorende symptomen zijn de belangrijkste pijlers voor goed medisch

handelen en een waardig levenseinde, ook – of: juist – als de patiënt daar zelf niet meer om kan vragen. Het is essentieel dat we daar vooral de ruimte voor nemen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Schuurmans, huisarts met als specialisatie levenseindezorg.

De heer Schuurmans:

Dank aan allen voor de uitnodiging, voorzitter. Het gaat om weinig gevallen, maar de vraag neemt toe. Angst voor dementie is een belangrijke factor, misschien wel de belangrijkste. Het verklaart de enorme maatschappelijke aandacht en ook de emoties in het debat. Dan zul je juist bij vergevorderde dementie niet alleen naar de patiënt moeten kijken maar ook naar de familie en de naasten. Die staan centraal, met hun angsten en emoties. Ik spreek de hoop uit dat hulpverleners, en in het bijzonder huisartsen, de vertrouwenspersoon blijven en dat ze waar weten te maken dat ze dat zijn.

Ik zie de wilsverklaring als een gespreksdocument dat thuishoort in de spreekkamer. Het kan geen notariële vorm aannemen. Misschien is het te wijten aan onze calvinistische volksaard dat we dat soort dingen allemaal tot in de puntjes willen regelen. Ik blijf ook vinden dat «wilsverklaring» eigenlijk het verkeerde woord is. Het is niet een «ik zal en ik wil»-verklaring maar een waardedocument, waarin wensen en verwachtingen worden uitgesproken. Het is de kunst om de individuele zorgen die er leven, in de spreekkamer uitgesproken te krijgen. Twee stervelingen in de spreekkamer is ideaal, maar tegelijkertijd is er natuurlijk een wereld van verschil tussen degene die alles dreigt te verliezen, of daarvoor angst heeft, en de hulpverlener.

Tijdig het gesprek aangaan – we zagen dat ook in blok 1 – begint steeds meer de aandacht te krijgen die het verdient. Zoals ik het ook in mijn position paper naar voren heb gebracht, ben ik ook zelf in mijn eigen praktijk en mijn eigen team zoekende naar hoe we dat kunnen vormgeven. Hoe kunnen we niet alleen als individu maar ook als team dat gesprek aangaan? En waar vinden we de ondersteuning? Ik denk dat we daarvoor breder dan naar alleen de medische beroepsgroep moeten kijken. We moeten ook oog hebben voor degenen die daarvoor zijn opgeleid, zoals ethici en geestelijk verzorgers. Zij behoren een betere plek te krijgen binnen zo'n eerstelijnssteam. Zij hebben al een plek binnen de instellingen, maar in de eerste lijn ontbreekt het aan deze deskundigheid.

Dank u.

De voorzitter:

Dank u hartelijk. Ik geef het woord aan professor Den Hartogh, emeritus hoogleraar ethiek aan de Universiteit van Amsterdam.

De heer Den Hartogh:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Zoals in de eerste ronde de directeur van de NPV en de heer Schuurmans in zijn position paper aangaven, is angst voor regieverlies de kern van het doodsverlangen bij dementierenden. Het is angst voor een situatie waarin je helemaal niet meer begrijpt wat er met je gebeurt en dus ook niet kunt proberen om daar min of meer adequaat mee om te gaan. Dan leid je dus eigenlijk niet meer je eigen leven. Er is een lange filosofische traditie – ik hoef alleen maar de namen Seneca en Kant te noemen – waarin juist dat vooruitzicht bij uitstek de acceptabele, en misschien wel de enige, grond is voor zelfdoding, meer nog dan lichamelijk ongemak.

Artsen hebben de neiging om die doodswens toe te schrijven aan een vrees voor toekomstig lijden die mensen op een willekeurig moment hebben – misschien wel bewust een overschatting van dat lijden in de

toekomst, wat ik overigens zeer betwijfel – en die op een gegeven moment in het dementeringsproces ook weer vanzelf overgaat. Waarom zou je er dus, in die redenering, zo veel waarde aan toekennen? Maar daar gaat het niet over. Het gaat over de manier waarop je je eigen leven opvat, van het begin tot het eind. Jij bent het die in de wilsverklaring spreekt, niet «op een bepaald moment». Ik heb er alle begrip voor dat artsen het buitengewoon problematisch vinden om iemand te doden die op dat moment niet meer begrijpt dat je dat aan het doen bent. Het is altijd al moeilijk. Ik kan me voorstellen dat het voor veel mensen onmogelijk is. Maar ze moeten niet doen alsof het de bekommernis om de weerloze patiënt is die hen dan motiveert. Dat is voor mij de kern van deze problematiek.
Als het mag zou ik heel kort nog wat opmerkingen willen maken.

De voorzitter:

Heel kort nog even.

De heer Den Hartogh:

Dan beperk ik mij tot één kleine relativiserende aanvulling op mijn position paper. Euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring is tot nu toe twaalf keer voorgekomen, althans gemeld bij de toetsingscommissie. Bij drie daarvan heeft die commissie geoordeeld dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Eén van die gevallen komt binnenkort waarschijnlijk voor de rechter, als allereerste gemelde euthanasiegeval sinds de Wtlvhz werd ingevoerd. Dat lijkt me niet bepaald een record waarvan je zegt: nu zijn alle sluizen opengegaan, waar zijn we mee bezig? We hebben nog wel even de tijd om er rustig over na te denken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Meerveld namens Alzheimer Nederland.

Mevrouw Meerveld:

Dank u wel. Dank u wel voor de uitnodiging. We praten hier over punten in de wet, maar ik wil het graag met u hebben over de signalen die wij krijgen uit de dagelijkse werkelijkheid van mantelzorgers. Ik citeer een mantelzorger: «We hadden geen idee wat er op ons af zou komen, want je maakt alles voor het eerst mee en voor je het weet is het te laat. Met «te laat» bedoel ik dat iemand niet meer goed zelf kan aangeven wat hij wil. Onze arts zocht vooral lichtpuntjes en gaf tips, om te gaan wandelen en te puzzelen. Alleen terloops sprak hij zo nu en dan over wat er echt met je gebeurt. Ik pleit voor eerlijke gesprekken in het begin. Onze arts nam hier geen tijd voor.»

Dit is een voorbeeld dat niet op zichzelf staat, want driekwart van de mantelzorgers uit onze achterban zegt dat de arts na de diagnose niet heeft gesproken over het levenseinde. Ze vertellen ook dat ze geen informatie hebben gekregen over euthanasie. Dus zijn ze zelf op zoek gegaan. De helft heeft dat gedaan. Maar de meerderheid van onze achterban zegt: ik vind dat de arts na de diagnose het initiatief moet nemen tot zo'n gesprek over het levenseinde. In onze alzheimercafés is het een veelbesproken onderwerp; het zijn drukbezochte bijeenkomsten. Van alles komt er aan de orde, maar ook dat mantelzorgers het gevoel hebben dat ze hun geliefde met dementie in de steek laten als er niets met de wilsbeschikking gebeurt. Wat opvalt is dat onze achterban verschillende meningen over euthanasie heeft. Wij willen hen allemaal steunen met informatie en verwijzing, want het is voor iedereen moeilijk en families vinden het hartverscheurend. Driekwart van de families voert de discussie alleen zonder hun vertrouwde arts en zij voelen zich overvallen door de grilligheid van de ziekte: opeens was het te laat. Wat wij willen, is dat mensen in het praktische leven niet aan hun lot worden overgelaten

met vragen over het levenseinde en euthanasie, want er wordt hier wel veel over gepraat in de media en ook hier in deze Kamer, maar weinig en veel te weinig in de vertrouwde relatie tussen patiënt, familie en vertrouwde arts.

Daarom wil Alzheimer Nederland dat artsen het initiatief nemen om met mensen met dementie in de familie op tijd in gesprek te gaan, niet alleen over euthanasie, nee, breder over het levenseinde.

Van u verwacht Alzheimer Nederland dat u zich niet louter richt op de wet en op de vraag of die wel of niet deugt, maar dat u met voorstellen komt om ervoor te zorgen dat die gesprekken over het levenseinde ook in de echte werkelijkheid op tijd worden gevoerd.

Dat is mijn bijdrage.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag weer de gelegenheid aan de collega's om vragen stellen. Zullen wij zeggen: weer twee vragen? Ik begin bij mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel en dank aan u allen voor uw bijdragen. Wat uit al uw bijdragen heel sterk naar voren komt, is dat de grote angst en onrust waar wij het al eerder over hebben gehad, te maken hebben met regieverlies. De heer Den Hartogh zei dit het meest duidelijk. Hij zei dat de angst om dat niet meer duidelijk te kunnen maken op het moment dat iemand dement is, vaak voor mensen ook de reden is om die wilsverklaring op te stellen. Dit raakt wat mij betreft aan de kern van de discussie. Ik zou daarover graag een vraag willen stellen aan mevrouw Littooij. Zij geeft aan dat het juist van belang is dat de huisarts in een heel vroeg stadium dit gesprek met de patiënt en mogelijk ook al met de mantelzorgers voert. Wat hebben huisartsen nodig om dit in de praktijk tot standaard te kunnen maken, zodat het niet meer een uitzondering is van een huisarts die dit al op het netvlies heeft, maar dat iedere huisarts dit in een vroeg stadium ter sprake brengt?

Ik heb nog een vraag aan de heer Schuurmans. Hij geeft aan dat je in de eerste lijn eigenlijk ook meer ruimte zou moeten hebben voor ethici en geestelijke verzorgers. Op welke manier zou hij dit willen vormgeven zodat ook de kritiek van de heer Den Hartogh een plek in de discussie krijgt, namelijk dat wij het hebben over de wens om regie te voeren over het leven en de vraag in hoeverre ethici eraan kunnen bijdragen dat dit ook een plek krijgt in de behandelplannen en de afspraken met de artsen?

Mevrouw Kuik (CDA):

Ik dank de mensen die een toelichting hebben gegeven. Mijn vraag sluit aan bij de vraag van mevrouw Ellemeet aan de heer Schuurmans. Hij geeft aan dat de wilsverklaring niet meer als gespreksdocument wordt gezien, maar meer als «ik zal en ik wil». Ziet de heer Schuurmans nog wel een meerwaarde van de mogelijkheid van een wilsverklaring of leidt dit alleen maar tot misverstanden? Vindt hij dat uiteindelijk een rechter of de wetgever die grenzen zou moeten aangeven? Een rechter kijkt natuurlijk van de strafrechtelijke kant naar de casus, terwijl het vaak gaat om medisch-ethische en -filosofische vraagstukken. Zou de wetgever daar dan naar moeten kijken?

Mijn tweede vraag is gericht aan de heer Legemaate. Hij geeft in zijn position paper aan dat een zekere mate van heimelijke toediening van middelen nodig kan zijn, maar ook verdedigbaar. Zit hier volgens hem een grens aan? Ik vraag mij af hoe een dementerende alsnog kan aangeven niet dood te willen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank aan alle deelnemers voor hun bijdragen. Mijn vraag is allereerst aan de heer Schuurmans gericht. Hij was ook betrokken bij het manifest van een aantal artsen, Niet stiekem bij dementie, waarin zorgen werden uitgesproken over de euthanasiepraktijk in bepaalde gevallen. Wil hij nader ingaan op het effect van dit manifest? Hij heeft daarvoor aandacht gevraagd in advertenties. Wat is er mee gebeurd? Welke discussie heeft het opgeroepen? Welke maatregelen zijn er al of niet genomen? Daarover zou ik graag iets meer horen van de heer Schuurmans.

Ik heb nog een vraag aan mevrouw Meerveld naar aanleiding van het beeld dat bestaat over dementie en in een verpleeghuis zitten. Zeker in die combinatie is dit ongeveer een van de ergste dingen waarvan mensen denken dat die hen kunnen overkomen. Los van de vraag hoe je over deze materie denkt, vraag ik of wij wel een voldoende evenwichtig beeld hebben van het leven met dementie, ook in vergevorderd stadium. Is dat inderdaad in alle gevallen zo treurig als het beeld dat nu oprijst, of zijn er ook andere voorbeelden en wat is er dan nodig om die zorg verder te verbeteren?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Heel veel dank aan de deelnemers aan dit gesprek. Mijn eerste vraag wil ik graag stellen aan mevrouw Nieuwenhuizen. Wij horen van Alzheimer Nederland een pleidooi, en eigenlijk doet zij dat zelf ook, voor meer tijd voor de huisarts. Er is ook een enorme oproep tot nuance in dit debat. Als wij nuance willen, zullen wij ervoor moeten zorgen dat er ook tijd is voor nuance. Kunnen jullie aangeven wat jullie daarvoor nodig hebben en hoe wij dat zouden kunnen organiseren?

Mijn tweede vraag is gericht aan mevrouw Meerveld. In deze discussie wordt veel gesproken over zingeving. «Waardig ouder worden» lezen wij ook terug in het regeerakkoord. Kunnen jullie daar iets over zeggen?

Moeten wij als wij kijken naar zingeving, misschien ook buiten de gebaande paden gaan in die zin dat wij veel meer moeten overgaan op kleinschalige zorg, zorg op maat, warmte, liefde, aandacht, al dat soort dingen als onderdeel van de ouderenzorg, veel meer dan alleen het medische deel? Kunt u daar iets over zeggen?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ieder bedankt voor de bijdragen in het tweede blok. Ik heb twee vragen aan mevrouw Nieuwenhuizen. Allereerst een concrete vraag. Ik heb opgeschreven dat een van haar aanbevelingen is om verder onderzoek te doen, interdisciplinair, naar wilsbekwaamheid en dementie. Ik heb dat heel snel opgeschreven en ik zou daar graag nog iets meer toelichting op krijgen. Wat is er precies nodig? Welke onderzoeksvraag zou er zijn? Wie zou dat onderzoek kunnen uitvoeren?

Wij hebben van verschillende mensen gehoord dat het meest ideale scenario is dat op het moment dat de diagnose wordt gesteld, gesproken wordt over wensen met betrekking tot het levenseinde. Dat is nu niet de praktijk. Er komen veel mensen in een verpleeghuis met wie nog niet is gesproken over wensen met betrekking tot het levenseinde. Dat leidt tot situaties waarin de familie moet aandragen dat er een wilsverklaring is et cetera. Ik zou heel graag willen weten hoe dit in de praktijk gaat. Het is geen ideale situatie, maar hoe verlopen die gesprekken? Wat is de rol van de specialist ouderengeneeskunde daarbij? Wat kunnen wij gezien de moeilijkheid doen om die gesprekken beter te laten verlopen? Welke rol is er dan nog van de politiek nodig?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Heel veel vragen zijn al gesteld. Dat is goed. Wij krijgen daar sowieso antwoord op. De heer Legemaate schrijft aan het einde van zijn position

paper dat als er een duidelijke wilsverklaring ligt, je die ten uitvoer zou mogen brengen maar niet helemaal op de manier waarop het normaal gaat, dat wil zeggen dat de patiënt zegt: dit is het moment en doet u dat maar. Ik zeg het even in mijn eigen woorden. Mevrouw Kuik vroeg daar ook al naar. De heer Schuurmans daarentegen zegt: dat mag nou eigenlijk nooit. Ik kan natuurlijk aan u vragen om op elkaar te reageren, maar dan weet ik al wat de uitkomst is. Ik zou het eigenlijk aan mevrouw Meerveld van Alzheimer Nederland willen vragen. Hoe kijkt zij daarnaar? Wij hebben een patiënt die ooit een duidelijke wilsverklaring heeft gehad en kennelijk komt de arts tot de afweging: euthanasie kan in dit geval. Maar op het moment suprême wordt er tegengestribbeld of denkt de arts: laat ik alvast wat sederen dan is de patiënt rustiger. Die praktijken, wij weten allemaal waar het over gaat. Wat vindt Alzheimer Nederland daar nu van in zijn algemeenheid?

Mijn tweede vraag gaat ook over de wilsverklaring. Daar hebben een aantal mensen wat over gezegd. Wat de heer Legemaate zegt, betreft een interessant vraagstuk, namelijk: welke wil leg je vast? Gaat het om de wil van het moment dat je nog helemaal bij geest bent? We weten allemaal dat het karakter van een dementerende patiënt kan veranderen. De heer Legemaate zegt, als ik het goed begrijp, dat we zouden moeten uitgaan van de wil van het moment. Kan hij uitleggen waarom hij dat vindt? Ik ben heel erg benieuwd wat de heer Den Hartogh daar vanuit een ethisch perspectief van vindt. De geest verandert. Er lag ooit een wilsverklaring. Hoe sterk moet je dan blijven vasthouden aan de wilsverklaring? Zou je moeten uitgaan van de wil van de dan nog gezonde geest? Of doet de wil van de veranderende geest er ook toe? Veel filosofischer kan ik het niet maken vandaag.

De voorzitter:

Het wordt vervelend: u maait mij steeds het gras voor de voeten weg. Ik ga dan toch maar even improviserend een paar andere vragen stellen. Ik ben wel benieuwd naar de antwoorden daarop.

Mijnheer Den Hartogh, u gaf zelf aan dat er nog een paar punten waren die u van belang achtte maar waar u niet aan toekwam in uw introductie. Daar ben ik erg nieuwsgierig naar. Die zou ik dus graag van u horen. Misschien sluiten die ook heel erg aan bij die laatste vraag.

De volgende vraag stel ik aan mevrouw Meerveld. Er is natuurlijk heel veel discussie over de vraag: als iemand in een diepere mate van dementie verkeert, kun je dan nog vaststellen dat hij of zij ondraaglijk lijdt en op welke manier kun je dat doen? Ik kan mij voorstellen dat ook mevrouw Littooi, mevrouw Nieuwenhuizen of de heer Schuurmans hier iets over kunnen zeggen. Ik zal niet iedereen uitdagen om daar antwoord op te geven, maar ik neem wel meteen even de gelegenheid om te zeggen dat u, als u daar sterk de neiging toe voelt, natuurlijk ook kunt reageren op vragen die aan anderen gesteld zijn. Dan proberen we dat allemaal binnen de tijd te doen.

Ik wil in elk geval beginnen met de vragen die mevrouw Ellemeet heeft gesteld aan mevrouw Littooi. De vraag was vooral: wat hebben huisartsen nodig om in zo'n vroeg stadium dat moeilijke gesprek aan te gaan met hun patiënten?

Mevrouw Littooi:

Het zal niet gek klinken: meer tijd. Het is hier al eerder gezegd. Wij pleiten heel erg voor meer tijd voor de patiënt en dus ook voor de huisarts. Het gaat erom dat ook de huisarts tijd kan nemen. De werkdruk bij de huisartsen is hoog. Dat is hier, denk ik, ook wel bekend. Met de ontwikkelingen van de laatste jaren wordt de werkdruk steeds hoger. Dat noemen wij intern wel «het volle bord van de huisarts». We hebben veel te doen, willen we de goede zorg die we willen leveren, ook kunnen blijven leveren. Dat betekent dat we zo'n traject al in een veel eerder stadium

dienen aan te vangen. Als de diagnose gesteld wordt, wil je heel graag in gesprek met de patiënt over de volgende vragen: wat betekent het voor jou, hoe kijk je naar de toekomst, hoe stel je je jouw levenseinde voor? Dat vraagt tijd, want niet iedereen weet het te waarderen als de huisarts direct nadat de diagnose is gesteld, begint over de mogelijkheid van euthanasie. Je moet je afvragen: wat heeft deze patiënt, die net deze diagnose gehoord heeft, nodig van mij? Wat kan hij aan? Waar wil hij het nu over hebben? Wat komt in een later stadium? Dat betekent dat je er ook nooit met één gesprekje bent. Het is een traject. Het is de weg die je met elkaar opgaat. De patiënt en de huisarts zoeken samen naar de weg die bij die patiënt past en bij deze diagnose. Dat vraagt veel. Dat vraagt om een intensief traject. Dat vraagt om tijd, terwijl het gewone werk doorgaat. De huisarts heeft, zoals bekend, nog een heleboel andere dingen te doen. Wij vragen dus om meer tijd.

Ik zeg daar nog twee dingen bij. Ik denk dat het ook heel belangrijk is dat we nog meer aandacht vragen voor scholing, zoals we die nu al hebben opgepakt. Om scholing te kunnen volgen, hebben huisartsen ook tijd nodig. Dat komt er vaak in de avonden of in de weekenden bij. Dat is één ding.

Ik denk dat het contact met de specialisten ouderengeneeskunde, zoals wij hier nu ook naast elkaar zitten, heel erg belangrijk is. Wij zeggen heel duidelijk: het is een soort continuüm van zorg. De patiënt begint, als hij de diagnose net heeft gehad, in de huisartsenpraktijk, maar er kan een moment komen waarin de specialist ouderengeneeskunde de zorg gaat overnemen, al dan niet in het verpleeghuis. Die samenwerking vraagt ook tijd.

De voorzitter:

Dank u wel. De andere vraag was gericht aan de heer Schuurmans.

De heer Schuurmans:

Dat was, meen ik, de vraag hoe ik voor me zag dat ethici meer een plek zouden krijgen.

De voorzitter:

Ja, het ging over meer geestelijke verzorging in de eerste lijn.

De heer Schuurmans:

Dat heb ik in de position paper ook genoteerd. Ik kan wijzen op de eigen praktijkervaring, maar het is toch ook verbonden met onderzoek. Ik zie ook om mij heen dat er behoefte is aan reflecteren op de geleverde zorg en dat er een toename is van complexe zorg. De behoefte aan reflecteren op geleverde zorg is, denk ik, een manier om binnen zo'n huisartsenpraktijk terug te blikken naar iemands overlijden. Het is een manier waarop je binnen je team het juiste moment bespreekbaar maakt. Het gaat om het bespreekbaar maken van het overlijden en alle emoties die daaraan verbonden zijn, maar het gaat ook om de vraag of de juiste zorg geleverd is of dat men steken heeft laten vallen, of er gehoor gegeven is aan patiënten en familie. Dat zijn dingen die aandacht en tijd nodig hebben. De voorzitter van onze huisartsenvereniging had het daar ook al over. Ik denk dat dit een manier is waarop je daar concreet gestalte aan kan geven.

Ik kom op de toename van complexe vragen en complexe zorg. Dan gaat het over het aantal ouderen en de palliatieve zorg. «Palliatieve zorg» is een wat misleidende term. Het gaat niet zozeer om terminale zorg. Het gaat naar mijn idee om proactieve zorg bij complexe ouderen. Dat neemt toe. Om te kunnen reflecteren op de zorg die je dan kunt leveren en hoe je de gesprekken moet voeren, hebben we niet alleen betere scholing nodig maar ook andere deskundigheid. Dan denk ik aan ethici en geestelijk verzorgers. Zij kunnen moreel beraad gestalte geven.

De voorzitter:

Heel kort een vervolgvraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog een aanscherping. Mijn vraag was nog wat specifiek. De heer Den Hartogh zegt dat het juist gaat om de angst voor het verlies van regie. Die ethische vraag wordt mogelijk nu nog te weinig gesteld als onderdeel van die evaluatie. Is dat zo? Op welke manier zou dat beter meegenomen kunnen worden?

De heer Schuurmans:

Het is aan mij om daarop te antwoorden. Ik denk niet dat daar een onderliggende vraag achter schuilgaat. Er wordt wel steeds gehamerd op de eigen regie, maar daar zit een heleboel angst voor regieverlies achter. Er is voorlichting, maar het gaat ook om het individuele gesprek, het liefste met een arts die niet tegenover maar naast de patiënt staat. Ik kan niet anders dan een ideaal schetsen. Was het maar zo, dan hadden we die vraag niet.

De voorzitter:

De heer Den Hartogh heeft ook behoefte om te reageren.

De heer Den Hartogh:

Heel kort. Het is een angst, maar het is een heel erg reële angst. Sterker nog, in het dementeringsproces weet je honderd procent zeker dat, als je tijd van leven hebt, je het moment bereikt dat je helemaal niet meer jezelf kunt aansturen. Dat is niet iets wat we nu moeten relativeren. Verder ben ik het op dit punt geheel met u eens. Ik denk dat de volgende vraag veel meer, en als het kan in een vroeg stadium, gethematiseerd moet worden: waar ben je nu precies bang voor en wat is nu precies de problematiek? Ik denk dat het inderdaad gaat over zingevingsproblematiek en de manier waarop je je leven opvat en niet over dingen die medisch gemakkelijk kunnen worden aangepakt. Daar moet je inderdaad mensen bij betrekken zoals raadsliden enzovoorts. Dat lijkt mij heel juist.

Ik heb nog één relativerende opmerking. Wij zijn allemaal erg voor advance care planning, maar het is een beetje de vraag of dat gaat lukken. De ervaring in oncologie is dat patiënten heel erg aan kortetermijndenken doen. Ze denken over de fase waarin ze zitten. Zolang het nog niet echt zover is, zolang het overlijden of datgene waar zij bang voor zijn, nog niet om de hoek staat, willen ze daar vaak niet echt op reflecteren. Maar goed, we moeten het zo veel mogelijk doen.

De voorzitter:

Mevrouw Nieuwenhuizen, heel kort.

Mevrouw **Nieuwenhuizen:**

Ik moet heel even reageren op wat de heer Den Hartogh zegt. Hij zegt volgens mij twee dingen. Allereerst zegt hij dat het niet uitvoeren van euthanasie bij een wilsonbekwaam persoon met dementie makkelijk handelen zou zijn.

De heer Den Hartogh:

Nee, nee, integendeel!

Mevrouw **Nieuwenhuizen:**

Ik dacht dat ik dat hoorde, maar dat is dan in ieder geval opgelost, want dat is een van de ingewikkeldste dingen. Dan zitten we op dat punt in ieder geval op één lijn.

Het tweede en volgens mij belangrijkste punt gaat over het polariseren, over dokters die tegenover patiënten komen te staan en voor- en

tegenstanders. Dat moeten we echt niet hebben. Dat is echt een heel belangrijk punt. Het begeleiden van mensen is heel erg ingewikkeld. Daar moeten we niet te lichtzinnig over doen. Het is echt heel erg belangrijk dat we daarin één lijn trekken. Dat was mijn belangrijkste punt.

De voorzitter:

Dank u wel. De vraag van mevrouw Kuik aan de heer Schuurmans was: heeft die wilsverklaring nog wel meerwaarde als die zo veel problemen oplevert?

De heer Schuurmans:

Jazeker. Die wilsverklaring heeft een duidelijke meerwaarde. Het is een handvat. Zoals ik al aangaf, moet je het in mijn ogen een «waardeverklaring» noemen. Anderen hebben ook al gezegd: tja, alles regelen? Geboorteplannen ken ik ook vanuit de praktijk, maar daar komt zo weinig van. En stervensplannen, ja, dat zijn dingen ... Ik begrijp dat dit woord in de maatschappelijke discussie gebruikt wordt, maar dat woord komt bijna niet meer voor tijdens gesprekken die je in de spreekkamer voert met patiënten, maar ook met de familie en de naasten. Ik denk dat die wilsverklaring een overstijgend hulpmiddel is voor al die verschillende hulpverleners – dat zijn hulpverleners in de ziekenhuizen, in de thuiszorg en in de wijk – die met die patiënt te maken hebben. Het zijn complexe patiënten waarover we praten. De problematiek is complex. Er zijn heel veel verschillende hulpverleners bij betrokken. In die situatie biedt zo'n wilsverklaring houvast bij het onderling afstemmen van dingen. Een patiënt kan daarin immers duidelijk aangeven wat zijn of haar waarden zijn. Dat is dus van heel veel waarde.

De voorzitter:

De andere vraag van mevrouw Kuik was gericht aan de heer Legemaate. Haar vraag ging erover dat zij had begrepen dat hij vindt dat het heimelijk toedienen van middelen verdedigbaar is.

De heer Legemaate:

Voorzitter, vindt u het goed als ik begin met mijn antwoord op de vraag van de heer Rutte? Dat zou stap één zijn in aanloop naar de vraag van mevrouw Kuik.

De voorzitter:

Ja, heel goed. Prima. Uitstekend.

De heer Legemaate:

De heer Rutte vroeg mij: welke wil leg je nu eigenlijk vast? Misschien was ik daar niet voldoende duidelijk over, maar ik zou denken dat dit de eerdere wil is: de wil op het moment dat je daar nog vrij over kunt nadenken, wilsbekwaam bent en een keuze maakt voor een later moment waarop je jezelf door deze ziekte min of meer bent verloren. Daarop probeer je vooruit te lopen op het moment dat je nog wel alles kunt overzien en keuzes kunt maken die passen bij je biografie en bij je eigen waardepatroon.

Dat moet dan ook weer niet een eenmalige exercitie zijn. Het goede en noodzakelijke gesprek waarop in de eerste ronde en ook zo-even al een paar keer is gewezen, is ook een gesprek waarin je moet blijven praten over de al gemaakte wilsverklaring. Is dat nog steeds je opvatting? Blijf je daar nog steeds bij? Dat kan heel goed zo zijn, maar je kunt ook ontdekken dat mensen daar misschien een beetje op terugkomen. Dat is ook een punt dat je per discussie moet stellen. Maar het kan ook zo zijn dat die patiënt door de tijd heen eigenlijk heel consequent is in wat hij of zij wil en wat hij of zij vindt. Over die wilsverklaring gaat het.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Kuik. Als je dus een verklaring maakt voor een later moment waarop je, een beetje huiselijk gezegd, niet meer jezelf bent en waarop de omstandigheden geen normale omstandigheden meer zijn – ik zei dat tegen die achtergrond – dan kan ik mij wel een beetje voorstellen dat je de uitvoeringspraktijk van het euthanasieverzoek wat moet aanpassen aan de omstandigheden die er op dat moment zijn. Ik vind dat dan niet zo heel gek. Je kunt dan niet meer met de patiënt overleggen. De patiënt uit en gedraagt zich op heel andere manieren dan toen hij die wilsverklaring opstelde. Ik heb opgeschreven dat je in dat geval wel een soort niveau van heimelijke toediening kunt voorstellen. Dat past toch nog steeds bij het voor mij overheersende principe dat je probeert om gevolg te geven aan de wilsverklaring van die patiënt met die eerdere wil.

Daar zitten natuurlijk grenzen aan, zoals we ook zien in de behandelde casuïstiek. Er werd gevraagd: kan een dementerende dan nooit meer aangeven niet dood te willen? Laten we zeggen: heel formeel gezien is het een beetje een lastig punt, maar feitelijk zal, uiteraard, geen dokter die wilsverklaring uitvoeren als er gewoon duidelijke tekenen van verzet zijn. De vraag is alleen wel: hoe interpreteer je nou wat die patiënt zegt, doet, uit? De heer Den Hartogh noemde twaalf casus en de oordelen van de toetsingscommissies daarin. Ik vind eigenlijk wel dat die laten zien dat de toetsingscommissies daar behoorlijk goed en duidelijk proberen mee om te gaan. Zij worstelen daar ook wel mee, maar ja, je praat wel over een heel bijzondere en complexe casuïstiek, waarin je gedragingen van patiënten moet duiden. Dat geldt voor alle betrokkenen: de familie, de uitvoerend arts, de SCEN-consulent die erbij moet komen. Niet iedere uiting van de patiënt is dan meteen verzet, maar sommige uitingen van de patiënt kunnen wel degelijk op een soort verzet duiden. Dan zou ik zeggen: bij twijfel geen euthanasie onder die omstandigheden.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Nieuwenhuizen wil ook nog even reageren.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dit sluit volgens mij mooi aan bij de vraag van mevrouw Dik-Faber welk onderzoek er nodig is. Het is heel erg belangrijk dat we ons nader gaan beraden op de verhouding tussen de BOPZ of de toekomstige Wet zorg en dwang en de Wet toetsing levensbeëindiging. In het kader van de BOPZ zijn we zeer terughoudend met het heimelijk toedienen van middelen om te sederen. Dat kan dan alleen maar als we ernstig letsel willen voorkomen. De relatie tussen die twee wetten is volgens mij nog helemaal niet goed onderzocht of bekeken. Dat zou in ieder geval één belangrijk punt kunnen zijn.

De voorzitter:

Dank voor die toevoeging. We zijn toe aan de beantwoording van de vragen van de heer Van der Staaij. Hij stelde één vraag aan de heer Schuurmans, die eigenlijk ook over dit onderwerp gaat. Zijn vraag aan u, mijnheer Schuurmans, was: wat is nou het effect van het manifest Niet stiekem bij dementie?

De heer Schuurmans:

Eerder, in blok 1, is er al gesproken over handelingsverlegenheid. Ik denk dat dit de gelegenheid heeft gegeven om de morele verlegenheid naar voren te halen bij artsen die welwillend zijn om euthanasie uit te voeren. We gaan niet terug naar de oude tegenstelling van voor en tegen. De woorden «heimelijk» en «stiekem» wil ik ook graag uit de discussie hebben. Door die advertentiecampa­gne is centraal komen te staan dat de doodswens in actuele omstandigheden moet verkeren en wat de rol is van zo'n anticiperende wilsverklaring. Dat was ondergesneeuwd. De verwach-

tingen daarvan waren te hoog gespannen. Naast het openlijk geven van je naam zijn er heel veel andere open reacties geweest. Dat punt verdient nader onderzoek en wordt ook nader onderzocht. Ik ben daar heel blij mee. Het heeft ertoe geleid dat er van diverse kanten is opgeroepen tot meer onderzoek. Het heeft tot diverse vragen geleid. Ik denk dat daardoor niet het zielenheil van de dokter, maar de problematiek centraal is komen te staan. Gelet op die problematiek moet de dokter niet alleen gefocust zijn op het verzetten van piketpaaltjes, maar ook uitzoeken wat de onderliggende verwachtingen zijn en helderheid verschaffen over de betrekkelijke status van die wilsverklaring.

De voorzitter:

Dank u wel. De andere vraag van de heer Van der Staij was gericht aan mevrouw Meerveld. Zijn vraag aan u, mevrouw Meerveld, was: is het altijd zo treurig in een verpleeghuis als je daar als dementerende verblijft?

Mevrouw Meerveld:

Ik had de vraag wat breder opgevat. Ik wil nog even reageren op de opmerkingen van de heer Schuurmans. Ik begrijp heel goed dat er op dit moment acties in de media zijn en dat dit debat hier wordt gevoerd. Wat is de waarde van een wilsverklaring? Wat is de waarde van een euthanasieverklaring? Je hebt geen recht op euthanasie. De arts heeft geen plicht om het te doen. Het is goed dat daar een debat over wordt gevoerd. Dat moet worden gevoerd, maar het veroorzaakt ook veel onrust bij onze achterban. Mensen vragen zich af waar ze dan nog op kunnen rekenen. Ik kies bewust voor een ander woord dan «recht» of «plicht». Ik kies voor de formulering «op wie kan ik dan rekenen?» of «waarop kan ik dan rekenen?», want dementie heeft enorme gevolgen voor degenen bij wie dat in de familie zit. Dan verwacht je en hoop je op ondersteuning van een vertrouwde arts en ook van anderen thuis. Het debat over recht, plicht en wat je wel wilt maar niet krijgt, helpt niet om het vertrouwen te geven dat als je de diagnose krijgt, je dan ook kan rekenen op de ondersteuning van iemand met verstand van zaken. Dat wilde ik nog even zeggen.

Wat de treurigheid van het verpleeghuis betreft, gelukkig zijn er een heleboel verpleeghuizen die al wel met kleinschaligheid en mooie vernieuwende projecten bezig zijn. Maar voor veel mensen met dementie is dat pas het einde van het traject. Op het moment dat je die diagnose krijgt, gaat het er vooral om waar je nu op kunt rekenen, zoals ik al eerder zei. Je hoopt dat je tijd en ondersteuning krijgt van je huisarts, maar ook van anderen thuis. De huisarts heeft een gebrek aan tijd, maar er zijn gelukkig ook anderen in de thuissituatie die daarvoor in aanmerking komen: de casemanager dementie, de wijkverpleging, de praktijkondersteuner, de psycholoog, de specialist ouderengeneeskunde. Wij pleiten ervoor dat ook deze professionals tijdig en eerder dan nu vaak het geval is, ingezet worden om ondersteuning te bieden na deze diagnose.

Het op tijd bespreken van het levenseinde en van wensen daaromtrent is best heftig. Hiervoor werd ook al genoemd dat het ook zoeken is hoe je dat doet. Dat vereist tijd, maar ook competenties en manieren om dat goed te doen. Gelukkig zijn artsen ermee begonnen om zich dat eigen te maken, maar wij denken dat het sneller en omvangrijk, op grotere schaal moet. We doen ook onderzoek in Memorabel, het onderzoeksprogramma van het Deltaplan Dementie, naar hoe je dat gesprek eerder op gang kunt brengen. Daar zijn gelukkig ook projecten voor.

Het derde wat ik hierover wil opmerken, is dat dit altijd dubbel is, want iemand met dementie wil je na de diagnose aan de ene kant helpen om een goed leven te leiden met die ziekte zolang als het maar kan, terwijl je aan de andere kant ook open met hem wilt praten over het levenseinde voor het te laat is. Dat is dus altijd dubbel. Het verpleeghuis is pas het aller-, allerlaatste. De steun in het begin na de diagnose in de thuissituatie is voor mensen nog veel belangrijker.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Ik reageer even op «het verpleeghuis is het allerlaatste». Dat is natuurlijk ook zo, maar ik wil nog even een pleidooi houden voor het prachtige verpleeghuis dat we hier hebben in Nederland. Wij hebben een heel goede gezondheidszorgsector, met een heel goede verpleeghuissector, waar van heinde en verre mensen komen om te kijken hoe wij het toch gedaan hebben. Natuurlijk willen mensen zo lang mogelijk thuis blijven. Daar doen wij ook alles aan. Dat doen wij graag samen met de huisarts, met de wijkverpleegkundige, met de mantelzorgers. Er zijn echter ook mensen die beter af zijn in het verpleeghuis. Zij krijgen daardoor een beter leven. Mensen komen nu door de afbouw van de verzorgings- en de verpleeghuizen vaak te laat in het verpleeghuis. Dat is iets wat we niet zouden moeten willen. We moeten de verpleeghuissector niet te krap aanpakken.

Daarnaast is er ook het kortdurend verblijf. Mensen moeten kunnen rekenen op goede zorg op elk moment van het leven. Dat betekent dat naar huis gaan niet altijd het ideaalbeeld is. Er is een overmatige nadruk op het thuis blijven wonen of het heel snel ontslaan. Mensen kunnen niet zo lang in het ziekenhuis zijn. Dat is ook heel goed. Mensen moeten niet te lang in het ziekenhuis blijven, maar zomaar naar huis zonder adequate thuiszorg is ook niet het juiste. Dat gesprek moeten wij voeren en daar onze professionele verantwoordelijkheid voor nemen, van huisarts tot ziekenhuisspecialist tot specialist ouderengeneeskunde. Maar de politiek zou moeten kunnen zorgen dat er in ieder geval voldoende kortdurende verblijfsbedden zijn voor al die mensen die eventueel buiten het schip of tussen wal en schip, tussen thuis en ziekenhuis vallen, in onduidelijkheid over de diagnose, zodat er ruimte en tijd komt om een zorgvuldige analyse en observatie te maken van wat er nou eigenlijk aan de hand is en wat de beste weg is om te bewandelen. Dat zou een heel belangrijke eerste stap zijn. Adequate financiering voor kortdurende opnames in huis of uit het ziekenhuis is echt essentieel. Daarbij hebben we een brede financiering nodig om ook geestelijke verzorging in te zetten en ook psychologen te betalen naar datgene wat nodig is.

De voorzitter:

Daarmee hebt u een naadloze overgang gemaakt naar het antwoord op de vraag van mevrouw Marijnissen, maar ik zie dat mevrouw Littooi daar graag ook nog wat over wil zeggen.

Mevrouw Littooi:

Ik wilde alleen maar zeggen: amen.

De voorzitter:

En mevrouw Marijnissen had ook een vraag aan mevrouw Meerveld, die zij vroeg om een reflectie op zingeving. Heb ik dat goed heel kort samengevat?

Mevrouw Meerveld:

Het is voor ieder mens verschillend wat het leven zinvol maakt. Dat is eigenlijk een herhaling van wat al eerder gezegd is. Als het gaat over het levenseinde en de zin van het leven is het goed om vanaf het begin ondersteuning te krijgen van mensen die dit eerder hebben meegemaakt en die professioneel onderlegd zijn. Punt.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Sorry, het ging met name ook over het verhaal van het waardig ouder worden. Dus mijn vraag was er ook op gericht of we niet langs die gebaande paden moeten kijken. Wat vindt u daarvan?

Mevrouw Meerveld:

Ja, ook, maar bij dementie is natuurlijk het punt dat je vroeger dan bij veel andere ouderen wilt gaan praten over het einde van het leven omdat je dat dan nog met de mens zelf en zijn familie kunt doen. De wilsbekwaamheid neemt af. Dat is niet van het ene moment op het andere anders, dat gaat geleidelijk, zeg ik nog even in aanvulling op wat anderen al zeiden. Dus het is nooit opeens, maar het wordt niet meer. Doordat het afneemt, moet je er op tijd bij zijn met je ondersteuning. En dat geeft zin.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de vragen van mevrouw Dik. De eerste vraag was aan mevrouw Nieuwenhuizen. Ik hoop dat u nog paraat hebt wat de vraag precies was.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dat heb ik. Het waren twee vragen: de praktijk van de gesprekken die wij hebben en welk onderzoek nodig is. Op de vraag welk onderzoek nodig is, kom ik heel graag nog een keer heel uitgebreid terug. We kunnen zo tien vragen beantwoorden waarover onderzoek noodzakelijk is. Een punt heb ik al genoemd, namelijk de relatie tussen de Wet BOPZ en de Wet toetsing levensbeëindiging. Het onderzoek van mevrouw Van Wijngaarden is enorm goed gevallen, maar dat is maar een heel klein stukje. Je zou willen weten wat eigenlijk de ervaring is van mantelzorgers na euthanasie, hoe we wilsonbekwaamheid zien, hoe we dat toetsen en hoe dat nu gaat, binnen het verpleeghuis maar ook daarbuiten. Ik kan zo nog een heleboel zaken opnoemen. Hierbij speelt dat naar de doelgroep waar het over gaat, vaak geen onderzoek wordt gedaan doordat dit een heel ingewikkelde doelgroep is. Als het gaat om gevorderde dementie, hoe includeer je die? Daar is een soort oceaan aan vragen die we zouden willen benoemen, maar we hebben een concreet voorstel liggen. Dus daarmee kom ik graag nog bij u terug.

Hierbij is Cees Hertogh de specialist en professor ouderengeneeskunde. Hij heeft ook zeker zijn onderzoeksvoorstel klaarliggen als u dat zou wensen.

Over de praktijkvoering zei ik net al dat we een professionele verantwoordelijkheid hebben als dokters om veel eerder het gesprek aan te gaan over behandelen en niet behandelen. Dat begint eigenlijk in de ziekenhuizen, met de diagnose. Ik zou ook vooral willen kijken naar het andere aspect, niet alleen bij dementie, maar ook bij al die andere ziektes die er zijn op latere leeftijd of die je zo kunt krijgen. Wij zien toch heel vaak dat mensen in het verpleeghuis worden opgenomen met nog een enorme batterij aan preventieve medicatie waarvan je je kunt afvragen of dat nog zo zinvol is. Daar zit enorm veel winst als het gaat om medicatie, preventie en het wel-of-niet-reanimerenbeleid. Ik weet bijvoorbeeld niet hoeveel mensen die hier aanwezig zijn, al een niet-reanimeerpenning hebben aangevraagd. Dat is misschien een leuke vraag. Wie heeft er hier een niet-reanimeerpenning? Ik zie er een, twee, drie, vier, vijf.

De voorzitter:

Mevrouw Nieuwenhuizen, de publieke tribune doet nooit mee met wat wij hier doen, dus ik moet u teleurstellen.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dan stel ik die vraag aan de leden. Heeft u al een niet-reanimeerpenning? Als het gaat om euthanasie bij dementie, is er echt ook veel winst te halen in het nadenken over wat je nog wel doet en wat niet. Dat begint dus al voor de diagnose dementie. Maar daar hebben wij een professionele verantwoordelijkheid in. Die nemen wij ook.

Daarnaast wil ik nog wel zeggen dat wij ook in een interessant tijdsgevoerd leven, want het lijkt soms alsof iedereen heel graag dood wil, maar

niets is minder waar. Er zijn ook veel mensen die erg hangen aan het leven. Dat is ook weer zo'n onderzoek ... Er wordt een heleboel aangenomen, zoals dat mensen graag de eigen regie willen. Ik vraag mij af in hoeverre dat daadwerkelijk goed is onderzocht. Wil iedereen eigen regie? Mijn ervaring uit gesprekken met mensen is dat zij heel vaak zeggen: dokter, ik weet het eigenlijk niet, of: zegt u het maar. De vraag is of we wel heel helder hebben welke vragen er zijn. Daarnaast is het ook nog steeds zo dat er nog specialisten ouderengeneeskunde voor de tuchtrechter komen die worden aangeklaagd, omdat zij de 100-jarige moeder van een bepaalde mantelzorger hebben laten overlijden. Het beeld is dus breder dan euthanasie in verband met angst om de regie te verliezen. Daar moeten we nog eens een goede analyse op doen. Welke vragen zijn er nou eigenlijk echt bij dat levenseinde?

De voorzitter:

Dank u wel. Er was nog een vraag van de heer Rutte aan mevrouw Meerveld. Ik heb niet precies paraat welke vraag het was, maar mevrouw Meerveld zelf wel.

Mevrouw Meerveld:

Dat was een heel moeilijke vraag. Ik vond eigenlijk dat mijnheer Legemaate die vraag al heel goed beantwoordde. Hij vroeg: als iemand tegenstribbelt en wel een euthanasieverklaring heeft, ga je dan door of niet? Dat was de vraag en die vraag is beantwoord. Ik vond dat een heel goed antwoord. In principe niet. Je moet het erover hebben. Je moet het goed gaan duiden met de familie en met de vertrouwde arts. Bij twijfel niet oversteken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik had mijnheer Den Hartogh nog gevraagd naar mijn paar punten.... Of er was nog een antwoord van de heer Legemaate op de vraag van de heer Rutte, waarover hij al iets heeft gezegd.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik had nog een tweede vraag gesteld.

De voorzitter:

Kunt u die nog even herhalen?

De heer Arno Rutte (VVD):

De heer Legemaate heeft al iets verteld over de oude wilsverklaring en over welke wil er wordt bepaald. Ik had gevraagd aan de heer Den Hartogh om daar vanuit ethisch perspectief op te reflecteren.

De voorzitter:

Heel goed. Dat wil mijnheer Den Hartogh vast wel doen.

De heer Arno Rutte (VVD):

Die vraag is wel heel serieus bedoeld, omdat de geest gaandeweg kan veranderen en er dan nog steeds iets van een wil aanwezig kan zijn. Hoe duiden we dat?

De heer Den Hartogh:

Dat is een kernvraag in dit debat. Toch nog even iets over het vorige. Ik had het antwoord van Legemaate iets anders opgevat. Dat heeft eigenlijk al te maken met de volgende vraag van mijnheer Rutte. Als in de communicatie die je hebt over levensbeëindiging een patiënt – ook een diep demente patiënt – duidelijk zegt: dat wil ik niet, ik wil niet dood, dan houdt het op. Maar als een patiënt tegenstribbelt op het moment dat je met een injectiespuit aankomt om die euthanasie uit te voeren, dan is het

een heel merkwaardige interpretatie om te zeggen dat hij niet dood wil, als hij dat niet kan uitleggen. Ik heb het antwoord van Legemaate zo opgevat: dat laatste is denkbaar, het eerste niet.

De voorzitter:

De heer Legemaate kan hier duidelijkheid in scheppen.

De heer Legemaate:

Even heel kort. Je formuleert het prima. Dat is natuurlijk omdat je dat feitelijke tegenstribbelen wel in de context van de situatie moet zien en je dan moet afvragen hoeveel waarde je daaraan moet hechten. Je maakt een terecht onderscheid en je geeft mijn antwoord adequaat weer.

De heer Den Hartogh:

Dan die vraag naar de vroegere wil of de latere wil. In de position paper van Verenso wordt dat standaardargument tegen het belang van een wilsverklaring gebruikt. Het is heel gebruikelijk bij kankerpatiënten dat zij euthanasie willen als zij niet meer kunnen fietsen en daarna als zij een rollator moeten gebruiken. Dat schuift op. Uiteraard accepteer je dat. Dat zijn mensen die met hun normale geestvermogens een situatie waarin zij komen, anders gaan interpreteren en gaan waarderen. Dan houd je met hun laatste standpunt rekening.

In het voorbeeld in de position paper kwam een patiënt B voor die dementeerde en die eerst een wilsverklaring had en op een gegeven moment zei: nee, maar ik wil helemaal niet dood. In dat voorbeeld was niet duidelijk of dat nog een wilsbekwame of een niet-wilsbekwame patiënt was. Als het een wilsbekwame patiënt is, is het hetzelfde verhaal. Dat is precies de reden waarom een wilsverklaring geen kluisdocument is, geen notarieel document. Het is wel een gezaghebbende uiting, maar toch een uiting van de wil van de betrokkene, waarvan moet blijken dat hij daarachter blijft staan zolang hij wilsbekwaam is. Maar precies om dezelfde reden: iemand gaat er anders over denken, kan er nog over nadenken, kan nog de werkelijkheid appreciëren, en komt dan tot andere inzichten.

Maar als iemand wilsonbekwaam of diep wilsonbekwaam is, en niet meer in staat is om te begrijpen in wat voor situatie hij zit, en daar geen adequaat antwoord meer op kan geven, dan gaat dat argument niet op. Dan is dat niet een verandering van inzicht, maar gewoon het verlies van het vermogen om tot een adequaat inzicht te komen. Dat is natuurlijk precies de betekenis van wilsonbekwaamheid in alle mogelijke situaties, waardoor we met de wil van de betrokkenen geen rekening meer houden, omdat dat niet meer kan. Als iemand in een verpleeghuis permanent naar buiten wil, omdat hij naar huis wil, en dan bedoelt: het huis van zijn ouders, die al 40 jaar overleden zijn, is er een discussie over of je dan de kamer moet afsluiten of niet. Het argument kan niet zijn: we moeten ruimte geven aan de wil van de betrokkene. Dat is de kern.

Dat neemt niet weg dat op het moment dat iemand, ook diep dement, zegt: maar ik wil helemaal niet dood, uiteindelijk dat motief een rol speelt dat je iemand niet gaat doodmaken, ook al zou je dat bij wijze van spreken niet rationeel kunnen verantwoorden. Dan wordt je intuïtieve tegenzin zo sterk dat je dat niet doet.

Mevrouw Littooi:

Ik wil hier graag dan ook wel het totale plaatje bij schetsen. Het gaat natuurlijk niet alleen over de wilsverklaring en dat iemand verklaart: ik wil wel of niet dood. Het gaat ook over alle andere zorgvuldigheidseisen. Ik probeer even het plaatje te maken waarbij iemand zegt: ik wil niet dood, en ondertussen wel uitzichtloos en ondraaglijk lijdt in het verpleeghuis. We kunnen het allemaal uit elkaar trekken, maar uiteindelijk gaat het hier

gewoon over die ene individuele patiënt, met zijn of haar naasten, en de dokter die daarbij in gesprek gaat en de afwegingen uiteindelijk moet maken.

De heer **Den Hartogh**:

Ik ben het daar geheel mee eens. We hebben een discussie gehad met de KNMG over of er nog tekenen moeten zijn van een doodswens bij de betrokkene in een laat stadium. Bij al die twaalf gevallen was er duidelijk sprake van gevorderde dementie en werd er besloten tot levensbeëindiging op grond van een wilsverklaring. Er waren dat soort uitingen, zoals dat iemand zei: ik wil dit niet meer, bah, en allerlei uitingen die omstanders interpreteerden als uitingen van een doodswens. Ik denk dat het altijd zo is dat de interpretatie van het lijden en van het verzoek met elkaar te maken hebben. Dat kun je niet compartimenteren.

De **voorzitter**:

Mijnheer Schuurmans wil hier kort op reageren.

De heer **Schuurmans**:

Het vroegere statement van communiceren in woord of gebaar moet wel weer terug, in mijn ogen. Het wordt ook macaber als we hier haast te veel aandacht aan schenken, want alle rafels hoeven er niet uit. Er mogen best discussies blijven. Wilsonbekwaam betekent: geen vrije wil. Daarmee verliest de wilsverklaring de hele betekenis. Door de voorzitter van de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde is al aangegeven dat er heel veel wordt doorbehandeld en onnodig wordt behandeld. Dat is een veel belangrijker onderdeel dan even vastleggen hoe je je dood geregeld wilt hebben.

De **voorzitter**:

Daarmee spreekt u wel de commissie tegen die heeft onderzocht wat de status is van de wilsverklaring, maar ik geef graag de heer Legemaate het woord.

De heer **Legemaate**:

Je kunt ook zeggen dat «wilsonbekwaam» betekent dat de wilsverklaring juist veel meer waarde krijgt, want deze was nu net bedoeld voor die situatie. Dat neemt niet weg dat het heel lastig kan zijn om dit uit te voeren. Op principieel niveau is dat nu net wat wij de patiënt in de wet hebben gegeven; dat hij of zij de mogelijkheid heeft om juist met het oog op die situaties toch nog iets van eigen mening en waarden te laten doorklinken, hoe lastig uitvoerbaar misschien ook. Dat is natuurlijk wel heel cruciaal.

De heer **Schuurmans**:

Cruciaal in mijn ogen is dat het ook actueel is en ingegeven door het soort maatschappij, omgeving, waarin je verkeert. Het is een tijdsdocument. Die actualiteit moet blijvend benadrukt kunnen worden in woord of gebaar op het moment dat zo iets dan zou moeten geschieden.

De heer **Den Hartogh**:

Maar over een negatieve wilsverklaring waarin staat «ik wil niet behandeld worden» wordt ook niet gevraagd of die wordt geactualiseerd. Als een patiënt de verklaring heeft opgesteld op het moment dat hij wilsbekwaam was, is die zelfs bindend. Zoals al eerder gezegd is, gebeurt het in verpleeghuizen ook nog weleens dat zonder dat er zo'n wilsverklaring is, in overleg met de familie wordt besloten om een behandeling niet uit te voeren. Kortom, het beroep op «in het belang van de patiënt mogen we die wilsverklaring niet uitvoeren, want we kunnen niet vaststellen of hij ondragelijk lijdt» gaat niet op, want voor de negatieve

wilsverklaring zou het precies zo gelden. Eigenlijk is dat de belangrijkste opmerking die ik tot slot nog wilde maken. Verenso heeft gezegd dat er meer onderzoek gedaan zou moeten worden naar het oordeel over de wilsbekwaamheid, en daar ben ik het helemaal mee eens, juist omdat we daar zo'n enorm gewicht aan toekennen. Feit is, het is een glijdende schaal. Het moment waarop het vijf voor twaalf, twaalf uur of vijf over twaalf is, wordt door artsen op heel verschillende manieren vastgesteld. Tenminste, dat vermoeden hebben we. Dat zouden we moeten nagaan. Waar berust het op? Kunnen we dat verbeteren? Juist omdat het zo veel belang heeft, denk ik dat we daar veel zekerder over zouden moeten zijn, zodat we dat belang er ook aan kunnen toekennen.

De voorzitter:

Dank u wel. We zijn aan het eind van deze ronde. Er zijn vast nog heel veel vragen, maar daar komen we nu niet meer aan toe. Ik geef u graag de gelegenheid om nog één opmerking te maken, maar echt kort.

De heer Legemaate:

Misschien ten overvloede, maar toch. We hebben deze vijf kwartier gepraat over een heel complex en gewichtig thema. Ik wilde vanuit de derde evaluatie benadrukken dat we wel het gevoel hebben dat de wet voor de afwegingen die we moeten maken en die heel lastig kunnen zijn, een adequaat kader biedt. In combinatie met de Code of Practice van de toetsingscommissies is dat de structuur waarbinnen je dit soort complexe vragen kunt beantwoorden. De dilemma's en de grote pijnpunten hebben eigenlijk niet met de inhoud van de wet te maken maar met de discussie daarboven of daaronder; dat vind ik wel cruciaal. Een tweede slotopmerking. Er is behoorlijk relativerend gesproken over de wilsverklaring. Ik wil graag eindigen met de opmerking dat het wel heel belangrijk is dat we in de wet mensen de mogelijkheid geven om die wilsverklaring in te vullen. Onverlet dat het heel lastig kan zijn om dat in de praktijk te realiseren, moeten we wel zo veel mogelijk proberen om dat wel te doen, juist ook in dit soort moeilijke situaties.

Mevrouw Littooi:

Ik wilde nog even de verbinding maken met de discussie in het eerste blok waarin onder anderen mevrouw Wolbert zei hoe belangrijk het is dat alle hulpverleners de tijd hebben om met de patiënten en hun naasten proactief in gesprek te gaan. Dat onderstrepen wij volledig.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Het is heel lastig; ik zou nog veel meer willen zeggen. Wat die wilsverklaring en het verschil tussen de juridische mogelijkheden en de praktijk betreft: daar zijn we nog niet klaar mee. Naast het feit dat er gekeken moet worden naar de vraag hoe artsen kijken naar de wilsbekwaamheid en hoe we dat beoordelen, zou ik meer descriptief en verhalend onderzoek willen naar de reden waarom er zo'n nadruk ligt op, en waarop die angst gebaseerd is, dat men niet kan rekenen op goede zorg, waardige hulp en een waardig levenseinde. Die wilsverklaring is één ding, maar we hebben ook nog de praktijk. Het zomaar opvolgen zonder nadenken en zonder professionele onderbouwing van een wilsverklaring zou de Nederlandse maatschappij volgens mij niet eens moeten willen van ons artsen. Ik mag hopen dat men graag wil dat we onze professionaliteit, ervaring en expertise inzetten om te komen tot een waardig levenseinde.

De heer Schuurmans:

In blok 1 is dat zingevingaspect heel duidelijk naar voren gekomen. Hier valt het wat in het niet, maar ik heb het pleidooi gehouden voor moreel beraad. Dat mes snijdt aan twee kanten. Het is iets waarmee je het zingevingaspect gestalte geeft en waarmee je ook ondersteuning biedt

aan behandelaars die in soms moeilijke situaties verkeren en willen reflecteren. Net werd een voorbeeld gegeven waarin sprake is van situaties in een ziekenhuis waarin een behandelteam besluit om niet door te behandelen, ook al is er geen wilsverklaring. Dat is een typerend voorbeeld van een situatie waarin zo'n moreel beraad plaatsvindt. Dat is alleen maar een warm pleidooi voor iets heel anders dan alleen maar een wilsverklaring.

De heer Den Hartogh:

In het eerste blok is van verschillende kanten gezegd dat artsen meer de ruimte zouden moeten nemen die de wet geeft. De politiek zou er ook aan mee moeten meewerken om dat te doen. Ik vind dat bij dit punt bij uitstek niet zo. Het is de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring. Het is een fundamenteel moreel dilemma. Iemand die niet meewerkt doden, is niet iets wat je zo doet. Daartegenover staat het belang van de patiënt om zijn leven te beëindigen op de manier waarop hij geleefd heeft. Ik vind dat het aan artsen individueel moet worden overgelaten om de ruimte die de wet geeft te nemen of niet. Daar moeten we van buitenaf niet op zitten pushen.

Mevrouw Meerveld:

Waar we dan wel op zouden moeten pushen, volgens mij, is dat artsen na de diagnose actief met mensen in gesprek gaan over het leven met dementie en het levenseinde.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik dank u allen hartelijk voor uw bijdrage aan dit deel van de rondetafel. Ik wens u verder een goede dag. Wij hebben een lunchpauze tot 13.15 uur.

De vergadering wordt van 12.40 uur tot 13.15 uur geschorst.

Blok 3: Juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding in de psychiatrie

Gesprek met:

Mevrouw dr. C. Gijsbers van Wijk, psychiater, directeur Zorg, Onderzoek en Kwaliteit Arkin

Mevrouw J. Croonen, voorzitter Stichting Euthanasie in de Psychiatrie

De heer S. Pleiter, directeur Levenseindekliniek

De heer prof. dr. J.J. van Os, hoogleraar psychiatrische epidemiologie UMcUtrecht

De heer drs. J. Huisman, psychiater en voorzitter van de steungroep psychiaters

De heer dr. J. Mokkenstorm, psychiater en directeur behandelzaken 113 Zelfmoordpreventie

De heer dr. F. Tholen, psychiater, voormalig voorzitter commissie hulp bij zelfdoding NVvP

De voorzitter:

Goedemiddag. Van harte welkom bij het vervolg van dit rondetafelgesprek over euthanasie, de euthanasiewet en de evaluatie daarvan. We beginnen nu met blok 3. Dat gaat over de juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Ik heet welkom: mevrouw Gijbers van Wijk, mevrouw Croonen, de heer Pleiter, de heer Van Os, de heer Huisman, de heer Mokkenstorm en de heer Tholen. Van de kant van de Kamer is van GroenLinks aanwezig mevrouw Westerveld, want mevrouw Ellemeet moet zich helaas verontschuldigen vanmiddag. Verder zijn aanwezig: mevrouw Kuik namens het CDA, de heer Van der Staaij namens de SGP, mevrouw Marijnissen namens de SP

en de heer Rutte namens de VVD. Mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie verwachten wij nog. Zelf vertegenwoordig ik de fractie van D66, maar ik probeer ook uw onafhankelijk voorzitter te zijn. Ik geef graag de gelegenheid aan onze gasten – fijn dat u hiernaartoe gekomen bent – om heel kort de kern weer te geven van het position paper dat u allemaal hebt gestuurd. Ik stel voor dat u dat probeert binnen twee à drie minuten te doen. Ik wens u daar sterkte bij. Mevrouw Gijsbers van Wijk als eerste.

Mevrouw Gijsbers van Wijk:

Allereerst hartelijk bedankt voor de uitnodiging om hier vandaag te zijn. Ik ben psychiater in Amsterdam en voorzitter van de richtlijncommissie die de richtlijn van de NVvP over euthanasie op dit moment aan het herzien is. Psychiatrische aandoeningen kunnen net als lichamelijke ziekten uitzichtloos en ondraaglijk lijden met zich meebrengen. De wet maakt daarom terecht geen onderscheid tussen lichamelijk of psychisch lijden als grondslag voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Toch vereist hulp bij de levensbeëindiging in de psychiatrie een grotere terughoudendheid en een grotere behoedzaamheid dan in de somatiek. Daarom hebben we al sinds 1998 een eigen richtlijn. Met onze huidige behandelingen kunnen we de psychiatrische aandoeningen die we zien niet altijd genezen. Vaak lukt het onze patiënten met chronische aandoeningen wel om een acceptabele kwaliteit van leven te bereiken, ondanks hun beperkingen. Met inzet van naasten, ervaringsdeskundigen, buddy's, de sociale omgeving, een beetje ook de ggz, maar vooral de patiënt zelf kan persoonlijk herstel optreden en kan het leven weer nieuw perspectief krijgen. Maar voor een heel kleine groep patiënten lukt ook dit niet. Voor hen wordt psychisch lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Ondraaglijk vanwege de ernst en de duur van de klachten, de achteruitgang in het functioneren op meestal meerdere levensgebieden, sociaal isolement en soms vele en lange opnames. Uitzichtloos vanwege het vooruitzicht dat het nog vele jaren gaat duren en dat geen enkele interventie nog effect heeft na een vaak al heel lange behandelgeschiedenis. Hier staan wij als psychiaters en als ggz met lege handen.

Het getuigt volgens mijn commissie van barmhartigheid jegens deze patiënten om hen niet in de kou te laten staan en hen serieus te nemen in hun verzoek als dat duurzaam, vrijwillig en weloverwogen is en om hen ook te begeleiden naar een goede dood als aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, inclusief een onafhankelijke toetsing door een onafhankelijke psychiater. Het liefst zien we dat gebeuren door de eigen psychiater of huisarts in de context van een vaste, vertrouwde behandelrelatie en met betrokkenheid van familie en naasten in het hele traject.

Tot slot. Het is heel begrijpelijk dat wij als psychiaters ambivalent en terughoudend zijn wat betreft deze problematiek. We hebben er heel weinig ervaring mee: gemiddeld één keer per jaar krijgen we een verzoek en 4% van mijn collega's heeft ooit een verzoek uitgevoerd. De casuïstiek is complex, de zorgvuldigheidseisen zijn moeilijker te interpreteren en beoordelen dan in de somatiek en er kan sprake zijn van beïnvloeding door de psychiatrische aandoening. Vaak is er, anders dan in de somatiek, ook geen sprake van een stervensfase. Daarom is uitzonderlijke grote behoedzaamheid – ik zeg het nogmaals – geboden. We hopen dat de richtlijn die we nu aan het herzien zijn, handvatten zal bieden aan psychiaters en aan andere artsen, ook huisartsen, bij dit ingewikkelde afwegingsproces.

De voorzitter:

Dank u hartelijk. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Croonen. Zij spreekt als voorzitter van de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie.

Mevrouw Croonen:

Allereerst dank voor de uitnodiging om hier te mogen spreken. Wekelijks maken gemiddeld 35 mensen een einde aan hun leven omdat zij het leven niet meer aankunnen. Wekelijks worden dus ook de families en naasten van 35 mensen geconfronteerd met de zelfdoding van een geliefde. Een substantieel aantal zelfdodingen betreft mensen met een psychiatrische aandoening, patiënten die vaak eerder hulp bij zelfdoding aan hun behandelend arts hadden gevraagd. Verzoeken om euthanasie worden in de psychiatrie echter maar mondjesmaat gehoord. Het bespreken van de doodswens is er vaak nog taboe. Dat is ernstig, zeker als na een zelfdoding er bij behandelaars ineens wel begrip lijkt te zijn voor de euthanasievraag en er zelfs wordt gezegd «wij hadden moeten luisteren». Ik wil hier namens de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie benadrukken dat goede psychiatrische zorg zich niet beperkt tot het behandelen van geestelijke gezondheidsklachten alleen. Ook het openstaan voor euthanasieverzoeken en deze bespreekbaar maken zou een vast onderdeel moeten zijn van een goede behandeling. Zoals medesprekers ook zullen aangeven, is het een gegeven dat het openlijk bespreken van een euthanasieverzoek ertoe kan leiden dat de doodswens afneemt, wordt uitgesteld en soms zelfs verdwijnt. Dit omdat de patiënt in de wetenschap dat euthanasie uiteindelijk mogelijk kan zijn eerder bereid is nog eventuele beschikbare behandelopties te overwegen en toe te laten. Maar eveneens is waar dat er ook bij optimale zorg altijd patiënten zullen zijn voor wie de zorg geen verlichting van het lijden brengt. Als de conclusie is dat de doodswens duurzaam, vrijwillig en weloverwogen is, moet euthanasie mogelijk zijn.

Euthanasie kan een menswaardig alternatief zijn voor vaak gruwelijke zelfdodingen, met vaak heftige gevolgen voor toevallige omstanders. Zoals het ook een menswaardig alternatief had kunnen zijn voor onze dochter Monique, die alleen, in grote eenzaamheid, en op een vreselijke manier is gestorven nadat ze bij haar behandelend arts geen gehoor vond voor haar doodswens. Ik spreek hier niet alleen namens Monique maar ook namens alle naasten die iemand zijn verloren door zelfdoding omdat euthanasie niet bespreekbaar was of werd afgewezen, zodat artsen achteraf nooit meer hoeven te zeggen: we hadden moeten luisteren.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Croonen. Ik geef het woord aan de heer Pleiter namens de Levensindekliniek.

De heer Pleiter:

Dank u wel. Dank voor uw uitnodiging om hier te kunnen spreken. Toen de Levensindekliniek startte op 1 maart 2012, was de eerste patiënt die zich meldde een vrouw met psychiatrisch lijden, net als de vijfde, de zevende en de achtste patiënt. Vier van de eerste tien patiënten die zich meldden, meldden zich met psychisch lijden. Vanaf het ontstaan van de Levensindekliniek gaat het om 30% van de hulpvragers. Dat zijn nu ongeveer 2.500 mensen. Het bespreken van de doodswens lijkt een taboe binnen de psychiatrie. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie spreekt in eerste instantie over een roep om hulp. Onze ervaring is dat het bespreken van de doodswens de deur opent naar andere, bijvoorbeeld therapeutische mogelijkheden. Mede als gevolg hiervan wordt door de Levensindekliniek slechts 10% van de hulpvragen gehonoreerd. Dan gaat het om patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos lijden en voor wie er geen redelijke alternatieven meer bestaan. Net zoals dat bij een patiënt met kanker gebeurt, zijn deze mensen ook uitbehandeld.

Het onderzoek naar een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden vergt veel van de arts of, in ons geval, de arts en de verpleegkundige. Het vereist een hoge mate van zorgvuldigheid en intensief onderzoek en vele

gesprekken met de patiënt en diens behandelaars. Het weloverwogen verzoek van de patiënt moet even weloverwogen onderzocht worden door de uitvoerders.

In toenemende mate – dat blijkt uit de derde evaluatie van de wet – onttrekken psychiaters zich aan hun plicht om een euthanasieverzoek serieus te nemen. Volgens de derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn er minder bereid dit verzoek zelf te onderzoeken en uit te voeren. Dat als argument gebruikt wordt dat daar toch de Levensindekliniek voor is, vind ik verwerpelijk. De Levensindekliniek roept psychiaters op de doodswens van hun patiënten serieus te nemen. Wij zijn heel graag bereid om onze expertise in te zetten om hen daarbij te begeleiden.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan de heer Van Os. Hij spreekt als hoogleraar psychiatrische epidemiologie in het UMC Utrecht.

De heer Van Os:

Dank u wel. Ik hoop dat er drie dingen in deze discussie aan de orde kunnen komen. Het eerste belangrijke punt is de term «palliatieve psychiatrie», of liever gezegd het ontbreken van het woord «palliatieve». Kun je de euthanasiekwestie los zien van de mate waarin wij in de psychiatrie palliatie, verlichting van het lijden, kunnen aanbrenge? In de somatische geneeskunde is het bekend: hoe beter de palliatieve zorg en de palliatieve geneeskunde, hoe minder snel de vraag naar euthanasie. Er is een duidelijke relatie tussen de twee. Ik denk dat we iets missen in de discussie als we niet constateren dat men in de psychiatrie pas in de afgelopen twee à drie jaar begint na te denken over wat die palliatieve psychiatrie dan zou moeten zijn om mensen met ernstig lijden bij te staan. De ggz en de psychiatrie hebben zich heel erg ontwikkeld als een behandelsector. Er wordt dus veel behandeld, maar mensen bijstaan in het draaglijk maken van lijden is een andere manier van werken. Onze patiënten spreken ons er al heel lang op aan dat de existentiële dimensie van lijden niet in de psychiatrie wordt behandeld. De existentiële dimensie gaat over vragen als: heeft het leven nog zin? Heb ik nog een doel in het leven? Heeft het zin om 's ochtends op te staan? Daar is geen behandeling voor, in de zin van dat de ggz daar een evidence-based trial over doet. Het is een andere aanpak en de psychiatrie heeft die nog niet ontwikkeld. Voordat we dus verdergaan met praten over euthanasie, moeten we ook praten over wat palliatieve psychiatrie is.

Het tweede punt is een beetje de olifant in de kamer, of the elephant in the room, namelijk het ontbreken in dit debat van de eigenregiemethode, die Boudewijn Chabot in zijn boek *De weg kwijt* heeft beschreven. In mijn praktijk breng ik nadrukkelijk aan de orde dat er ook een eigenregie-optie is om waardig te sterven en zelfdoding uit te voeren. Dat is iets anders dan suïcide. Het gaat over een waardige manier van zelfdoding, onder regie van de betrokkene zelf en zijn familie. Ik denk niet dat we de discussie over euthanasie los kunnen zien van de eigenregiemethode. Het derde punt dat ik kort naar voren wil brengen, is dat er, hoewel er nu nog maar weinig gevallen zijn waarin euthanasie is verleend aan psychiatrische patiënten, heel veel vraag zit achter die minder dan 100 euthanasieverstrekingen. Vorig jaar is het 1.000 keer officieel gevraagd. Daarachter zitten 10.000 mensen in de Nederlandse populatie met een chronische doodswens. Daarachter zitten weer 500.000 mensen in de Nederlandse populatie die jaarlijks minstens één keer de dood als oplossing zien. Voordat we euthanasie in de psychiatrie als een optie gaan aanbieden, moeten we dus ook bedenken welke gevolgen dat gaat hebben voor filters die open gaan staan voor al die mensen die de dood als oplossing zien. Ik denk dat we daar goed over na moeten denken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Huisman. Hij is psychiater en voorzitter van de Steungroep Psychiaters.

De heer Huisman:

Dank u wel, voorzitter, voor de uitnodiging. U hebt in mijn position paper kunnen lezen dat een tweetal taken van de Steungroep Psychiaters eruit springt, in de eerste plaats ondersteuning van de arts die een euthanasietraject overweegt of daarmee reeds gestart is en in de tweede plaats het doen van een second opinion indien in de eigen regio geen psychiater daartoe bereid is. Deze second opinion heeft als regel een tweeledig doel. Is de patiënt voldoende wilsbekwaam? Is er sprake van uitzichtloos lijden of zijn er in alle redelijkheid nog behandelopties te overwegen? Het betreft dus een eerste onafhankelijke consultatie voordat de SCEN-arts in beeld komt. Er is een behoorlijk tekort aan psychiaters die deze taak op zich willen nemen. De Steungroep Psychiaters onderstreept dan ook de aanbeveling van de evaluatiecommissie dat een bij voorkeur aan SCEN gekoppeld netwerk van psychiaters dringend noodzakelijk is.

Zelf deed ik in de afgelopen vier jaar 37 keer een second opinion bij psychiatrische patiënten. De overeenkomst was, en dat verbaast natuurlijk niet, het lijden dat door de patiënt als ondraaglijk en uitzichtloos werd ervaren, met een doodswens die meestal reeds een jaar of meerdere jaren bestond. Ik vond het opvallend dat bij veel patiënten nog een tamelijk intensieve behandelrelatie aan de orde was en dat deze ook volgens de richtlijnen meerdere jaren had plaatsgevonden, met name wanneer het jonge patiënten met een eetstoornis, patiënten met autisme en patiënten met een langdurige stemmings- en/of angststoornis betrof. Niet alle stappen van de behandelrichtlijn waren altijd even nauwgezet doorlopen, maar de patiënt kon wel gevolgd worden in zijn mening dat de belasting van een eventueel nog aanvullende behandeling niet opwoog tegen het beperkte verwachte resultaat.

Ik was onder de indruk van het aantal en de intensiteit van de behandelingen waar patiënten aan hadden deelgenomen, soms enkele decennia lang. Ik signaleerde ook meerdere malen tevredenheid over de huidige behandelrelatie, ook wanneer de eigen psychiater niet bereid was het euthanasietraject met de patiënt in te gaan, maar wel adequaat naar een andere arts, dus nogal vaak naar de Levensindekliniek, had verwezen. Ik ben van mening dat adequate zorg in de afgelopen jaren toch uiteindelijk minder doorslaggevend was voor de patiënt dan de belasting die het langdurig bestaan van een psychiatrische aandoening met zich meebracht, waarbij de patiënt onvoldoende reageerde op therapeutische interventies. De belasting, soms decennia lang, maakte dat bij deze patiënten een omslagpunt werd bereikt en lijdens aan het leven als angstaanjagender werd ervaren dan te willen sterven. Het is een gegeven waarmee de beroepsgroep van psychiaters de komende tijd naar mijn mening nog indringender zal moeten leren leven. Men moet er ook op anticiperen, door het euthanasieverzoek van de patiënt vooral serieus te onderzoeken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Mokkenstorm, namens 113 Zelfmoordpreventie.

De heer Mokkenstorm:

Wij hebben even moeten nadenken of wij zouden deelnemen aan deze rondetafel, omdat wij hebben gemerkt dat de onderwerpen «euthanasie», «euthanasie in de psychiatrie» en «suicidepreventie» de neiging hebben om door elkaar heen te lopen. Voor alle duidelijkheid: 113 Zelfmoordpreventie streeft naar een land waarin niemand eenzaam of radeloos sterft door zelfmoord, suicide of zelfdoding. Wij zijn denk ik net als iedereen hier

voor een goed bestaan voor iedereen, inclusief een goed einde daaraan. Dat betekent niet dat wij tegen euthanasie of tegen de dood zijn. Dat is natuurlijk niet zo.

In mijn position paper hebben wij twee dingen willen aanstippen. Die zijn vanochtend ook aan de orde gekomen. Ik ga er niet heel diep verder op in. Ten eerste: polariseer het niet. Een te grote aandacht in het maatschappelijke bewustzijn kan leiden tot onvoorziene effecten. Collega's in het buitenland zeggen weleens gekscherend tegen mij: jullie hebben een ontzettend liberaal land, maar je maakt ondertussen wel, goedbedoeld, reclame voor de dood. Wat doet dat met jullie bevolking en met de hoop die de bevolking heeft in de zorg?

Het tweede punt, dat ook vanochtend aan de orde is gekomen, is wat ook wel suboptimale zorg wordt genoemd. Ik weet dat collega Tholen in zijn position paper heeft gesproken over een niet-correcte of misschien zelfs wel een verkeerde behandeling. Dat is wat mij betreft ook echt een elephant in the room. Hoe functioneert de ggz? Hoe goed is het antwoord van de gezondheidszorg in zijn geheel op het feit dat mensen omdat zij mens zijn de dood kunnen zien als een redding? Dat is inherent aan het je realiseren dat je leeft en dat je kunt denken: als ik niet meer leef, hoef ik niet zo te lijden.

In de somatische zorg kun je er denk ik veel meer op vertrouwen dat behandelingen een-op-een goed worden uitgevoerd en dat er goed over is nagedacht. In het complexe vak van de psychiatrie en de psychotherapie is minder goed aan te wijzen wat op dit moment de meest correcte diagnose is en wat het beste behandelplan is. Hierdoor gaat er kostbare tijd verloren van mensen die lijden. Met dat lijden verliezen zij langzaam maar zeker het vertrouwen in de toekomst. Als wij als samenleving met hen meegaan en minder op die zorg vertrouwen, willen wij natuurlijk ook meer regelen en willen wij meer zekerheden eisen. De vraag die ik hier wil stellen, is: gaat de onrust die is gesignaleerd over het levenseinde, uiteindelijk niet om vertrouwen en een gebrek aan vertrouwen van de burger in de zorg en in de samenleving? Zijn wij als samenleving inclusief genoeg? Functioneert de zorg goed genoeg?

Dank u wel.

De voorzitter:

Ten slotte de heer Tholen. Hij is voormalig voorzitter van de commissie hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

De heer Tholen:

Dank u wel en dank u wel voor de uitnodiging. Ik wil nog een paar punten uit mijn position paper toelichten. Om te beginnen wil ik toch melden dat naar mijn idee de praktijk, voor zover ik dat kan beoordelen, over het algemeen zorgvuldig is. Het is goed dat meer patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, de gewenste hulp bij hun levenseinde krijgen. Ik zou er zelf eigenlijk wel voor zijn dat psychiaters misschien ook uitleggen hoe mensen zelf de regie in handen kunnen nemen en ook altijd aanbieden om als arts die hulp te verlenen, als een en ander uiteindelijk voldoet aan de criteria.

Er zijn wel verbeteringen mogelijk. Een psychiater moet in alle gevallen in elk geval het onafhankelijke consult doen. Dat is nu ook in de code of practice opgenomen. Het gebeurt nog niet altijd zo. De verantwoording waarom dat niet altijd zo is, is mij niet duidelijk geworden uit de verslagen van de toetsingscommissie. Het lijkt me dus goed om daar nog eens naar te kijken.

De behandelaar die het verzoek bespreekt met de patiënt, moet ook een psychiater zijn, tenzij dat echt onmogelijk of niet wenselijk is. Nu is dat slechts in de helft van de gevallen zo, althans van de gevallen waarvan de uitspraken zijn gepubliceerd. Ik weet niet precies of dit voor alle aantallen geldt. Een psychiater kan dan in een vroeg stadium al met een patiënt

bespreken welke behandelingen nog mogelijk zijn, in elk geval behandelingen die door de richtlijnen zijn aangewezen. Een psychiater kan een patiënt ook eventueel verwijzen naar een derdelijnskliniek, waar ze voor die bepaalde aandoening in de volle breedte behandelmogelijkheden ter beschikking hebben.

Het probleem is dat psychiaters die dat hele traject met een patiënt willen doorlopen moeilijk te vinden zijn. Mogelijk speelt ook een rol, zoals in de derde evaluatie vermeld staat, dat 70% van de psychiaters nog maar een jaar contact had met een patiënt die het verzoek deed, en 40% zelfs nog maar een maand. Verder blijkt ook dat een hele hoop als persoonlijk aangeduide bezwaren uiteindelijk ook bezwaren zijn tegen de criteria, waarvan de desbetreffende psychiater het idee had dat er nog niet aan voldaan was.

Meer opleiding en meer ondersteuning voor psychiaters lijken me goede zaken, maar ik zie ook een rol voor ggz-instellingen om afspraken te maken om psychiaters tijdig te begeleiden als ze verzoeken van patiënten krijgen en ook om in een regio afspraken te maken om consultaties en doorverwijzingen te doen.

Ten slotte wil ik nog iets opmerken over de gepubliceerde uitspraken van de toetsingscommissie. Tot en met 2016 zijn er van de 230 gemelde gevallen psychiatrie 103 gepubliceerd. Het aandeel is duidelijk gedaald. Sinds mei 2015 kon ik er maar vijftien tellen op de site. Dat is erg jammer. Er zijn heel veel vragen die beantwoord kunnen worden, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de geleverde zorg voordat die hulp verleend werd. Hoe is de uitzichtloosheid van het lijden vastgesteld? Waarom is 20% van de patiënten nooit opgenomen geweest? Hebben patiënten ECT gekregen, of waarom is dat geweigerd? Of waarom is dat niet aangeboden als mensen ernstige depressies hebben? Dit gaat niet om heel grote aantallen, maar deze casussen zitten ertussen. Ik denk dat het van groot belang is om de verworvenheden van de wet te koesteren en op dit soort punten te bekijken of er winst te boeken is. Verder kunnen de commissies hun toetsingsbeleid beter beargumenteren als er onderzoek wordt gedaan naar de casuïstiek na hun beoordelingen. Daar wil ik het bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Tholen. Dan ga ik nu naar de collega's. Ik wil graag als eerste het woord geven aan mevrouw Westerveld. Ik geef u de gelegenheid om twee vragen te stellen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. U allemaal bedankt voor uw bijdragen en ook voor de position papers die zijn toegestuurd. Die helpen heel erg bij het voorbereiden van dit gesprek. Ik wil allereerst een vraag stellen aan de heer Pleiter. U vertelde dat slechts 10% van de aanvragen bij de Levens-eindekliniek wordt gehonoreerd. Het lijkt mij al best een grote stap om een aanvraag te doen. Hoe gaat u om met die 90% aanvragen die niet zijn gehonoreerd? Wat gebeurt er vervolgens met deze cliënten?

Ik wil ook graag een vraag stellen aan mevrouw Gijsbers van Wijk. Deze gaat over uw position paper. U zegt op een gegeven moment: aangezien suïcidaliteit en een verzoek om levensbeëindiging van een andere aard zijn, is niet aannemelijk dat de mogelijkheid van euthanasie in de psychiatrie er als zodanig toe leidt dat suïcides en suïcidepogingen afnemen. Ik meen dat de heer Mokkenstorm er in zijn bijdrage ook al op is ingegaan, maar ik vraag u toch of u dit iets meer kunt toelichten. Wat bedoelt u precies met deze zin?

Mevrouw Kuik (CDA):

Dank voor uw toelichting. Ik heb een vraag voor mevrouw Gijsbers van Wijk. U geeft aan dat een van de redenen van de toegenomen terughoudendheid van psychiaters om ooit euthanasie toe te staan gelegen kan zijn

in het feit dat er een alternatief bestaat, in de vorm van de Levensindekliniek. Wilt u dat toelichten? Bedoelt u daar bijvoorbeeld mee dat psychiaters niet zelf euthanasie willen verrichten, maar wel willen doorverwijzen? Kan u verder toelichten waarom u dit een onwenselijke ontwikkeling vindt?

Dan heb ik een vraag voor mevrouw Croonen. U legt in uw position paper een verband tussen het aantal suïcides en het aantal euthanasiegevallen in de psychiatrie. Mevrouw Gijsbers van Wijk geeft juist aan dat suïcidaliteit essentieel verschilt van een verzoek om levensbeëindiging. Er kan daardoor niet zomaar gesteld worden dat door de mogelijkheid van euthanasie het aantal zelfdodingen zal afnemen. Wilt u daarop ingaan?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Mijn vraag is allereerst ook aan mevrouw Gijsbers van Wijk. Die sluit aan bij wat mevrouw Kuik al heeft gevraagd, dus ik kan heel kort zijn. Wat is precies haar argumentatie voor de stelling dat mensen die zelfmoord plegen een andere groep is dan mensen die euthanasie krijgen bij een psychiatrische aandoening? Die vraag is dus ook de mijne.

Ik heb ook een vraag aan de heer Van Os. In hoeverre kan het onbedoeld sturend zijn als in een relatie met een psychiatrische patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid van levensbeëindiging? Ik hoorde een tijdje geleden een casus waarin iemand er concreet op werd gewezen door een medewerker van een gesloten instelling. Gelukkig hoorde ik ook dat die op de vingers is getikt en dat dit niet mocht, omdat het initiatief van een personeelslid uitging. Hoe is dit eigenlijk gewaarborgd? Was dat een unieke situatie, of is er toch meer onduidelijkheid over bij wie het initiatief voor het aan de orde stellen precies ligt?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Hartelijk dank aan de deelnemers aan dit gesprek voor hun komst en hun inbreng. Mijn eerste vraag is aan de heer Van Os, over de ggz. Ik hoorde u zeggen dat er in de ggz vooral behandeld wordt en dat er wellicht ook behoefte is aan begeleiding, met name in het proces rondom existentieel lijden en alles wat daarbij komt kijken. Kunt u ons uitleggen wat de ggz nodig heeft om niet alleen te behandelen maar ook te begeleiden en wat dit zou betekenen?

Mijn tweede vraag is voor de heer Tholen, over het doorverwijzen naar de Levensindekliniek. De heer Tholen stelde denk ik volledig terecht dat het uitzichtloos lijden, en het zoeken naar een redelijke oplossing daarvoor, een van de allermoeilijkste aspecten is van een situatie en zo'n beoordelings- en besluitvormingsproces. Hij stelde dat het ook vaak patiënten betreft met een langdurige, ernstige en complexe problematiek. Acht hij het in dit licht wenselijk om iemand door te verwijzen naar de Levensindekliniek, waar natuurlijk geen sprake is van een bestaande behandelrelatie met de patiënt? Hoe kijkt hij daartegen aan?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank aan de aanwezigen voor hun bijdrage aan de rondetafel. We hebben hier eerder een rondetafel gehad over psychiatrie en euthanasie. Ik weet het jaartal niet meer precies, maar het is al een aantal jaren geleden. Ik herinner me nog dat in die rondetafel twee dingen aan de orde zijn geweest, waaronder dat het voor patiënten zo moeilijk is om met hun eigen psychiater het gesprek over de dood aan te gaan. We zijn nu een paar jaar verder en ik hoor het vandaag weer. Ik weet niet zo goed aan wie ik de vraag moet stellen, misschien mevrouw Gijsbers van Wijk of iemand anders. Wat is er de afgelopen jaren precies gebeurd in de behandelkamer en zijn deze signalen nu echt nergens opgepakt? Ik ben er echt teleurgesteld over.

Mijn tweede vraag is volgens mij dezelfde vraag die mevrouw Westerveld heeft gesteld, maar ik weet het niet zeker, dus ik stel hem toch maar. Ook

toen hebben we al gezegd dat zo veel mensen niet worden geholpen met euthanasie en vervolgens uit beeld verdwijnen. We weten niet wat daarmee gebeurt. Is er in de afgelopen jaren nergens onderzoek naar gedaan? Waar zijn die mensen? Wat gebeurt er met hen? Gaan ze terug naar hun psychiater, of zitten ze thuis? We weten het gewoon niet. Ik had ontzettend gehoopt dat dit na de rondetafel opgepakt zou worden. Misschien kan de heer Pleiter daar wat over vertellen, want hij zei ook dat 90% van de mensen niet wordt geholpen. Waar zijn ze?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Net als in het vorige blokje geldt hierbij: als, als, als. Eerst waar het ging over euthanasie en dementie en nu waar het gaat over psychiatrie en dementie. Het raakt ook allemaal aan heel complexe toetsingsvraagstukken, namelijk of iemand wel of niet wilsbekwaam is, of iemand echt zijn eigen wil kan bepalen, of iemand iets wel of niet wil en of je als arts daaraan kunt toegeven. Ik heb veel respect voor iedereen die elke dag met die dilemma's worstelt en daarin probeert een goede weg te vinden. Dat wilde ik vooraf toch wel gezegd hebben.

Ik heb de heer Huisman die worsteling een beetje horen beschrijven waarbij hij ook aangaf dat er wel degelijk sprake is van patiënten die op zich tevreden zijn over een behandelrelatie maar toch een persisterende doodswens hebben. Tegelijkertijd zegt de heer Pleiter dat veel psychiaters dit wel zien maar er vervolgens niet naar durven te handelen. Ik ben heel erg benieuwd hoe de heer Huisman kijkt naar dat gevoel van de heer Pleiter van: waarom komen al die mensen bij mij in de Levenseindekliniek? Zou er niet een weg gevonden kunnen worden waardoor de patiënt bij de eigen behandelend psychiater kan blijven? Dat is eigenlijk ook een oproep die ik een beetje lees in het position paper van de heer Chabot, die daarin aangeeft het toch wel bezwaarlijk te vinden dat er in de psychiatrie veel verwezen wordt als het gaat om euthanasie en er niet zozeer gekeken wordt naar de behandelrelatie met de arts. Zou de heer Huisman hierop in willen gaan?

De **voorzitter**:

Ik heb zelf een vraag aan de heer Mokkenstorm. Ik ben benieuwd hoe hij reageert op de psychiaters die zojuist hebben aangegeven, onder wie de heer Van Os en de heer Tholen, dat ook de weg kan worden gewezen hoe men het zelf kan doen. De heer Van Os heeft als heel belangrijk punt genoemd de palliatieve psychiatrie. Wat moeten we ons daarbij precies voorstellen? Wat zou dat in de praktijk betekenen? Het kan bij wijze van spreken namelijk wel decennia omvatten.

Dan zijn we nu toe aan de beantwoording. Mevrouw Westerveld en mevrouw Dik-Faber hebben aan de heer Pleiter gevraagd wat er gebeurt met de mensen die uit de psychiatrie komen en die worden afgewezen.

De heer **Pleiter**:

10% van de patiënten die een hulpvraag neerleggen bij de Levenseindekliniek gebaseerd op psychisch lijden, krijgt uiteindelijk ook euthanasie. Wat gebeurt er met de 90% die dat niet krijgt? Ten eerste trekt een deel van de mensen op het moment dat het verzoek serieus onderzocht wordt, na enige tijd dat verzoek weer in omdat ze dat toch niet de route vinden die ze op zouden willen gaan. Het belangrijkste deel zit erin dat een aantal patiënten niet aan de wettelijke eisen voldoet die de wet stelt. Het is natuurlijk zo dat wij dan niet kunnen helpen. Tijdens ons onderzoek en het contact dat wij hebben met de patiënten wordt ook contact gelegd met de behandelaars van de patiënten. Dat is in veel gevallen de psychiater en als die niet in beeld is, is dat de huisarts van de patiënt. Op het moment dat een verzoek afgewezen wordt, wordt weer contact gezocht met die behandelaar, de psychiater of de huisarts om de behandeling van de

patiënt weer terug te nemen, want dat kunnen wij natuurlijk niet blijven doen; we zijn geen behandelinstelling. Dat is grofweg wat er gebeurt. Een andere vraag die ook al ter sprake kwam, is hoe het deze mensen dan verder vergaat. Dat is de reden waarom we begin 2017 gestart zijn met wetenschappelijk onderzoek naar hulpvragen van patiënten die door de Levenseindekliniek na persoonlijk contact tussen hen en een arts of een verpleegkundige van de Levenseindekliniek afgewezen worden en naar hoe het die patiënten vergaat. Dat onderzoek is nu gestart. De patiënten worden geïncludeerd in het onderzoek. Het is op dit moment te vroeg om er uitsluitsel over te geven. Dat kan verwacht worden rond de jaarwisseling 2018–2019. Dus een jaar lang worden patiënten ingesloten in het onderzoek. Ze worden dus een jaar gevolgd. Na een jaar wordt dan gekeken hoe het met de doodswens is en natuurlijk ook of de patiënt op dat moment nog leeft. Wij hebben dat in ieder geval autonoom opgepakt.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Een korte vraag ter verduidelijking. U zegt dat een deel niet voldoet aan de wettelijke eisen. Bedoelt u dan bijvoorbeeld dat ze niet wilsbekwaam zouden zijn?

De heer **Pleiter**:

Dat kan iedere eis zijn die de wet stelt. Dat kan de wilsbekwaamheid zijn. Er kan sprake van zijn dat er nog behandelmogelijkheden zijn die echt niet overgeslagen mogen worden. Dan moet dat gedaan worden. Dan kan het wel zijn dat de patiënt later terugkomt, maar dit hoort dan bij de verzoeken die afgewezen worden.

De **voorzitter**:

De heer Tholen wil ook graag even reageren.

De heer **Tholen**:

Uit een onderzoek dat twintig jaar geleden is gedaan, bleek achteraf na twee jaar dat een op de zes patiënten zich gesuïcideerd had en dat twee op de zes geen verzoek meer hadden om hulp bij zelfdoding. Die andere drie op de zes hadden nog wel een aanhoudende, soms een wat minder sterke wens en soms een even sterke wens om die hulp te ontvangen.

De **voorzitter**:

De tweede vraag van mevrouw Westerveld was gericht aan mevrouw Gijsbers van Wijk.

Mevrouw **Gijsbers van Wijk**:

De vraag ging over het onderscheid tussen enerzijds een doodswens in het kader van een euthanasieverzoek of een verzoek tot levensbeëindiging en anderzijds suïcidaliteit. In de psychiatrie maken we onderscheid tussen acute suïcidaliteit en chronische suïcidaliteit. Het meeste wat we zien, zijn mensen die acuut suïcidaal worden. In het algemeen is dat een symptoom van een psychiatrische aandoening. Als je heel, heel erg somber en depressief bent en je overmand bent door schuldgevoelens dan denk je: ik moet hier niet meer zijn, ik mag hier niet meer zijn. En dan word je suïcidaal. Het kan ook gebeuren dat een patiënt psychotisch is en van stemmen opdrachten krijgt om zichzelf om het leven te brengen. Dat zijn symptomen van ziekten. Ziekten behandelen we. Die aandoeningen behandelen we en de suïcidaliteit verdwijnt in het algemeen met het behandelen van de aandoening, van de depressie of de psychose. Dat betekent dat het niet een consistente duurzame doodswens is, zoals je in het geval van een euthanasieverzoek ziet, maar dat het een tijdelijke symptomatische uiting is van een onderliggende aandoening. Jan Mokkenstorm zal mij zeker aanvullen op dit gebied want dat is de expert op dit vlak.

Vaak is het ook impulsieve en acute suïcide. Dus iemand is zo depressief of zo in de war, dat er een acute suïcide en vaak op een gruwelijke manier, zoals mijn buurvrouw zei, kan plaatsvinden; iemand springt van een flat of voor een trein of hangt zichzelf op. Deze mensen vragen daarbij dan niet om hulp van de behandelaar en delen vaak ook niet de plannen voor hun suïcide met ons. Daarom denk ik dat het niet gaat afnemen. Het zijn namelijk situaties waarin je helemaal niet in gesprek bent met die patiënt. En als je wel in gesprek bent, dan gaat dat niet zozeer over een euthanasieverzoek maar over de vraag hoe we die persoon kunnen helpen om de depressie of psychose te boven te komen. Dus dat zijn de verschillen. Ik zei zo-even dat er ook chronische suïcidaliteit is. Er is een patiëntengroep die op den duur suïcidale gedachten en plannen blijft houden. Dan krijg je een grijs gebied met op een gegeven moment het euthanasieverzoek. Als je aan die gevallen misschien wat meer gehoor geeft en wat eerder zou reageren op het verzoek van de patiënt, zou je kunnen zeggen dat je in een aantal gevallen een overlap hebt, in de zin dat de chronische suïcidaliteit uiteindelijk uitmondt in een euthanasieverzoek, dat dan getoetst moet worden aan de zorgvuldigheidscriteria. In het verleden hadden we ook nog het begrip «balanssuïcide». Daarvan zeggen veel collega's dat dit eigenlijk niet bestaat. Dat is een neiging om te kiezen voor de dood zonder dat er sprake is van een psychiatrische aandoening, maar dat je een afweging maakt – het begint een beetje de kant van voltooid leven op te gaan – waarbij je zegt: het leven is voor mij mooi geweest, ik heb veel mensen verloren en ik kies er nu voor om het leven te beëindigen. Dus er zijn een heleboel varianten van suïcidaliteit, maar de meest voorkomende is de acute suïcidaliteit en die los je niet op met deze materie.

De voorzitter:

De heer Huisman wil graag nog iets aanvullends zeggen.

De heer Huisman:

Misschien kan ik daar even op inhaken. Ik denk inderdaad dat chronische suïcidaliteit toch omgebogen kan worden naar suïcidepreventie wanneer je met de patiënt serieus ingaat op zijn voortdurende en herhaalde suïcidepogingen en op de vraag of euthanasie mogelijk toch een alternatief zou kunnen zijn. Daar zou in ieder geval onderzoek naar gedaan moeten worden. Ik zou willen benadrukken dat dat inderdaad een vorm van suïcidepreventie kan zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Gijsbers van Wijk wil daar iets aanvullends over zeggen.

Mevrouw Gijsbers van Wijk:

Ja, ik heb een aanvulling daarop. Ik heb dat ook zo opgeschreven. Er is nu een stijgende lijn in het aantal euthanasiegevallen in de psychiatrie. We zitten op 60, terwijl er 1.894 suïcides per jaar zijn. Het is een beetje flauw, maar getalsmatig is dat natuurlijk niet vergelijkbaar.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee hebt u volgens mij in feite ook de tweede vraag van mevrouw Kuik beantwoord.

Mevrouw Kuik (CDA):

Maar die was gericht aan een andere spreker.

De voorzitter:

Precies. Ja, dat klopt. Die vraag hebt u ook aan mevrouw Croonen gesteld. Daar komt dus ook nog een reactie op. Was dat het?

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Nee, ik heb ook een vraag gesteld aan mevrouw Gijsbers van Wijk. Ik weet niet of zij die vraag nog scherp heeft. De vraag ging over de toegenomen terughoudendheid van psychiaters. Komt die toegenomen terughoudendheid door het alternatief van de Levenseindekliniek? En wat bedoelt u daarmee? Bedoelt u daarmee dat psychiaters niet zelf euthanasie willen verrichten maar wel willen doorverwijzen? En waarom vindt u dat onwenselijk?

De **voorzitter**:

Voordat mevrouw Gijsbers van Wijk daarop ingaat, ga ik naar mevrouw Croonen, want de vraag aan haar borduurt voort op het onderwerp waar we het zojuist over hadden.

Mevrouw **Croonen**:

Het ging om de vraag over euthanasie die wij in onze position paper hebben staan: kan euthanasie een vorm van suïcidepreventie zijn? Het gaat niet om de euthanasie zelf, maar wij horen te veel verhalen van mensen die wanhopig zijn omdat euthanasie sowieso niet bespreekbaar is met de psychiater. Dan worden die mensen suïcidaal. Dan gaan ze wanhopig op zoek naar een manier om dan maar zelf een eind aan hun leven te maken. Dat is wat we eigenlijk proberen te zeggen: door het te bespreken, neem je dat al weg en ontstaat ruimte voor behandeling of eventueel, als dat echt nodig is, voor euthanasie.

De **voorzitter**:

De heer Mokkenstorm wil daar ook even op reageren.

De heer **Mokkenstorm**:

Ik wil het ook wel omdraaien: ik denk dat een betere suïcidepreventie een goede manier is om euthanasiepreventie te plegen. Hoe beter wij in de spreekkamer in staat zijn om met mensen te bespreken hoe zij naar hun leven en hun dood kijken, hoe beter je het onderliggende lijden kunt raken en daarop kunt ingaan. Ik denk echt dat wanneer wij doorgaan met hulpverleners trainen in het bespreekbaar maken van zowel de redenen om te willen leven als de redenen om te willen sterven, zoals wij dat nu in de Landelijke agenda suïcidepreventie doen, dat uiteindelijk zal leiden tot een zo grote verbetering van de kwaliteit van de zorg voor deze mensen dat minder mensen suïcidaal gedrag zullen vertonen maar dat mensen ook een betere behandeling vanwege depressie, angst of verslaving zullen krijgen en dat uiteindelijk minder mensen, ten einde raad, een beroep gaan doen op euthanasie. Met andere woorden, hoe beter wij als dokters kunnen spreken over de kwaliteit van leven en over de dood als een eventuele gedachte als alternatief, hoe beter die zorg zal gaan.

De **voorzitter**:

De heer Pleiter, aanvullend.

De heer **Pleiter**:

Of het linksom of rechtsom gebeurt, als er gewoon eerlijk wordt gesproken over de dood als optie, zijn we al mijlen, mijlen verder dan waar we twee jaar geleden waren, zoals mevrouw Dik-Faber zei. Ik denk dus dat dat de essentie is: spreek er gewoon over, want dan kun je het ten eerste bespreken en ten tweede kijken welke mogelijkheden welk pad dan ook biedt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan ga ik nu naar mevrouw Gijsbers van Wijk over de vraag over de verwijzing naar de Levenseindekliniek.

Mevrouw **Gijsbers van Wijk**:

De derde evaluatie laat een afname van 10% zien van de bereidwilligheid bij psychiaters om op euthanasieverzoeken in te gaan: van 47% naar 37% tussen 1995 en 2016. Ik heb dat gelezen en ik dacht na over een mogelijke verklaring. Het is 10%; hoe significant en hoe substantieel is dat? En heeft dat ook niet met onderzoekstechnische zaken te maken? Want er worden in die drie jaren allerlei begrippen door elkaar gebruikt: «acceptabel», «denkbaar» en «aanvaardbaar». Dat kan net anders opgevat worden, maar laten we ervan uitgaan dat het inderdaad zo is dat die acceptatiegraad lager is geworden. Daar kun je dan een aantal hypothesen over hebben. Ten eerste is het aantal verzoeken van psychiatrische patiënten enorm toegenomen: van 500 in 2008 naar 1.100 in 2016. Dat betekent dat een psychiater, een collega van mij, nu gemiddeld een keer per jaar een echt duidelijk uitgesproken verzoek krijgt om hulp bij levensbeëindiging. Dat betekent dat je, als je zo'n verzoek krijgt, op dat moment steviger je positie moet gaan bepalen: waar sta ik nou? Als je hier niet mee geconfronteerd wordt, is die noodzaak minder. Het kan dus zijn dat mijn collega's door die ontwikkeling en door die toenemende vraag maar ook door de media-aandacht en de politieke aandacht hiervoor echt duidelijker gaan stellen waar zij staan en dat een groter deel kiest voor: nee, dat is niet de weg die ik kan gaan.

Een derde factor is volgens mij toch de komst van de Levensindekliniek. Op het moment dat er een mogelijkheid is om te verwijzen naar een expertisecentrum dat speciaal in het leven is geroepen om deze groep te helpen, kan ik me zo'n verwijzing voorstellen bij heel complexe problematiek waarvan je vindt dat je daar niet in thuis bent. Dat is heel belangrijk. We hebben in de krant gelezen over handelingsverlegenheid bij de psychiaters, maar u moet weten dat het 2% was en dat volgens mij nu 4% van de collega-psychiaters ooit een verzoek hebben uitgevoerd. Het is dus iets waar wij niet dagelijks of niet wekelijks maar ook niet jaarlijks mee te maken hebben. Je bent dus inderdaad in die zin onthand dat je te weinig ervaring en kennis hebt om dat te doen. Dan is verwijzing een goede optie, omdat de patiënt daarmee geholpen is en omdat je dan zelf dat traject niet in hoeft te gaan. Onze commissie vindt dit geen goed idee, omdat er op dit moment zes psychiaters bij de Levensindekliniek werken. Dat zijn psychiaters die zeer gemotiveerd en vanuit hun waarden gedreven dit werk doen, maar het is wel een selecte groep van collega's en zij vertegenwoordigen niet alle collega-psychiaters en de meningen die in het vakgebied heersen. Ik vind het niet goed om als beroepsgroep de ontwikkeling van een praktijk als deze, die zo pregnant en zo precair is, in handen te laten van een heel kleine, selecte groep psychiaters. Als je in een dergelijke omgeving werkt, kan het namelijk zo zijn dat je minder kritisch gaat worden, bijvoorbeeld op het punt van de zorgvuldigheidseisen, en dat je wat gaat glijden in je oordelen daarover. Daar moet je heel erg voor waken. Ik weet dat die collega's dat zelf ook vinden en dat zij proberen om dit heel goed te bewaken, maar dat proces kan desondanks plaatsvinden.

Dat is één ding. Ten tweede vind ik dat een patiënt er recht op heeft om gehoor te vinden bij zijn eigen vaste behandelend psychiater en/of huisarts. Die psychiater en die huisarts kennen de patiënt het beste en kunnen het beste beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voldaan wordt, omdat zij de hele voorgeschiedenis zelf beter kennen. Dan bespreek en onderzoek je in een vertrouwde, vaste behandelrelatie dat verzoek. Bespreken, onderzoeken en gehoor vinden betekenen niet: een toekomstige datum prikken waarop de uitvoering zal plaatsvinden. Daar zit een heel traject tussen dat we in de richtlijn proberen te begeleiden en te beschrijven. Ik roep er dus niet toe op dat mijn collega's meer verzoeken moeten gaan honoreren, maar ik wil wel dat zij vaker het gesprek moeten aangaan en ook zelf het onderzoek moeten kunnen doen, want naar mijn idee kan elke psychiater dat wél.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee is ook een vraag van de heer Van der Staaij over de relatie tussen suïcide en euthanasie beantwoord, maar de andere vraag van de heer Van der Staaij was aan de heer Van Os: kan spreken over het levenseinde in zo'n gesprek ook niet het risico hebben dat het onbedoeld sturend wordt?

De heer Van Os:

In zijn algemeenheid wordt soms gedacht dat als je het met iemand over de dood gaat hebben en over suïcide gaat uitvragen, dus hoe mensen daarover denken en welke mogelijkheden zij zien, je hen onbedoeld juist daartoe kunt brengen. Gelukkig weten wij uit veel onderzoek dat juist het tegenovergestelde waar is – het is al eerder hier aan tafel gezegd – juist door de doodswens en de doodsgedachte in alle dimensies met iemand te bespreken. Meestal gaat het in het gesprek natuurlijk sowieso over gedachten die mensen hebben over suïcide en methodes, en hoe zij de ene methode tegen de andere afwegen en waarom. Dat wordt uitgebreid besproken. Als mensen met vragen over euthanasie komen, hebben zij natuurlijk kennis over euthanasie en de mogelijkheid, en zij vragen daarnaar. De meeste mensen die ik heb gesproken, weten natuurlijk ook dat er tussen suïcide en euthanasie een zelfregiemethode is, zoals Stichting de Einder en de consultants die daaraan verbonden zijn, en heel veel artikelen in kranten en boeken over het onderwerp. De mensen die ik in mijn spreekkamer zie, weten van de dood en hoe daar te komen, in al zijn dimensies. Het is ook goed om al die opties te bespreken en er niet a priori van uit te gaan: ik ga alleen in op hetgeen de persoon ervan weet en ik ga niet bespreken dat er ook nog andere opties zijn omdat ik daar niet achter sta of omdat die nog niet gedekt zijn door een wet. Als de persoon erachter komt dat jij dat wist en dat niet besproken hebt, dat je het gesprek hebt gevoerd over alle dimensies van de dood, suïcide en euthanasie maar niet dat, dan is hij terecht in staat je te verwijten dat je incompleet bent geweest in dat gesprek over de dood en al zijn dimensies. Ik kom er meestal vanzelf op, maar als er zo'n gesprek is – en dat strekt zich vaak over de tijd uit, het is niet één gesprek – zal ik dat op zeker moment ook als optie noemen.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Van der Staaij (SGP):

Aanvullend, voorzitter? Het ging nog even over een aspect dat juist niet aan de orde komt, namelijk wie dat aan de orde stelt. Ik gaf het voorbeeld van een medewerker – niet degene die het gesprek moest voeren – die vroeg of de Levenseindekliniek niet iets was voor betrokkene. Daarvan is achteraf na een klacht gezegd dat dat niet de bedoeling was. Buiten een behandelingsrelatie kan het gesprek toch ook perverse effecten hebben door juist te wijzen op de mogelijkheid dat dat misschien wel iets is voor betrokkene?

De heer Van Os:

Nou ja, in een behandelsetting moeten er goede afspraken bestaan over wie wanneer wat met iemand bespreekt, zeker als het gaat om behandelopties. Dat denk ik zeker. Daarnaast liggen dit soort dossiers in de samenleving letterlijk echt op straat. Mensen kunnen op allerlei manieren via kennissen en vrienden natuurlijk ook aan dit soort kennis komen. Maar ik ben het met u eens dat het niet van goed behandelschap getuigt als iemand tussen neus en lippen zegt: is de Levenseindekliniek niet iets voor jou? Dat is geen goed behandelschap; dat moet echt gebeuren in de relatie tussen de hoofdbehandelaar en de persoon in kwestie.

De voorzitter:
Mijnheer Mokkenstorm?

De heer Mokkenstorm:

Je zegt natuurlijk wel wat als je er zelf op enig moment over begint. Dan zeg je eigenlijk: ik zie geen hoop meer voor jou in behandelen. Als ik het voor mijn kinderen thuis zou vertalen, komt het erop neer dat je tegen een kind dat woedend van tafel loopt en zegt dat het ons nooit meer wil spreken, zegt: waarom ga je eigenlijk niet gewoon verhuizen? Dit is een soort «laten gaan» dat wij vanuit de zorg niet te veel of eigenlijk niet moeten uitstralen. Je moet echt het gevoel hebben dat je alles hebt gedaan en dat je het heel goed hebt gedocumenteerd; dat is helaas absoluut niet het geval in de ggz want het kost de Livenesskliniek, maar ook consulenten, vaak heel veel moeite om überhaupt een beetje coherent de ziektegeschiedenis te overzien. Welke beslissingen zijn er genomen? Zijn de behandelingen goed geweest? Dus volgens mij is grote terughoudendheid bij het wijzen van de weg wel op zijn plaats, maar als je dat weet, kun je als alles is besproken en alles is uitgesloten, vragen: hoe denk je over je levenseinde? Ik vind het uiteindelijk een therapeutische misser om iemand als het ware aan te zetten om iets te doen terwijl je nog niet weet of alles wel gedaan is en zeker als je niet zeker weet of hij werkelijk heeft doorvoeld dat dit leven dit leven is en niets meer zal worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de vragen van mevrouw Marijnissen. Ook aan de heer Van Os de vraag wat de ggz nodig heeft om behalve te behandelen, ook te begeleiden.

De heer Van Os:

Ik kom terug op het woord palliatief. In de somatische geneeskunde zou het ondenkbaar zijn om euthanasie uit te voeren als er geen goed begrip was van palliatieve geneeskunde en hoe die in te zetten in het kader van lijden. In de ggz is daarvoor nu nog onvoldoende mogelijkheid. Onze patiënten roepen eigenlijk al 40 jaar in de zogenaamde herstelbeweging dat hun lijden niet alleen gaat over symptomen behandelen en diagnoses behandelen, maar ook heel vaak om dingen die niet overgaan. Wat doe je met dingen die niet overgaan? Hoe help je ons in dat lijden, de eenzaamheid en de uitsluiting die wij ervaren? Wat voor soort ggz zou je daarvoor nodig hebben? Daarover is veel geschreven. Het model dat hierbij als behandeloptie wordt aangereikt, ook door de herstelbeweging, is dat je eigenlijk een ggz wilt hebben die ruimte heeft voor relaties en verbinding, die de tijd kan nemen om iemand te verleiden om zichzelf weer te zien als iemand die kan bijdragen aan het leven, als iemand voor wie het er toe doet om 's morgen op te staan en weer iets te beginnen, als iemand die een doel kan hebben in de samenleving et cetera. Dat soort werk heet «herstelgericht werken». Wij weten dat het heel erg moeilijk is om dit in de huidige ggz te implementeren. De huidige ggz is eigenlijk steeds meer verworden tot – een beetje oneerbiedig gezegd – een soort diagnosehandel waarbij men wordt beloond voor het aantal minuten dat men letterlijk bezig is met een evidencebased behandeling om de klachten te verminderen.

In die omgeving zijn zowel de hulpverleners als de patiënten niet in staat om dat werk te doen, om iemand weer te verleiden om letterlijk zin te krijgen in het leven, om die existentiële dimensie te omarmen en daarin verder te gaan. Soms is er nog wel iemand van de dienst geestelijke verzorging die daar tijd voor heeft, als hij niet is wegbezuinigd. Maar de behandelaar heeft niet eens een manier om tijd te schrijven om die behandeling te doen, want daar is geen tijd voor. Er moet alleen maar worden doorbehandeld. Nu krijgt een meisje met anorexia twaalf weken

een heel intensieve behandeling in een kliniek, maar de symptomen zijn niet over, dus de euthanasiewens is er nog steeds, en er is niet behandeld op het niveau van die existentiële dimensie. Hoe iemand te verleiden? Hoe weerbaarheid te ontwikkelen om weer mee te doen aan het leven? Dat is wat ik de palliatieve psychiatrie noem. Ik denk dat wij veel beter moeten nadenken over de vraag hoe wij een ggz krijgen waarin daarvoor plaats is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Gijsbers van Wijk wil nog iets aanvullen.

Mevrouw Gijsbers van Wijk:

Ik ben het wel en niet eens met collega Van Os. Ik ben het ermee eens dat als je te maken hebt met chronische aandoeningen die je niet curatief kunt behandelen, dus die je niet beter kunt maken, de herstelondersteuning uitermate belangrijk is om weer kwaliteit van leven en zingeving te krijgen. Ik ben het echter ook niet met hem eens. Dit is in Nederland op dit moment een zeer grote landelijke beweging in de hele ggz die al is gestart met het instellen van de FACT-teams die behandelen op meerdere levensgebieden. Wij beperken ons niet meer tot het behandelen van de psychose met antipsychotica. Wij doen ook aan het vinden van werk via IPS en dagbesteding. Wij doen aan sociale contacten. Wij doen aan ervaringsdeskundigenondersteuning, buddy's, voor de cliënten. Ik ben het er dus niet mee eens dat er helemaal niets gebeurt, want er gebeurt waanzinnig veel op dit moment en dat helpt.

De voorzitter:

Dank u wel. Mijnheer Mokkenstorm?

De heer Mokkenstorm:

Daarentegen wordt er te weinig evidencebased behandeld. Als je de hoogleraren angst en depressie vraagt wat de kans is dat een patiënt in de specialistische ggz met een gedocumenteerde depressie volgens de richtlijnen wordt behandeld, is het antwoord 55% tot 60%. Met andere woorden, vier van de tien krijgen «praten».

De voorzitter:

Dank u wel. Deze discussie over de ggz zal ongetwijfeld nog vaker terugkomen. Een andere vraag van mevrouw Marijnissen was gericht aan de heer Tholen. Als ik het goed samenvat, heeft zij gevraagd of het wel wenselijk is om door te verwijzen naar de Levenseindekliniek.

De heer Tholen:

Nadat ik me aangesloten heb bij de andere sprekers wil ik het beeld van Van Os toch een beetje nuanceren dat er altijd ook heel veel aandacht aan die andere aspecten van ziektes is besteed. Ik herken het beeld dat de heer Huisman schetst van patiënten waarbij hij consulten heeft gedaan, dat er toch op al die vlakken, ook met buddy's of om mensen weer naar werktrajecten te begeleiden, best wel vaak tijd is besteed. Net als Mokkenstorm zegt, denk ik dat er aandacht moet zijn voor evidencebased behandelen. Er zijn toch heel veel patiënten die niet doorverwezen zijn naar een derdelijnskliniek – of veel, een aantal, laat ik het zo zeggen. Daar zou wel veel aandacht voor moeten zijn.

De vraag was wat ik vind van doorverwijzing naar de Levenseindekliniek. Ik heb nog even gekeken. Van de 1.100 verzoeken die psychiaters kregen volgens de evaluatie, hebben in 64% van de gevallen die psychiaters wel een andere arts geconsulteerd. Het is niet zo dat er maar doorverwezen wordt, maar er is best veel aandacht aan besteed. Bij 75% vond de betreffende psychiater dat niet aan de eisen is voldaan.

Ik ben ook wel heel benieuwd naar de verwijsstromen naar de Levenseindekliniek. Door wie worden die patiënten verwezen en waarom? Waarom heeft de eigen psychiater eigenlijk niet die hulp willen verlenen? Ik zou daar meer over willen weten.

Om uw vraag te beantwoorden: ik vind het in de huidige situatie goed dat die patiënten verwezen worden naar de Levenseindekliniek, als zij bij hun eigen psychiater niet terecht kunnen, naar dat levenseinde blijven zoeken en zich misschien suïcideren. Dan denk ik dat de Levenseindekliniek een goede optie biedt, temeer daar 90% daar uiteindelijk ook niet geholpen wordt, waarvan misschien een groot deel weer in een beter vaarwater terecht komt. Het is niet de beste oplossing. Ik bepleit een oplossing in de eigen regio, met eigen verwijskanalen, maar het lijkt mij een goede tweede oplossing.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber had een vraag aan mevrouw Gijsbers van Wijk en aan mijnheer Pleiter. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik ze niet meer helemaal paraat hebt, maar dat hebt u zelf wel.

Mevrouw Gijsbers van Wijk:

Volgens mij merkte u op dat u twee jaar geleden ook hier in een rondetafelconferentie had gezeten. Toen ging het erover dat patiënten het gesprek over de dood met hun psychiater zouden moeten kunnen aangaan en daar hebben we het nu weer over. Dat vind ik ook betreurenswaardig. Sterker nog, we hadden daarnet een vraag hoe het komt dat er nog een grotere terughoudendheid is onder psychiaters. Ik vind dat ook zorgelijk, maar ik heb er geen antwoord op, behalve het antwoord dat ik daarnet al gaf: onbekend maakt onbemind. Het is een materie waar de psychiaters heel weinig mee in contact komen en daardoor onbekend mee zijn. Ik denk dan aan scholing en de implementatie van de richtlijn. De vorige richtlijn was een uitstekend handvat om het gesprek aan te gaan met een cliënt die zo'n verzoek heeft. Waar wij niet zo heel goed in zijn in de ggz, is implementeren en een richtlijn die er is, ook daadwerkelijk tussen de oren van de behandelaar krijgen, door middel van scholing, congressen en dergelijke, zodat het gaat leven en mensen daardoor meer bereidheid gaan tonen om erop in te gaan. Ik ben trouwens helemaal niet zo'n voorstander ervan dat psychiaters nu per definitie zelf meer levensbeëindiging moeten uitvoeren. Waar ik wel voor wil pleiten, is dat zij gehoor geven aan hun patiënten, om het gesprek aan te gaan. Heel vaak komt het helemaal niet tot dat laatste moment van die uitvoering. Het idee is blijkbaar bij de collega's dat als je die weg opgaat, je daar gaat eindigen, terwijl er een heleboel afslagen en zijwegen zijn op dat pad. Het is vandaag al vaker gezegd dat de patiënt, de psychiater, maar ook de behandelrelatie, er heel veel baat bij kunnen hebben om wel een open oor te hebben en te praten. Ik denk dat scholing, implementatie en bekendheid de nieuwe richtlijn echt in het veld brengen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik denk dat de vraag aan de heer Pleiter wel beantwoord is. Is het niet, mevrouw Dik? Die ging erover wat er gebeurt met die groep. U wilt toch nog wat toevoegen?

De heer Pleiter:

Die was inderdaad al beantwoord.

De voorzitter:

Precies. Dan gaan we naar de vragen van de heer Rutte. Er was een vraag aan de heer Huisman. Ook die gaat erover waarom psychiaters verwijzen naar de Levenseindekliniek. Die is eigenlijk al aan de orde geweest, maar u kunt vast nog iets toevoegen.

De heer Huisman:

Uw vraag betreft vooral waarom het niet lukt om dat verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij de behandelend psychiater te houden. Wat zou de behandelend psychiater nog allemaal kunnen doen om te zorgen dat hij wel in gesprek blijft met zijn eigen patiënt en er geen doorverwijzing plaatsvindt? Dat was volgens mij de kern van uw vraag. Er zijn gelukkig wel mogelijkheden, zeg ik nog even tegen mevrouw Dik. Die bijeenkomst was in juni 2014, dus het is nu ruim drie jaar geleden dat we hier in dezelfde ruimte met een aantal mensen hebben gezeten. Er is natuurlijk wel iets gebeurd in die drie jaar, ook met betrekking tot ondersteuning van de behandelend psychiater. Het expertisecentrum van de Levensindekliniek is in beeld gekomen, de laatste twee jaar. De steungroep psychiaters verricht daar een taak in. Ook zijn in de grote ggz-instellingen hier en daar wel coördinatoren verschenen; psychiaters die collega-psychiaters ondersteunen bij de vraag om hulp bij zelfdoding, als dat aan de orde is bij een van de patiënten.

Er zijn zeker meer mogelijkheden gekomen, de laatste ruim drie jaar. Het is te betreuren dat er toch in een aantal gevallen doorverwijzing plaatsvindt. Ik denk dat het wel belangrijk is dat er nog steeds ingezet wordt op ondersteuning van de psychiater, die vaak in een zekere emotionele eenzaamheid gestart is met het traject met de patiënt, en dat die ondersteuning zo veel mogelijk op de werkplek zelf plaatsvindt.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heb zelf nog twee vragen gesteld, maar die zijn in feite al aan de orde geweest. De heer Mokkenstorm heeft er al iets over gezegd, maar misschien kan hij nog heel kort reageren op psychiaters die zeggen dat je op een gegeven moment moet aangeven wat de opties zijn om het zelf, in eigen regie te doen.

De heer Mokkenstorm:

Ik heb al aangegeven dat ik dat glad ijs vind. Ik denk dat het in de timing moet liggen bij de patiënt, die zelf aangeeft dat hij het niet meer volhoudt, dat hij het niet meer weet. In de loop van een gesprek daarover kun je uiteindelijk wel zeggen: heb je je daar en daar weleens op georiënteerd? Dat is niet verboden, denk ik, dus dat kun je ook allemaal doen. Ik ken ook het voorbeeld van een collega die zelf suïcide pleegde, die anderhalf jaar daarvoor eigenlijk uit het niks een patiënte aanraadde om het euthanasie-traject aan te vragen en daar een klacht over kreeg. Wij zijn natuurlijk maar mensen. Wij moeten allemaal maar omgaan met onze eigen machteloosheid en soms razernij over patiënten. Laat ik het zo zeggen: ik zou het niet in een richtlijn durven schrijven dat het goed is om een patiënt op de hoogte te stellen van alle mogelijkheden die er zijn om een einde aan uw leven te maken. Ik denk dat dit uiteindelijk niet de beste weg is. Het gaat toch om het proces van de patiënt zelf.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Van Os:

Ik wil daar toch kort op reageren. Ik heb ook meegemaakt dat juist doordat eigen regie ter sprake kwam, preventie teweeg werd gebracht, omdat mensen tussen euthanasie en suïcide soms op reflecties komen, via die weg van dat eigen regie mogelijk is en hoe dat werkt. Dat kan dus ook preventie in de hand werken. Het is inderdaad van mens tot mens verschillend welke interventie of kennis wat doet. Dat kunnen wij natuurlijk niet altijd goed doen, maar je kunt niet a priori zeggen dat wij eigen regie niet bespreken, omdat het geen wettelijke optie is, terwijl er wel een praktijk is en de kennis in het publieke domein ligt. Ik denk dat je

er niet omheen kunt om dat bij de opties in de onderhandelingen te betrekken.

De heer **Mokkenstorm**:

Ja, maar het gaat erom dat het startpunt is de patiënt die er zelf over begint. Dat is mijn punt: beter daarop wachten dan zelf al te gretig suggereren.

De heer **Van Os**:

Dat is altijd een goed principe.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Ik kijk even naar de klok. We hebben nog een paar minuten. Zijn er nog heel urgente vragen bij de collega's? Anders maak ik graag deze ronde af met het stellen van een vraag aan u, namelijk of er iets is blijven liggen wat u nog heel kort aan de orde wilt stellen of u iets extra wilt benadrukken, dan geef ik u daartoe de gelegenheid.

Mevrouw **Gijsbers van Wijk**:

Volgens mij zijn alle belangrijke zaken gepasseerd, dus ik heb geen behoefte. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Mevrouw Croonen? Mijnheer Pleiter?

De heer **Pleiter**:

Ik wil graag nog een ding zeggen over wat er vanochtend is gezegd. De Levensindicatiekliniek onderschrijft van harte de initiatieven voor advanced care-planning en tijdig spreken over zingeving en palliatieve zorg. Palliatieve zorg en euthanasie moeten verder verbeterd worden. Dat is een heel goede zaak.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mijnheer Van Os?

De heer **Van Os**:

Misschien toch nog even heel kort over de context. Ik wijs op een heel interessant rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over evidencebased, maar dat wordt toch wel heel erg gerelativeerd. Wij zeggen natuurlijk graag dat wij een evidencebased wetenschap zijn en dat wij weten hoe er behandeld moet worden. Degenen die er echt wat van weten, weten dat veel van wat wij zeggen, evidencebased is, maar dat is relatief of tijdelijke wetenschap. Veel van wat wij doen om verandering bij mensen teweeg te brengen gaat via relaties. Zolang wij geen ggz hebben die het belang van die relatie vooropstelt, blijft het moeilijk om dit dossier goed aan te pakken in de ggz.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Huisman.

De heer **Huisman**:

De psychiaters in opleiding hebben de toekomst. Ik denk dat het erg belangrijk is om in het kader van de opleiding in het scholingsprogramma enorm veel extra aandacht te besteden aan levensindicatievraagstukken en met name euthanasie, hulp bij zelfdoding, heel specifiek bij psychiatrische patiënten. Mevrouw Gijsbers van Wijk heeft dat ook al aangestipt, maar ik wil dat extra benadrukken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mijnheer Mokkenstorm.

De heer **Mokkenstorm**:

Mijn zoon is tweedeaars geneeskunde en heeft net twee weken lang college gehad over dit onderwerp, dus er is wat dat betreft al iets gaande, denk ik. Ik wil benadrukken dat het heel belangrijk is dat we het hebben over dit onderwerp: het levenseinde of de nooduitgang van de dood, maar ik hoop ook dat we het voldoende blijven hebben over de nood zelf; het lenigen daarvan en het verbeteren van de zorg.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mijnheer Tholen?

De heer **Tholen**:

Ik zou willen bepleiten dat er vanuit de ministeries of vanuit de Kamer een initiatief komt om toch nader onderzoek te gaan doen naar alle gemelde gevallen, om toch de achtergronden beter te leren kennen. Dit is misschien wat gevoeliger. Vroeger dacht ik altijd: als je om hulp bij zelfdoding vraagt, krijg je de beste zorg of dan heb je eigenlijk recht op de beste zorg. Ik vraag mij dat nu weleens af, als je ziet dat er 3.600 psychiaters zijn en 700 vacatures. Misschien is het toch een idee om specifiek geld te oormerken voor begeleiding van mensen die om hulp bij zelfdoding vragen. Het zou ook een uitnodiging kunnen zijn voor patiënten om daarom te gaan vragen, omdat zij misschien betere zorg krijgen. Geld weet weleens wat teweeg te brengen bij een instelling. Dat zou misschien een overweging waard zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik dank u hartelijk voor uw bijdrage aan deze ronde. Wij nemen dit allemaal mee. Ik wens u een goede thuisreis en ik nodig de volgende sprekers uit om hier te komen zitten.

De vergadering wordt van 14.30 uur tot 14.36 uur geschorst.

Blok 4: Het functioneren van het toetsingsstelsel

Gesprek met:

de heer Mr. J. Kohnstamm, voorzitter Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

de heer M. Otte, Openbaar Ministerie

mevrouw Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde, Inspecteur-generaal IGZ

mevrouw W. Vervoort, Forensisch Medisch Genootschap

de heer Prof. mr. P. Mevis, hoogleraar straf(proces)recht Erasmus Universiteit Rotterdam

de heer Prof. mr. dr. M. Buijsen, hoogleraar gezondheidsrecht Erasmus Universiteit Rotterdam

Dhr. B. Chabot, psychiater/psychotherapeut

De **voorzitter**:

Van harte welkom terug, na deze korte schorsing, voor het laatste blok van dit rondetafelgesprek. Daarvoor hebben we de tijd tot 15.45 uur. Ik mag aan deze tafel verwelkomen de heer Kohnstamm, de heer Otte, mevrouw Van Diemen, mevrouw Vervoort, professor Mevis, professor Buijsen en de heer Chabot. Ik kom zo toe aan de introductie van wie of wat u vertegenwoordigt. Nog maar even de Kamerleden. Mevrouw Westerveld namens GroenLinks, mevrouw Kuik van het CDA, de heer Van der Staaij namens de SGP, mevrouw Marijnissen namens de SP, mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie en de heer Rutte namens de VVD. Zelf zit ik hier namens D66, maar ook als onafhankelijk voorzitter.

We hebben het in dit laatste blok over het functioneren van het toetsingsstelsel. Ik vraag u allemaal om even kort samen te vatten wat u ook al in

uw position papers hebt aangegeven, zodat wij daarna met elkaar daarover kunnen doorspreken.

Als eerste geef ik het woord aan de heer Kohnstamm, als voorzitter van de regionale toetsingscommissies euthanasie.

De heer Kohnstamm:

Dank u wel, voorzitter. Zeven vragen die gesteld zijn in twee minuten: dat gaat niet lukken. Ik breng drie punten naar voren, die ik ook in de position paper al naar voren heb gebracht.

Mijn eerste punt. De aanbeveling in de derde evaluatie van de Wtl om onderzoek te doen naar de mogelijkheid om vooral in complexe zaken – dat is vandaag al een paar keer de revue gepasseerd – niet alleen het oordeel maar ook de argumentatie van de commissies beter inzichtelijk te maken zullen wij absoluut ter hand nemen. Dit is niet alleen in de evaluatiecommissie naar voren gekomen maar vandaag eigenlijk in alle drie de eerdere rondes als duidelijke wens naar voren gekomen. Dat zullen we ter hand nemen.

Ik vraag in dat verband wel aandacht – het is eerder even genoemd vanochtend – voor het feit dat wij sinds begin dit jaar een reflectiekamer hebben ingesteld, enigszins naar analogie maar niet precies dezelfde, van de Reflectiekamer die het Openbaar Ministerie al langer kent. Maar ook los daarvan zullen wij bezien in hoeverre wij inzichtelijker kunnen maken wat onze redenering is geweest die ons heeft gebracht tot de oordelen in complexe zaken.

Mijn tweede opmerking. Zoals ik ook bij de aanbidding van het jaarverslag van de RTE in 2016 – dat wil zeggen het jaarverslag over 2016 van april dit jaar – aan de vaste Kamercommissie voor VWS heb gezegd, ben ik voorstander van de gedachte, die oorspronkelijk overigens door Paul Mevis is geopperd, om onderzoek te doen naar de mogelijkheid om tegen oordelen van de RTE cassatie in het belang der wet mogelijk te maken indien daarin een nieuwe rechtsvraag is beantwoord. In dat onderzoek, conform de desbetreffende aanbeveling in de derde evaluatie van de Wtl, zou wat mij betreft ook de mogelijkheid bekeken kunnen worden van het stellen van prejudiciële vragen aan de Hoge Raad, onderzoek dat nu gaande is naar de vraag of prejudiciële vragen ook in het strafrecht tot de mogelijkheden zouden moeten behoren.

Punt drie, de groei van het aantal meldingen. Ook in de afgelopen twaalf maanden is er weer een groei van bijna 12% aan meldingen, waaronder een vrij forse groei ook in de sfeer van dementie en psychiatrie. Die groei, los van de vraag over de achterliggende oorzaken van die groei, brengt voor de RTE een zodanige werkdruk met zich mee, zowel voor het secretariaat als voor de RTE-leden, dat onze werkwijze, onze organisatie en ons budget tegen die achtergrond veranderingen behoeven, zo is mijn stellige overtuiging.

Ten slotte dit. De aanzienlijk snellere wijze waarop het OM er dit jaar in is geslaagd om tot afdoening over te gaan van zaken die door ons als onzorgvuldig werden beoordeeld is echt zeer verheugend, niet alleen om de snelheid van zaken, maar om het zwaard van Damocles dat boven het hoofd van een arts hangt op het moment dat er een «onzorgvuldig» is afgesproken en er dan een heel lange route te gaan is bij IGJ en OM. Dat is ongunstig voor het hele beeld, niet alleen bij artsen maar ook overigens van de praktijk. Ik vind het fantastisch dat er zo'n grote versnelling in deze procedure is gebracht.

Dank u.

De voorzitter:

Hartelijk dank. De heer Otte is namens het Openbaar Ministerie hier aanwezig. U kunt dit compliment meteen meenemen. Ik geef u graag de gelegenheid om ook inbreng in te leiden.

De heer **Otte**:

Mevrouw de voorzitter. Dank voor de gelegenheid. Het Openbaar Ministerie heeft als eenvoudig uitgangspunt de wet. De wet bepaalt dat levensbeëindiging strafbaar is, tenzij. Op dat «tenzij» is uitvoerige, gedetailleerde en ook genuanceerde regelgeving van toepassing verklaard in de laatste jaren. Daarin heeft het Openbaar Ministerie een handhavende taak, waarbij zij niet kan zonder de toeleverancier van zaken, de RTE, en ook niet zonder de IGZ, of IGJ zoals ik tegenwoordig moet zeggen. Dat betekent dat in de praktijk van de laatste jaren het OM minder zichtbaar is geweest. Dat verklaart ook wel de beeldvorming dat het Openbaar Ministerie niets doet. Ik denk dat dat niet het geval is. Er zijn vele gesprekken gevoerd met artsen, er zijn sepots geweest onder voorwaarden, maar op zich is er wel sinds een halfjaar een nieuwe aanwijzing in de Staatscourant verschenen die maakt dat het Openbaar Ministerie iets meer op de rechtsbescherming, op de normbevestiging focust dan misschien in het verleden het geval was. Die rechtsbescherming, ook van patiënten die op zich hun leven willen laten eindigen, is toch ook rechtsbescherming in een groter belang dan op dit moment altijd naar voren lijkt te komen omdat die regelgeving die er is, de protocollering die heeft plaatsgevonden, er is om op dat punt gehandhaafd te worden, en misschien meer, zichtbaarder is dan in het verleden het geval was.

In dat hele traject van de laatste jaren, als opmaat naar nu, denk ik dat voor het komende tijdvak het Openbaar Ministerie wel een zekere lering heeft getrokken uit het verleden. Die lering betekent: de snelheid kan bevorderd worden in de zaken waar het om gaat. Daarvoor heeft de heer Kohnstamm al terecht aandacht gevraagd. Het handhavingskader en de normbevestiging zou scherper moeten dan misschien tot op heden af en toe over het voetlicht lijkt te zijn gekomen.

In de vierde plaats denk ik dat het goed is om in de komende tijd ook aandacht te besteden aan de wijze waarop het toezicht is vormgegeven en of dat toezicht, op de wijze waarop de Wtl nu plaatsvindt, past bij de huidige eis van de tijd, met transparantie, met de motiveringen die ten grondslag liggen aan de beslissingen die genomen worden door de RTE en door het Openbaar Ministerie en door de IGJ. Dat betekent een onderzoek, of dat nu is naar cassatie in het belang der wet als instrument, of het stellen van prejudiciële vragen. Dat is voor een deel toekomstmuziek, want het kan nu niet in beide gevallen. Wellicht zou dat later wel kunnen, maar op dit moment zie ik daar nog niet veel in omdat ik denk dat het Openbaar Ministerie ook zijn eigen rol moet vervullen en dat ook sinds kort probeert te doen.

Daar wil ik het even bij laten.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van Diemen, inspecteur-generaal bij de IGZ.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Sinds 1 oktober de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, waar ik aan moet toevoegen: in oprichting.

Dank voor de uitnodiging en dank om een toevoeging te geven op de twee heren die een beeld hebben gegeven over het toetsingssysteem. De rol die de inspectie daarin neemt, is heel erg gefocust op de kwaliteit van zorg. In de wet is er slechts een zeer beperkte rol voor de inspectie als het daarom gaat. Dat betekent dat in de praktijk de zaken die als onzorgvuldig zijn benoemd bij ons terechtkomen. Dat zijn er van de 6.000 zaken per jaar zo'n tien per jaar die bij een inspectie komen.

De rol die een inspectie daarin heeft, is dus het oordeel te hebben over dat wat er naar voren is gekomen in de conclusies van de RTE, om in gesprek met de arts de waaromvraag te beoordelen. Wat heeft gemaakt dat het

onzorgvuldig is gegaan en op welk onderdeel. Het gaat regelmatig over de medische uitvoering van de euthanasiezaak, en in een aantal gevallen over de uitzichtloosheid van het lijden en het vaststellen daarvan. Dat gesprek is van belang voor de vaststelling van het lerend vermogen en het vaststellen naar de toekomst toe of je dergelijke zaken kunt voorkomen. Dat is het uitgangspunt voor de gesprekken die wij met de artsen voeren.

Vervolgens komen wij, zoals we dat met alle meldingen doen, samen met de andere collega's tot een afweging of de zaak wat betreft het perspectief van de arts en het perspectief van de kwaliteit van zorg tot een goede afronding kan leiden, of dat er verbeterpunten zijn die we op een andere wijze ook nog tot uiting willen laten komen. In een zeer beperkt aantal gevallen gaat een inspectie ook naar de tuchtrechter, waar het soms gaat om de tweede tuchtnorm, waar het gaat om de algemene vraag rondom kwaliteitsaspecten in een bepaalde zaak, of dat het echt gaat om onzorgvuldig handelen van een individuele beroepsbeoefenaar en we dat ook ter discussie stellen.

Dat is een beetje de lijn die in ons dagelijks werk zit. In het leerproces van de afgelopen jaren zie je dat de afstemming met onder andere RTE en het OM een andere invulling heeft gekregen, waardoor we elkaar frequenter zien, en de afstemming ook tussen de verschillende betrokkenen van het OM en de inspectie zeer zorgvuldig maar ook sneller plaatsvindt, waardoor we ook tot een snellere afhandeling van zaken kunnen komen. En we proberen met name de spanning die er dus voor de betrokken artsen is tot een zo kort mogelijke termijn te beperken. Dat lukt ons steeds beter door die afstemming die we in het hele verhaal rondom de toetsing laten plaatsvinden.

Daarmee blijven – daarover is vandaag zeker heel veel al over tafel gekomen – de grote dilemma's, die toch meer te maken hebben met het maatschappelijk vraagstuk en de wegen voor individuele artsen in het toepassen van die wetten en regels. Dat is vaak ook wat wij terugkrijgen in onze gesprekken over de waaromvraag en wat heeft gemaakt dat het zo kon gebeuren, dat het vaak onderliggende dilemma's zijn in de uitvoering van hoe-doe-ik-het-in-de-praktijk en wat zijn de wegen geweest. Eigenlijk is dat een aanvulling op wat we in de eerdere gesprekken ook al aan tafel zagen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Vervoort, die spreekt namens het Forensisch Medisch Genootschap.

Mevrouw Vervoort:

Dank u, voorzitter, en dank aan de commissie voor de uitnodiging aan het Forensisch Medisch Genootschap vandaag. Ik ben bestuurslid van het Forensisch Medisch Genootschap. Wij vertegenwoordigen de forensisch artsen. De forensisch artsen zijn degenen die, na de feitelijke toepassing van het levenseinde op verzoek of het helpen daarbij, als eersten ter plekke komen bij degene die de melding doet of bij het lichaam is. Is een korte uiteenzetting van hoe wij werken misschien prettig?

De voorzitter:

Ja, maar wel heel kort.

Mevrouw Vervoort:

Heel kort. In de regel krijgen wij een vooraankondiging als euthanasie of hulp bij zelfdoding gaat plaatsvinden. Als forensisch artsen doen wij ons best om binnen de schema's waarin wij werken daaraan voorrang te geven. De arts in kwestie weet dat ook. Op het moment dat de arts meldt dat betrokkene is overleden, zijn wij eigenlijk dus al in de buurt; we staan dan niet zozeer op de stoep, maar wel bijna. In de regel duurt het tussen

de vijf minuten en een kwartier, behalve als er een andere casus tussen komt. Wij komen dan binnen, introduceren onszelf en zeggen dat wij komen in het kader van de wetgeving, dus dit recht dat we in Nederland met elkaar hebben afgesproken. Wij zeggen dan dat wij graag even onder vier ogen met de arts zouden willen praten en dat we graag het lijk zouden willen schouwen. Vaak heeft de huisarts dit al uitgebreid aan de familie toegelicht en kunnen wij ter plekke aan het werk gaan. Zoals bij elk niet-natuurlijk overlijden, ook al is dit wel een bijzondere vorm daarvan, letten wij feitelijk op de sfeer die wij aantreffen, hoe we worden ontvangen, hoe het lichaam erbij ligt. Dan stellen wij de dood vast. Gaande dat traject hebben we het met de huisarts over hoe het proces is verlopen, wat deze heeft gebruikt, of hijzelf de naald heeft ingebracht of dat heeft laten doen, wanneer dat was, waarom hij het zelf niet heeft gedaan, welke spullen hij heeft gebruikt, of hij die geleverd heeft gekregen, wat er aan de hand was en of hij al lang een behandelrelatie met deze cliënt had gehad. Gaandeweg kom je zo uiteindelijk op het doornemen van hetgeen van ons wordt verwacht, aan de hand van het modelformulier. Wij bellen dan de officier van justitie. Onze ervaring is dat het OM bijna altijd direct te bereiken is en dat wij vrijwel onmiddellijk de vrijgave van het lichaam kunnen gelasten, en ook dat wij de vraag krijgen: wat vindt u, dokter, is het zorgvuldig verlopen? Omdat wij niet de regionale toetsingscommissie zijn, is ons antwoord dan: «voor zover wij het kunnen bepalen...». Als er opmerkingen zijn, geven wij daarvan kennis aan de officier. Daarna wordt het lichaam vrijgegeven, waarbij wij de A- en B-formulieren invullen. Wij doen ons best om die papieren zo snel mogelijk bij de euthanasiecommissie te brengen. Dat werkt in het voordeel van degene die het ons meldt. Ik heb nu 19 jaar ervaring met dit traject. Mijn ervaring uit de praktijk – en ik spreek nu vanuit mijn persoon – is dat de artsen die ik heb meegemaakt, betrokken zijn, en vanuit een liefhebbende relatie tot de cliënt zijn overgegaan tot wat ze hebben gedaan.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor dit inkijkje in uw werk. Ik geef nu graag het woord aan de heer Mevis.

De heer Mevis:

Dank u, voorzitter, en dank voor de uitnodiging. Ter inleiding vermeld ik dat ik ook lid mocht zijn van de commissie-Schnabel. Ik maak een aantal functionele opmerkingen. Ik denk dat we heel blij moeten zijn met een systeem dat in het overgrote aantal van de gevallen waarvoor de wet was bedoeld, goed functioneert. Dat laat de evaluatie zien en het lijkt me ook het belangrijkste uitgangspunt. Ik heb weleens gezegd dat de argumentatie en de opzet van de oordelen van de toetsingscommissie hier en daar sterker zouden kunnen. Ik begrijp dat dit punt is opgepakt. Ik hoorde een aantal dingen die me een aanzienlijke verbetering lijken. Het is fijn dat dat kan, zeker in de complexe zaken.

Ik maak me ook zorgen over de werkdruk; die is al even aangestipt. Zou het betekenen dat de werkwijze zou moeten worden aangepast? Ik vind dat een lastig punt. Ik denk wel dat dat goed is. Het meldingspercentage is hoog, terwijl er een stabiele categorie zaken is die niet worden gemeld, maar waarschijnlijk wel onder de wet vallen. De rapporten laten dat ook zien. Dat heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat artsen een aantal gevallen niet als euthanasie herkennen. Misschien is dat ook nog een punt van aandacht.

Tot slot. Bij de huidige stand van zaken zou er aanleiding kunnen zijn om nog eens na te denken over de mogelijkheid om cassatie in het belang der wet in het toetsingssysteem te betrekken. Ook dat zie ik terug in de evaluatie. Dit heeft het voordeel dat er een rechterlijke uitspraak of uitleg van de wet te verkrijgen is, zonder dat de arts wordt vervolgd. Prima facie

is dat een voordeel. Eventueel zal er onder andere nader moeten worden bekeken hoe dit zich verhoudt tot prejudiciële vragen. Ik zeg daar wel bij dat dit er nu nog niet is in het strafrecht. Er wordt over gedacht om dit wel te doen, waarschijnlijk als onderdeel van de grotere operatie van de modernisering van het Wetboek van Strafvordering. Het duurt nog wel een paar jaar voordat dat in werking kan treden. Tenzij het apart wordt ingevoerd, is dat dus niet een mogelijkheid voor de korte termijn – als het al wordt ingevoerd.

De voorzitter:

Nu is het woord aan professor Buijsen, hoogleraar gezondheidsrecht, ook aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De heer Buijsen:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter, voor de uitnodiging. Ik heb aan de bevindingen van de onderzoekers die de evaluatie hebben uitgevoerd, niet zo heel veel toe te voegen over het functioneren van de toetsingscommissies. Wat mij betreft komt één ding wel naar voren uit het onderzoek: de ongefundeerde aanbeveling om onderzoek te doen naar cassatie in het belang der wet. Ik snap dat eigenlijk niet zo heel goed. Deze aanbeveling is gedaan door de voorzitter van de toetsingscommissies, de heer Kohnstamm, in het jaarverslag over 2016. Die aanbeveling wordt gekoppeld aan vraagstukken die te maken hebben met de stapeling van ouderdomsklachten. De vraag die de heer Kohnstamm zichzelf stelt, is of het goed zou zijn als wij van de rechter wat guidance zouden krijgen om te kunnen nagaan hoe smal de medische grond zou moeten zijn op basis waarvan wij zouden kunnen oordelen. Het gaat dus eigenlijk om de vraag naar de mate waarin er ruimte is voor existentiële argumenten, in de zin van existentieel lijden dat niet onmiddellijk is ontleend aan een medische grondslag. In hoeverre is er onder de huidige WTL dan ruimte voor levensbeëindiging? Is er ruimte voor het argument van existentieel lijden? In welke mate moet er sprake van een medische aandoening zijn? Is het nodig dat er een medische aandoening is, maar maakt het niet uit hoe omvangrijk die is voor een brede basis? Ik vind cassatie in het belang der wet die gaat om dat soort vraagstukken niet wenselijk, omdat ik dit in principe politieke vragen vind. Het gaat om de bedoeling: wat willen wij met die euthanasiewet? Dat is een politieke vraag. Ik vind ten principale dat de guidance die de toetsingscommissie zou moeten ontvangen, zou moeten komen van u, de politiek, en niet van de rechter. Hier zou ik het even bij willen laten.

De voorzitter:

Dank u. Dan geef ik ten slotte het woord aan de heer Chabot, psychiater en psychotherapeut.

De heer Chabot:

Ik ben blij dat ik hier mag zijn. Ik heb drie punten. Ten eerste: hoe functioneert het toetsingssysteem bij euthanasie bij ernstige dementie? En als tweede punt: hoe bij psychiatrie? Als derde punt wil ik algemene vragen stellen die bij mijn weten de hele dag nog niet aan de orde zijn geweest. Dat is eigenlijk iets gek. Met dit boekje hier, De zorgelijke staat van de euthanasiewet, dat tweeënhalve maand geleden is verschenen, ben ik nogal als criticus van de toetsingscommissie naar buiten gekomen. Ik heb die algemene vragen niet gehoord. Ze komen als mijn derde punt. Laat ik beginnen met het functioneren van de toetsingscommissie euthanasie bij gevorderde dementie. Ik moet bekennen dat mijn vertrouwen in de toetsingscommissie een stevige knauw heeft gekregen sinds de uitspraken van begin dit jaar in drie gevallen, die u ongetwijfeld bekend zijn. Het ging daarbij om euthanasieën die als zorgvuldig zijn beoordeeld, terwijl allen heimelijk euthanasie kregen onder dwang: een

dwangmiddel in de koffie of de appelmoes, en soms vastgehouden door intimi. Ik las dat zo'n negen maanden geleden. Ik ben nu een beetje bekomen van de schrik. Een paar maanden later las ik in de derde evaluatie van de euthanasiewet, op twee plaatsen in dat dikke rapport, de bijzondere zin: dit is vaker voorgekomen, maar niet als zodanig geproblematiseerd door de toetsingscommissie. Dit is dus vaker voorgekomen; de casus 2016–85, die het OM nu onder de loep heeft, was dus niet de eerste keer.

Sterker nog, Govert den Hartogh heeft in zijn position paper betoogd dat het niet anders kan: je kunt bij een diepdemente niet anders euthanasie verlenen dan door medicatie, sedatie, hetzij fysieke dwang toe te passen. Ik zeg dat dus niet, maar de mensen van de evaluatie van de wet. Den Hartogh zegt het en ik neem het over, al was het me wel eerder opgevallen. Maar als dat zo is, waarom heeft de toetsingscommissie dan niet in haar jaarverslag over die jaren vermeld dat het zo is toegepast? Sterker: waarom staat in de code of practice niet hoe artsen het moeten uitvoeren bij dergelijke dementen? Daar is die code of practice toch voor, om artsen handvatten en informatie te geven over hoe zorgvuldig te handelen? En met arts 2016–85 is er nu iemand die als onzorgvuldig is beoordeeld, mede – want dat was niet het enige – omdat zij het heimelijk had gedaan. Hulde voor haar moed.

De voorzitter:

Mijnheer Chabot, ik moet u er wel op wijzen dat – u bent pas bij uw eerste punt – u het niet te lang kunt maken, want we moeten nog heel veel vragen beantwoorden.

De heer Chabot:

Dank u zeer. Ik sla dus mijn tweede punt over. Dat is de vraag hoe het toetsingssysteem functioneert bij psychiatrie. Hopelijk krijg ik daar een vraag over!

De problemen die ik zie en die anderen niet lijken te zien. Hoe kan het nou, hoe is het nou toch mogelijk dat ik als buitenstaander, niet-jurist, en elf jaar geleden gestopt met de psychiatrie, het wel zie? Waarom zit ik hier? De voorzitter zei net: ja, u hoort hier eigenlijk niet. U begrijpt hoe prettig ik hier zit. Hier niet horend, zit ik er gelukkig wel; u hebt mij uitgenodigd. Ik zie twee problemen die anderen niet zien. Ik zie de dood als verleider. Dat is een thema in de literatuur dat vanaf de Middeleeuwen heel sterk naar voren is gekomen en nu in Nederland, sinds zoveel jaar, niet meer. De dood als verleider in de gedaante van een arts: mensen geven het op te vechten tegen het verlangen van alles af te zijn. Vanwaar dat verlangen? De andere kant is dat sommige artsen nu denken dat zij goeddoen door euthanasie te verlenen, maar dat komt toch ook neer op doodmaken. «Goeddoen door doodmaken» is de titel van een imponerend proefschrift. Dat zij goed doen, klopt natuurlijk heel vaak wel. Ik heb het zelf gedaan, zoals u weet. Ik zou het nu niet meer doen, omdat er nieuwe informatie is over eigenregiemethoden. Maar die onzekerheid over de vraag of je goeddoet door doodmaken zou moeten blijven knagen. Ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Chabot. Overigens, de opmerking «u hoort hier niet» had ergens anders betrekking op, want u hoort hier natuurlijk wel degelijk. Maar u hoorde eigenlijk in het blok «psychiatrie».

De heer Chabot:

Nee, want het is elf jaar na mijn pensioen.

De **voorzitter**:

Maar het maakt niet uit, want u bent hier van harte welkom en we stellen u graag vragen.

Ik geef graag mevrouw Westerveld de gelegenheid om twee vragen te stellen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook u allen bedankt voor de position papers die u ons heeft gestuurd.

Mijn eerste vraag is voor mevrouw Van Diemen. U zegt in uw inbreng dat de rol van de inspectie in het toetsingssysteem niet in de Wtl is omschreven. Ik vroeg mij af waarom dat niet zo is en of het misschien wenselijk is dat die wel wordt omschreven. Graag daar wat meer uitleg over.

Mijn tweede vraag is ingegeven door de prikkelende bijdrage van de heer Chabot. Ik zou de heer Kohnstamm willen vragen of hij daar misschien op wil reageren. Dat lijkt me ...

De heer **Kohnstamm**:

Graag!

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Oké. Ik ben benieuwd naar uw reactie. Dank u wel.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Ik maak de vraag aan de heer Kohnstamm iets preciezer: waarom zijn die eerdere gevallen van heimelijk toepassen van euthanasie – het punt van de heer Chabot – door de RTE's niet geproblematiseerd? De heer Kohnstamm geeft ook aan dat we de RTE's transparanter moeten maken en dan in het bijzonder de argumentatie bij complexe gevallen. Heeft hij al enig idee hoe hij dat vorm kan geven? Misschien is er ook nog wel iemand anders die daar een idee over heeft.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik ben ook benieuwd naar het debatje tussen de heren Chabot en Kohnstamm over wie nou precies de weg kwijt is, om de titel van het boekje van mijnheer Chabot aan te halen. Maar dat zullen we dus nog horen.

Ik miste nog de opmerkingen van de heer Chabot over wat er mis is met het toetsen in het kader van de psychiatrie. Misschien dat hij daar nog wat over zou kunnen zeggen. Dat is mijn eerste vraag.

Mijn tweede vraag is voor de heer Otte. We hoorden eerder vandaag maar ook nu net weer de eigenregiemethode naar voren komen. Men doelt dan onder andere op het poeder uit China en de andere mogelijkheden. Klopt mijn informatie dat dat wettelijk niet toegestaan is? Is daar ook handhavend optreden van het Openbaar Ministerie in te verwachten?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dank u wel, voorzitter, en vooral ook heel veel dank aan de deelnemers aan dit gesprek voor hun inbreng.

Ik heb eigenlijk een vraag aan de heer Chabot. Die gaat wat mij betreft over wat er nodig zou zijn om het vertrouwen in het euthanasiesysteem te behouden of, als ik hem goed heb beluisterd, weer terug te winnen. Het andere aspect van mijn vraag gaat eigenlijk over wat voor breder maatschappelijk toetsingskader er nodig zou zijn. Een van de bureaus van de heer Chabot, de heer Mevis, heeft als lid van de commissie-Schnabel gesteld dat de wet over het gewicht van de wilsverklaring bij een diep demente patiënt voor meerdere interpretaties vatbaar is. Hoe kijkt hij daartegen aan en hoe ziet hij dat toetsingskader voor zich?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Er zijn al veel belangrijke vragen gesteld en in die zin is het gras al een beetje voor mijn voeten weggemaaid. Ik heb nog zeker een aanvullende vraag. Ik denk dan met name aan de heer Kohnstamm. We hebben het vandaag ook gehad over euthanasie bij complexe situaties als dementie en psychisch lijden. Daarbij is vaak moeilijk vast te stellen wat de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden is. Ik ben gewoon heel erg benieuwd hoe de toetsingscommissies dat wegen. In hoeverre is er aan die criteria van de WtI voldaan?

Voorzitter, daar laat ik het bij want er zijn nog veel andere belangrijke vragen gesteld.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik zou graag ingaan op een conclusie van de commissie-Schnabel, waar de heer Mevis onderdeel van was, namelijk dat er nog ruimte zou zitten in de huidige euthanasiewetgeving. Ik heb dat volgens mij ook weer teruggelezen in het regeerakkoord. Ik richt mijn aandacht in eerste instantie even op de heer Otte. Als er nou ruimte zou zijn, of is, binnen de huidige euthanasiewetgeving, ziet hij dan voor het OM een rol om wellicht in de vorm van vervolgingsrichtlijnen aan die kant van de streep meer duidelijkheid te geven over wat wel en wat niet mag? De heer Kohnstamm zegt dat we misschien cassatie in het belang van de wet zouden moeten doen of prejudiciële toetsing, maar is het niet zo dat vooral het OM vooraf al heel veel richting kan geven aan de kaders waarbinnen dingen wel en niet mogen?

Ik heb een vergelijkbare vraag aan de heer Buijsen die zegt dat het toch vooral een taak van de politiek is. Dat is natuurlijk zo, maar de politiek heeft her en der al kaders gegeven. In de wetenschap dat de euthanasiepraktijk toch vooral ook een jurisprudentiepraktijk is, vraag ik mij af of hier wel degelijk ook door het OM richting aan gegeven kan worden. Of zit ik dan helemaal op de verkeerde weg en gaat de heer Buijsen mij daarop corrigeren?

De **voorzitter**:

Dank u wel, mijnheer Rutte. Ik wil daar zelf nog een vraag aan toevoegen over cassatie in het belang der wet. De heer Buijsen zegt daarover dat dat heel onwenselijk is omdat dat een politieke vraag is. Ik zou daarop graag een reactie krijgen van de heer Kohnstamm en wellicht ook van de heer Mevis, want die heeft zich daar ook over uitgesproken. Daar wou ik het voor dit moment bij laten, zodat u ruim de gelegenheid krijgt om de gestelde vragen te beantwoorden.

De eerste vraag van mevrouw Westerveld was voor de heer Kohnstamm. Nee, dat was niet haar eerste maar haar tweede vraag. De eerste ben ik even kwijt. Die was ...?

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dat was een vraag aan mevrouw Van Diemen over de rol van de inspectie in het toetsingssysteem.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Diemen, dan doen we dat eerst.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

De rol van de inspectie in het toetsingssysteem is toen de wet tot stand kwam uitgebreid ter sprake geweest en ook later bij de evaluaties teruggekomen. Het belang dat toen is neergezet, is de rol van de RTE in relatie tot het OM en in relatie tot een inspectie, die echt gaat over de toetsing van de kwaliteit van zorg. De ontwikkeling in de evaluaties laat eigenlijk zien dat dat uitstekend functioneert. Dus de meerwaarde om dat anders in te richten zit 'm vooral in de ontwikkeling in de tijd en het feit

dat wij echt veel meer afstemmen op casuïstiekgebied. Verder zullen we voor de toekomst de stap moeten zetten om nog veel meer naar buiten te brengen en veel opener te zijn over welke zaken we hebben behandeld, wat onze weggingen zijn geweest en tot welke uitkomsten we zijn gekomen. Dat zal ook in de aanpassingen van de Gezondheidswet tot openbaarmaking leiden en dat gaat in de komende jaren spelen.

De voorzitter:

Dan de heer Kohnstamm in reactie op de vraag: reageert u eens op de opmerkingen van de heer Chabot.

De heer Kohnstamm:

Dat zal ik graag doen.

Ik denk dat de opmerkingen van de heer Chabot op een opstapeling van foute inschattingen en misverstanden berusten. We zouden iets niet hebben geproblematiseerd en dan met name het heimelijk of onder dwang toepassen van euthanasie. We hebben dat niet opgenomen in het jaarverslag en het staat niet in de code of practice. U, mijnheer Chabot, moet eens kijken naar wat de rol van de toetsingscommissies is in het toetsen van meldingen van artsen over euthanasie. Wij hebben van de wetgever, kort gezegd, opdracht gekregen om in beginsel uit te gaan van de veronderstelling dat we vertrouwen kunnen geven aan de rapportage die de arts ons toestuurt. Dat wil zeggen dat we niet naar een dossier kijken alsof we in een strafkamer zitten, met een verhoor, en de waarheid en niets dan de waarheid, maar dat we bezig zijn met een marginale toets, om aan de hand van het dossier van de arts te bekijken of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dat is ook altijd weer ingewikkeld om uit te leggen. Had deze arts, in deze situatie, met deze context, in redelijkheid tot het toepassen van euthanasie in verband met ondraaglijk en uitzichtloos lijden kunnen komen? Als iets ons niet gemeld wordt, dan nemen wij het niet op in het jaarverslag, zo simpel is dat.

De uitspraken die wij hebben gedaan op grond van de code of practice zijn niet een handleiding voor wat wij vinden dat artsen zouden moeten gaan doen, maar als het ware een bundel jurisprudentie, waarin wij aangeven hoe wij in het verleden hebben geoordeeld over zaken. Als een arts iets niet meldt en als de arts in de commissie het gevoel heeft dat het niet pluis is – dat is de terminologie die artsen gebruiken, waar ik het steeds moeilijk mee heb – dan gaan we doorvragen en vragen we de arts om nadere uitleg te geven over wat er gebeurd is. Maar als uit de verslaglegging niets blijkt waaruit dat niet-pluisgevoel zou kunnen voortkomen, dan doen we daar in beginsel niets mee, omdat de wetgever ons die rol zo heeft opgedragen.

Heimelijk of onder dwang euthanasie toepassen, daar is eerder vandaag over gesproken, op deze plek door Johan Legemaate. Hij heeft daarover heel zinnige dingen gezegd, dunkt mij. Heel eerlijk gezegd wens ik, ook tegen de achtergrond van de eerste sessie hier, om niet te politiseren of te polariseren op het terrein van de euthanasie. Daar is het veel te gevoelig en te discreet voor. Laten we ophouden met woorden als «stiekem» en «heimelijk» te gebruiken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mijnheer Chabot, u mag heel even reageren, maar ik wil wel voorkomen dat de discussie alleen maar over dit onderwerp gaat.

De heer Chabot:

Het woord «heimelijk» is door de heer Legemaate gebruikt in de derde evaluatie van de toetsingscommissie, dus ik blijf daar dan toch bij. Mijnheer Kohnstamm heeft eigenlijk een heel interessant punt. Waar is het misgegaan? Het is misgegaan bij de discussie in de Tweede Kamer in 2001, als ik het goed heb, over artikel 2, lid 2, het amendement van Boris

Dittrich. U weet dat het is aanvaard; het is wet geworden. Maar wat is er in de Tweede Kamer en door de bewindslieden niet gebeurd? Bij mijn weten wordt er bij iedere wet die door de Tweede Kamer gaat, ook aandacht besteed aan de uitvoering; hoe die wet uitgevoerd kan worden. Het is merkwaardig dat over artikel 2, lid 2, een wortel in de grond uit 2002, nooit is gesproken door de bewindslieden en de Tweede Kamer – dat weet ik uit de Handelingen van de Tweede Kamer uit dat jaar – over hoe je dat uitvoert bij een ernstig demente op grond van de wilsverklaring. Die lacune ligt ten grondslag aan deze discussie. Het impliciete verwijt dat ik zou polariseren werp ik verre van mij. Ik hoop dat u aandacht hebt voor mijn argumenten. Dank u.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kijk ik even naar de vragen van mevrouw Kuik. In feite heeft de heer Kohnstamm al gereageerd op dat problematiseren. U vroeg ook aan de heer Kohnstamm hoe je bij de RTE's meer transparantie kunt vormgeven.

De heer Kohnstamm:

Ik val even terug op wat ik er zo-even over heb gezegd; dat u zich niet moet voorstellen dat de RTE's als een soort rechter-commissaris of een rechter in een strafzaak zitten. Het is vanuit de invalshoek van de informatie die wij krijgen en die wij beoordelen met een marginale toetsing op onderdelen, in juridische termen. Wij zullen er vervolgens ons oordeel op geven. We zijn nog niet zo ver dat ik u een antwoord kan geven op de vraag hoe het precies vorm wordt gegeven, maar daarmee heb ik ongeveer aangegeven binnen welke randvoorwaarden we tot oordelen komen.

Ondertussen vinden er binnen de toetsingscommissies discussies plaats over de zaken waarover het vandaag gaat: dementie, psychiatrie, stapeling van ouderdomsaandoeningen. Er worden uiteindelijk op basis van het dossier oordelen gegeven. Wij vinden gezamenlijk dat wij ons best moeten doen om aan de hand van het dossier, voor zover wij achter de feiten zijn gekomen, de redeneringen te geven, zodat iedereen die redeneringen kan zien en kan beoordelen of men het ermee eens is of niet. Wij geven interpretaties van de wet, want dat is onze primaire taak, en dat doen wij met volle overtuiging en naar ik denk heel goed en verstandig. Daar kunnen interpretaties bij zitten waarover anderen anders denken en waarover een discussie moet plaatsvinden. In de Kamer zou dat te eniger tijd kunnen leiden tot een verzoek om wetgeving te wijzigen, bij wijze van spreken. Wij moeten heel erg bij onszelf te rade gaan om de argumenten voor een zekere uitleg van de wet in een casuspositie voor iedereen zo helder mogelijk te verwoorden. Daar zullen we de komende tijd intensief bij stilstaan, om te proberen dat te realiseren.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Mevis:

Ik wil hier een enkel kort woord over zeggen. Het speelt bij meer rechtscolleges. Wat je kunt doen, zoals de Hoge Raad ook doet, is een groot onderscheid maken tussen de rechtsvraag die aan de orde is; wat is het kernpunt. Twee: wat is onze algemene visie hierop. Drie: hoe passen de feiten van dit geval erin? Vier: hoe komen we dan tot een uitkomst? Het is eigenlijk meer een soort optische, duidelijker indeling.
wat is er precies aan de orde?
wat is onze interpretatie?
wat zijn de feiten?
hoe passen die bij elkaar?

Je kunt door een aantal stappen van redenering al een eind komen. Dat zal onderdeel zijn van een eventueel onderzoek naar cassatie in het belang der wet. Dan zul je ook de rechtsvraag eruit moeten kunnen lichten, om die vervolgens te kunnen beoordelen. Zo kun je ook vrij makkelijk een aantal dingen bij andere rechtscolleges halen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij vroeg aan de heer Chabot om nog eens te vertellen wat hij in zijn inleiding nog kwijt had gewild, als het gaat om euthanasie en psychiatrie.

De heer Chabot:

Euthanasie bij psychiatrische patiënten is tussen 2009 en 2016 gestegen van 2 naar 60; een dertigvoudige toeneming. Met deze toename hangt behalve de grote nood in de psychiatrie, waarover daarnet is gesproken, ook zeker een andere, stilzwijgende interpretatie van de euthanasiewet samen. Al vroeg accepteerde de toetsingscommissie dat er geen behandelrelatie hoeft te zijn tussen de arts en patiënten met ernstige lichamelijke ziekten, en terecht, wat mij betreft. Deze interpretatie is in de somatiek gerechtvaardigd, omdat diagnostiek en ingrijpende effectieve behandelingen daar mogelijk zijn. Het is voorbarig dat de RTE deze interpretatie, zonder raadpleging van de beroepsgroep, van toepassing achtte op euthanasie in de psychiatrie. Den Hartogh heeft eerder betoogd dat een behandelrelatie in de psychiatrie wel gewenst is. Psychiater Jim van Os legde in zijn position paper, het NRC-artikel dat ook integraal in dit boekje staat, uit dat in de psychiatrie diagnostiek en behandeling ernstig tekortschieten in de moderne vorm, zoals die gegroeid is via gestandaardiseerde behandelingen.

Daar sluit op aan mijn probleem dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in haar conceptrichtlijn, die ik heb mogen lezen en becommentariëren, ook tekortschiet op een belangrijk punt. De richtlijn zwijgt namelijk in alle talen over het feit dat uit landelijk onderzoek, ook van mevrouw Van der Heide van het Erasmus, gebleken is dat patiënten in eigen regie en overleg met naaste familie sterven op normale wijze, zonder doktershulp. Er zijn nu huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde bij wie een euthanasieverzoek over hun morele grens gaat. Er is meermalen op gewezen dat er toch een soort moreel taboe is op het doodmaken van een ernstig ziek mens. Dus als dat daaroverheen gaat, bespreken deze huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde met de patiënt en zijn familie de mogelijkheid van zelfeuthanasie. Zo noem ik het nu maar even; je kunt ook zeggen: sterven in eigen regie. Deze artsen sturen een patiënt niet het bos in. Zij geven informatie over de eigenregieroute en verlenen morele steun. Hun hulp valt niet onder strafbare hulp. Misschien het belangrijkste is dat de KNMG deze handelwijze in haar standpunt van 2011 als legitiem heeft erkend.

De voorzitter:

Dank u wel. Er was ook een vraag van de heer Van der Staaij aan de heer Otte over precies datgene waar de heer Chabot mee eindigde, het sterven in eigen regie. Dat is op dit moment natuurlijk heel actueel. Wat is daarvan wel of niet toegestaan?

De heer Otte:

Het uitgangspunt is eenvoudig: hulp bij zelfdoding is strafbaar. Dat betekent dat het Openbaar Ministerie maar eventueel ook de rechter zich daarmee gesteld ziet voor de vraag wat die hulp dan is en hoe concreet die hulp is geweest. Als we moeten constateren dat legaal vloeibare stikstof kan worden verkregen, kan dat illegaal worden als de intenties van de leverancier in beeld komen. Als die intenties verdergaan dan alleen moral support of als degene die hierin hulp verleent, verdergaat dan

moral support en als dat instructies worden, kan dat onder de reikwijdte van de wet vallen. Dat betekent dat je dat nu, voor vandaag, niet in concreto kunt zeggen. Dit moet zaak voor zaak beoordeeld worden, maar in beginsel is de strafwet ook hierop van toepassing, mits is voldaan aan de voorwaarden die ik net noemde.

De voorzitter:

Dank u wel. Ook de heer Kohnstamm wil hierop reageren.

De heer Kohnstamm:

Op het totaal, over de eigen regie en psychiatrie, niet zozeer op wat Rinus Otte net heeft gezegd. We moeten wel in de gaten houden dat, ten eerste, de wetgeving, de Wtl, ook van toepassing is op psychiatrische aandoeeningen, ten tweede dat in de wet op geen enkele wijze is omschreven dat degene die euthanasie toepast, een behandelrelatie moet hebben met de patiënt en ten derde dat in het vorige blok over psychiatrie eigenlijk juist door iedereen is gezegd: het is drie jaar geleden gezegd en er is nu niet zo gek veel vooruitgang geboekt met het in de behandelrelatie bespreekbaar maken van dit soort levenseindevragen. Dan moet je er niet heel erg verbaasd over zijn dat mensen dan vervolgens denken: dan moet het langs een andere weg. Ik zeg niet dat ik dat goedpraat of goedvind, maar de behandelrelatie staat niet in de wet. Als in de psychiatrie op dit punt geen grote stappen worden gemaakt, is het eind van het liedje dat een beroep op de Wtl wordt gedaan om euthanasie bij psychiatrische patiënten wel degelijk tot de mogelijkheden te laten behoren.

De voorzitter:

Dank u wel. De vraag van mevrouw Marijnissen aan de heer Chabot was: hoe krijgen we het vertrouwen terug? Zo heb ik het opgeschreven, maar dat is wel een heel korte samenvatting van de vraag. Wellicht hebt u de vraag opgeschreven, mijnheer Chabot.

De heer Chabot:

Wat is er nodig om het vertrouwen in het euthanasiesysteem terug te krijgen? Dat was toch de vraag?

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ja, en met name aan welke structurele aanpassingen u dan zou denken.

De heer Chabot:

Die vraag gaat een beetje boven mijn krachten. Laat ik ook maar eens zeggen dat ik niet op elke vraag antwoord geef, want iedereen weet altijd overal een antwoord op. Ik heb daar al wel gedacht en ik heb in concept een artikel geschreven, waarbij ik dacht aan een opiniestuk voor een van onze kwaliteitskranten, maar ik vond dat voorbarig. Ik dacht: laat ik nou eerst dit eens helder over het voetlicht krijgen. Helemaal helder is het nog niet geworden. Dat begrijp ik helaas uit de antwoorden van de heer Kohnstamm. Daar zouden we onderling, samen, dus over moeten praten. Die handreiking wil ik hem graag doen, want we moeten eerst scherp hebben waar het vertrouwen in de toetsingscommissie tekortschiet voordat je besluit tot structurele aanpassingen. Dat heb ik aan het eind van mijn slothoofdstuk samengevat in tien punten. Als we niet kunnen praten over waar de problemen liggen, bijvoorbeeld de behandelrelatie ... Ik hoorde de heer Kohnstamm zeggen dat die niet in de wet staat, maar er staat zoveel niet in de wet. De wet biedt heel bewust een kader; dat komt ook meermalen in de Handelingen terug. De nadere invulling is aan de toetsingscommissie. De toetsingscommissie die nu zegt dat dit niet in de wet staat, speelt in mijn ogen dus de vermoorde onschuld, want het is de toetsingscommissie die ermee akkoord is gegaan dat een behandelrelatie niet als belangrijk wordt erkend in de uitspraken.

Dat soort dingen staan hierin. Het spijt me dus dat ik nu niet kan ingaan op uw vraag over de structurele aanpassingen, waarover ik zeker verder zal denken, ook in gesprek met mijn opponenten. Ik hoop daar iets over te kunnen schrijven, maar dat zal nog even duren. Ik ben erg benieuwd naar het oordeel van de Hoge Raad in de zaak 2016–85. Ik hoop dus dat het OM de zaak niet alleen onderzoekt maar ook aan de rechter gaat voorleggen. Wat betreft cassatie in het belang der wet, mag ik u wijzen op de, althans bij mij, vorige week verschenen feestbundel van de NVVE 15 jaar euthanasiewet. Daarin staat een zeer gedetailleerd betoog van de jurist Tim Vis, die – je kunt het oneerbiedig zeggen maar ik zal het eerbiedig zeggen – alle argumenten voor cassatie in het belang der wet onderuithaalt. Dus lees de NVVE-bundel met dit betoog.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kijk ik naar de vraag van mevrouw Dik-Faber aan de heer Kohnstamm: hoe wegen de RTE's het begrip «uitzichtloosheid» bij complexe gevallen van euthanasie?

De heer Kohnstamm:

Ik meen dat ik al geprobeerd heb om daar een eerste antwoord op te geven. We gaan te rade bij de melding van de arts. Uiteraard kijken we daarbij ook heel zorgvuldig naar wat de SCEN-arts over de casus heeft gemeld. Het gaat dus om die twee feiten. Als de arts en de SCEN-arts – veelal niet samen maar apart, los van elkaar – tot de conclusie zijn gekomen dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, volgen we in beginsel die redenering, tenzij er, tussen aanhalingstekens, een «niet-pluisgevoel» ontstaat over onderdelen van de redenering waarom zij tot die conclusie zijn gekomen. «Niet-pluisgevoel» zet ik steeds tussen aanhalingstekens, want ik vind het een heel raar woord, maar dat woord wordt in het jargon nou eenmaal gebruikt. In onze oordelen volgen wij daarmee, tenzij afwijkend, de redenering zoals die door arts en SCEN-arts is gerapporteerd.

De voorzitter:

Mevrouw Dik heeft daar een aanvulling op.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ja, een aanvullende vraag. Ik merk dat de Regionale Toetsingscommissies uiteraard naar eer en geweten hun werk doen, maar dat ze ook afhankelijk zijn van de informatie die de arts aanlevert. Dat is natuurlijk ook logisch door de met elkaar afgesproken werkwijze, maar u gaf zojuist ook aan dat dat niet-pluisgevoel er soms niet is omdat wij de informatie niet krijgen van de artsen, bijvoorbeeld als – ik weet even niet welke woorden ik moet gebruiken – een slaapmiddel of medicatie wordt gebruikt. Zou het de toetsing zorgvuldiger maken als u die informatie wel hebt?

De heer Kohnstamm:

Dat is echt een vreselijk ingewikkelde vraag, want dan zal eerst het antwoord gegeven moeten worden op de vraag of premedicatie onderdeel uitmaakt van het euthanaserend handelen. Mogelijk gaat dat antwoord nu gegeven worden langs een strafzaak, die mogelijk op komst is. Er zijn mensen die redeneren – dit is geen keuze; ik noem de twee redeneringen die gevolgd worden – dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring, waarbij blijkt dat de betrokkene inderdaad diep dement is en ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, de overige zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn en zowel de arts als de SCEN-arts zeggen dat dat het geval is, het aan de arts is om die euthanasie vervolgens zorgvuldig ten uitvoer te leggen. Dan kan het onder omstandigheden zo zijn dat premedicatie daarvoor wenselijk en noodzakelijk is. De andere kant is verwoord met «heimelijk», «stiekem» en wat dies meer

zij. Daar ben ik heel ongelukkig over, want ik wil toch even zeggen dat die woorden totaal onrecht doen aan de wijze waarop de arts de zaak in 100% van de gevallen ter hand heeft genomen. Daar is niets heimelijks of stiekems bij. De arts meende dit te mogen en moeten doen om het zorgvuldig ten uitvoer te kunnen leggen. Het verhaal is ingewikkeld, maar dit is wel een onderdeel van de afweging die ook wij natuurlijk hebben te maken. De commissie heeft begin dit jaar gezegd dat zij twijfelt over het antwoord op de vraag of die premedicatie daadwerkelijk toegediend had mogen of moeten worden. Bij twijfel vindt de commissie dat zij het eerder als «onzorgvuldig» moet beoordelen dan dat zij het als het ware toch maar goedvindt. Zo is deze zaak aan het rollen geslagen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter, ik heb nog een aanvullende en informatieve vraag op dit zelfde punt.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang, mijnheer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik begrijp toch niet helemaal waarom het zo ingewikkeld is om te zeggen: we verwachten dat die informatie ook gegeven wordt over de wijze waarop de euthanasie toegepast is. Als dat relevant is, en kennelijk is dat relevant omdat u het ook in uw oordeelsvorming betrokken heeft, dan ligt het toch ook voor de hand dat daarover openlijk informatie gegeven wordt, net zoals over de vraag of al dan niet een patiënt tegenstribbelde? Dat is relevante informatie om vervolgens te kunnen toetsen.

De heer **Kohnstamm**:

Onder artsen vindt thans discussie plaats over de vraag of premedicatie een onderdeel is van het ten uitvoer leggen van de euthanasie en of dat past in de zorgvuldigheidscriteria. Als je besluit dat het wel degelijk een relevant feit is, dan moet dat gemeld worden. Maar dat is nu juist precies het punt dat in discussie is. Wat moet een arts melden? De arts moet melden dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en moet dat ook beredeneren. Hij moet daarover dan alle gegevens verstrekken die noodzakelijk zijn voor de toetsingscommissie om het te beoordelen. De arts moet bovendien melden of hij langs de richtlijn voor de tenuitvoerlegging van euthanasie volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de euthanasie ten uitvoer heeft gelegd. Dat zijn de punten die in ieder geval gemeld moeten worden. Die premedicatie is nu precies een punt van discussie, waarbij sommigen vinden dat het absoluut gemeld moet worden en anderen vinden dat het geen onderdeel uitmaakt van de toetsing van de toetsingscommissie als zodanig, omdat het niet een zorgvuldigheidseis is en niet behoort tot de zorgvuldige tenuitvoerlegging zoals beschreven in de richtlijn van de KNMG, maar dat het in de voorfase daarvan plaatsvindt. Ik zie u zuchten en kijken – dat doe ik ook – maar dit is de situatie zoals die zich voordoet. Dus wat moet de arts melden? Zoals gezegd, dat er zorgvuldig gekeken is naar alle zorgvuldigheidseisen en dat daaraan is voldaan, dat er een SCEN-arts is geraadpleegd en dat volgens de KNMG-richtlijn de euthanasie ten uitvoer is gelegd. Dat is wat de arts in ieder geval volgens de wet moet melden. En al het andere misschien wel of misschien niet, maar dat hangt ervan af of je het beoordeelt als een onderdeel van de euthanasie of dat het een andere aangelegenheid is.

De **voorzitter**:

Mijnheer Chabot, kort.

De heer **Chabot**:

Twee puntjes over het niet-pluisgevoel. We hebben in februari 2012 op vier pagina's van de NRC kunnen lezen hoe een euthanasie bij een diep demente is uitgevoerd, waarbij bleek dat met opzet in dat geval door de echtgenoot slaapmedicatie was toegediend en de huisarts daarvan wist. Dus als dat al in 2012 in de krant stond, dan zou je zeggen dat de artsen in de toetsingscommissie toch alert hadden moeten zijn bij andere gevallen die daarna plaatsvonden, in de zin dat er wellicht iets vergelijkbaars is gebeurd dat niet gemeld is. Overigens wil ik de arts daarbij wel excuseren. Want de arts beseft dat die iets doet om dwang toe te passen, dat er geen verzet komt en voelt op z'n water aan dat hij daarmee zijn nek in een strop zou kunnen steken en zegt dat dan niet. En wat als de toetsingscommissie die de zaak voor zich heeft, niet expliciet vraagt hoe hij dat dan precies gedaan heeft voordat hij aankwam of toen hij aankwam? Is er geen terugtrekreactie geweest of zat de patiënt alleen maar te dommelen? Als dat allemaal niet gevraagd is door de toetsingscommissie in het geval van euthanasie bij gevorderde dementie, dan kun je je nu niet beroepen op het feit dat dit door artsen is verzwegen, want natuurlijk verzwijgen artsen dit soort dingen. Dat is een.

Verder wil ik nog even citeren uit de derde evaluatie van de euthanasiewet. Ik heb de precieze pagina nu niet voor mij, mijnheer Kohnstamm, maar ik kan er wel uit citeren, namelijk dat heimelijk – dat woord is door de onderzoekers gebruikt, en hebt u het daar dan nooit met de heer Legemaate over gehad? – euthanasie verlenen al vaker is gebeurd, maar door de RTE niet is geproblematiseerd.

De **voorzitter**:

Dat hebt u eerder aangegeven. Dank u wel. Mevrouw Vervoort wil graag even reageren. U krijgt hier namelijk ook mee te maken, denk ik.

Mevrouw **Vervoort**:

Ik krijg er als forensisch arts mee te maken, tenminste, wij als forensisch artsen krijgen ermee te maken. Nu hebben we als forensisch artsen niet duidelijk in de richtlijn opgenomen dat het expliciet gevraagd moet worden, maar als ik naar mijn eigen praktijk kijk, vragen we altijd aan de arts die de melding doet hoe het proces is verlopen. Op het formulier is ook de vraag opgenomen: kunt u mij laten zien welke middelen u gebruikt heeft? Dan wordt ook altijd de vraag gesteld: heeft u ook nog andere middelen gebruikt? In dat opzicht is dat wellicht iets wat explicieter dan nu het geval is, aan de toetsingscommissie overgebracht kan worden. Pratend over mijn eigen praktijk: als ik merk dat een middel bijvoorbeeld niet als slaapmedicatie gebruikt is, vraag ik of men dat op het formulier wil vermelden. Ik heb eigenlijk nog geen enkele arts in mijn praktijk meegemaakt die zegt: dat doe ik niet of dat wil ik niet. Dus ik ben eigenlijk een beetje verrast door het stellen dat er iets geheimzinnigs of stiekems gebeurt door de artsen die ik in mijn praktijk meemaak.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Mevis.

De heer **Mevis**:

Er zijn meer punten te noemen waarbij onduidelijk is wat artsen wel of niet moeten melden. Dat is niet heimelijk verzwijgen maar dat is een soort onduidelijkheid. En er zijn meer van die punten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er was nog een vraag van de heer Rutte aan de heer Otte over de commissie-Schnabel. Wat mag er eigenlijk wel en wat niet?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ja, en of dat in een vervolgingsrichtlijn wat meer zo kunnen worden opgehelderd, vooraf, in plaats van dat we het achteraf prejudicieel moeten toetsen en we het de rechter moeten vragen, dan wel of we het via cassatie in het belang van de wet zouden moeten doen. Het OM heeft een eigenstandige bevoegdheid en zou wellicht wat licht in de duisternis kunnen scheppen. Ik ben daar benieuwd naar.

De heer **Otte**:

Nou, er is genoeg licht hier, maar ik zal het toch proberen. De eerste die moet spreken is de wetgever. Daarna komt pas de derde staatsmacht en daartussen zit het Openbaar Ministerie om de wetgeving die er ligt te handhaven. Het is maar zeer de vraag of de wetgever nader kan preciseren wat mag en wat niet mag. Dan is natuurlijk wel de vraag hoe je met bestaande wetgeving dan toch kan proberen de discussie, de onrust, de rechtsvragen die er zijn onder artsen en onder de bevolking in het algemeen, te stillen, tot rust te laten komen. Het Openbaar Ministerie heeft op dit punt niet stilgezeten en ook wel septs gegeven, waarbij onder voorwaarden de arts niet wordt vervolgd. Daar gaan we het komende jaar ook iets meer aandacht aan besteden om dat te publiceren. Er is overleg met de RTE en uiteraard ook met de IGJ.

Daarnaast is er iets wat vandaag nog niet genoemd is en dat is de vraag wat de rol van de rechter hierin is. Tot nu toe heeft de rechter in twee kwesties een oplossing geboden. Dat is ten eerste euthanasie bij fysiek lijden en ten tweede euthanasie bij psychiatrisch lijden. Daarna is dat debat voor een heel groot deel gestild. Het valt mij op in het laatste jaar maar ook in het algemeen dat het lijkt alsof het strafproces melaats, besmet is. Tot nu toe zie ik alleen maar heel veel rimpelingen in columns, in de berichtgeving in kranten, in de politiek en in de Tweede Kamer, wat uiteindelijk geen soelaas kan bieden. De enige die in dit land op dit punt richtinggevend kan zijn en de samenleving kan richten, zoals dat al pakweg 4.000, 5.000 jaar gaat, is de rechter en niemand anders. Dus wanneer de wet niet nader kan preciseren, dan kan dat ook maar zeer ten dele via een instructie of via een aanwijzing, ondanks dat die een halfjaar geleden preciezer en helderder is geworden dan die was.

Op het moment dat je zegt dat de rechter dat zou moeten doen, is de vraag wat dan de rol is van het Openbaar Ministerie dat als toegang heeft te gelden naar die rechter. Dat moet in eerste instantie een terughoudende rol zijn, want veel moet worden overgelaten aan de beroepsgroep. Dus in die zin wordt in het algemeen ook weleens gezegd dat het een ultimimum-mediumrol is, maar die duiding laat ik nu rusten. Maar wat nu als die precisering, die helderheid voor de beroepsgroep en voor de bevolking er niet is en niet komt? Zou dat dan moeten via cassatie in het belang der wet? Daarvan heb ik al gezegd dat dit niet kan in het bestaande systeem. Ik hecht er toch ook wel aan om nog eens tot uitdrukking te brengen dat het strafproces misschien iets van naming-and-shaming in zich heeft en ook een deformerend karakter heeft voor velen, wat dit overigens niet voor mij heeft. In een zitting, in een strafproces kan full dressed alle discussie plaatsvinden die er moet plaatsvinden tussen deskundigen die opgeroepen worden; niet in het kabinet rechter-commissaris of raadsheer-commissaris, maar in de zittingszaal, zoals dat bij grote processen vaker plaatsvindt. Wij hebben het hier over heel belangwekkende maatschappelijke vragen die tot ver in het buitenland enorme aandacht vragen. Wat is er in z'n algemeenheid mis mee – we weten nog niet eens of er in de laatste zaak tot een vervolging zal worden besloten – om via de straf-rechter helderheid te verschaffen op een wijze die de arts niet deformeert, niet beschadigt, maar die wel de rechtsvraag in volle omvang, in volle glorie, tot bloei laat komen opdat er helderheid komt, zoals die er in het verleden voor de eerste twee categorieën is gekomen?

Dat maakt dat ik om die reden ook wel meen dat het debat voor een deel – ik bedoel niet zozeer het debat van vandaag, maar het debat in het algemeen – langs de kwestie gaat. Op het moment dat we met deze grensverleggende, maatschappelijke vragen te maken hebben, is het van belang dat de beroepsgroep zich wil laten toetsen, dus dat de meldingsbereidheid groot blijft. Ten tweede moet de arts er ook niet tegenop zien om in een kwestie van leven en dood, een kwestie waarin er een zeer ingrijpende beslissing is genomen, zich te verantwoorden in uitzonderlijke gevallen. Daar hebben we het over, want het meeste verloopt via de RTE op een uitstekende wijze. Drie: die verantwoording vindt niet plaats op een wijze die sommigen misschien voor ogen hebben door de beelden van het strafproces van weleer. Het gebeurt in de openbaarheid en misschien kan die verantwoording het maatschappelijke debat doen luwen.

Dat maakt dat ik zelf denk dat we nu aan de vooravond staan van twee heel grote ontwikkelingen. Het fysieke lijden hebben we achter de rug, over het psychiatrisch lijden is cassatierechtspraak ontstaan. Wat geriatrisch lijden en de kwestie van voltooid leven betreft: hoe dat gaat lopen in de nabije toekomst weten we niet, maar het Openbaar Ministerie zal daarin de rol vervullen die het hoort te vervullen. Wat de bestaande en de komende politieke ontwikkelingen zijn, is totaal irrelevant. We hebben te maken met 293 en 294 Wetboek van Strafrecht en het OM zal op dat punt niet schromen om zijn handhavende taak te vervullen wanneer dat nodig is. Uw vraag is of het OM geen richting moet geven. Dat doen we met wat andere aanwijzing, dat doen we met een opsporingsonderzoek waar we dat lang niet hebben gedaan en dat doen we door meer naar buiten te treden dan we tot nu toe hebben gedaan. Dat hadden we misschien wat eerder kunnen doen, dat kan. Maar het debat zoals dat zich tot nu toe dit jaar heeft afgespeeld, is nog niet eerder zo in volle reuring in de openbaarheid gekomen als nu het geval is.

De voorzitter:
Mijnheer Mevis?

De heer Mevis:

Mag ik daar een punt aan toevoegen? Ik ben het op zichzelf eens met de benadering. Het hele toetsingsmodel is een strafrechtelijk toetsingsmodel. Op zichzelf eens. Het Openbaar Ministerie is ook in staat om het verdergaande onderzoek te doen dat de toetsingscommissie niet doet. Eens dus. Dat betekent goed kijken in welke gevallen het strafrecht een functie kan hebben ...

De heer Otte:
In uitzonderlijke gevallen!

De heer Mevis:

Precies. Maar die uitzonderlijke gevallen moet je goed selecteren. Alleen, en dat is dan de consequentie, het uiteindelijke selectie criterium is dan niet: zorgvuldig of onzorgvuldig. Dat betekent dat er ook ruimte is voor het OM om te kijken of in het geval dat de toetsingscommissie als «zorgvuldig» beoordeelt, toch strafvervolg ingesteld moet worden. Dat is ook een zekere ingang op de heer Chabot. Ik voel me niet uw opponent – u gebruikte dat woord, mijnheer Chabot – maar dat is dan wel de consequentie. Dat kan, juridisch is daar niets op tegen. Dat is exact de verhouding nu. Op zichzelf ben ik het dus eens, maar ik wilde dit wel toevoegen, want dat is wel een belangrijke consequentie.

De voorzitter:
Dank u wel. De heer Kohnstamm.

De heer **Kohnstamm**:

Ik kan het verhaal van Rinus Otte woord voor woord onderschrijven. Ik wil niet zeggen dat er een addertje onder het gras zit, maar er is wel een dingetje. De vragen die nu sinds anderhalf jaar heel erg spelen zijn ingrijpende rechtsvragen, waarbij wij in eerste instantie geroepen zijn om erover te oordelen, waarna het OM en de IGJ er iets over zeggen, los van de vraag of het «zorgvuldig of onzorgvuldig» gebeurde. In beide gevallen vind ik dat als wij een interpretatie geven van de wet in een concrete casuspositie, wij in eerste instantie degenen zijn die de interpretatie moeten geven en de zaak moeten beoordelen. Daarna komt het bij jullie, zal ik maar zeggen. Wat ik enigszins problematisch vind, en dat was de reden dat ik zo enthousiast was over het idee van Paul Mevis, namelijk cassatie in het belang der wet, is het volgende. Het gaat om de enkele rechtsvraag eens in de vijf of tien jaar ten detrimente van een individuele arts, die in goed vertrouwen heeft gemeend te moeten en te mogen doen krachtens de wet wat hij heeft gedaan en daarbij kennelijk iets niet helemaal goed heeft gedaan. Of een en ander heeft aanleiding gegeven tot een nieuwe rechtsvraag. Die rechtsvraag beantwoorden in een strafzaak is overigens heel gebruikelijk; dat komt vaker voor. Maar in dit conglomeraat gebeurt het ten detrimente – zo zal het toch worden ervaren – van de arts, hoezeer ook met fluwelen handschoenen door het OM aangepakt. Ik weet dat dat gebeurt en dat dat ook de insteek is. Een arts zal het zwaard van Damocles boven zijn hoofd voelen hangen gedurende vaak drie jaar. Het voelt niet helemaal goed om dat die arts aan te doen.

Tegelijkertijd moet die rechtsvraag wel beantwoord worden. Ik vind dat de wet zoals die is – ik ben het helemaal eens met de evaluatiecommissie – goed functioneert en dat de abstracte normen in de wet noodgedwongen abstract zijn en moeten blijven. Anders wordt het een zooi, zal ik maar zeggen. De interpretatie daarvan hoort uiteindelijk bij de Hoge Raad te liggen, in uiterste instantie. Mijn vraag is steeds: zou het mogelijk zijn om de bevoegdheid bij het OM integraal te laten? Dat wil dus zeggen dat op het moment dat een arts iets heeft gedaan waarvan je in redelijkheid zegt dat hij of zij het nooit zo had mogen doen, een strafzaak de voor de hand liggende oplossing is. Als er een rechtszaak speelt die maatschappelijk veel reuring teweegbrengt en die relevant is, nieuw, zou ik geneigd zijn om te zeggen: laat de arts eruit en probeer te kijken naar een methode waardoor je direct gezaghebbend een oordeel over het oordeel van de RTE kunt vragen bij de Hoge Raad. Dat is de redenering die ik ook in antwoord op eerdere vragen heb gegeven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik kijk naar de klok. We zijn door onze tijd heen. Ik geef u zoals in elke ronde graag de gelegenheid om, als u daaraan behoefte heeft, nog een laatste opmerking te maken over iets dat is blijven liggen of waarop u nog een keer de nadruk wilt leggen. Ik begin bij de heer Kohnstamm.

De heer **Kohnstamm**:

Geen inhoudelijke opmerking. Ik heb hier de hele dag gezeten en het was een indringende discussie over euthanasie. In geen enkel ander land kan zo'n discussie in een politieke setting gevoerd worden zonder een onvertogen woord; hulde daarvoor!

De heer **Otte**:

Twee opmerkingen nog. Het aantal euthanasiegevallen stijgt volgens mij bijzonder snel. In die zin ondersteun ik het pleidooi van de heer Kohnstamm om als Openbaar Ministerie het werk te doen wat het moet doen. Twee. Zoals ik in mijn inleiding al zei, denk ik dat de toetsing misschien nog eens aan een nadere studie kan worden onderworpen: wat past nou in een tijd als deze? Alleen, het pleidooi dat ik in mijn laatste

opmerkingen heb willen houden, was dat het strafrecht in het algemeen en het Openbaar Ministerie in het bijzonder, de feitenrechter en de strafrechtspraak nog meer in het bijzonder, niet iets is wat te makkelijk moet worden uitgesloten voor beroepsgroepen. Want alles wat te maken heeft met beroepsuitoefening, of het nu gaat om de luchtvaart of om medici, is aan het gewone recht onderworpen, ondanks dat het ogenschijnlijk heel lang heeft geleken alsof dat misschien niet het geval was de laatste jaren.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Diemen.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

In het vertrouwen ligt de basis voor dit hele traject. Ik denk dat dat begrip vastgehouden moet worden, elke keer weer als het gaat om de wijze waarop artsen met betrokkenheid en inzet vanuit hun professionaliteit daaraan een invulling geven. Dat is ook de ervaring die we vanuit de inspectie eigenlijk in al deze zaken hebben gehad.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Vervoort.

Mevrouw Vervoort:

Mijn voorgangers gehoord hebbende, sluit ik me aan bij hun mening.

De voorzitter:

Mijnheer Mevis.

De heer Mevis:

Kort. Heel veel discussiepunten kunnen discussiepunt worden binnen de bestaande wetgeving. Dat moeten we ook vooral doen. Verkenning van cassatie in het belang der wet staat daar inderdaad los van. Dat zijn twee verschillende dingen. Het is altijd en-en, het een sluit het ander niet uit. Dat is in veel van deze discussies het geval.

De voorzitter:

Dank u wel. Mijnheer Buijsen.

De heer Buijsen:

Ik heb met veel belangstelling naar het voorlaatste betoog van het Openbaar Ministerie zitten luisteren. Ik heb de heer Otte horen zeggen: de eerste die moet spreken, is de wetgever. Dat was het eerste wat hij zei. Vervolgens kwamen er een hoop praktische argumenten om de allerbelangrijkste rechtsvraag die eraan zit te komen, namelijk hoe smal een ouderdomsaandoening mag zijn, aan de rechter over te laten. Dat lijkt mij principieel onjuist.

De voorzitter:

Er begint bijna weer een heel nieuwe discussie. Mijnheer Chabot, ten slotte.

De heer Chabot:

Ik denk dat ik de enige in de zaal ben die drie jaar lang een volledige rechtsgang heeft doorgemaakt. Het heeft mij niet belast om twee redenen. Ten eerste omdat ik in geweten stond achter wat ik had gedaan, ook al zou ik het onder de nieuwe omstandigheden nu niet meer doen. Ten tweede omdat de NVVE zo vriendelijk was om alle kosten van de procesgang te betalen, anders had het mijn hele leven behoorlijk geruïneerd. Ik hoop – dat is mijn slotzin – dat er nog artsen zijn die in geweten hun fundamentele zaak volledig melden, ook de wijze waarop ze die hebben

uitgevoerd, en dat zij dan in geweten niet belast worden, want dat is helemaal niet nodig. Ik ben uiterst correct behandeld door het Openbaar Ministerie.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we gekomen aan het einde van deze lange dag van rondetafelgesprekken. Ik wil u buitengewoon hartelijk danken. U was het laatste blok, maar we hebben toch weer op het puntje van onze stoel gezeten. Het was voor de commissie heel waardevol om u gesproken te hebben. Ik dank u daarvoor en ik wens u een goede reis naar huis. Ik dank uiteraard ook de collega's. We gaan hiermee aan de slag. Ik dank ook het publiek op de publieke tribune, want u hebt ook een lange dag meegeemaakt. Ik wens u allen een goede thuisreis.

Sluiting 15.53 uur.