

Vergaderjaar 2007–2008

31 036

Evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Nr. 2

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE MINISTER VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 november 2007

Het kabinet heeft in de beleidsbrief Ethiek¹ zijn visie over medisch ethische kwesties uiteengezet. In deze brief geeft het kabinet specifiek zijn standpunt op de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl). Het evaluatierapport is u op 10 mei van dit jaar toegezonden².

In 2005 heeft de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mevrouw Ross-van Dorp de opdracht gegeven de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding te evalueren³. Het betreft de eerste evaluatie sinds de inwerkingtreding van de wet. Doel van de evaluatie was inzicht te geven in de ontwikkelingen in de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde en in de doeltreffendheid en neveneffecten van de Wtl. Het praktijkonderzoek is voor een groot deel vergelijkbaar met eerdere grootschalige onderzoeken in 2001, 1995 en 1990⁴.

De algemene conclusie van het evaluatierapport is dat de Wtl adequaat werkt. De doelen, die bij de totstandkoming van de wet werden beoogd, worden in hoge mate bereikt.

De evaluatie geeft daarom geen aanleiding tot substantiële aanpassingen in het beleid. Toch blijven er belangrijke punten van aandacht zoals de kennis van artsen van de wet en van toe te passen middelen, de mate waarin instellingen beleid formuleren ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek⁵ en de mate waarin die instellingen dat beleid communiceren naar hun medewerkers. Daarom zal het kabinet nog meer inzetten op goede informatie, scholing en voorlichting.

De wet en de praktijk

Achtergrond

Met de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 is de strafbaarstelling van

¹ Kamerstuk 30 800 XVI, nr. 183.

² Kamerstuk 31 036, nr. 1.

³ De opdracht is verstrekt aan ZonMw en het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van het Vrije Universiteit medisch centrum, AMC/Universiteit van Amsterdam, Erasmus MC, en het Universitair Medisch Centrum Utrecht in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek.

⁴ Van der Wal, G. c.s., 2003, Medische besluitvorming aan het einde van het leven, Utrecht: de Tijdstroom; Van der Wal, G. & Van der Maas, P.J., 1996, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag: Sdu Uitgevers; Van der Maas, P.J., Van Delden, J.J.M. & Pijnenborg, L., 1991, Medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag: Sdu Uitgevers.

⁵ Waar levensbeëindiging op verzoek of euthanasie wordt genoemd, wordt ook bedoeld hulp bij zelfdoding.

levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding opgeheven voor de arts die handelt overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, zoals in deze wet zijn vastgelegd.¹ Tegelijkertijd werd in het Wetboek van Strafrecht een bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen voor de arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en die daarbij voldoet aan bepaalde zorgvuldigheidseisen. Overigens kan de arts zich slechts op deze bijzondere strafuitsluitingsgrond beroepen, als hij of zij dit handelen meldt. Dit maakt toetsing achteraf mogelijk. De wet voorziet in deze toetsing door middel van regionale toetsingscommissies, die door de overheid zijn ingesteld.

De zorgvuldigheidseisen zoals in de wet geformuleerd vormen de basis voor een toetsingskader voor artsen, juristen en ethici. Kern daarvan is dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen moet zijn, en dat het lijden van de betrokkene uitzichtloos en ondraaglijk is.

De arts wordt de verantwoordelijke taak toevertrouwd om het verzoek om levensbeëindiging te beoordelen en deze – mits aan de criteria is voldaan – zorgvuldig uit te voeren. De arts draagt hiervoor tevens de juridische verantwoordelijkheid. Bij levensbeëindiging op verzoek staan dan ook de zorgvuldigheid van besluitvorming, procedure en uitvoering centraal.

Doelbereiking van de wet

De wetgever heeft met de totstandkoming van de wet een aantal doelen voor ogen gehad.

Ten eerste het vergroten van de rechtszekerheid van artsen. Bij rechtszekerheid gaat het om duidelijkheid over wat de wet zegt en om wat men aan controle, handhaving en sanctionering kan verwachten. Van belang is hoe de rechtszekerheid en de voorspelbaarheid van het systeem door artsen wordt ervaren. Uit het onderzoek blijkt dat het merendeel van de artsen en artsenorganisaties de rechtszekerheid toegenomen vindt. Dit heeft een positief effect op de meldingsbereidheid en dus op de toetsbaarheid van de meldingen.

Dit laatste hangt nauw samen met het tweede doel van de wet: transparantie van de praktijk en maatschappelijke controle. Het meldingspercentage is hiervoor een indicatie. Dit percentage is aanzienlijk gestegen van 54 procent in 2001 tot 80 procent in 2005 naar schatting van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Positief voor transparantie en maatschappelijke controle zijn de jaarverslagen van toetsingscommissies en de publicatie van geanonimiseerde oordelen op de website.

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

Afname aantal gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Opvallend is de bevinding in het praktijkonderzoek dat levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in 2005 ten opzichte van 2001 en 1995 sterk is afgenomen. De daling hangt volgens de onderzoekers onder meer samen met een daling van het absolute aantal sterfgevallen. Bovendien was het aandeel van mensen boven de tachtig (de leeftijdsgroep waarin levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding relatief weinig voorkomen) daarin juist groter.

Een andere oorzaak voor de afname wordt gezien in de toename van

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 26 691, nr. 3.

andere methoden om de symptomen en klachten van patiënten in de laatste levensfase te bestrijden, zoals diepe continue sedatie. Diepe continue sedatie is een vorm van palliatieve sedatie. De daling van het aantal gevallen van levensbeëindiging op verzoek komt volgens een meerderheid van de artsen mede door de verbetering van palliatieve zorg. Dat zou betekenen dat sommige verzoeken om levensbeëindiging door het bieden van goede palliatieve zorg niet (meer) worden gedaan.

Palliatieve zorg, palliatieve sedatie en euthanasie

In deze paragraaf wordt ingegaan op palliatieve zorg en palliatieve sedatie en de wijze waarop deze begrippen zich verhouden ten opzichte van levensbeëindiging op verzoek. Daarnaast wordt antwoord gegeven op de vraag wat naar de mening van het kabinet het criterium uitzichtloos lijden alsmede het criterium geen redelijke andere oplossing betekenen in relatie tot pijnbestrijding voor de euthanasiewetgeving¹.

Palliatieve zorg betekent ondersteuning van patiënten in de terminale fase van hun leven op de vier essentiële domeinen van het leven, namelijk het lichamelijke, psychische, sociale en spirituele domein. Pijnbestrijding is daar een onderdeel van. In juni van dit jaar heeft het kabinet zijn visie op de palliatieve zorg uiteengezet². De wijze waarop het kabinet de palliatieve zorg verder zal stimuleren, wordt dit najaar in een plan van aanpak aan de Kamer gepresenteerd.

Palliatieve sedatie is een normaal medische handeling, die deel uitmaakt van palliatieve zorg. In de richtlijn palliatieve sedatie van de KNMG (2005) luidt de definitie: «het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase». De richtlijn onderscheidt twee vormen van palliatieve sedatie, waarbij de maatschappelijke en politieke discussie zich toespitst op diepe continue sedatie³. Die vorm van palliatieve sedatie is geïndiceerd als een patiënt lijdt aan refractaire, te weten onbehandelbare, symptomen en een levensverwachting heeft van maximaal twee weken. Dat betekent dat de patiënt die op korte termijn – naar verwachting binnen twee weken – zal komen te overlijden en aan niet op andere wijze te verlichten symptomen lijdt, in diepe slaap wordt gebracht tot hij of zij op natuurlijke wijze sterft. Bij de keuze of vocht en voeding wordt toegediend, zal de arts mede de medische zinvolheid hiervan afwegen. Tussen palliatieve sedatie en euthanasie bestaan belangrijke verschillen⁴. Zo is palliatieve sedatie een vorm van normaal medisch handelen, terwijl euthanasie is ingebed in een wettelijk kader, gebonden aan wettelijke zorgvuldigheidscriteria en een meldplicht. In tegenstelling tot levensbeëindiging op verzoek, wordt bij palliatieve sedatie het lijden verlicht door verlaging van het bewustzijn, is er geen levensverkortend effect en is de sedatie in principe omkeerbaar.

Tot de zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindiging op verzoek behoort de uitzichtloosheid van het lijden. Palliatieve zorg, waaronder pijn- en symptoombestrijding, kan de uitzichtloosheid van het lijden niet weg nemen, omdat die, zo stelt ook het evaluatieonderzoek, naar medisch inzicht geen zicht biedt op verbetering.

Palliatieve zorg kan, afhankelijk van de situatie van de patiënt, wel bijdragen aan het verminderen van de ondraaglijkheid van het lijden. Een van de vragen die de arts daarom in overleg met de patiënt moet beantwoorden is of een palliatieve behandeling de ondraaglijkheid van het lijden kan verlichten. De vraag of palliatieve sedatie een redelijke andere oplossing is voor een individuele patiënt, kan slechts aan de orde zijn bij een levensverwachting van maximaal twee weken en refractaire symptomen. Palliatieve sedatie is dan niet zonder meer een redelijke andere oplossing in de zin van de wet.

¹ Handelingen 2006–2007, nr. 45, Tweede Kamer, p. 2656 & p. 2707.

² Kamerstukken II, 2006/07, 29 509, nr. 17.

³ De andere vorm van palliatieve sedatie is kortdurende, tijdelijke sedatie.

⁴ Naar: Broeckaert, B. Palliatieve zorg en euthanasie: alternatieven? In: Adams, M., Griffith, J., Hartog, G. den. Euthanasie nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Kok-Kampen, 2003.

De arts zal de palliatieve mogelijkheden met de patiënt bespreken en komt dan tot de overtuiging of er voor de situatie waarin de patiënt verkeert wel of geen redelijke andere oplossing is. Een verzoek om levensbeëindiging kan immers alleen worden ingewilligd als dit voor de patiënt de enig overgebleven oplossing is.

Naleving van de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie

De komst van de richtlijn van de KNMG heeft de praktijk duidelijkheid geboden ten aanzien van palliatieve sedatie. De richtlijn biedt een adequaat handvat voor artsen om te beoordelen of palliatieve sedatie is geïndiceerd en hoe de sedatie medisch zorgvuldig kan worden uitgevoerd. Indien een arts zich niet voldoende bekwaam acht om die beoordeling te maken, vindt het kabinet het belangrijk dat hij of zij een beroep doet op één van de palliatieve consultatieteams voor specialistisch advies of anderszins advies inwint.

Het kabinet acht het van belang dat artsen de KNMG-richtlijn naleven. In het veld zijn door instellingen en verscheidene organisaties op het terrein van de palliatieve zorg reeds diverse initiatieven ontplooid om artsen en verpleegkundigen bekend te maken met de richtlijn en de toepassing daarvan. Het signaal¹ bestaat echter dat vooralsnog de richtlijn niet in alle gevallen op alle punten wordt opgevolgd. Daarom bespreekt het kabinet met de KNMG hoe in samenwerking met diverse partijen de implementatie van de richtlijn verder kan worden gestimuleerd. Ook zijn het ErasmusMc en het VUmc gestart met een onderzoek naar de naleving van de KNMG-richtlijn door artsen.

Meldingsbereidheid van artsen

De bereidheid van artsen om te melden is significant toegenomen. Dit blijkt onder meer uit het meldingspercentage, dat is gestegen tot 80 procent. Echter ook de reden waarom artsen niet melden geeft een indicatie voor de meldingsbereidheid van artsen. De belangrijkste reden voor niet-melden is namelijk dat de arts de betreffende handelwijze niet beschouwt als levensbeëindigend handelen. Wanneer artsen hun handelen inderdaad beschouwden als levensbeëindiging op verzoek, gebruikten zij in bijna alle gevallen de aangewezen euthanatica². Wanneer zij deze middelen gebruikten, meldden zij zelfs in 99 procent van de gevallen, aldus de onderzoekers.

Bij de twintig procent van de gevallen, waarbij de arts zijn of haar handelen niet beschouwde als levensbeëindiging op verzoek, en daarom niet meldde, waren morfine en sedativa de meest gebruikte middelen, zo blijkt uit het onderzoek. In deze gevallen gaf de arts aan dat het overlijden het gevolg was van het toedienen van een middel op verzoek van de patiënt, maar dat hij het desalniettemin niet als euthanasie beschouwde. De onderzoekers wijzen erop dat het niet zeker is of in deze gevallen het levenseinde daadwerkelijk werd bespoedigd door de gebruikte middelen. Geconcludeerd kan worden dat door het vergroten van kennis over levensbeëindiging op verzoek en toepassing van de juiste euthanasie-middelen, het meldingspercentage mogelijkerwijs nog kan worden verhoogd.

In het volgende deel van de brief wordt een reactie gegeven op de aanbevelingen, die uit het evaluatieonderzoek voortvloeien.

Aanbevelingen

De onderzoekers komen tot de conclusie dat er weinig aanleiding is voor verandering in het beleid op het gebied van levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding en andere medische handelwijzen rond het

¹ PG-K-U-2 779 782.

² Zie ook: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP). Toepassing en bereiding van euthanatica. Den Haag: KNMP; 1998.

levenseinde. De aanbevelingen die mogelijke wetswijzigingen met zich mee brengen, zijn gericht op een optimalisering van de afstemming tussen wet en praktijk. Wat betreft de wet zelf zijn immers geen substantiële gebreken te melden, aldus de onderzoekers. Van een directe noodzaak tot wijziging lijkt derhalve geen sprake. Het kabinet zal de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding inderdaad niet wijzigen. Dit is conform het coalitieakkoord, waarin is afgesproken dat in deze kabinetsperiode met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek niet zal worden overgegaan tot wijziging van regelgeving of het toestaan van experimenten (bijvoorbeeld de pil van Drion). De onderzoekers zien wel aanknopingspunten om op onderdelen de werking van de wet in de praktijk te verbeteren. Daarvoor zet het kabinet zich dan ook in.

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

Regionale toetsingscommissies euthanasie

De vijf regionale toetsingscommissies euthanasie beoordelen jaarlijks ongeveer 2000 gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Zij gaan na of voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, zoals vastgelegd in de Wtl. Het oordeel «onzorgvuldig» wordt jaarlijks slechts in enkele gevallen gegeven. De onderzoekers verklaren dit vooral uit het feit dat artsen steeds beter weten hoe ze moeten handelen in geval van (een verzoek om) levensbeëindiging. De toetsingscommissies vroegen in circa zes procent van alle gemelde gevallen in 2005 om een nadere toelichting van de behandelend arts of consultant omdat er onduidelijkheid of twijfel bestond over één of meer zorgvuldigheidseisen. Het ging dan in de meeste gevallen over de eis van ondraaglijk lijden.

Uit het onderzoek blijkt dat het functioneren van de toetsingscommissies in het algemeen in overeenstemming lijkt met de bedoelingen van de wet. Volgens de onderzoekers verdient het desalniettemin aanbeveling dat de toetsingscommissies ook de kwaliteit van de eigen taakuitvoering bewaken, onder andere inzake het beoordelingsproces en de wijze van beoordeling van bepaalde aspecten van de zorgvuldigheidseisen. De regionale toetsingscommissies hebben, in het verlengde hiervan, aangegeven dat zij zich ervan bewust zijn dat frequente onderlinge afstemming noodzakelijk is om meldingen consistent te kunnen beoordelen. Daarvoor hanteren de commissies diverse instrumenten, zoals een voorzittersoverleg, bespreking met alle commissies in gevallen die potentieel als «onzorgvuldig» worden beoordeeld en het veelvuldig afstemmen door de secretarissen van de commissies.

Een tweede aanbeveling betreft het expliciet in de wet vastleggen, dat toetsingscommissies de mogelijkheid hebben een als «zorgvuldig» beoordeelde zaak toch in handen van de inspectie te geven. De toetsingscommissies beoordelen een melding met het oordeel «onzorgvuldig» of «zorgvuldig». Als het oordeel «onzorgvuldig» luidt, wordt deze doorgestuurd aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het kabinet ziet voldoende mogelijkheden voor de toetsingscommissie om een passend oordeel te geven voor individuele meldingen. Blijkens de interviews met de commissieleden kan men daar in het algemeen ook redelijk mee uit de voeten, aldus de onderzoekers. Bovendien vindt het kabinet het onwenselijk en mogelijk nadelig voor de rechtszekerheid van

artsen als een zaak beoordeeld wordt als zorgvuldig, maar desalniettemin wordt doorgestuurd naar de Inspectie. Wel vindt het kabinet dat een toetsingscommissie een tekortkoming, geconstateerd in de context van een melding, zoals een instellingsprotocol van lage kwaliteit, dient te melden bij de inspectie voor de gezondheidszorg. Duidelijk moet zijn dat de door de toetsingscommissies gesignaleerde onzorgvuldigheid geen betrekking heeft op de zaak als zodanig of de meldend arts.

Ten derde geven de onderzoekers aan dat het overweging verdient de zittingstermijn van de toetsingscommissies te beperken tot maximaal twee termijnen van vier jaar. Het regelmatig aantreden van nieuwe leden zou het risico van routinematige afhandeling kunnen verkleinen. Bovendien zou een wat kortere zittingstermijn meer in overeenstemming zijn met wat gebruikelijk is, aldus de onderzoekers.

Het kabinet steunt het voornemen de huidige zittingstermijn van maximaal tweemaal zes jaar te beperken tot maximaal twee termijnen van vier jaar. De toetsingscommissies zullen, conform het coalitieakkoord zonder wijziging van de wet, de aanbevolen zittingstermijnen in de praktijk brengen.

Ten slotte wordt door de onderzoekers aanbevolen meer ervaring op te doen met de database van gemelde gevallen, die geanonimiseerd worden gepubliceerd op de website van de toetsingscommissies. Publicatie bevindt zich in een spanningsveld tussen de anonimiteitswaarborg enerzijds en de informatieve waarde van de casuïstiek anderzijds. Volgens de onderzoekers verdient dit punt ook aandacht in de rapportages van de toetsingscommissies en bij toekomstige evaluaties.

Publicatie van de oordelen is in 2006 gestart, omdat transparantie van de toetsing van belang wordt geacht. In dat licht wordt de website waarop de gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek geanonimiseerd worden gepubliceerd, gecontinueerd. Het kabinet is het met de onderzoekers eens dat blijvend aandacht nodig is voor de waarborging van anonimiteit bij publicatie van de oordelen.

Openbaar Ministerie (OM)

Het OM ontvangt alleen de door de toetsingscommissies als «onzorgvuldig» beoordeelde gevallen. De onderzoekers geven aan dat de taakinvulling van het OM in overeenstemming is met de bedoelingen van de wet.

De aanwijzing van het College van procureurs-generaal¹ regelt de wijze waarop het Openbaar Ministerie onder de Wtl omgaat met gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In deze aanwijzing is onder meer vastgelegd hoe wordt omgegaan met geconstateerde onzorgvuldigheden op het gebied van de verschillende zorgvuldigheidseisen. In beginsel ligt vervolging in de rede wanneer de arts niet tot de overtuiging heeft kunnen komen dat de patiënt vrijwillig en weloverwogen tot zijn of haar verzoek is gekomen, wanneer niet boven enige twijfel is verheven dat er sprake was van uitzichtloos en/of ondraaglijk lijden en wanneer dat bijvoorbeeld door gebrekkige verslaglegging of consultatie niet kan worden vastgesteld. Bij gebreken in het handelen van de arts met betrekking tot de uitvoering wordt in de aanwijzing gesteld dat in het algemeen ander dan strafrechtelijk optreden zinvol is. Het is in die gevallen gewenst dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg optreedt.

Op regionaal niveau blijkt de wijze waarop het OM omgaat met een melding van levensbeëindiging op verzoek per parket te verschillen, aldus de onderzoekers. In veel regio's wordt het lichaam vrijgegeven als de lijkschouwer het OM per fax op de hoogte heeft gesteld. In andere regio's wil de officier van justitie de lijkschouwer zelf spreken. Daarom wordt

¹ «Vervolgingsbeslissingen inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (euthanasie en hulp bij zelfdoding)», Stcrt. 2007, 46.

aanbevolen een voor alle regio's uniforme beleidslijn op te stellen voor de wijze waarop het OM omgaat met een melding van levensbeëindiging op verzoek door de gemeentelijk lijkschouwer.

Het Openbaar Ministerie staat welwillend ten opzichte van deze aanbeveling en werkt daarom aan een uniforme werkwijze die naar verwachting nog dit jaar zijn beslag zal krijgen.

Modelverslag

Bij een geval van levensbeëindiging op verzoek doet de arts melding aan de lijkschouwer van een niet-natuurlijke dood door middel van een modelverslag en het verslag van de onafhankelijke arts. De lijkschouwer meldt vervolgens de niet-natuurlijke dood aan de officier van justitie en stuurt de door de arts aangeleverde documenten door aan een regionale toetsingscommissie. De toetsingscommissies beoordelen met behulp van de informatie uit het modelverslag of voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Uit het onderzoek blijkt dat artsorganisaties het modelverslag voor de arts niet voldoende vinden uitnodigen tot uitvoerige rapportage. Ook vanuit de toetsingscommissies is volgens de onderzoekers opgemerkt dat artsen vaak te summiere antwoorden geven en dat de vragen in het modelverslag in dat verband niet voldoende uitnodigend lijken te zijn om uitvoerig verslag te doen. Er is sinds 2003 een werkgroep die zich bezig houdt met het optimaliseren van het modelverslag. De onderzoekers bevelen aan het overleg over verbetering van het modelverslag spoedig af te ronden en ook te bezien welke aanpassingen met betrekking tot de overige formulieren gewenst zijn. Daarnaast verdient het volgens de onderzoekers aanbeveling het modelverslag van de arts uit te breiden met de vraag waarom (indien er nog behandelingsmogelijkheden waren die de patiënt heeft afgewezen) terzake geen sprake was van een redelijke andere oplossing. Aangegeven wordt dat dit de arts enerzijds meer bewust kan maken van de betreffende zorgvuldigheidseisen en anderzijds het de beoordelingsmogelijkheid van de toetsingscommissies kan vergroten.

In het modelverslag is ook bij één van de vragen een Nota Bene toegevoegd. Het Nota Bene luidt: «Levensbeëindigend handelen ten aanzien van patiënten wier lijden van psychische oorsprong is en niet in een medische context geplaatst kan worden, alsmede patiënten wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord geweest kan zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een depressie of dementie, behoort te worden gemeld volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Volgens die procedure behoort ook de melding van levensbeëindigend handelen ten aanzien van minderjarige patiënten die jonger zijn dan twaalf jaar plaats te vinden». Aanbevolen wordt het Nota Bene in het modelverslag te schrappen. Uit het onderzoek blijkt dat zowel in de literatuur als in de reacties van organisaties wordt aanbevolen het Nota Bene te laten vervallen, omdat het in de praktijk verwarring scheidt en geen basis vindt in de wet. Ook de toetsingscommissies hebben zich op dit standpunt gesteld, aldus de onderzoekers.

Het kabinet neemt de aanbevelingen ten aanzien van het modelverslag over. Het modelverslag is essentieel voor een adequate beoordeling van de zorgvuldigheid van het handelen van de arts. Een modelverslag dient uitnodigend te zijn om uitvoerig verslag te doen, opdat het verslag juiste en volledige informatie levert voor beoordeling door de toetsingscommissies.

Het Nota Bene zal uit het modelverslag worden geschrapt. Het kabinet acht de regionale toetsingscommissies bevoegd in alle situaties van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding bij patiënten van 12 jaar en ouder. Helder moet zijn dat het schrappen van het Nota Bene

geen verandering van de meldingsprocedure bewerkstelligt noch de zwaarte van toetsing beïnvloedt.

Bij een melding gaat de toetsingscommissie na of de commissie bevoegd is om de melding te beoordelen. De toetsingscommissies zijn niet bevoegd bij meldingen van levensbeëindiging zonder verzoek, zoals bij patiënten jonger dan 12 jaar, bij normaal medisch handelen en in gevallen waarbij het verzoek ontbreekt. In die gevallen wordt de melding direct door het Openbaar Ministerie in behandeling genomen.

Na constatering van bevoegdheid neemt de commissie de melding in behandeling en beoordeelt of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Als dan blijkt dat de melding niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, luidt het oordeel «onzorgvuldig» en wordt het doorgestuurd aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ingeval van levensbeëindiging bij een zeer ernstig lijdende pasgeborene zal de centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen zich over de melding buigen en hierover een advies uitbrengen aan het Openbaar Ministerie, die het eindoordeel geeft.

Naar verwachting kunnen de nieuwe modelverslagen met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan het begin van 2008 in gebruik worden genomen.

SCEN

Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) is opgericht in 1997 en gelieerd aan de artsenorganisatie KNMG. SCEN leidt artsen op tot consulent bij euthanasieverzoeken. Voor onafhankelijke consultatie kan een arts bij een verzoek om euthanasie het regionale telefoonnummer van SCEN bellen. De telefooncentrale brengt dan de arts in contact met de dienstdoende SCEN-arts. Zo wordt de onafhankelijkheid mede gewaarborgd.

De betrokkenheid van een SCEN-arts draagt blijkens het onderzoek direct bij aan de zorgvuldigheid van besluitvorming, procedures en verslaglegging. Ook is in bijna 90 procent van de gemelde gevallen een SCEN-arts geraadpleegd. In de overige gevallen was een onafhankelijke arts betrokken, die niet gelieerd was aan SCEN. Daarnaast blijkt dat er een significante relatie bestaat tussen het consulteren van een SCEN-arts en melden. Dat betekent dat indien een arts een SCEN-arts consulteert, de kans dat de arts zal melden, zeer groot is. Ook is de kwaliteit van verslaglegging hoger, aldus de onderzoekers. Wel maken medisch specialisten in ziekenhuizen – zo blijkt uit het onderzoek – veel minder dan huisartsen en verpleeghuisartsen gebruik van het SCEN-netwerk. De onderzoekers doen dan ook de aanbeveling een snelle introductie van SCEN-artsen in ziekenhuizen te bevorderen.

Het kabinet hecht belang aan uitbreiding van SCEN naar ziekenhuizen. Een instelling heeft dan extra kennis en deskundigheid ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek in huis. Daarom biedt het ministerie van VWS SCEN financiële ondersteuning om introductie van SCEN in ziekenhuizen te bevorderen. Ook op het symposium ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van SCEN heeft de eerst ondergetekende de ziekenhuizen opgeroepen zich bij SCEN aan te sluiten. Uiteraard geldt dit voor zover het instellingsbeleid euthanasie toestaat.

In het najaar zal worden gestart met de evaluatie van SCEN om aan de hand van de uitkomsten verdere professionalisering mogelijk te maken.

Uit het onderzoek blijkt dat een deel van de artsen onvoldoende op de hoogte is van de exacte inhoud en reikwijdte van de wet. Het huidige raamplan voor de artsenopleiding stelt dat de arts dient te beschikken over kennis en inzicht op hoofdlijnen over juridische vraagstukken rond begin en eind van leven. De onderzoekers bepleiten meer aandacht voor de inhoud van de Wtl in de artsenopleiding door de eindtermen van het raamplan voor de artsenopleiding daarop toe te spitsen.

Het kabinet is van mening dat kennis van de inhoud van de Wtl voor artsen essentieel is om patiënten goed te kunnen informeren en om adequaat te kunnen reageren bij een verzoek om levensbeëindiging. De vereniging van universiteiten (VSNU) is onlangs gestart met actualisering van het raamplan. Het kabinet wil graag een appèl doen op universiteiten om – indien nog niet aanwezig – expliciete aandacht voor de inhoud van de Wtl, alsmede kennis van palliatieve zorg in de curricula op te nemen.

Naast artsen zijn veelal verpleegkundigen en ook verzorgenden intensief betrokken bij de zorg rond het levenseinde van een patiënt. Goede samenwerking en onderlinge afstemming tussen de verschillende beroepsbeoefenaren komt de zorg voor de patiënt ten goede. Een praktische handwijzer, zoals de beroepsvereniging van zorgprofessionals V&VN heeft uitgegeven, draagt daar aan bij¹.

Met KNMG/SCEN wordt besproken op welke wijze invulling kan worden gegeven aan een training voor verpleegkundigen over diverse beslissingen rond het levenseinde en de mogelijkheden van palliatieve zorg.

Ook signaleren de onderzoekers dat er verdere scholing van artsen over de effecten en neveneffecten van morfine en benzodiazepinen nodig is, zodat artsen de juiste middelen kunnen kiezen wanneer het levenseinde doel van het handelen is. Morfine wordt volgens de huidige medische inzichten gezien als een ongeschikt middel om levensbeëindiging uit te voeren, aldus de onderzoekers.

Verdere stijging van het meldingspercentage lijkt vooral onder specialisten nog mogelijk, aldus de onderzoekers. Stijging van het meldingspercentage kan een positief neveneffect zijn van toename van kennis over euthanatica en morfine, aangezien in het onderzoek geconstateerd is dat in de gevallen waarbij morfine werd gebruikt als middel voor levensbeëindiging slechts twee procent is gemeld. De reden hiervoor is, zo blijkt uit de evaluatie, dat artsen in die gevallen hun handelen niet beschouwen als levensbeëindiging op verzoek en dit daarom niet melden.

Het kabinet ziet verdere stijging van het meldingspercentage als een belangrijk doel. Immers daarmee wordt de maatschappelijke controle en transparantie van de praktijk rond levensbeëindiging op verzoek vergroot. Voorlichting draagt bij aan de kennis van artsen over welke middelen geschikt zijn voor medische zorgvuldige uitvoering van levensbeëindiging op verzoek. Binnen een instelling kunnen ook medisch specialisten, die zijn opgeleid tot SCEN-arts, een belangrijke kennisfunctie vervullen.

Verder geven de onderzoekers aan dat betere voorlichting aan artsen en het publiek gewenst is. Ten eerste kan voorlichting over de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen artsen helpen bij de beoordeling van die criteria, aldus de onderzoekers. Uit het onderzoek bleek namelijk dat vijftientig procent van de artsen aangaf soms problemen te ondervinden bij de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen, vooral ten aanzien van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, aldus de onderzoekers.

¹ V&VN, juni 2007, Hoe handel je zorgvuldig bij euthanasie – handreiking voor de goede samenwerking tussen arts, verpleegkundige en verzorgende.

Daarnaast moet volgens de onderzoekers meer voorlichting worden gegeven aan artsen over verslaglegging. Eveneens is voorlichting gewenst aan artsen en publiek over de mogelijkheden en beperkingen van schriftelijke wilsverklaringen. Daarbij wijzen de onderzoekers erop dat dit niet alleen een taak is voor de overheid, maar ook voor organisaties die het publiek modelverklaringen aanbieden.

Het kabinet zal het bestaande overheidsvoorlichtingsmateriaal en de verspreiding van voorlichtingsmateriaal verder optimaliseren. Ook is de verwachting dat het verbeterde modelverslag, dat in het begin van 2008 beschikbaar komt, artsen meer uitnodigt tot uitgebreide beantwoording van de vragen.

Instellingsbeleid en richtlijnen

Ruim twee derde van de Nederlandse gezondheidszorginstellingen heeft een schriftelijk beleidsstandpunt ten aanzien van levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding, zo blijkt uit het evaluatieonderzoek. Met name ziekenhuizen, verpleeghuizen en hospices hebben bijna altijd een beleidsstandpunt. En meer dan de helft van de instellingen, met name ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben tevens richtlijnen over euthanasie en hulp bij zelfdoding. In het beleidsstandpunt van instellingen is levensbeëindiging op verzoek in de meeste gevallen onder voorwaarden binnen de wettelijke kaders toegestaan. De onderzoekers stellen dat gezondheidszorginstellingen hun instellingsbeleid ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding altijd bekend dienen te maken aan bij hen werkzame zorgverleners. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat ongeveer een kwart van de instellingen dat niet standaard doet.

Ook dienen gezondheidszorginstellingen volgens de onderzoekers te beschikken over actuele en kwalitatief goede richtlijnen inzake levensbeëindiging op verzoek, waarin de grenzen van de wet correct worden aangegeven. Om instellingen hierbij te ondersteunen bevelen de onderzoekers aan om een landelijke modelrichtlijn voor instellingen te ontwikkelen. Koepelorganisaties kunnen hierbij behulpzaam zijn, aldus de onderzoekers. Verder moet meer aandacht te worden besteed aan de rol van verpleegkundigen.

Juist richtlijnen en protocollen van instellingen en van beroepsorganisaties van artsen kunnen bijdragen aan de rechtszekerheid van artsen, zo stellen de onderzoekers, namelijk door aandacht te besteden aan de grenzen tussen levensbeëindigend handelen en andere vormen van zorg rond het levenseinde, aan de betekenis van intentie daarbij, en aan de te gebruiken middelen.

Ten slotte adviseren de onderzoekers het instellingsbeleid ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en de kwaliteit van de bijbehorende richtlijnen onderdeel te laten zijn van het reguliere toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op instellingen.

Het kabinet ziet het als de verantwoordelijkheid van instellingen dat zij hun medewerkers standaard op de hoogte stellen van het beleidsstandpunt over levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Onbekendheid met het instellingsbeleid kan in individuele situaties leiden tot miscommunicatie en onbegrip tussen zorgverlener en patiënt. Daarom acht het kabinet het van belang dat het voor een patiënt duidelijk is wat het beleidsstandpunt van de instelling is ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek.

In de richtlijnen en protocollen dient verder expliciete aandacht te zijn voor samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en verzorgenden bij levensbeëindigend handelen en andere vormen van zorg rond het levenseinde. Daarbij dient tevens de eventuele rol van de verpleegkundige en de verzorgende verder te worden geconcretiseerd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal het instellingsbeleid ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en de kwaliteit van richtlijnen in dat kader onderdeel maken van het reguliere toezicht. Hierbij gaat het om de communicatie van het instellingsstandpunt en de feitelijke juistheid en volledigheid ervan, niet om het standpunt als zodanig.

Met betrekking tot de zinvolle aanbeveling om een modelrichtlijn op te stellen merkt het kabinet op dat een dergelijke richtlijn recht dient te doen aan de brede scala aan opvattingen en daarop gebaseerd beleid dat rondom het levenseinde mogelijk is. Het kabinet zal met koepelorganisaties in gesprek gaan over het opstellen van een modelrichtlijn.

Onderzoek

De onderzoekers bevelen periodiek onderzoek aan waarin ook inzicht wordt verkregen in niet-gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en de grijze gebieden. Dit betekent een belangrijke toevoeging aan het systeem van melding en toetsing, aldus de onderzoekers, omdat er alleen daardoor zicht blijft op gevallen die niet door artsen gemeld worden. De melding door artsen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vormt immers de kern van de wet: alleen zo kan de zorgvuldigheid van de praktijk worden getoetst, en alleen dan kan transparante maatschappelijke controle worden bereikt. Het kabinet is van mening dat dit onderzoek zonder meer van belang is. Bezien wordt op welke wijze en termijn hieraan invulling kan worden gegeven.

Een andere aanbeveling is nader onderzoek te laten uitvoeren naar de gang van zaken rond afwijzing van verzoeken om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, aangezien het evaluatieonderzoek slechts beperkte informatie hierover oplevert. De onderzoekers geven aan dat voor de patiënt de afhankelijkheid van de hulpverlener groot is. Terwijl de Wtl zware eisen stelt aan inwilliging van het verzoek, is de afwijzing daarvan niet geregeld. Dat laatste is overigens inherent aan de uitgangspunten en strekking van de wet, aldus de onderzoekers.

Het kabinet vindt het belangrijk dat artsen en instellingen tijdig duidelijk maken of zij in principe willen meewerken aan een verzoek van de patiënt. Op dit moment wordt reeds onderzoek gedaan naar afwijzing van verzoeken om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding door de Vrije Universiteit. Of nader onderzoek nodig is, zal het kabinet te zijner tijd overwegen.

Tot slot

De evaluatie laat zien dat in vrijwel alle gevallen van levensbeëindiging op verzoek zorgvuldigheid de basis is van het handelen van de arts. De werking van de Wtl geeft dan ook weinig aanleiding voor substantiële aanpassingen in het beleid op het terrein van levensbeëindiging op verzoek. Wel blijft permanente aandacht voor dit thema aangewezen. Op het gebied van informatie, scholing en voorlichting is nog ruimte voor verdere verbetering en ook het meldingspercentage – hoewel sterk toegenomen – blijft nog achter bij het daadwerkelijke aantal euthanasiegevallen. Het kabinet zal zich ervoor inzetten dat zorg rond het levenseinde blijvend aandacht krijgt in beleid, in onderwijs en in onderzoek.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

De minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin