

Vergaderjaar 2011–2012

**32 647**

**Levensbeëindiging**

**Nr. 4**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 23 januari 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 30 november 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 februari 2011 met de reactie op verzoek-Smilde over een «Kliniek voor vrijwillig levenseinde» (32 647, nr. 1);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 februari 2011 met het verslag van het schriftelijk overleg inzake het Jaarverslag 2009 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (32 500-XVI, nr. 125);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2011 over het Jaarverslag 2010 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (32 500-XVI, nr. 160);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2011 over het rapport «Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven, – Het KOPPEL-onderzoek» (32 647, nr. 2);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2011 over het standpunt van de KNMG inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde (32 647, nr. 3).**

<sup>1</sup> Samenstelling: Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

**Voorzitter: Venrooy-van Ark**  
**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Gerbrands, Van Gerven, Klijnsma, Van Miltenburg, Van der Staij, Smilde, Venrooy-van Ark, Voortman en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de Kamerleden, de minister en haar ambtenaren en de mensen op de publieke tribune van harte welkom. Wij hebben een spreektijd afgesproken van vier minuten per fractie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De kabinetsreactie op het KNMG-standpunt De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde is ronduit positief; positief over de gevolgde procedure en positief over het resultaat. De fractie van de ChristenUnie heeft echter vragen over dit standpunt van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). In de beantwoording van de schriftelijke vragen stelt de minister: «Daarbij is het de professionele verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt tijdig door te verwijzen wanneer hij of zij om principiële reden het verzoek niet wil inwilligen.» Het gaat hier om het verzoek om euthanasie en niet om normaal medisch handelen. Van een professionele verantwoordelijkheid om door te verwijzen kan toch geen sprake zijn? Als een arts niet doorverwijst, is hij dan een weigerarts? Is het medisch tuchtrecht dan op hem van toepassing? Voor een arts staat de zorgplicht bovenaan. Het zou voldoende moeten zijn om te stellen dat een arts goed dient te luisteren naar zijn patiënt. Mensen zullen zich ervan bewust moeten zijn dat de Euthanasiewet niet voorziet in rechten, maar enkel een strafuitsluitingsgrond biedt voor artsen. Graag een reactie.

De minister juicht het standpunt van de KNMG toe als een behulpzame verduidelijking. Mijn fractie, maar ook een groot aantal artsen die ik ken, zijn veel kritischer. Het gaat om een nadere interpretatie van de wet en lijden aan het leven lijkt als een soort extra officiële indicatie te worden gezien. Het lijkt ook wel alsof de KNMG zorgvuldigheidscriteria verwacht met geldende criteria. Het gaat dus om interpretaties van de wet. Juist in dit geval is dan spreken over onjuiste interpretaties ook een interpretatie. Graag een reactie.

De ChristenUnie heeft ook zorgen over de toenemende werkdruk bij regionale toetsingscommissies. Vorig jaar was er een grote stijging in het aantal meldingen te zien. Ik heb gehoord dat er dit jaar al 17% meer meldingen zijn dan vorig jaar. Er liggen duizend dossiers te wachten. Dit zet een zorgvuldige toetsing zwaar onder druk. Wat gaat de minister hieraan doen?

De ChristenUnie heeft ook grote vragen bij het nieuws van kortgeleden dat er voor het eerst euthanasie is gepleegd op een zwaar dementerende patiënte. Ik heb het oordeel van de regionale toetsingscommissie in dit geval gelezen. Normaal gesproken verloopt het inroepen van advies van een tweede SCEN-arts via het SCEN-meldingsbureau. In dit geval is dat niet gebeurd en is rechtstreeks een arts benaderd. Leidt deze casus tot een nieuwe werkwijze? Als een huisarts wil instemmen met een ingewikkeld verzoek voor euthanasie bij een dementerende, moet hij naar SCEN-arts Constance de Vries vragen die zich zo positief in de media heeft uitgelaten over euthanasie bij een dementerende en dan is de kans groot dat het wel goed komt. Terwijl ik dit uitspreek, zie ik ook zomaar voor me hoe de door de NVVE (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde) voorgestelde euthanasiebrigades kunnen gaan werken. Juridisch gezien allemaal heel erg dubieus. De Euthanasiewet stelt de aanwezigheid van

een behandelrelatie met de arts niet expliciet als eis, maar zonder zo'n relatie kan een arts nauwelijks in staat worden geacht om een zorgvuldige afweging te maken. Voor zover je de term «weigerarts» al in de mond wilt nemen, is wel duidelijk hoe artsen onder druk gezet kunnen worden. Dit mag natuurlijk niet gebeuren. De ChristenUnie vindt het ook niet wenselijk dat op internet te vinden is wat het standpunt is van een SCEN-arts aangaande euthanasiegevallen die hebben plaatsgevonden.

Dit euthanasiegeval roept ook de vraag op bij mijn fractie wie de toetsingscommissies toetst. De laatste tijd heeft na het oordeel van een toetsingscommissie zelden nader onderzoek plaatsgevonden en zijn er weinig verdere maatregelen genomen. De commissie Gelijke Behandeling en andere soortgelijke commissies zijn altijd toetsbaar, alleen euthanasiecommissies zijn dat bij positieve beschikkingen per definitie niet. Een toetsingscommissie moet ook toetsbaar zijn. Graag een reactie.

Ik vraag de minister ook om het oordeel van het Openbaar Ministerie over het oordeel van de regionale toetsingscommissie over het recente geval van euthanasie bij een vrouw met vergevorderde dementie, waar ik zojuist al over sprak. Ik besef dat dit niet gebruikelijk is. De wet voorziet hier niet in, maar er is eigenlijk sprake van een gat in de wet op het moment dat omstanders of andere betrokkenen of deskundigen reden hebben om te vermoeden dat de gang van zaken in strijd met het oordeel van de toetsingscommissies niet zorgvuldig was.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Waarom denkt de fractie van de ChristenUnie dat de toetsingscommissie niet heeft voldaan aan de eisen? Heeft zij niet voldoende zorgvuldig naar dit geval gekeken, terwijl dit bij andere gevallen wel is gebeurd? Wat is dan precies het moment waarop de ChristenUnie zegt: nu zijn ze waarschijnlijk de fout ingegaan?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In dit specifieke geval heb ik vragen over de gang van zaken. Er is niet zoals gebruikelijk het advies van een tweede SCEN-arts ingeroepen. Tegelijkertijd ben ik nagegaan wat er in de wet is vastgelegd en welke afspraken er op andere vlakken zijn. Dat bracht mij tot de conclusie dat het gek is dat toetsingscommissies niet toetsbaar zijn. Ik vind het wenselijk dat het oordeel van het OM vaker ingeroepen kan worden. Ik was bezig, redenen op te sommen waarom je dat zou moeten doen. Dat is als omstanders of andere betrokkenen of deskundigen reden hebben te vermoeden dat de gang van zaken in strijd met het oordeel van de toetsingscommissies niet zorgvuldig was. Daar moet dan echt reden voor zijn. Of dat er sprake is van een ontwikkeling waarbij je je kunt afvragen of het wel om levensbeëindiging op basis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek gaat in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat lijken mij goede redenen om het oordeel van het OM in te roepen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik vraag dit vooral omdat dit soort vragen niet gesteld worden bij andere gevallen die getoetst worden door de toetsingscommissies. Mevrouw Wiegman geeft zelf al aan dat het een uitzondering is. Hoe zit het met de andere gevallen waar de toetsingscommissie over oordeelt. Vindt zij dat daar ook een nadere toetsing nodig is?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In zijn algemeenheid zou ik willen stellen dat de toetsingscommissies altijd toetsbaar zouden moeten zijn. Je hoeft niet altijd het oordeel van het OM in te roepen, maar het lijkt mij van groot belang dat dit principe in de wet wordt geregeld. Wat dit specifieke geval betreft, heb ik uitgelegd wat ik in de rapportage van de toetsingscommissie heb gelezen. Er is heel veel aandacht in de media voor dit geval geweest. Sommige deskundigen concluderen dat hiermee is aangetoond dat euthanasie op een dementerende mag. Het lijkt mij ontzettend belangrijk dat er een helder onafhan-

kelijk juridisch oordeel over dit geval komt. Dat komt de zorgvuldigheid van het werk van de toetsingscommissies alleen maar ten goede.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Bij het begin van uw inbreng zei u dat de wet er is en dat die zorgvuldig moet worden nageleefd. Met dit verzoek gaat u rechtstreeks in tegen de bedoeling van de wet. Er zijn zorgvuldigheidscriteria in de wet opgenomen. Dat zijn geen redenen om een verzoek te mogen doen. De zorgvuldigheidscriteria betreffen het handelen. De toetsingscommissies zijn ingesteld om te voorkomen dat wanneer is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, het OM er toch naar kijkt. U wilt eigenlijk de Euthanasiewet afschaffen. Dat snap ik wel gezien uw achtergrond, maar dan moet u dat ook eerlijk zeggen. U wilt het hart uit de Euthanasiewet halen en daarmee stelt u de facto voor om de wet af te schaffen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zou dolgraag de euthanasiewet afschaffen. Dat is helemaal geen geheim. Waar het mij om gaat, is het volgende. Ik doe hierbij ook een appel op mijn collega's. Er zouden geen principiële bezwaren moeten zijn tegen het toetsen van toetsingscommissies. Het gaat om zaken van leven en dood. Euthanasie valt nog steeds onder het Wetboek van Strafrecht en dat moet ook zo blijven. Euthanasie is in principe strafbaar en dan is er toch niks mis met zorgvuldigheid. Zeker in het licht van de enorme toename van het aantal meldingen zouden wij met elkaar moeten zeggen dat het een goed idee is om de toetsingscommissies te toetsen. De wet moet nageleefd worden, maar dit gat zouden wij met elkaar moeten dichten. Andere commissies, zoals de commissie Gelijke Behandeling, zijn ook toetsbaar. Dat zouden wij normaal moeten vinden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U gaat eraan voorbij dat deze toetsingscommissie, anders dan de commissies zoals de commissie Gelijke Behandeling, juist is ingesteld om te voorkomen dat het Openbaar Ministerie naar deze zaken kijkt als voldaan is aan de zorgvuldigheidscriteria. Op het gat tussen uw redenering en dat u vindt dat de toetsingscommissies getoetst moeten worden, gaat u niet in.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dan kan ik dus heel simpel herhalen wat ik zojuist heb gezegd. Je moet een oordeel van het OM kunnen vragen als er reden is om te vermoeden dat de gang van zaken in strijd met het oordeel van de toetsingscommissie niet zorgvuldig was. Als daar reden voor is, moet je dat oordeel kunnen inroepen. Dat moet ook kunnen als er een ontwikkeling is waarbij je je kunt afvragen of er wel of geen sprake is van levensbeëindiging op basis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat zijn precies de onderdelen die in de Euthanasiewet worden genoemd. Het is belangrijk dat de toetsingscommissies hun werk blijven doen, maar dan is er niks mis mee dat het OM zijn oordeel kan geven op het moment dat daar redenen voor zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): U zegt: op het moment dat er reden is om te denken dat het oordeel van de toetsingscommissie niet zorgvuldig tot stand is gekomen, kan het OM om zijn oordeel worden gevraagd. Zou het dan ook andersom kunnen? Dan zou je via de rechter het recht op euthanasie kunnen afdwingen. Volgens u kan er sprake zijn van onzorgvuldigheid als het euthanasieverzoek wordt toegekend. In andere gevallen kan echter ook sprake zijn van onzorgvuldigheid.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mevrouw Voortman doet nu net alsof zorgvuldigheidscriteria geldigheids-criteria voor patiënten zijn. Dat is niet zo. Euthanasie is strafbaar. De wet

biedt een strafuitsluitingsgrond voor artsen. De toetsingscommissie moet toetsen of dit zorgvuldig gebeurt. Ik vind dat er altijd ruimte moet zijn voor het OM om daar een oordeel over te vellen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan komen we op de discussie over strafbaarstelling van euthanasie. Die discussie ga ik heel graag met mevrouw Wiegman aan, maar dat zal ik in mijn eigen bijdrage doen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zie uit naar de bijdrage van mevrouw Voortman. Het is helder dat wij kennelijk al zover zijn met denken over toepassen van euthanasie dat de vraag of euthanasie strafbaar moet zijn al een kwestie is. Of je nu een voor- of tegenstander bent, wij moeten erop kunnen vertrouwen dat het er zorgvuldig aan toe gaat en dat niet lichtvaardig of zelfs tegen de wil van iemand in tot levensbeëindiging wordt overgegaan. De rechtsstaat moet daartegen bescherming bieden. Ik krijg graag een reactie op mijn inbreng en op hetgeen zojuist is gewisseld.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De boodschap dat euthanasie bij dementerenden mag, echoot nog wat na in mijn hoofd. Waar gaan wij dan heen in ons land met een toenemend aantal dementerenden? Wat is er aan de hand dat dementie door steeds meer mensen wordt beoordeeld als mensonwaardig met daaraan verbonden de conclusie dat je er maar beter niet kunt zijn dan dementerend in een verpleeghuis te worden opgenomen. Dementie is een ingrijpende ziekte en wordt als een groot en groeiend probleem ervaren, maar dat los je niet op met een zelfgekozen dood.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Euthanasie is een onderwerp dat van ons allemaal de grootst mogelijke zorgvuldigheid vraagt. Het is zeer ingrijpend wanneer mensen menen te moeten kiezen voor een vrijwillig levenseinde. In het hele traject voordat iemand uiteindelijk tot zo'n stap komt, is de communicatie tussen arts en patiënt heel belangrijk. Het standpunt van de KNMG is wat dat betreft heel duidelijk. Een arts moet elk verzoek om euthanasie serieus nemen. Dat staat of valt met de communicatie, maar daar kom ik straks op terug. De KNMG stelt ook dat lijden zonder enige medische grondslag buiten het domein van de geneeskunde valt. Er moet sprake zijn van een medische grondslag die ondraaglijk en uitzichtloos lijden veroorzaakt. De vraag is dan wel of artsen zich vrij kunnen voelen om aan de hand van dit standpunt terughoudend in te gaan op euthanasieverzoeken. Voelen zij zich tegelijkertijd ook verantwoordelijk om met patiënt en familie voortdurend en heel lang naar mogelijke alternatieven te zoeken? Zij staan voor een groot dilemma en voelen zich soms enorm eenzaam. Een doodswens bij een ernstig depressieve patiënt is wellicht te voorkomen door eerst de depressie te behandelen. De arts moet dus kunnen beoordelen of de doodswens onderdeel kan zijn van een bepaald ziektebeeld. Dat maakt de positie van de arts lastig. Heel belangrijk hierbij is dat er een integrale relatie is tussen arts en patiënt. Wij zijn te spreken over het uitgangspunt dat de KNMG in dit verband formuleerde.

In de winter werden wij verrast door het voornemen van de NVVE om een kliniek voor vrijwillig levenseinde op te richten. Recent is dit omgezet in ambulante teams, maar de werkwijze is dezelfde. Wij plaatsen grote vraagtekens bij de wenselijkheid hiervan, juist vanwege de langdurige intensieve relatie tussen arts en patiënt gedurende het gehele traject van het verloop van een ernstige ziekte. Daar past zo'n kliniek of zo'n team heel slecht in. Samen kunnen arts en patiënt kijken naar alle mogelijke alternatieven. Wij vragen ons af of de Euthanasiewet wel volledig tot haar

recht komt als iemand in zo'n kliniek is opgenomen of als dat team al bij hem thuis is. Is er dan nog een weg terug? Wordt wel voortdurend de weg bewandeld van het nagaan van al die alternatieven? Bij complexe euthanasieverzoeken, zoals ernstig psychiatrisch lijden of dementie, plaatsen wij helemaal grote vraagtekens bij een oplossing in de vorm van een kliniek of een team. De minister schrijft in haar brief van februari dat het nog niet duidelijk is of dit allemaal binnen de wet past. Kan zij daar nu wel opheldering over geven?

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): De minister heeft vanmorgen schriftelijke vragen op dit punt beantwoord. De strekking daarvan is eenduidig. Hoe staat mevrouw Smilde tegenover al diegenen die een verzoek tot euthanasie zouden willen indienen, terwijl de arts in kwestie om wat voor reden dan ook niet genegen is om dat verzoek toe te staan. Dit blijkt in honderden gevallen aan de orde te zijn. Als je zeker weet dat euthanasie voor jou de enig begaanbare weg is en jouw arts wil niet meewerken, wat dan?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik sprak over het gehele traject. Ik ga ervan uit dat tijdens dat traject een heleboel euthanasieverzoeken kunnen worden voorkomen. Dat heeft ook mijn sterke voorkeur. Bij zo'n geval kun je verwijzen naar een andere arts die eventueel wel een euthanasieverzoek wil honoreren. Dan begint er echter eenzelfde zorgvuldige proces. Er is ook nog sprake van een SCEN-arts. Bij ernstig psychiatrisch lijden of in geval van dementie zou je naar ons idee een expert om een oordeel moeten vragen. Het is niet nodig dat er een ambulante team komt. Er kan worden volstaan met het verwijzen naar een andere arts die mogelijk wel het verzoek tot euthanasie wil honoreren. Mijn bezwaar tegen het team is dat het een soort onherroepelijkheid in zich heeft. Dat team kan niet het langdurige, zorgvuldige en integrale proces volgen wat zich in de normale arts-patiëntrelatie voltrekt.

De **voorzitter**: Ik verzoek de leden om de interrupties en de reacties daarop vooral beknopt te houden. Het zou jammer zijn als ik in verband met de tijd het aantal interrupties moet beperken.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Ik geef toe dat het niet simpel is. Dat neemt niet weg dat in de praktijk blijkt dat heel veel mensen met een arts aan hun sponde zitten die uiteindelijk niet tot euthanasie wil overgaan. Dan is er sowieso sprake van doorverwijzing, maar wel op een heel laat moment. Dat is op zichzelf al beroerd genoeg. Als je niet heel snel een andere arts kan vinden, dan zou het heel prettig zijn om gebruik te kunnen maken van een ambulante voorziening of van een kliniek. Is mevrouw Smilde dat met mij eens?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat ben ik niet met mevrouw Klijnsma eens. Daar hebben wij geen ambulante team of een kliniek voor nodig. Ik heb recent met mensen van de stichting gesproken en die hebben mij verteld dat er heel veel onduidelijkheid bij artsen is en dat zij die artsen graag willen helpen. Er zijn heel veel mogelijkheden om op dergelijke verzoeken in te gaan. Naar ons idee hebben wij zo'n team of kliniek daar niet voor nodig. Sterker nog, het heeft alles in zich dat niet alle alternatieven uitputtend worden bekeken zoals wij graag zien.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Ik zou de jongerenorganisatie van het CDA willen complimenteren met haar mooie medisch-ethische notitie die onlangs is verschenen. Ik krijg graag antwoord van het CDA op de vraag of er überhaupt een professionele verantwoordelijkheid is om door te verwijzen. Daar moet toch heel veel



afstand van genomen worden? Daar kan toch helemaal geen sprake van zijn bij een strafbaar feit dat euthanasie nog steeds is en ook moet blijven?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik gaf al aan dat onze voorkeur uitgaat naar een langdurig traject van het zoeken naar alternatieven en naar palliatieve zorg. Met name bij psychiatrisch lijden, is er toegespitste zorg nodig. Er kan een moment komen dat mensen een verzoek tot euthanasie doen. Daarvoor hebben wij deze wet, inclusief zorgvuldigheidseisen. Uit het KOPPEL-onderzoek blijkt dat er breed draagvlak is voor de manier waarop dit gaat. Het is nog steeds strafbaar, maar onder omstandigheden – de schulduitsluitingsgrond – niet. Dat is een goede zaak.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is een prachtig antwoord, maar geen antwoord op mijn vraag. Onderschrijft het CDA dat het de professionele verantwoordelijkheid van de arts is om een patiënt tijdig door te verwijzen? Nog afgezien van de vraag wat tijdig in dit verband inhoudt, gaat het mij om de verantwoordelijkheid van de arts die onderstreept wordt. De arts zal moeten doorverwijzen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Een arts heeft altijd de professionele verantwoordelijkheid om een patiënt te behandelen en alles te doen wat daarbij mogelijk is. Eventueel zal hij doorverwijzen in verband met een euthanasieverzoek. Primair zal de arts op alle mogelijke manieren proberen om dat te voorkomen, want daarvoor is hij opgeleid.

De **voorzitter**: U hebt nog één minuut.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan zal ik nog een korte vraag aan de minister stellen. Voldoet de richtlijn van de KNMG aan de specifieke situatie van bijvoorbeeld psychiatrische patiënten? Worden nu ook richtlijnen opgesteld voor patiënten met dementie? Mevrouw Wiegman refereerde al aan het proces dat er is geweest.

Wij maken ons wel zorgen over de meldingen bij de regionale toetsingscommissies. Wat is de oorzaak van de stijging? Hoe gaat de minister daarmee om?

In de koppelingswet staan ontzettend veel zaken waarvan wij hebben gelezen dat er voldoende kennis over is, behalve bij de burgers. Het is dan ook goed om de communicatie met de burgers te verbeteren. Wij hebben ook gelezen, als wij kijken naar de vignetten die werden voorgelegd, dat de praktijk van de kennis over euthanasie en alles wat ermee samenhangt, nog geen gelijke tred houdt met de gang van zaken in de praktijk.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Voorzitter. Het is goed dat we weer over euthanasie praten, want je ziet dat mensen meer en meer over hun levenseinde durven nadenken. Het taboe dat decennialang aan de orde was in ons land, is doorbroken aan het eind van de vorige eeuw. Dat is ook goed. De euthanasiewetgeving is een zorgvuldige wetgeving. Wij hebben dat ook gehoord in de hoorzitting in het voorjaar. Iedereen die er ook maar iets mee te maken heeft, onderkent dat. Ook in het buitenland volgt men ons op de voet en zijn wij trendsettend.

Ik heb groot respect voor de artsen die met de euthanasievraag te maken krijgen. Ik heb ook groot respect voor de NVVE die goede informatie geeft over euthanasie. Ik was vrijdag in Dwingeloo, waar 80 mensen uit heel Drenthe in een klein zaaltje bijeen kwamen om over euthanasie te praten. Wij zaten daar met een huisarts, een SCEN-arts, een predikant. Het was een heel zinderend en ook heel warm debat. Dat vind ik ook de essentie van dit overleg vanmiddag. Het gaat erom dat wij binnen de wetgeving van nu kijken hoe wij ermee kunnen omgaan. De artsen die binnen de wetgeving kijken naar de criteria, doen dat ook heel zorgvuldig. Ik kreeg van de SCEN-arts te Dwingeloo een boekje mee dat net is uitgekomen. Als

je ziet hoe artsen daarmee op pad kunnen, is dat een heel goede ruggensteun. Kortheidshalve, als de verruiming van de criteria binnen de wet blijft, is dat natuurlijk uitstekend. Dan praat je bijvoorbeeld over een levenseindekliniek of over ambulante hulpverlening. Dan zou je ook kunnen spreken over een verwijsplicht voor artsen die om welke reden dan ook zelf de euthanasie niet willen uitvoeren. Ik stel mij voor dat wij later in het debat hierop kunnen terugkomen. De Partij van de Arbeid is er echter niet op tegen.

Het is natuurlijk ook heel wezenlijk om te bekijken wat het KOPPEL-onderzoek heeft opgeleverd. Het KOPPEL-onderzoek geeft aan dat de informatie aan de medici goed is, dat de medici er goed mee uit de voeten kunnen en dat zij de informatie ook voldoende kennen. De informatie aan de burgers laat echter nog te wensen over. Het is dus echt zaak om die informatie te verbeteren. Hoe ziet de minister dat voor zich? Ik weet dat een evaluatieonderzoek aan de orde is, dat ZonMw onder de hoede heeft en waarvan wij de resultaten volgend voorjaar tegemoet kunnen zien. Het zou heel plezierig zijn als de minister in de tussentijd misschien samen met de NVVE nog eens nauwgezet kan bekijken hoe de informatie aan de burgers verder gestalte zou kunnen krijgen.

De twee vorige sprekers zijn ook al ingegaan op de regionale toetsingscommissies. Er is nu echt een grote achterstand. Ik vind dat je medici niet op die manier in de steek kunt laten. Als een arts euthanasie heeft moeten plegen – hoe verdrietig ook, want het is voor een arts ook heftig – wil hij graag snel weten of hij een strafrechtelijke vervolging tegemoet moet zien. De toetsingscommissie moet dus heel snel en heel zorgvuldig haar werk kunnen doen. De capaciteit doet er dus zeer toe. Ik overweeg een motie in te dienen als de minister ons daarin niet voldoende tegemoetkomt.

Tot slot. Ieder mens sterft en dat is dus eigenlijk ook heel mooi. Toen ik nog wethouder was, heb ik wel eens voor een volle zaal met wat oudere mensen gezegd dat het ook heel mooi sociaaldemocratisch is, want het maakt geen mallemoer uit of je rijk bent of arm, want ieder mens sterft. Maak dus dat levenseinde zo draaglijk mogelijk en probeer met de mensen mee te denken in dat levenseinde. Dat levenseinde naakt voor ons allemaal op enig moment en daar gaat het tenslotte om. Ik ben er trots op dat wij het in dit land op zo'n warme en beschaafde manier weten te doen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik spreek allereerst mijn grote waardering uit voor het KOPPEL-onderzoek dat de regering op verzoek van de Kamer heeft laten uitvoeren. In dit onderzoek staan heel belangrijke resultaten. Daaruit blijkt dat er niet alleen onder de bevolking een heel groot draagvlak is voor de euthanasiewet, maar dat ook onder de betrokken professionals de wet in meerderheid positief wordt beoordeeld. 48% van de artsen zegt reserves te voelen bij euthanasie, maar slechts 7% van hen en 14% van de verpleegkundigen zegt gewetensbezwaren te hebben. 20% van de patiënten heeft geen vertrouwen in de manier waarop hun arts met een euthanasieverzoek zal omgaan. Dat vind ik een zorgwekkend feit, omdat in de euthanasiewet de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts juist een voorwaarde is. Hier ligt dus een belangrijke opdracht voor de beroepsgroep om dit vertrouwen te winnen. Artsen geven in het KOPPEL-onderzoek ook aan, strenger te zijn bij het beoordelen van een euthanasieverzoek dan de wet van hen vraagt. Naast de wettelijke criteria zijn voor artsen de timing van het verzoek, de invoelbaarheid voor henzelf en de relatie met de patiënt van grote waarde. Zij zeggen in het KOPPEL-onderzoek dat zij op deze punten een positief gevoel moeten hebben, alvorens zij een euthanasieverzoek, dus een verzoek om hulp, van een patiënt serieus nemen. Is dit de definitie van goed hulpverlenerschap? Dat vraag ik aan artsen, maar ik vraag het ook aan de minister. Ik vind van niet. Het is de verantwoordelijkheid van



de professional, van de dokter, als hij twijfels heeft over de vertrouwensrelatie met zijn patiënt, om dat tijdig bespreekbaar te maken, want er kunnen voor patiënten heel belangrijke oordelen van de dokter van afhangen.

In september bracht de KNMG het standpunt De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde uit. Eerder had de KNMG al de handreiking Tijdig praten over overlijden uitgebracht. Dokters signaleren dus hun onvermogen bij zorg rondom het levenseinde. Zij proberen er verandering in te brengen. Dit proces gaat tergend langzaam, maar ik beoordeel het wel positief, mits de KNMG er actief voor zorgt dat deze standpunten geen papieren tijgers worden. Is de minister bereid om met de beroepsgroep streefcijfers af te spreken over de bekendheid en de toepassing van de richtlijnen door artsen? Tenslotte gaat dit gewoon over goed hulpverlenerschap. Daar hebben wij ook een wet voor gemaakt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De inbreng van de VVD-fractie spreekt mij zeer aan, ook wat betreft de problemen die gesignaleerd worden rond het uitvoeren van de richtlijn van de KNMG. Om die reden doen de fracties van GroenLinks en D66 een initiatiefvoorstel voor een wet om het recht op doorverwijzing naar een andere arts te regelen. Steunt de VVD dat?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De inkt van die handleiding is amper droog. Ik ben niet met u van mening dat die niet goed wordt toegepast. Ik wil het breder trekken. Wij hebben in een wet vastgelegd dat de artsen een goed hulpverlener moeten zijn. Daar hebben wij de WGBO en de Wet BIG voor. Ik zeg in het algemeen dat artsen goede hulpverleners moeten zijn. Als zij met elkaar richtlijnen opstellen en afspraken maken over de invulling van goed hulpverlenerschap, moeten die richtlijnen ook in ingewikkelde gevallen gewoon nageleefd worden, evengoed als dat geldt voor de richtlijnen voor behandeling van iemand met een blindedarmonsteking. Daarom vraag ik de minister of zij bereid is streefcijfers met de sector af te spreken over goed hulpverlenerschap in het algemeen. Ik zou het breder willen doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Er werd net gesproken over papieren tijgers. Er zijn niet heel veel instrumenten om naleving van de richtlijnen af te dwingen. Wij doen juist het voorstel om een wettelijke ondersteuning aan de KNMG-richtlijn te geven, waardoor er voor artsen meer aanleiding is om zich daaraan te houden. Als je het standpunt inneemt dat de VVD verwoordt, is dat een heel logische volgende stap.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind het een overbodige stap. Wij hebben namelijk al een wet waarin staat dat artsen een goed hulpverlener moeten zijn en dat ze daarop gecontroleerd moeten worden. Daar moeten wij gewoon gevolg aan geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Van Miltenburg zegt dat er een KNMG-code is plus een wettelijke plicht, zodat ze het nut er niet van inziet. Ze focust echter wel op het belang van goed hulpverlenerschap. Daar wil ik het verder over hebben. Is een arts die weigert euthanasie toe te passen, die niet doorverwijst en die geen informatie geeft aan zijn patiënt in haar ogen een slecht hulpverlener?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Als u goed had geluisterd, had u mij kunnen horen zeggen dat ik dat geen goed hulpverlenerschap vind.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat wilde ik nog even heel helder horen. Dan kunnen wij nu concluderen dat de VVD bereid is verder te kijken dan de code als dit in de praktijk een probleem blijft.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): The proof of the pudding is in the eating. De euthanasiewet bestaat volgend jaar tien jaar. Die wordt voor de tweede keer geëvalueerd. Als je ziet hoe groot het draagvlak in die periode is geworden onder artsen om er positief naar te kijken, hoe hard zij werken om voor zichzelf criteria te stellen en er handen en voeten aan te geven, kun je zeggen dat het glas half leeg is. Ik spreek ook heel vaak mensen die teleurgesteld zijn in de manier waarop artsen hiermee omgaan. Ik constateer in de praktijk problemen. Ik zie echter ook dat artsen op een heel goede weg zijn. Ik ben het overigens niet met u eens – het was een heel snelle conclusie – dat mensen het recht hebben op euthanasie.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat heb ik niet gezegd.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Mensen hebben nooit het recht om een behandeling op te eisen. Zij hebben het recht om een behandeling te vragen. Zij hebben ook het recht om euthanasie te vragen en dan mag een arts daarop positief oordelen.

Afgelopen maand werd bekend dat euthanasie bij een wilsonbekwame demente vrouw als zorgvuldig is beoordeeld door de toetsingscommissie. Eerder heb ik al eens in een algemeen overleg gezegd dat euthanasie toegepast mag worden, als het zorgvuldig is beoordeeld, op mensen met alzheimer die nog niet wilsonbekwaam zijn. Ik heb dat altijd als zeer pijnlijk ervaren omdat de euthanasiewet niet bedoeld is om willens en wetens het leven van iemand nodeloos te bekorten om aldus te voorkomen dat hij op een later moment geen aanspraak meer kan maken op euthanasie. De uitspraak van de regionale toetsingscommissie is goed nieuws voor de mensen die graag zo lang mogelijk van het leven willen genieten, maar die op het moment dat hun lijden uitzichtloos en ondraaglijk is geworden aan hun leven een einde willen maken.

Uitspraken van de toetsingscommissies zijn essentieel voor de ontwikkeling van de euthanasiepraktijk, juist omdat die zo sterk in ontwikkeling is. Deze uitspraken geven artsen houvast bij een voor hen vaak moeilijk besluit om mee te werken aan een euthanasieverzoek. Het is namelijk nooit makkelijk voor een arts om dat te doen.

De database met uitspraken behoort openbaar te zijn, maar is momenteel onvolledig. Die moet zo snel mogelijk zo snel mogelijk actueel worden, juist omdat de praktijk zo in ontwikkeling is. Richtinggevende uitspraken moeten daarbij de hoogste prioriteit krijgen. Ik krijg graag een reactie van de minister hierop en ook op de achterstanden bij het beoordelen door de regionale toetsingscommissies van euthanasiegevallen. In 2007 moest een arts 28 dagen wachten op een oordeel, nu gemiddeld 63 dagen. Ik vrees dat met het oplopen van de wachttijd de artsen in toenemende mate afwachtend zullen worden bij het verlenen van hulp. In de wet staat een maximumwachttijd. Ik wil dat de minister erop toeziet dat deze ook gehaald wordt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik krijg nog graag een verduidelijking over het euthanasievraagstuk van mensen met een dementieel beeld. Aan het begin van het dementieel proces is in een aantal gevallen nog een onafhankelijke meningsvorming mogelijk, in een later stadium niet meer. Hoe oordeelt de VVD-fractie over het geval dat mensen aangeven dat zij een bepaald stadium van dementie niet meer menswaardig vinden en dan graag geholpen worden? Op dat moment kunnen zij dat niet meer zelf beoordelen. Op welk moment zou dan dat euthanasieverzoek gehonoreerd kunnen en moeten worden?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Het is niet aan mij om daarover te oordelen. Wij hebben in de wet zorgvuldigheidscriteria vastgelegd op basis waarvan artsen kunnen meewerken aan een euthanasieverzoek. In

één geval waarin de betreffende patiënt al wilsonbekwaam was, is door een toetsingscommissie geoordeeld dat er zorgvuldig volgens de criteria van de wet is geoordeeld. Dat is goed. Ik heb altijd gedacht dat het ook zo zou moeten kunnen. Ik heb altijd het idee gehad dat de wet zo bedoeld is. De wet is niet bedoeld om mensen eerder te laten stoppen met leven dan zij wensen, om te voorkomen dat zij later dat beroep niet meer kunnen doen. Ik vond dat een stuitende realiteit. Die is met deze uitspraak een beetje veranderd. Over de inhoud heb ik verder geen medisch oordeel.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil het niet hebben over het medische oordeel. Ik wil het hebben over de casus die u, terecht, aanstipt. Dat is een heel belangrijke casus waaruit wij kunnen concluderen dat de betrokkene op het moment dat zij nog wilsbekwaam was, dat euthanasieverzoek heeft gedaan en dat het euthanasieverzoek is uitgevoerd op het moment dat zij niet meer wilsbekwaam was. Ik kan mij voorstellen dat het zo is gegaan. Uit uw betoog leid ik af dat u dat acceptabel vindt.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik wil hier wel iets aan toevoegen, want wij hebben deze discussie in het verleden ook over psychiatrische patiënten gevoerd. Uiteindelijk zijn de psychiaters met hun eigen richtlijnen gekomen voor handelen bij vragen naar een levenseinde van langdurig psychiatrische patiënten. Ik zou het goedvinden als artsen die dementerenden behandelen, vanuit hun medische kennis en praktijkervaring een richtlijn opstellen wanneer iets wel past en wanneer niet. Ik zou het beter vinden als de praktijk van artsen en de praktijk van het beoordelen van het zorgvuldigheidscriterium dichter bij elkaar worden gebracht. Ik zou het dus heel fijn vinden als er ook zo'n richtlijn komt voor dementerenden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil eerst een misverstand uit de weg ruimen. Wij zijn niet voor een recht op euthanasie, maar voor een recht op doorverwijzen en informatie en daarmee ook voor een plicht voor artsen om daaraan te voldoen. Het is jammer dat de VVD daar omheen draait.

Dan mijn bijdrage. Wanneer mensen te maken hebben met ondraaglijk en uitzichtloos lijden is het niet humaan om ze daarmee te laten zitten. GroenLinks vindt dan ook dat mensen onder die omstandigheden moeten kunnen kiezen voor euthanasie. Zelfs met optimale zorg, aandacht en pijnbestrijding kunnen sommige mensen naar hun eigen beleving geen menswaardig staan meer leiden. Euthanasie is een medische behandeling, maar geen gewone medische behandeling. Daarom is het goed om in een aparte wet extra eisen te stellen aan artsen die hiermee te maken krijgen. In de huidige situatie zijn artsen die euthanasie uitvoeren, in principe strafbaar tenzij zij zich aan de medische regels houden. GroenLinks wil dit graag omdraaien. Artsen zijn pas strafbaar nadat is gebleken dat zij zich niet aan de regels hebben gehouden, zoals de consultatie van een onafhankelijke en gespecialiseerde arts. Euthanasie moet daarom wat GroenLinks betreft uit het strafrecht. De voorwaarden met betrekking tot zorgvuldigheid, zoals wij die nu kennen, blijven dus. Als die niet worden nageleefd, komt wat ons betreft pas strafbaarheid in beeld. Nu kan ook na een positief oordeel van een toetsingscommissie alsnog tot vervolging worden overgegaan. Dat is eigenlijk een heel rare zaak. Wij stellen voor om de mogelijkheden te onderzoeken om euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht te halen op de manier die GroenLinks naar voren heeft gebracht. Ik hoor graag van mijn collega's hoe zij daarover denken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Hoe ziet mevrouw Voortman dan het volgende? Een arts heeft toch het recht om zo zorgvuldig mogelijk met zijn patiënt om te gaan, om geen euthanasie te plegen? Je kunt hem toch nooit

verplichten om te verwijzen of het wel te doen? Dat staat er haaks op. Uw partij is niet voor een recht op euthanasie, maar wat u voorstelt impliceert dat er wel een recht op euthanasie ontstaat. U legt de plicht neer bij de arts die in beginsel die plicht niet kan hebben.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vind niet dat een arts het recht heeft om goede zorg te verlenen. Ik vind dat een arts de plicht heeft om goede zorg te verlenen. Bij die zorgplicht hoort ook juist een zorgvuldige afhandeling, een zorgvuldige manier van omgaan met verzoeken tot euthanasie. Daar hoort ook dit bij. Ik ga ervan uit dat artsen dit doen. Zij doen het samen met een SCEN-arts en daarna is er nog een toetsingscommissie. Dat kader is er dus en blijft er wat mij betreft ook, maar daarna komt pas de vraag in beeld of het strafbaar is. Nu is een arts in principe strafbaar tot de vrijwaring van de toetsingscommissie komt. Dat maakt het juist heel erg belastend voor artsen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het met u eens dat de arts een zorgplicht heeft om alles zorgvuldig te doen. Stel echter dat hij vanuit die zorgplicht tot de overtuiging komt dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dan kan hij toch nooit verplicht worden om alsnog euthanasie toe te passen, juist vanuit dezelfde zorgplicht?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Nee, dat is ook niet wat ik voorstel. Daar gaat het helemaal niet over. Als wordt getoetst aan de gestelde voorwaarden – en wij komen nog te praten over allerlei andere voorstellen, binnenkort over Uit Vrije Wil – kun je niet daaraan vasthouden. Daar zou je juist naar moeten kijken, dat moet vooropgesteld worden. Nu zeggen wij dat er een toetsingscommissie is en dat daarna zelfs nog een gang naar de rechter kan plaatsvinden. Dat is dubbelop en dat maakt het juist zo belastend. Die strafbaarheid is voor veel artsen een groot punt. Die maakt het ook heel erg moeilijk om aan een euthanasieverzoek tegemoet te komen. Wij stellen daarom voor om het om te draaien. Het is een subtiel verschil, maar wel een cruciaal verschil.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mevrouw Voortman was erg nieuwsgierig naar wat de collega's van haar ideeën vinden. Ik wil wel een reactie namens de SGP geven. Ik zie ook dat zij brandend nieuwsgierig daarnaar is. Wij vinden het geen goed plan om het om te draaien. Ik ben het er niet mee eens, maar het is wel goed dat mevrouw Voortman helderheid geeft over dat andere systeem dat zij voorstaat. Hoort daarbij ook niet precies de juridische verwijsplicht die zij naar voren brengt? Past juist die verwijsplicht niet sterk bij een situatie waarin het niet meer iets uitzonderlijks is en je een beroep moet doen op strafuitsluitingsgronden, maar dat het eigenlijk een normale medische zorg is waarvoor je ook aanspraken op doorverwijzing kunt maken?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is precies de reden waarom wij die wettelijke verwijsplicht voorstellen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mevrouw Voortman bevestigt dus in feite dat die verwijsplicht het beste past bij een heel ander systeem dan wij nu kennen in de euthanasiewetgeving?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Nee, niet een heel ander systeem. Ik stel voor om een wettelijke verwijsplicht in te voeren, om dit in de wet te regelen zodat daarover duidelijkheid bestaat en patiënten niet meer in een situatie kunnen komen waarin zij van het kastje naar de muur worden gestuurd. Dat is een groot probleem en dat wil ik graag opgelost zien.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U stelt ook een andere wetswijziging voor. Ik vind het ook niet zo'n goed voorstel om het uit het Wetboek van Strafrecht te halen. Ik snap ook niet zo goed waarom u zegt dat dokters dit nodig vinden. Wij hebben op uw verzoek en op mijn verzoek dat KOPPEL-onderzoek laten doen. Daaruit blijkt juist dat 80% van de artsen vindt dat wij dit heel mooi en netjes hebben geregeld in Nederland. Er zijn artsen die dit onplezierig vinden, maar in het algemeen haal ik uit het KOPPEL-onderzoek dat het grootste probleem niet bepaald is dat artsen ongelukkig zijn met hoe het in de wet geregeld is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb niet gezegd dat alle artsen dat vinden. Ik heb gezegd dat dit iets is waar artsen een probleem in ervaren. Dat is iets wat niet alleen gaat om wat artsen vinden. Wij zeggen: euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht. Ik snap dat dit voor sommige mensen op dit moment te ruig is, maar laten wij het dan gewoon onderzoeken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb geen behoefte aan een onderzoek, want wij hebben dat KOPPEL-onderzoek gedaan. Daaruit blijkt dat de behoefte er niet is.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ga nog even verder op het punt dat de heer Van der Staaij aan de orde stelde. De woordvoerdster van GroenLinks suggereert dat een wettelijke verwijsplicht als een soort los verkrijgbaar artikel geregeld zou moeten worden. Daarnaast stelt zij voor om het uit het Wetboek van Strafrecht te halen, wat wel degelijk een geheel ander systeem is. Ik vraag mij af of mevrouw Voortman zich voldoende bewust is wat dit alles impliceert. Zij wil dat er een wettelijke verwijsplicht komt, maar je kunt iemand niet dwingen te verwijzen als het gaat om iets wat strafbaar is. Dat kun je niet van een arts eisen. Dat is gewoon strijdig met elkaar. Als zij zegt dat euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht moet, impliceert dat wel degelijk een geheel ander systeem. Dan is euthanasie namelijk een vorm van normaal medisch handelen waar hooguit een handjevol mensen met gewetensbezwaren bezwaren tegen kan hebben. Dan gaan wij met z'n allen doen alsof het heel normaal is. Ik verwacht wel dat mevrouw Voortman helder aangeeft welk eindbeeld zij precies voor ogen heeft.

De **voorzitter**: Ik verzoek de leden dringend om korte en bondige interrupties. Anders kunnen wij straks geen tweede termijn houden en dat zou geen recht doen aan het debat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voor mij is de keuzevrijheid van de patiënt heel belangrijk. Het is belangrijk dat wij kijken hoe wij die het best kunnen naleven, dit ook in relatie tot de positie van artsen. Het is heel belangrijk dat je daar heel goed rekening mee houdt. Als die wensen niet tot elkaar zijn te brengen, moet gekeken worden naar een verwijsplicht en een informatieplicht. Ik vind dat bij uitstek onderdeel uitmaken van de zorgplicht. Samen met D66 stellen wij voor om het in de wet vast te leggen. Dat lijkt ons een goede weg. Er zijn fracties die daar anders over denken. Daarnaast zou je het ook uit het Wetboek van Strafrecht kunnen halen. Beide zaken spelen echter. Misschien moeten wij dit sowieso meenemen bij de evaluatie van de euthanasiewet, maar dan vraag ik de minister om daarbij op die aspecten in te gaan. Dat kan ook. Het hoeft niet van vandaag op morgen, maar over die verschillende aspecten wil ik graag het debat voeren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Bij euthanasie kun je niet spreken over keuzevrijheid van de patiënt en de zaken die moeten zoals wij daarover kunnen spreken op andere plekken in

de zorg, bijvoorbeeld in de AWBZ het recht op zorg. Het vertrekpunt van mevrouw Voortman is gewoon onjuist. Of je nu voor of tegen een wet bent, je kunt dit niet als vertrekpunt nemen. Op die manier is de euthanasiewet niet vormgegeven. Mevrouw Voortman zegt dat dit haar uitgangspunt is en gaat vervolgens verder redeneren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter, ik denk dat we hier niet uit gaan komen en dat is misschien ook niet zo verwonderlijk. Over het algemeen zijn artsen goed op de hoogte van de reikwijdte van de euthanasiewet. Wij begrijpen dat het al dan niet instemmen met een verzoek tot euthanasie een lastige afweging is. Wanneer een arts niet wil of kan meewerken, komt echter het recht op zelfbeschikking van de patiënt in het geding. Het wetsvoorstel dat wij met D66 in voorbereiding hebben, regelt dat artsen een wettelijke doorverwijsplicht en informatieplicht krijgen. Nu laat een arts soms in het midden of hij wil meewerken aan een eventueel euthanasieverzoek of is hij niet duidelijk over zijn overwegingen wanneer hij een verzoek niet wil inwilligen. Wij willen dat artsen tijdig en goed onderbouwd aangeven dat zij niet meewerken aan een verzoek. Dat maakt wat ons betreft deel uit van zorgvuldigheid en van goede zorgplicht.

Het voorstel van de NVVE voor een levenseindekliniek of voor mobiele teams is vooral een reactie op de terughoudendheid bij artsen. De NVVE zegt dat de huidige wetgeving er niet voor aangepast behoeft te worden en dat de zorgvuldigheid van de procedures in acht genomen wordt. Wat dat betreft zijn wij ook niet direct voor een wettelijk verbod hierop. Wij denken echter wel dat de echte oplossing is het doorbreken van die terughoudendheid en het vroegtijdig doorverwijzen. Op die manier kom je ook het best tegemoet aan de behandelrelatie tussen arts en patiënt. De kennis bij artsen over euthanasie is goed, maar onder burgers is deze kennis veel minder. Dat leidt ook tot misverstanden en verwachtingen die niet waargemaakt kunnen worden. De minister stelt in een reactie op de levenseindekliniek dat ze voorstander is van een maatschappelijk debat. Wat ons betreft moet zij het hierbij niet laten, maar dat debat ook faciliteren. Dit onderwerp is te belangrijk om te laten liggen. Van een VVD-minister mag je verwachten dat zij Nederland liberaler wil maken. Dat vereist ook hierin een heel actieve rol.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Voor D66 is het zelfbeschikkingsrecht van mensen een groot goed. Daarom blijven wij kritisch kijken naar de dagelijkse praktijk van de euthanasiewet. De mogelijkheid van een zelfgekozen levenseinde vraagt om een voortdurende en zorgvuldige afweging tussen de belangen van patiënten en artsen. In die onderlinge verstandhouding proberen wij binnen de grenzen van de wet voor problemen oplossingen te vinden. Dat bleek onlangs opnieuw toen de toetsingscommissie een melding van euthanasie bij een vrouw met dementie in een vergevorderd stadium accepteerde. Ook de artsenvereniging KNMG benadrukt dat de euthanasiewet meer ruimte biedt dan artsen vaak denken. De nieuwe richtlijn van de artsen stelt ook dat de artsen ieder euthanasieverzoek serieus moeten nemen. Daar is de D66 het van harte mee eens. Ieder mens moet zelf kunnen beslissen over zijn of haar levenseinde. Dat betekent natuurlijk niet dat een arts altijd euthanasie moet uitvoeren, maar wel dat artsen de verantwoordelijkheid hebben ervoor te zorgen dat ieder verzoek serieus wordt getoetst. Dat gebeurt nu niet altijd. De oprichting van levenseindeklinieken illustreert dit.

D66 vindt dat artsen niet alleen een morele, maar ook een wettelijke verplichting hebben goede zorg te leveren. Wij vinden daarom dat artsen tijdig kenbaar moeten maken of zij principiële bezwaren hebben tegen het uitvoeren van euthanasie. Zo ja, dan moet een arts vanuit die zorgplicht de patiënt begeleiden naar een arts die een mogelijk euthanasieverzoek



wel wil toetsen. Het gaat hier dus met nadruk om het toetsen van het euthanasieverzoek. Het belangrijke KOPPEL-onderzoek beschrijft bijvoorbeeld een arts met principiële bezwaren die binnen het gezondheidscentrum waar hij werkt, op zoek gaat naar een andere arts. Dit soort dingen gebeurt nu te weinig. De kwetsbaarheid van de patiënt in de laatste fase van zijn of haar leven, rechtvaardigt wat ons betreft de aanpassing van de wet.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mevrouw Dijkstra verwijst naar het KOPPEL-onderzoek als voorbeeld dat een oplossing wordt gevonden voor iemand met een wens tot euthanasie, die een arts treft die daar niet aan wil meewerken. Is dat niet het beeld dat verder uit dat dikke KOPPEL-onderzoek naar voren komt, dat er eigenlijk geen probleem is in de praktijk?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is mij iets te kort door de bocht. Als dat zo zou zijn, zou ik geen enkele behoefte hebben gevoeld om met een wettelijke regeling van een doorverwijsrecht voor patiënten te komen. Het blijkt dat dit wel degelijk aan de orde is en dat vaak, als het gaat over de informatie die artsen en patiënten met elkaar uitwisselen, niet helder is hoe de arts tegenover euthanasie staat als het moment daar is. Wat ons betreft moet dit vanaf het begin van de behandelrelatie duidelijk zijn. Ik kan mij heel goed voorstellen dat een achttienjarige zo'n gesprek met de dokter niet voert, maar naarmate je verder bent in je leven zal dit eerder aan de orde zijn. Het is ook zeker de verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt erop te wijzen dat hij of zij niet zal instemmen met een mogelijk euthanasieverzoek, maar dat hij wel bereid is om door te verwijzen. Dit in tegenstelling tot wat wij net van de ChristenUnie hebben gehoord, die zegt dat een arts die plicht niet heeft omdat euthanasie geen recht is. De arts heeft echter wel een zorgplicht voor de patiënt en zal dus ook een serieus verzoek, als hij daar zelf niet aan wil voldoen, moeten doorverwijzen naar iemand die er serieus naar wil kijken.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik zal mijn vraag iets preciezer stellen. Blijkt uit het KOPPEL-onderzoek – of heeft mevrouw Dijkstra andere bronnen – dat het ontbreken van een doorverwijsplicht in de praktijk grote problemen oplevert?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat blijkt niet zozeer uit het KOPPEL-onderzoek. Wij zien wel dat de aanpassing van de KNMG-richtlijn en de helderheid daarover nodig waren in verband met de euthanasiewet. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat artsen toch een vrij enge interpretatie ervan hebben. De KNMG heeft de richtlijn aangepast. De doorverwijsplicht of het doorverwijsrecht van patiënten is wat ons betreft een technische vervolmaking van een wet waaraan verder inhoudelijk niets hoeft te worden aangepast. Het gaat erom dat artsen die om principiële redenen nooit euthanasie willen toepassen, dit vanaf het begin helder maken en de plicht hebben hun patiënt door te verwijzen naar een collega die wel wil toetsen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mevrouw Dijkstra verwijst naar een KNMG-notitie. Daarin lees ik ook dat de KNMG de opvatting heeft dat een verwijsplicht artsen dwingt mee te werken aan een procedure waartegen zij principiële bezwaren kunnen hebben. Verder is het ook praktisch onuitvoerbaar. Ten slotte heeft dit ook ongewenste neveneffecten, omdat dit ook een recht op euthanasie suggereert. Dat zijn heel forse bezwaren tegen een juridische verwijsplicht. Wat is de reactie van mevrouw Dijkstra daarop?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ken het standpunt van de KNMG. Dat neemt niet weg dat wij toch nog te vaak zien dat patiënten hun neus stoten bij een euthanasieverzoek. Wij zien ook dat de uitvoering en toepassing van richtlijnen van de KNMG niet afdwingbaar zijn. Wij kiezen bij deze wettelijke aanpassing echt de kant van de patiënt. In een fase van het leven waarin de patiënt misschien wel de allerbelangrijkste beslissing in zijn leven en ook de laatste beslissing in zijn leven neemt, dient de patiënt zeer serieus te worden genomen. De patiënt mag dan niet met een kluitje in het riet gestuurd worden, maar moet altijd worden gezien door een arts die dit ook serieus wenst te nemen. In die zin verschillen de heer Van der Staaij en ik van mening.

Een ander punt van zorg bij de uitvoering van de euthanasiewet is de zorgvuldige toetsing door de regionale toetsingscommissies. Het aantal meldingen van euthanasie stijgt de afgelopen jaren snel. In 2009 is het aantal meldingen met 13% gestegen. Nu lijkt het aantal te stijgen met 17%. Dat betekent honderden extra meldingen die om een zorgvuldige en snelle toetsing vragen. De gemiddelde beoordelingstijd is gestegen tot 37 dagen, maar er zijn uitschieters tot acht of negen maanden. Dat is een veel te lange tijd voor artsen om in onzekerheid te zitten. Nu blijkt dat ondersteunende krachten bij het CBG verdwijnen. Wat is er over van de toegezegde capaciteit? Wat doet de minister om de wachttijden voor artsen te beperken? Is zij bereid om te investeren in extra capaciteit van de toetsingscommissies?

D66 staat voor het recht van ieder individu om zelf te kunnen beschikken over het levenseinde. Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik er al voor gepleit dat de niet-reanimeerpenning voor iedereen beschikbaar is, zonder dat men lid hoeft te zijn van een organisatie. In de uitzending van EenVandaag van 29 november bleek nogmaals hoe nodig een heldere wilsverklaring is in het geval van calamiteiten. Uit het KOPPEL-onderzoek blijkt dat mensen veel waarde hechten aan zo'n wilsverklaring. Toch heeft slechts 7% die. De ondervragers zijn unaniem van mening dat de arts een schriftelijke wilsverklaring moet opvolgen. De helft van de artsen en verpleegkundigen denkt echter dat een schriftelijke behandelweigeringslechts een verzoek is in plaats van een voorschrift. Voor artsen blijkt de wilsverklaring bovendien niet altijd helder. Wil de minister daarom bekijken hoe wij de praktijk rond het opstellen en uitvoeren van de wilsverklaring kunnen verbeteren?

Voorzitter, ten slotte. Voor D66 staat zelfbeschikking voorop, juist bij zo'n gevoelig onderwerp als het einde van het leven.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Het aantal meldingen van euthanasie is in 2010 gestegen en dat is niet verrassend. Wij zien immers elk jaar een stijging. Wel opvallend vindt mijn fractie de regionale verschillen. De minister heeft aangegeven dat bij de evaluatie in 2012 gekeken wordt naar de oorzaken van de stijging. Zullen hierbij ook de regionale verschillen onderzocht worden?

Hoe zorgt de minister ervoor dat de personele bezetting bij de regionale toetsingscommissies meestijgt? De tijd tussen de melding en het oordeel loopt namelijk op en houdt de artsen onnodig in spanning. Dat komt de werkwijze rond dit thema niet ten goede.

Het KOPPEL-onderzoek wijst uit dat het kennisniveau over de euthanasiewet bij de professionals goed is. De media en de KNMG berichten dat de kennis onvoldoende is. De KNMG heeft zelfs een standpunt uitgebracht als handvat voor artsen om vraagstukken te verduidelijken. Wat is het nu? Is het kennisniveau goed of is het kennisniveau niet goed? Kan de minister daarover een uitspraak doen?

Juist omdat zowel bij professionals als bij burgers onvoldoende kennis over de mogelijkheden binnen de euthanasiewet aanwezig is, spreken wij nu over de oprichting van een levenseindekliniek. Wij gaan ervan uit dat de werkwijze van zo'n kliniek binnen de huidige wetgeving past. In die zin

zien wij een meerwaarde van de kliniek vooral in het feit dat daar gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen gaan werken, waardoor eventuele belemmeringen niet meer zullen optreden. Wij vinden echter wel dat zo'n kliniek eigenlijk niet nodig zou moeten zijn omdat gewoon gehandeld moet worden binnen de wettelijke mogelijkheden. De eventuele bereidheid van de huisarts om euthanasie uit te voeren en de onkunde bij artsen over wat wel en niet onder de huidige wetgeving is toegestaan, blijft een probleem. De woordvoerders van GroenLinks, de VVD en D66 hebben al veelvuldig gesproken over een zorgplicht. Die onderschrijf ik, maar ik heb geen van de drie partijen gehoord over de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Die hoort hier ook thuis. Als een patiënt een behandelrelatie aangaat met een arts, moet hij ook zelf het gesprek aangaan en vragen of een arts daartoe bereid is. Wij waren wel enigszins verrast door de plannen van de NVVE (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde) om de ambulante teams te vervangen. Wij willen niemand de wens ontzeggen om thuis te sterven, maar wij plaatsen hierbij toch wel kritische kanttekeningen. Welke verwachtingen worden hierdoor gewekt? Ik hoop niet dat het een simpel telefoontje zal zijn. Welke vorm krijgt het dan wel? Kan behalve de patiënt bijvoorbeeld ook de familie het ambulante team verzoeken om langs te komen? De NVVE had dit plan beter eerst concreet kunnen uitwerken in plaats van het zo ongenueanceerd in de media te gooien. Ik hoor hier en daar al gelach, maar mij bereiken ook berichten als «hoe kunnen ze dat nu doen» en «wordt het: klaar met leven, bel 117». Voor sommige mensen kan het heel prettig zijn om te weten dat de mogelijkheid er is, maar andere mensen boezemt het ook angst in. Ik vind dat wij dat serieus moeten nemen, zonder direct de ambulante teams af te schieten. Ik wil weten hoe dit concreet wordt uitgewerkt. Wij zijn blij met het door de KNMG uitgebrachte standpunt inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levens einde. Dat laat zien dat er mogelijkheden voor euthanasie zijn voor dementerenden en mensen die ondraaglijk lijden door een stapeling van ouderdomsklachten. Ook wordt gewezen op de plicht van de arts om tijdig te verwijzen, indien hij of zij zelf niet wil ingaan op een euthanasieverzoek. Ook hier geldt natuurlijk weer de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Dit alles zal er waarschijnlijk toe leiden dat volgend jaar het aantal meldingen opnieuw gestegen is, zonder verschuiving of oprekking van de euthanasiewet, maar juist door alle ruimte te benutten die de wet biedt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Euthanasie is zwaar, zowel voor de patiënt, de familie en nabestaanden als de arts en andere hulpverleners. Het heeft namelijk iets tegennatuurlijks. Wij leven immers niet om te sterven, maar sterven hoort bij het leven. Het is goed dat mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, kunnen kiezen voor een menswaardig einde. Daarbij hebben patiënten echter geen recht op euthanasie en hulp bij zelfdoding en artsen geen plicht om hulp bij zelfdoding te verlenen. Artsen mogen dit onder bepaalde voorwaarden wel. Zij hebben wel de beroepspllicht om mensen op weg naar een menswaardig einde te helpen. Dat is een belangrijke constatering.

Nu, een kleine tien jaar na de inwerkingtreding van de euthanasiewet, zien wij een verdere toename van het aantal meldingen van euthanasie, al moeten wij ons realiseren dat het aantal beperkt is in relatie tot het aantal mensen dat overlijdt. Het ligt in de orde van 2%. Uit het laatste onderzoek van ZonMw blijkt dat artsen buitengewoon zorgvuldig omgaan met het euthanasievraagstuk. Het is goed om dat te constateren. Dat doet de SP deugd. Men weet dat de SP in het verleden tegen de euthanasiewet heeft gestemd, omdat zij bang was voor hoe het in de praktijk zou uitpakken. Ik ben blij dat wij kunnen constateren dat de praktijk rust biedt. Er zijn echter ook geluiden dat een derde van de mensen niet goed wordt geholpen. Dat

zijn de cijfers van de NVVE. Dat is een contrast. Ik wil een reactie van de minister op beide «praktijkervaringen». Hoe ziet de minister dit? Uit het onderzoek van ZonMw blijkt dat artsen onvoldoende op de hoogte zijn van de wettelijke mogelijkheden bij euthanasie bij psychiatrische aandoeningen en beginnende dementie. Ik heb net al een interruptiebatje met de VVD-woordvoerder gehad. Ik hoor graag van de minister hoe zij het ziet. Op welk moment in het dementiële proces kan euthanasie aan de orde zijn? Hoe duidt zij het genoemde praktijkvoorbeeld? Ons bereikte een goed jaar geleden een bericht via een blad uit het oosten van het land dat psychiatrische instellingen de deur openzetten om patiënten de gelegenheid te geven om zich te suicideren. Het was een dramatisch verhaal en gebaseerd op richtlijnen van de psychiatrische artsen. Zou dit mogelijk zijn? Het is weersproken, maar dit weerspiegelt wel het grote probleem in de praktijk. In 2008 waren er 520 verzoeken om euthanasie bij psychiatrische patiënten, die nauwelijks gehonoreerd zijn. Ik spreek geen waardeoordeel uit of dit te veel of te weinig is, maar ik schets wel het grote probleem. Kennelijk zijn wij niet in staat om voldoende hulp te bieden zodat die patiënten een menswaardig leven hebben. Hoe kijkt de minister tegen dat vraagstuk aan? Welke verbetermogelijkheden kunnen daar worden gerealiseerd? Kan er ook sprake zijn van een capaciteitsvraagstuk? Zijn er misschien te weinig hulpverleners om dat vraagstuk te tackelen? Dan de vergoeding van euthanatica, het middel thiopental en spierrelaxantia. Vallen deze onder de verzekering en worden die in alle gevallen vergoed, of zijn zij voor eigen rekening? Het standpunt van de KNMG vinden wij een positieve ontwikkeling. Laat ik er kort over zijn, anderen hebben er ook al het nodige over gezegd. Wij moeten ook stilstaan bij het initiatief van de NVVE. De SP heeft hier grote bezwaren tegen, die van tweeërlei aard zijn.

De **voorzitter**: Ik vraag u om daarover kort te zijn, u zit bijna aan de vijf minuten.

De heer **Van Gerven** (SP): Een langdurige relatie is eigenlijk cruciaal voor een goede oordeelsvorming omtrent het euthanasieverzoek. Het gevaar van het ontstaan van een tunnelvisie, van een zekere onherroepelijkheid, zoals ook de woordvoerder van het CDA dit verwoordde, lijkt mij een reëel risico. Wij moeten dit vraagstuk echt proberen op te lossen binnen de reguliere hulpverlening.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Euthanasie is een indringend thema, omdat juist ook ernstige aftakeling van het lichaam en heel erg lijden iedereen voor heel indringende vragen stelt. Hoe je er verder ook ethisch mee omgaat en welke keuzes je ook maakt, dat is iets gemeenschappelijks. Juist die aftakeling en dat ernstige lijden zijn voor heel veel mensen een moeilijk te aanvaarden proces. Euthanasie, actieve levensbeëindiging, gaat naar de mening van de SGP in tegen de geboden plicht tot bescherming van het leven. Wij vinden en vinden dat een brug te ver. Wij vinden dus ook de geldende euthanasiewet veel te ruim. Er werd zojuist gezegd dat Nederland trendsettend is en dat in het buitenland met enige jaloezie wordt gekeken naar de Nederlandse regels. Misschien is het goed om het in een iets ander perspectief te zetten. Het VN-Mensenrechtencomité heeft bijvoorbeeld keer op keer vragen aan Nederland gesteld hoe het zit met onze wetgeving. Wat is de stand van zaken? Ik heb begrepen dat bij de vormgeving van de wet internationaal een moeilijk te verteren punt uit mensenrechtelijk oogpunt is en blijft dat er uiteindelijk geen rechterlijke toetsing is voor zoiets ingrijpends als een besluit tot beëindiging van het leven. Graag een reactie op dit punt.

Wij zijn beducht – wij hebben dat in het verleden bij de behandeling van de wet al gezegd – voor een sluipende of openlijke oprekking van de normen. Waar eindigt het? Nu zeggen wij het voor deze categorie, maar hoe zit het dan met de wilsonbekwame patiënten? Is dat de volgende stap? Er moet nu een somatische oorzaak zijn. Wordt het later verbreed? Kortom, gaan wij niet stap voor stap steeds verder? Onlangs is er uitgebreid een kwestie in het nieuws geweest rond dementie. Is dat een nieuwe situatie ten opzichte van de wetsbehandeling die indertijd heeft plaatsgevonden? Is het een oprekking van de normen of is het een invulling van een bestaande wettelijke norm die kennelijk nog niet eerder tot een zaak heeft geleid? Waarom was dat dan het geval? Waarom heeft de praktijk zich dan zo ontwikkeld? Kan de minister daarin meer inzicht verschaffen?

Ik beklemtoon in dit verband graag dat wij ons altijd buitengewoon sterk maken voor een goede palliatieve zorg. Gelukkig leeft dat heel breed in deze Kamer. Over euthanasie denken wij verschillend, maar over een goede palliatieve zorg is er grote unanimiteit. Ik ben er ontzettend blij mee dat die niet alleen wordt gezien als iets van de anti-euthanasielobby, zoals in sommige andere landen het geval is, maar dat de intrinsieke waarde van een goede palliatieve zorg rondom het levenseinde breed wordt gedeeld en dat nooit vanwege gebrek aan goede palliatieve zorg naar euthanasie zou moeten worden verlangd. Dus ook nog het accent op een goede palliatieve zorg.

Euthanasie is geen recht voor de patiënt en geen plicht voor de arts. Ik benadruk dat. Het is niet normaal, maar iets buitengewoon uitzonderlijks. Terecht zegt ook de KNMG dat euthanasie een bijzondere, in principe strafbare handeling betreft en dus geen normale behandeling is binnen de geneeskunde. Ook al om die reden verzet de SGP zich tegen een doorverwijsplicht, zoals voorgesteld door GroenLinks en D66. Ik wil ook niet spreken over een morele doorverwijsplicht, want dat maakt euthanasie te veel een normale behandeling. Het feit dat euthanasie niet als een normale behandeling wordt gezien maar juist in de sleutel van het strafrecht staat, geeft aan dat sprake is van een botsing van plichten. Het staat voorop dat de normale zorgplicht van de arts is gericht op bescherming van het leven en niet op beëindiging.

Over de ambulante teams hebben wij een uitvoerige reactie van de minister gekregen. Ik zag krantenkoppen als «geen bezwaar tegen ambulante euthanasieteams». Is dit inderdaad de stellingname van de minister? Ik las in de beantwoording een wat andere formulering, namelijk dat niet bij voorbaat uitgesloten is dat de zorgvuldigheid van de wet ook kan worden geboden door ambulante teams. Daar zit dus wel wat licht tussen. Wat is de strekking van de boodschap die de minister over de ambulante teams naar voren wil brengen?

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): De SGP zegt dat de patiënt geen recht heeft op euthanasie. Dat zal achter deze tafel binnen de context van deze wet onderschreven worden. Ik constateer ook dat de onderbouwing van de euthanasie in Nederland blijkbaar wel op meer politieke steun kan rekenen, als ik de SP goed heb beluisterd. Door de SGP wordt gezegd dat het recht er niet is, maar vindt de heer Van der Staaij dat iedere Nederland die wordt geconfronteerd met een huisarts die heel ruiterslijk zegt «ik ga het niet doen en bekijk het maar», in ieder geval recht heeft op het ontvangen van informatie om wel de goede hulp te krijgen die hij nodig denkt te hebben?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb het nu benaderd vanuit het perspectief van de plicht van de arts. Ik wil ook een goede communicatie centraal stellen. Die mag je van elke arts verwachten. Daarbij past ook heel goed dat je duidelijk maakt wat de patiënt niet van je kan verwachten, zodat daarover geen misverstanden kunnen ontstaan. Er zijn genoeg

mogelijkheden voor patiënten om geïnformeerd te raken waar wel de mogelijkheden aanwezig zijn om hun wensen te verwezenlijken. Laten wij overigens niet vergeten dat het niet alleen gaat om artsen die principieel tegen alle vormen van actieve levensbeëindiging zijn. Heel veel van de problemen die mevrouw Dijkma en mevrouw Voortman aangaven, betreffen ook relaties met artsen die nog helemaal niet toe zijn aan euthanasie en die vinden dat er nog allerlei beletsels zijn en zorgvuldigheidseisen waaraan niet is voldaan. Patiënten vinden dat, met een beroep op zelfbeschikkingsrecht, hinderlijk en willen dan aan een arts worden geholpen die het wel wil. Ook die discussies spelen. Het is dus niet alleen zwart-wit, met artsen die niets of alles willen. Een heel grote groep ziet euthanasie, voor zover ze het aanvaarden, als een uiterste middel. Daarbij kunnen botsingen en spanningen optreden met de opvattingen van patiënten. Daarom is een eenvoudige verwijsplicht dus ook nooit een oplossing.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Dat mag zo zijn. Te Dwingeloo zei een huisarts: zorg ervoor dat je, als je een nieuwe huisarts hebt gevonden nadat je bijvoorbeeld bent verhuisd, eerst met die huisarts heel fundamenteel bespreekt, ook als er nog niets aan de hand is, of hij aan het end van de rit, want dat is het eind van het leven, over zou willen gaan tot euthanasie. Het is ontzettend wezenlijk dat je weet of je huisarts met je mee wil denken, ja of nee. En dan nog blijft vraag de aan de SGP staan. Ik stel hem nog een keer. Stel dat je zo'n gesprek met je huisarts, waarvan ik hoop dat ieder mens in Nederland het wel gaat voeren, niet gevoerd hebt, maar dat je op het moment suprême wel graag euthanasie wilt. Hoe moet dat dan als je huisarts je niet wil doorverwijzen?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik weet niet hoe het mevrouw Klijnsma vergaat, maar ik struikel in de media over informatie over allerlei organisaties die van advies dienen rond het levenseinde. Ik heb dus het idee dat er heel veel informatie voorhanden is voor mensen die willen weten waar ze terecht kunnen en wat de mogelijkheden zijn. Ik beklemtoon nogmaals dat goede communicatie van groot belang is. Ik denk dat, voor zover er een probleem ligt, al veel gewonnen is met een goede, tijdige en heldere communicatie.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Euthanasie en andere vraagstukken rond het levenseinde bieden veel stof voor maatschappelijke discussie. De wettelijke verankering van euthanasie in 2002 is dan ook voortgekomen uit een maatschappelijk debat en heeft een praktijk die zich gedurende decennia heeft ontwikkeld. De actuele maatschappelijke discussie spitst zich toe op thema's als voltooid leven of klaar met leven, maar ook op stoppen met eten en drinken en de rol van de arts hierbij. Ik vind het van belang dat dergelijke gevoelige en ingewikkelde onderwerpen uitvoerig maatschappelijk worden bediscussieerd en dat we meer helderheid krijgen over wat we verstaan onder bijvoorbeeld begrippen als «voltooid leven» of «klaar met leven». Maar dit is ook een thema waarover de overheid in gesprek moet blijven met de samenleving. We moeten voorkomen dat we ver op de troepen vooruitlopen of ver bij de troepen achterblijven.

Een belangrijke ontwikkeling is de significante stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Wat de exacte oorzaken hiervan zijn, zal blijken uit de evaluatie van de euthanasiewet, waarvan de resultaten in het najaar van 2012 bekend worden. De stijging van meldingen heeft voor artsen tot gevolg gehad dat de doorlooptijd van beoordeling van zijn of haar melding door een regionale toetsingscommissie, aanzienlijk is gestegen. Ik vind dat heel erg onwenselijk – velen van u hebben hier ook aandacht voor gevraagd – want de meldingsbereidheid van artsen is groot. Die moeten we koesteren en stimuleren. Lang moeten wachten op uitsluitel



of de euthanasie die je als arts hebt uitgevoerd, als zorgvuldig wordt beoordeeld, is, op zijn zachtst gezegd, niet bevorderlijk. Wij hebben voor personeelsuitbreiding gezorgd en extra middelen toegekend. Daarnaast hebben de toetsingscommissies zelf hun werkwijze onder de loep genomen om te bekijken of het beoordelingsproces nog efficiënter kan worden ingericht.

Het aantal meldingen stijgt dus en mogelijk zien we de komende jaren een verder stijgende lijn. Daarom vind ik het echt noodzakelijk om snel, wat mij betreft in januari, de balans op te maken. Dan zal ik ook boter bij de vis doen. Dat betekent voor mij wel twee dingen: dat de commissies bekijken of het nog een slag efficiënter en beter kan, en dat de capaciteit wordt uitgebreid als dat nodig is.

Ik zal nu proberen, themagewijs te reageren op de gestelde vragen en opmerkingen.

De **voorzitter**: Kunt u vooraf een overzicht geven van de te behandelen onderwerpen, zodat we daar rekening mee kunnen houden met de interrupties?

Minister **Schippers**: De thema's zijn dementiecasus, ambulante euthanasieteams van de NVVE, verwijsplicht, informatievoorziening, inclusief de KNMG-richtlijn, reanimeerpenning, euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht en welke middelen onder de zorgverzekering vallen.

Voorzitter. Voor de vraag of iets wel en niet mag in Nederland is het criterium of het binnen de wet valt. Verschillende leden hebben gevraagd naar de casus waarbij iemand wilsonbekwaam is. Het is moeilijk om hier één casus te bespreken. Of iemand helemaal of een beetje wilsonbekwaam is, kunnen wij hier ook niet beoordelen. De RTE's doen dat zeer grondig en zorgvuldig. Binnen de jurisprudentie van de wet geldt dat iemand die wilsbekwaam is en uitzicht heeft op wilsonbekwaamheid, daar een uitspraak over kan doen ten tijde van zijn wilsbekwaamheid.

Natuurlijk moet de arts zich ervan vergewissen dat het ook daadwerkelijk de wens is van de patiënt en dat het daadwerkelijk het verzoek is van de patiënt. Het moet dus gebeuren conform de vastgelegde zorgvuldigheidseisen. Maar het is wel een heel ingewikkelde afweging voor de arts. Ook het ziektebeeld van dementie, waarbij wilsbekwaamheid en het ervaren van het lijden veranderen gedurende de ziekte, maakt de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen niet eenvoudig. Het is allereerst de taak van de arts om te bepalen of sprake is van een weloverwogen en vrijwillige keuze en van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en om zo nodig te exploreren, eventueel in overleg met specialisten ouderengeneeskunde of andere deskundigen, of er nog passende interventies of redelijke andere oplossingen zijn. Gevorderde dementie op basis van een eerder opgestelde euthanasieverklaring volstaat in principe, als aan alle zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet is voldaan. De regionale toetsingscommissies euthanasie toetsen vervolgens het handelen van de arts aan de euthanasiewet.

Heb ik een verklaring voor de toename euthanasiegevallen onder dementerenden? Uit de jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies blijkt dat sinds 2006 het aantal gevallen van euthanasie bij dementie van 6 is gestegen tot 12 in 2009 en 25 in 2010. Deze toename zou het gevolg kunnen zijn van meer bekendheid bij zowel artsen als patiënten over de mogelijkheden van euthanasie bij dementie. Op dit moment wordt de euthanasiewet voor een tweede maal geëvalueerd. Hiervoor wordt bij het praktijkonderzoek specifiek gekeken naar de als ingewikkeld beschouwde verzoeken, zoals bij beginnende dementie en psychiatrische aandoeningen. De onderzoeksresultaten zullen in het najaar van 2012 bekend zijn en dan naar de Kamer gezonden worden. Leidt de casus van euthanasie op een zwaar dementerende vrouw tot een nieuwe werkwijze, aangezien hier rechtstreeks een arts is benaderd? Dat

vraagt mevrouw Wiegman. Van een nieuwe werkwijze is geenszins sprake. Volgens de euthanasiewet moet een onafhankelijk arts nagaan of voldaan wordt aan de zorgvuldigheidseisen. De behandelend arts kan een andere arts benaderen. Het gaat erom dat er sprake is van onafhankelijkheid. Dat is cruciaal. Het rechtstreeks benaderen van een arts door een patiënt is natuurlijk gebruikelijk in de gezondheidszorg. Daar is dus niets nieuws aan.

De heer Van Gerven vraagt op welk moment ik euthanasie bij een dementerend persoon geoorloofd vind. Dit is toegestaan als voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen uit de wet. De toetsingscommissies beoordelen of aan deze eisen is voldaan.

De heer Van der Staaij vraagt of wij niet steeds een stapje verder gaan en eigenlijk kruipend de euthanasiewet steeds verruimen. De betreffende euthanasiemelding was geen oprekking van de wet. De toetsingscommissies hebben geoordeeld dat voldaan is aan de zorgvuldigheidscriteria. Het is niet zo dat één RTE zich hierover gebogen heeft: alle RTE's hebben zich hierover gebogen. In de genoemde casus is volgens die commissies zorgvuldig gehandeld.

Mevrouw Wiegman vraagt of lijden aan het leven als extra officiële indicatie gezien mag worden. Er zijn geen indicaties voor euthanasie. Een verzoek van een patiënt ligt ten grondslag aan het proces waarin arts en patiënt het verzoek onderzoeken. De KNMG geeft in haar standpunt een nadere invulling van de zorgvuldigheidscriteria binnen de reikwijdte van de wet en binnen het toetsingskader dat de toetsingscommissies hanteren. De ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden zijn de criteria waarover het hierbij gaat.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het verslag van de regionale toetsingscommissie over de euthanasie bij de dementerende vrouw is vrij neutraal geformuleerd, maar verschillende keren staat er toch wel iets opvallends, namelijk dat het helemaal niet gebruikelijk was dat een arts een tweede arts op deze manier benadert. Het is ook helemaal niet gebruikelijk dat alle toetsingscommissies zich over een geval buigen. Het is dus een bijzonder geval. Dat moeten we vaststellen, nog even afgezien van allerlei uitspraken die al dan niet in de media zijn gedaan en waarover we verder kunnen filosoferen. Juist omdat het geval zo bijzonder is en omdat het zoveel losmaakt in de samenleving, vraag ik de minister of zij bereid is om het OM om een oordeel erover te vragen. Dit ook om ons meer inzicht te geven in wat dit betekent voor de toekomst, omdat het feit dat alle toetsingscommissies hiermee bezig zijn geweest, al duidelijk maakt dat het allemaal niet zo normaal en vanzelfsprekend was en een uitgemaakte zaak.

Minister **Schippers**: Het is niet zo dat het OM nooit aan bod kan komen. Als iets opvalt in het jaarverslag en het OM denkt dat er iets bijzonders aan de hand is, kan het altijd actie ondernemen. In deze casus zie je dat het hart van de wet is gevolgd. Sterker nog, men is ontzettend zorgvuldig geweest door ook andere RTE's ernaar te laten kijken. Ik twijfel dus volstrekt niet aan de zorgvuldigheid.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is niet zo dat het OM altijd een oordeel kan geven. Het OM wordt alleen ingeschakeld als de toetsingscommissie twijfelt over de zorgvuldigheid of zich niet bevoegd voelt om een oordeel te geven. Waar de wet niet in voorziet, is dat iemand buiten de toetsingscommissie het toetsbaar kan stellen als hij vermoedt dat de gang van zaken in strijd is met het oordeel van zorgvuldigheid van de toetsingscommissie. Nederland kent allerlei vormen van toetsing van toetsingscommissies. Dat moeten we ook bij de regionale toetsingscommissies instellen, juist omdat het om zulke precare onderwerpen kan gaan. Deze casus maakt zichtbaar dat het veel

losmaakt en dat toetsingscommissies er zelf kennelijk ook zo mee worstelen dat alle toetsingscommissies in deze casus inzicht hebben gehad.

Minister **Schippers**: Het is helemaal niet vreemd dat speciale deskundigheid wordt gevraagd of geconsulteerd als het over zaken gaat waar men die deskundigheid bij wil betrekken. Dat ten eerste. Ten tweede kan het OM altijd ingrijpen als het denkt dat dit noodzakelijk is. Dat het OM dat niet doet, is wat anders. Ten slotte is juist het feit dat alle toetsingscommissies hier hun deskundigheid over hebben laten gaan, een extra garantie voor zorgvuldigheid. U doet net alsof wij een eenheid hebben die maar wat doet en dat daar totaal geen toezicht op is van een ander. Dat kunt u in dit geval toch niet zeggen? Alle toetsingscommissies waren hierbij betrokken. Men was dus wel degelijk heel toetsbaar.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb een punt van orde. Wil de minister, samen met haar collega van Veiligheid en Justitie, schriftelijk dieper ingaan op de rol en de positie van het OM? Ik vind het namelijk onduidelijk, want ik heb andere juridische informatie gekregen. Ik wil het graag helder uiteengezet hebben.

De **voorzitter**: Voor de duidelijkheid, dit is geen punt van orde. U kunt het in tweede termijn nog aan de orde stellen. Het is aan de minister om er wel of niet op in te gaan. De minister krijgt nu nog een interruptie van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is niet ingegaan op mijn schets van problemen bij psychiatrische patiënten. Ik krijg daar graag een reactie op. En mijn vraag over euthanasie bij dementerenden was de volgende. Kan er een aantal maanden zitten tussen het moment dat een oordeel wordt gevormd en het moment van voltrekken? Dat was een concrete vraag als uitvloeisel van de oordeelsvorming van de arts samen met de patiënt. Het is vandaag 30 november. Stel dat iemand vandaag wilsbekwaam is, maar met een dementieel beeld, zegt: in die fase van dementie wil ik dat mijn leven stopt, want dan vind ik het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Is dat binnen de kaders van de wet mogelijk?

Minister **Schippers**: U vraagt of er te weinig hulpverleners voor psychiatrische patiënten zijn. Dat is een belangrijke vraag. Wij moeten ervoor zorgen dat in Nederland goede zorg verleend wordt. Het is echter heel denkbaar en invoelbaar dat ondanks goede zorg, patiënten, waar ze ook aan lijden, toch de wil hebben voor een zelfgekozen levenseinde. Ik vind het heel lastig en eigenlijk ook oneigenlijk om dat aan elkaar te koppelen. Wij moeten ervoor zorgen dat we goede zorg hebben, maar ook een psychiatrisch patiënt kan op een gegeven moment over zichzelf beschikken. Het hangt er natuurlijk ook weer helemaal van af, want «een» psychiatrisch patiënt bestaat niet. Je kunt verschillende aandoeningen hebben. Wat wij in de wet geregeld hebben, is dat wij het zorgvuldig doen. Dat betekent dat je bij bepaalde patiënten bepaalde kennis nodig zult hebben en dat je die deskundigen ook moet consulteren. Je ziet dat ook gebeuren.

Ook voor euthanasie bij dementie zijn zorgvuldigheidseisen gesteld. Ook daarover is jurisprudentie gekomen over hoe het in de praktijk gaat. Daarbij gaat het natuurlijk ook om het feit dat iemand, met het vooruitzicht dat hij heeft, zelf moet persisteren in een wens, daar helder over moet zijn en dat goed moet vastleggen. Het is niet met een schaarste te knippen wanneer dat precies gebeurt. Uiteindelijk gaat het erom dat je aangeeft dat je een bepaald stadium niet wilt meemaken. Dat kunnen we niet in zijn algemeenheid hier in de wet opschrijven of bepalen.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, we schrijven dat niet in de wet op, maar is dat de uitkomst van de toepassing van de wet? Hoe werkt het in de praktijk uit met betrekking tot dementie? Dat andere punt van de psychiatrie vind ik toch erg wezenlijk. Aan de ene kant is het aantal suicides toegenomen. Er is een stijgende trend, om wat voor reden dan ook. Aan de andere kant bespreken we nu het euthanasievraagstuk. Dat vind ik een erg groot dilemma. Ik weet niet waar het precies aan ligt, maar ik constateer dat er honderden verzoeken zijn voor euthanasie in de psychiatrie, die nauwelijks gehonoreerd worden, en daarnaast dat er een toename is van het aantal suicides. Hoe verhoudt zich dat tot elkaar? Ik beschuldig niets en niemand. Ik vraag alleen: hoe kunnen we dat kennelijke probleem oplossen? Ik vind dat een wezenlijk vraagstuk.

Minister **Schippers**: Ik kan mij dat voorstellen. Ik kan mij ook voorstellen dat er misschien een verband is. Het zou ook niet kunnen. Ik denk dat het heel lastig is, juist bij deze patiënten, om dat precies te weten. Ik weet eigenlijk niet of wij daar onderzoek naar doen. Ik kijk even naar mijn ambtenaren. Het komt naar voren in de euthanasiewet. Ik herinner mij dat suicides in psychiatrische instellingen ook onderzocht worden. Er wordt dus naar gekeken.

Bij dementie is er natuurlijk een arts/patiëntrelatie. Je bespreekt samen wat er gaat komen, welke wensen de patiënt heeft en hoe de arts daarover denkt. Binnen de eisen van de wet maak je op een gegeven moment afspraken over de vraag hoe het verder moet. Ik denk niet dat daar een algemeen format over te leggen is.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Precies bij de dementerende patiënten zien we dat het in de praktijk lastig is om te bekijken of voldaan is aan zowel de zorgvuldigheidscriteria van het vrijwillige en weloverwogen verzoek als de criteria van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De vraag hoe je die criteria toepast bij, ook zeker, verder gevorderde dementie is in de praktijk heel moeilijk. Daarom is in het verleden gezegd dat we daar grote terughoudendheid bij moeten betrachten. Mijn vraag is, ook naar aanleiding van die recente zaak, of die terughoudendheid aan het inslinken is. Of kun je dat niet zo zeggen? Wordt in het evaluatieonderzoek nog ingegaan op de praktijk van de toepassing bij dementerenden?

Minister **Schippers**: Dat een RTE het niet in z'n eentje heeft gedaan, maar iedereen erbij betrokken heeft, wil toch zeggen dat men alle zorgvuldigheid heeft willen betrachten om de zaak goed te beoordelen. Ik vind dat juist een teken van dat het heel serieus wordt opgepakt. Er worden niet zomaar zaken goedgekeurd. Dat gebeurt niet. Ik heb veel respect voor de toetsingscommissies. Die staan voor een heel zware taak. Ik vind dat ze zich heel goed van die taak kwijten.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Qua proces begrijp ik wat de minister zegt. Het is zeker waar dat men geprobeerd heeft om het in procedurele zin zorgvuldig te doen, dat alle mensen zich gewetensvol van hun taak gekwijt hebben. Dat neemt niet weg dat er naast processuele ook materiële criteria zijn. Hoe gaat het met uitzichtloos en ondraaglijk lijden? Daar blijkt een enorme subjectiviteit in te zitten. Waar wil je uiteindelijk de grens trekken?

Minister **Schippers**: Dat is zo, denk ik. Het is ook zo dat we de euthanasiewet aan het evalueren zijn. In die evaluatie is er speciale aandacht voor ingewikkelde verzoeken. De manier waarop we dit doen, is heel zorgvuldig. We monitoren alles en houden de vinger aan de pols. De evaluatie komt in het najaar.

De **voorzitter**: Ik verzoek de minister haar betoog te vervolgen.

Minister **Schippers**: De levenseindekliniek en de ambulante teams. Mijn reactie op die punten is hetzelfde. Als het binnen de wet plaatsheeft – dat betekent: zorgvuldig handelen en voldoen aan de eisen van de wet – kan dat. Ik toets niet of een kliniek of een ambulante team zorgvuldig heeft gehandeld. Dat doet de regionale toetsingscommissie. Het hangt er dus van af hoe men er in de praktijk mee omgaat. In ieder geval zegt de wet niets over de locatie.

Bij meer complexe problematiek, zoals dementie en psychiatrie, is extra zorgvuldigheid geboden, in de zin dat geadviseerd wordt om extra expertise in te roepen, omdat diepgaander inzicht in de situatie van de patiënt en kennis van de achtergrond en ziektegeschiedenis cruciaal zijn voor een beoordeling van de zorgvuldigheidseisen. Het is echter niet bij voorbaat uitgesloten dat deze zorgvuldigheid ook kan worden geboden door ambulante teams of een kliniek. Wel is duidelijk dat het een zeer intensief en mogelijk zeer langdurig traject zou betreffen, waarin onderzocht wordt of levensbeëindiging op verzoek ingevolge de wettelijke zorgvuldigheidseisen aan de orde kan zijn.

Is er een weg terug voor een patiënt als hij in zo'n kliniek komt? Mevrouw Smilde sprak over een soort tunnelvisie. In een kliniek en als iemand zich meldt bij een ambulante team, moet altijd sprake zijn van een weloverwogen en vrijwillig verzoek. Als daar geen sprake meer van is, omdat iemand zich bedenkt om welke reden dan ook, is euthanasie uiteraard niet meer aan de orde. Juist de regionale toetsingscommissies moeten dus met hun onafhankelijke oordeel aangeven of het kan binnen de wet of niet. Op voorhand kun je niets zeggen over de zorgvuldigheid.

Welke vorm krijgt het NVVE-plan om ambulante teams toe te voegen? Hoe gaat dit concreet uitgewerkt worden? Dit vraagt mevrouw Gerbrands. De concrete invulling van dit plan, bijvoorbeeld over het voortraject, is mij onbekend. Uiteindelijk zullen de regionale toetsingscommissies toetsen of het kan. Het moet binnen de wet passen. De wet stelt heel strikte zorgvuldigheidseisen aan de wens van de patiënt, de consistentie van die wens et cetera.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan blijft het erg theoretisch. Mijn punt is de onherroepelijkheid. Het is een langdurig en zorgvuldig traject. Maken de ambulante teams ruimte voor dat zorgvuldige traject? Wat het CDA betreft, maakt het onderdeel uit van de integrale zorg tussen arts en patiënt. Alleen al gevoelsmatig past zo'n team daar niet in. Kan zo'n team het met zulke complexe vraagstukken waarmaken om extra expertise erbij in te roepen? De minister wees zelf al op de mogelijke betrokkenheid van een geriater en ik denk zeker ook aan ernstige psychiatrische problematiek. Moeten wij wachten op jurisprudentie rond ambulante teams? Of kunnen wij al zeggen: ook als ze binnen de wet blijven, zijn er toch bepaalde zaken onwenselijk? Ik heb daarvan voorbeelden gegeven.

Minister **Schippers**: Die teams komen niet van de grond als er geen vraag naar is. Het feit dat er vraag naar is, wil ook iets zeggen over de praktijk. We hebben het in wereldcontext allemaal heel netjes geregeld. Maar helaas moet ik ook constateren dat ik regelmatig meldingen krijg waarvan ik denk «zo zou het eigenlijk dus niet moeten gaan». Ik denk dat zulke signalen er vaker zijn, want anders gaat de NVVE het zich niet op de hals halen om ambulante teams op te zetten. Nu is de NVVE geen club waarvan je zegt dat die zich nog eens in deze wet moet verdiepen. Daar zitten allemaal experts die precies weten hoe zij aan de wet moeten voldoen. We hebben het nu over plan. Ik kan geen oordeel vellen over een plan waarvan ik de ins en outs en de uitwerking niet ken. Maar als er één groep is die dit zorgvuldig en volgens de wet kan doen, lijkt mij dat de NVVE, want die mensen zijn daar zo'n beetje in afgestudeerd. Ik vind het dus iets te gemakkelijk om het bij voorbaat al af te wijzen, omdat we er dan aan voorbijgaan dat de praktijk er blijkbaar ruimte voor biedt.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat natuurlijk om de zorgvuldigheidseisen. De vraag is of zo'n ambulant team daaraan kan voldoen, omdat er geen langdurige behandelrelatie bestaat tussen arts en patiënt. Staat het werk van zo'n team niet op gespannen voet met de wet?

Minister **Schippers**: Als ik bij een arts zit en ik kom er in een later stadium achter dat wij verschillen van mening over euthanasie of dat de arts er principieel tegen is, ga ik toch ook op zoek naar een andere arts? Dan ga ik ook op dat moment een behandelrelatie met die nieuwe arts aan. Wij willen dat de behandelrelatie diep genoeg gaat om ook daadwerkelijk aan de zorgvuldigheidseisen te voldoen. Ik neem aan dat de ambulante teams op volstrekt dezelfde wijze werken en voldoen aan de zorgvuldigheidseisen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat een reëel gevaar is dat men niet alleen naar zo'n team stapt als de arts/patiëntrelatie niet goed verloopt, maar dat het ook een soort uitwijkmogelijkheid wordt. Het zou, binnen het reguliere systeem, veel beter zijn als een arts met principiële bezwaren tegen euthanasie een vast verband heeft met een andere arts, bijvoorbeeld binnen een groepspraktijk of een gezondheidscentrum, om dat te borgen. Dat is beter in het kader van de zorgvuldigheid. Maar goed, dat is feitelijk een constatering en dat debat zullen we later wel voeren, maar ik wil het toch even gezegd hebben.

De **voorzitter**: De minister vervolgt haar betoog. Zij is bij de verwijsplicht.

Minister **Schippers**: Het wettelijk verplichten van artsen om door te verwijzen naar een collega die mogelijk wel euthanasie wil toepassen, is mijns inziens niet de goede weg. Er is nu weliswaar geen sprake van een juridische verwijsplicht, maar er bestaat voor de arts wel een morele en professionele verantwoordelijkheid om bij principiële bezwaren een patiënt te helpen een andere arts te vinden. Op die professionele verantwoordelijkheid van de arts moeten we inzetten, zodat de patiënt, die in dit geval afhankelijk kan zijn van de hulp van die arts, niet in de kou blijft staan. De KNMG is van mening dat de verwijsplicht niet praktisch uitvoerbaar is en mogelijk leidt tot ongewenste neveneffecten, zoals een te snelle doorverwijzing. Ik zie die bezwaren ook. Daarbij suggereert de verwijsplicht dat er een recht op euthanasie bestaat. Van dat recht is geen sprake. Als een arts zelf principieel niet bereid is om, in te gaan op een euthanasieverzoek, moet de arts de procedure niet starten. De arts moet de patiënt in de gelegenheid stellen, in contact te treden met een collega-arts die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie. Een wettelijke verwijsplicht zal naar mijn mening dus geen oplossing bieden voor het werkelijke probleem. Van de zaken die mij ter ore komen, leid ik af dat het niet zo zeer ligt aan principiële bezwaren van artsen, maar ontstaat een conflict in het grijze gebied, over de vraag wanneer. Een verwijsplicht is dus ook wel een heel simpele oplossing voor een moeilijk probleem in de praktijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Volgens mij is het punt juist dat mensen zich vervolgens niet verder geholpen weten. Deelt de minister mijn standpunt dat artsen in ieder geval een informatieplicht hebben om heel precies aan te geven waarom ze niet eens aan een toetsing van het euthanasieverzoek toekomen?

Minister **Schippers**: Er is net gesproken over communicatie en die is natuurlijk cruciaal in een arts/patiëntrelatie. Het is cruciaal dat je van elkaar weet wat je wilt en dat je die wensen, gevoelens en emoties met elkaar deelt. Natuurlijk is het ook zo – ik heb dat net gezegd – dat een professionele arts gewoon moet doorverwijzen. Maar artsen zelf voelen



zich echt ongelukkig met een verwijsplicht. Ik wil er dan ook niet aan beginnen, omdat die zijn doel voorbijschiet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Blijft nog wel het punt liggen hoe de minister situaties voor zich ziet waarin mensen het idee hebben dat ze niet verder komen.

Minister **Schippers**: Dat hangt er heel erg van af van de situatie. Is het bijvoorbeeld een arts die zegt «ik ben niet principieel tegen euthanasie, maar uw situatie voldoet niet aan mijn eisen»? Weet u, in de praktijk is het heel lastig en gecompliceerd en niet zo zwart-wit van wel of niet. Ik denk dat communicatie enorm kan helpen. Ik denk dat er vaak pas heel erg laat over gesproken wordt en dat mensen het ook pas heel laat durven te bespreken met hun arts. Als je dat in een veel vroeger stadium doet, kom je er veel beter uit met elkaar en kun je op een gegeven moment tot de conclusie komen: deze arts staat echt heel anders ertegenover dan ik en dat gaat samen niet werken. Maar ik denk dat mensen daar in de praktijk pas heel laat achterkomen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister heeft nu al verschillende keren gezegd dat de arts de professionele verantwoordelijkheid heeft om door te verwijzen. Waarop is deze uitspraak gebaseerd? Is dat iets wettelijks? Is dat een mening? Als een arts het niet doet en dus, in de woorden van de minister, zijn professionele verantwoordelijkheid niet nakomt, is hij dan ook schuldig? Misschien niet wettelijk, maar op basis van het tuchtrecht? Is het een reden, een arts voor de tuchtraad te slepen?

Minister **Schippers**: Een beroepsgroep vult zelf in wat goed handelen is. De KNMG heeft dat ingevuld. Die heeft aangegeven dat het goed handelen is. Ik vind het een professionele verantwoordelijkheid van de arts dat hij, als hij professionele of principiële bezwaren heeft op grond van bijvoorbeeld persoonlijke opvattingen en daardoor niet op het verzoek van een patiënt kan ingaan, de patiënt doorverwijst naar een andere arts. Ik vind dat een arts zijn patiënt in de gelegenheid moet stellen om zelf een keuze te maken om misschien zijn heil ergens anders te zoeken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat laatste is geen punt van discussie. Ik krijg graag antwoord op het tweede deel van mijn eerste vraag, namelijk hoe het zit als de professionele verantwoordelijkheid niet nagekomen wordt. Maar het gaat hier niet om een richtlijn. De KNMG is met een standpunt gekomen dat absoluut niet voor de volle 100% door alle artsen gedeeld wordt. Het heeft, lijkt mij, dus niet de status van een richtlijn op basis waarvan artsen aangesproken kunnen worden op hun verantwoordelijkheid. En wat betekent deze stelling voor het medisch handelen van artsen? Van een arts kun je toch alleen zorgplicht vragen en niet een professionele verantwoordelijkheid voor doorverwijzen?

Minister **Schippers**: In dezen kan ik niets anders zeggen dan dat ik het standpunt van het KNMG wel deel, in tegenstelling tot u. Een wettelijk afdwingbare verwijsplicht, zoals een aantal van u heeft voorgesteld, schiet zijn doel voorbij. Als een arts dit soort dingen tijdig met zijn patiënt bespreekt, zodat tijdig een oplossing gevonden kan worden, hoeft het niet zo op de spits te worden gedreven en hoeft het niet zo ver te komen. Het is helemaal niet slecht als een beroepsvereniging tegen haar leden zegt: tijdig bespreken en tijdig zoeken naar oplossingen vinden wij goed zorgverlenerschap.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister zei zojuist zelf dat de ambulante teams er niet voor niets komen. Dat betekent dus kennelijk dat er een behoefte is bij mensen waaraan niet voldaan wordt. Ik leg dan toch een relatie met het wettelijk regelen van het recht van patiënten om doorverwezen te worden. Wat is er op tegen dat een patiënt die met een arts te maken krijgt die het niet kan of doet, wordt doorverwezen, en dat de plicht dan rust op die arts om door te verwijzen? Ik heb eerder gezegd dat ik dat echt als een verbetering beschouw van de uitvoeringspraktijk in plaats van een verandering van de wet.

Minister **Schippers**: Uiteindelijk gaat het mij om het resultaat. De KNMG heeft weer een belangrijke stap gezet door met een handreiking, een nieuwe uitwerking, haar leden op de hoogte te stellen van wat wel en wat niet kan. Dat kan een enorm belangrijke reden zijn voor artsen én patiënten om het gesprek met elkaar eerder aan te gaan. Daar gaat het mij om. We kunnen wel met z'n allen allerlei dingen vastleggen, maar als het z'n doel voorbijschiet, heb je er zo weinig aan. Het allerbelangrijkste is dat zo'n gesprek veel eerder gevoerd wordt, dat je veel eerder weet wat je aan elkaar hebt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Begrijp ik goed dat de minister dan zegt dat, als het standpunt van de KNMG niet uitwerkt zoals verwacht, we het opnieuw kunnen bekijken?

Minister **Schippers**: Ik vind dit een onderwerp waarbij je steeds opnieuw moet bekijken wat we moeten regelen. Zoals het nu is, voldoet het aan wat wij met z'n allen willen. Ook in de evaluatie van de euthanasiewet wordt expliciet aandacht besteed aan het niet inwilligen van verzoeken en het verwijzen. Op basis van de evaluatie kunnen wij misschien nieuwe conclusies trekken of in ieder geval het gesprek weer met elkaar aangaan. Ik vind het ook belangrijk bij dit onderwerp dat we steeds evalueren en met elkaar bekijken wat er in de praktijk gebeurt en of we dat voldoende vinden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Los van de vraag of de verwijsplicht juridisch vormgegeven is of als een professionele verplichting wordt gezien, stel ik vast dat de KNMG in juni 2009 nog nadrukkelijk naar voren bracht dat van een gewetensvolle arts mag worden gevraagd dat hij van meet af aan duidelijk is over het eigen standpunt en daarover geen misverstand laat bestaan bij patiënten, zodat een patiënt die mogelijk in een later stadium euthanasie overweegt, tijdig op de hoogte is en zelf op zoek kan gaan naar een andere arts. Is de minister het met mij eens dat dit de kern zou moeten zijn: tijdige communicatie om problemen te voorkomen? Als we zeggen dat het geen juridische verwijsplicht is, maar wel heel zwaar moreel en professioneel de verwijsplicht binnenhalen, scheppen we evengoed weer voor de minderheid van de artsen een probleem dat er in de praktijk helemaal niet hoeft te zijn.

Minister **Schippers**: De eigen beroepsgroep heeft het zo geformuleerd. Naar mijn informatie betreffen de zaken waar we het meest over horen, meestal niet artsen met gewetensbezwaren. Die zijn vaak vanaf het begin namelijk al heel helder en duidelijk. Het is vaak het grijze gebied waarin je niet weet of je het vertrouwen hebt en elkaar verstaat, en dat blijkt dan in de loop van de ontwikkelingen niet het geval. Het zijn heel moeilijke zaken om precies met een schaarstje te kunnen knippen. Ik vind duidelijkheid, het in een vroeg stadium grondig met elkaar overleggen, het meest essentieel. ik ben dat helemaal met u eens.

Voorzitter. Er is gevraagd hoe ik de communicatie naar de burger wil verbeteren. Er is informatie over euthanasie beschikbaar via de rijksoverheidsfolders en de websites van de KNMG en de NVVE. Daarnaast heeft de

KNMG recentelijk de hand-out voor artsen verspreid waarover we het eerder hebben gehad. Regelmatig worden documenten uitgebracht. Het KOPPEL-onderzoek signaleert dat dit nog niet voldoende is. Dat geeft voor mij aanleiding om met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) nog eens te bespreken wat wij nog meer kunnen betekenen in de informatievoorziening aan patiënten. Ik zal de Kamer in de eerstvolgende brief die ik over dit onderwerp schrijf, informeren over de uitkomsten van dat gesprek.

Mevrouw Van Miltenburg vraagt of ik met de beroepsgroep streefcijfers wil afspreken over goed hulpverlenerschap. Het uitgangspunt van het KNMG-standpunt is de professionele verantwoordelijkheid van de arts. De KNMG tracht op verschillende manieren de kennis over goed hulpverlenerschap in dit kader te vergroten. Zo worden expertbijeenkomsten in het land georganiseerd om de richtlijn verder onder de aandacht te brengen en de reikwijdte nader toe te lichten. Ik vind het dus te vroeg om te zeggen: er gebeurt zo weinig dat we streefcijfers moeten stellen. Dan moet je eerst gaan meten wat het is en dan weer wat het is geworden. Hoe wil ik het maatschappelijke debat faciliteren? Mevrouw Voortman vraagt dat. Dat maatschappelijk debat vindt plaats en wordt door verschillende partijen op verschillende momenten gestimuleerd. Als de NVVE met een nieuw idee komt, staat het in kranten en wordt het volgens mij tot aan de huiskamertafel – althans, dat hoop ik dan – bediscussieerd. Dat is goed, want dan raken mensen meer bekend met het onderwerp. Daarnaast faciliteer ik het maatschappelijk debat op verschillende manieren. Zo is er recent nog een debatreeks georganiseerd in de Rode Hoed, onder meer over euthanasie, in het kader van het ZonMw-programma Ethiek en Gezondheid. Ik wil benadrukken dat partijen zelf vanuit hun motivatie allerlei debatten entameren. Ik weet ook dat politieke partijen vaak actief zijn in dit soort debatten.

Mevrouw Gerbrands en de heer Van Gerven vragen of het kennisniveau van artsen nu wel of niet goed is. Je kunt dat namelijk op verschillende manieren interpreteren. Het is misschien een beetje een politiek antwoord, maar de kennis van artsen is behoorlijk goed, maar moet beter.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): De informatievoorziening is vandaag natuurlijk wel des Pudels Kern. We zeggen de hele tijd tegen elkaar: als mensen maar op tijd weten waar ze aan toe zijn, kan er geen konijn meer uit de hoge hoed komen en hoeft helemaal niet meer te worden doorverwezen, want dan weet je dat je staat kunt maken op je behandelend arts. Dat is de crux. Nu blijkt uit het KOPPEL-onderzoek, dat ook ik heel gedegen vind, dat dit echt nog te wensen over laat. Ik maak mij sterk dat het over twee decennia misschien niet meer aan de orde is, maar nu nog wel. Mijn vraag blijft dus staan. Hoe zorgen we ervoor dat met name wat oudere mensen in verzorgings- en verpleeghuizen of anderszins, die informatie tot zich krijgen en met hun behandelend arts de principiële kwesties aan de orde krijgen: wilsverklaring, ja of nee; reanimeren, ja of nee? De behandelend arts doet dat namelijk nog niet uit zichzelf. Zeker in de context van verpleeg- en verzorgingshuizen mag je dat toch verwachten.

Minister **Schippers**: De patiënt kan het ook zelf aansnijden. Ik denk dat door verschillende partijen die hier een betrokkenheid bij hebben, wel degelijk veel informatie verspreid wordt en ook veel energie gestoken wordt in het verspreiden van informatie over wat je wel en niet kunt doen. De NVVE is er een goed voorbeeld van. Het moet ook wel de interesse van mensen hebben. Dat viel me ook op bij donatie. Je kunt heel massaal huiskamers binnenkomen, maar mensen moeten er wel voor openstaan. Euthanasie is ook een onderwerp waar niet alle mensen voor openstaan. Soms sluiten ze zich er zelfs heel erg voor af en daardoor beginnen ze er ook laat aan te denken. Maar met alle acties en initiatieven in de samen-

leving hebben mensen ontzettend goede toegang tot informatie. Ik wil met de NCPF bezien of er nog slagen te maken zijn – ik zal de Kamer daarover informeren, zoals ik al heb toegezegd – maar ik denk dat er al heel veel gebeurt.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Ik kan mij voorstellen dat de minister ook met de ouderenbonden hierover in conclaaf gaat. Ik vind dat ook heel belangrijk. De NVVE is natuurlijk een vereniging waar je staat op kunt maken in dezen, maar zij is op enig moment ook klaar met het verzinnen van weer iets wat in de krant kan komen, hoewel ze daar wel heel knap in is! Als je het hebt over de kliniek of de ambulante hulpverlening, komt dat steeds wel over het voetlicht, maar het is dus essentieel om iedere keer weer iets nieuws te verzinnen wat mensen er weer bij betreft. De minister heeft gelijk als ze zegt dat niet alle mensen ervoor openstaan. Dat hoeft ook helemaal niet, maar degenen die erover willen praten, moeten de gelegenheid krijgen om dat met hun behandelend arts te doen.

Minister **Schippers**: Ik zal de ouderenbonden ook bij het gesprek betrekken. Mensen moeten op de hoogte zijn van wat er kan en wat is toegestaan. Het werkt dus twee kanten op. Maar als er één onderwerp is waar echt ongelooflijk veel over gedebatteerd wordt ...; u refereerde zelf al aan een debat in Drenthe. Ik heb sinds ik in de politiek zit en ook daarvoor zo veel debatten over dit onderwerp meegemaakt, dat ik echt wel denk dat dit iets is wat leeft, wat veel mensen bezig houdt. Daardoor houd je de aandacht voor het onderwerp wel enigszins vast.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik had gevraagd of de minister streefcijfers wil afspreken met de KNMG. Er zijn goede voornemens vastgelegd door de KNMG over goede zorg rondom het levenseinde. Ze is ook nog met andere richtlijnen bezig. Er is een richtlijn palliatieve sedatie. Er komt een richtlijn over versterven. Maar mijn grote angst is dat het allemaal mooie boekjes worden die onder in een la terechtkomen en waar niemand iets mee doet. Daar schieten we niets mee op. Uit het KOPPEL-onderzoek blijkt dat artsen in meerderheid openlijk toegeven dat zij nog niet eens willen nadenken over een verzoek om euthanasie als aan hun eigen normen voor een goede vertrouwensrelatie niet is voldaan. Daarom denk ik dat een steuntje in de rug voor de KNMG nodig is. Artsen moeten nadenken over het levenseinde. Zij mogen als professional niet zeggen «wij vinden het naar en doen het maar niet». Van die uitstraling moeten zij doordrongen zijn. Ik verzoek de minister, daar iets meer ondersteuning aan te verlenen.

Minister **Schippers**: Ik deel het doel. Ik vraag mij af of het streefcijfer daartoe het juiste middel is. Ik kan wel toezeggen dat ik in dezelfde brief waarin ik de resultaten van het gesprek met het NCPF meedeel, meeneem of dit wel het middel is – dan zijn we snel klaar – en of er een alternatief is als dit niet het middel is. Ik wil daar iets dieper over nadenken, want het is voor mij een nieuwe vraag.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Deelt u dan ook mijn analyse dat het gewoon te maken heeft met goed hulpverlenerschap? We hebben het elke keer over euthanasie, en dat vinden artsen vaak nu juist zo'n eng onderwerp. Dan zeggen ze per definitie al «nee, liever niet». Het gaat echter gewoon om goed hulpverlenerschap aan het einde van het leven van mensen. Daarbij mag je van artsen een professionele houding verwachten. Ik vraag u of u het ermee eens bent dat het daar eigenlijk om hoort te draaien.

Minister **Schippers**: Ja, en daar vind ik communicatie bijvoorbeeld een onderdeel van. Het is allemaal één reeks. Ik ben het dus met u eens. Ik

vraag mij alleen af of streefcijfers hier het beste middel voor zijn. Ik kom daarop terug.

De **voorzitter**: Gelet op de tijd vraag ik de minister, haar betoog te vervolgen en te streven naar het afronden van de beantwoording om 15.45 uur. Ik vraag de Kamerleden om alleen nog te interrumperen als dit echt absoluut noodzakelijk is.

Minister **Schippers**: Mevrouw Dijkstra zegt dat de niet-reanimeerpenning beter verkrijgbaar moet zijn. We hebben dat debat bij de behandeling van de begroting ook gevoerd. Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat hulpverleners in een acute situatie snel en adequaat moeten worden geattendeerd op de wens van een persoon om bijvoorbeeld niet te worden gereanimeerd. Als iemand een niet-reanimeerpenning om de hals draagt, weten hulpverleners dat snel. Maar de niet-reanimeerpenning en andere vormen van vastlegging van wilsverklaringen zijn een vrijwillige vastlegging van iemands wil over het handelen van hulpverleners onder bepaalde omstandigheden. Ik zie de overheid daarbij niet als partij. Ik zie de verstrekking van een penning dan ook niet als een taak van de overheid. Het uitgeven van een niet-reanimeerpenning is niet hetzelfde als het uitgeven van een paspoort of het verlengen van een rijbewijs. Het is iets wat iedereen zelf kan ontwerpen of zelf een oplossing voor kan bedenken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb dit niet aan de orde gesteld in dit debat, omdat we het daar al over gehad hebben. Ik heb de minister gevraagd of zij wil bezien hoe wij de praktijk rondom het opstellen en uitvoeren van een wilsverklaring kunnen verbeteren. Dat was mijn heel concrete vraag.

Minister **Schippers**: Ik was ook pas bij het eerste blaadje van drie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik had het punt van de penningen overgeslagen, omdat u daar de vorige keer al zo helder over was.

Minister **Schippers**: Ik denk dat wat u vraagt, verstandig is. Dan gaat u vragen hoe. Dat ga ik in de brief aan u schrijven.

De **voorzitter**: Wanneer?

Minister **Schippers**: We moeten eerst het gesprek met het NCPF en de ouderenbonden voeren. Laat ik zeggen: vóór 1 april.

De heer Van Gerven vroeg naar de euthanatica. Ik heb al eerder een toezegging gedaan dat die inderdaad worden opgenomen. Ik was dat eerlijk gezegd ook vergeten, maar naast mij zitten mensen die dat precies voor mij bijhouden!

Mevrouw Voortman vroeg of de euthanasiewet niet uit het Wetboek van Strafrecht kan. Zij zei, maar corrigeerde dit later weer, dat in de praktijk alleen bij een niet-positief oordeel van een RTE een melding doorgegeven wordt aan het Openbaar Ministerie. Het is nog nooit gebeurd dat het OM zich bezig heeft gehouden met een geval van euthanasie waarover een RTE positief heeft geoordeeld. Dat is ook de kern van de wet. Daarom hebben wij de toetsingscommissies ook. Ik zie dus eerlijk gezegd niet waarom wij daartoe zouden moeten overgaan.

Het VN-Mensenrechtencomité heeft zich uitgesproken over de Nederlandse euthanasiepraktijk. Wat is de stand van zaken? De kern van waar zij op aanslaan, is dat er geen rechterlijke toetsing vooraf plaatsheeft. De reactie van Nederland op vragen van het VN-Mensenrechtencomité is in augustus van dit jaar uitgegaan. Hierin is de procedure zoals we die in de wet hebben geregeld, nog eens uiteengezet, vooral ook om te beargumenteren dat onze toetsing achteraf, in combinatie met een tweede

onafhankelijke arts, een goede borging is van de zorgvuldigheid van de procedure.

De **voorzitter**: Dank u wel. We hebben nog ruimte voor een korte tweede termijn. De leden krijgen één minuut spreektijd. Dat is kort, maar dan kunnen we ook nog luisteren naar het antwoord in tweede termijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Dank voor de reactie van de minister.

De minister zegt dat het OM kan toetsen, maar als een toetsingscommissie meent zorgvuldig te handelen, is dat per definitie niet toetsbaar, want het OM krijgt er dan helemaal geen weet van. De toetsingscommissies zijn juist ook ingesteld om de gang naar de rechter te voorkomen. Ik vraag de minister om een heldere brief waarin zij juridisch uiteenzet wat de rol van het OM is of kan zijn.

Ik ben het helemaal eens met de minister dat het belangrijk is dat tijdig een gesprek plaatsvindt tussen arts en patiënt. Dat moeten we onderstrepen. Ik vraag de minister, voortaan niet meer te benadrukken dat het gaat om de professionele verantwoordelijkheid van de arts om door te verwijzen, want dit legt juist onnodig druk op die relatie.

Het proces efficiënter inrichten als het gaat om werkdruk bij toetsingscommissies; hoe? Standaardformulieren? Dat lijkt me toch haaks staan op de grondige en zorgvuldige werkwijze die van de commissies wordt verwacht. Ik heb begrepen dat externen zijn ingehuurd, maar dat die weer weggestuurd zijn, omdat dit kabinet zichzelf een maximumpercentage heeft opgelegd voor het inhuren van externen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Dank voor de beantwoording van de minister.

Ik ben begonnen met de noodzaak van communicatie tussen arts en patiënt. Dat is de rode draad: een goede relatie tussen arts en patiënt in alle opzichten, met duidelijkheid aan beide kanten.

Ik dank de minister voor haar toezegging dat we aan de slag gaan met de regionale toetsingscommissies.

Dan over de ambulante teams: het kan misschien binnen de wet, maar niet alles wat kan, is ook meteen gewenst. Wij blijven het een ongewenste ontwikkeling vinden, omdat het haaks kan staan op een zorgvuldig en langdurig traject, op de vraag of er nog een weg terug is. Kennelijk zullen we moeten afwachten hoe dat in de praktijk gaat, maar wij geven in ieder geval al aan wat onze positie is.

Wij zijn het erg eens met de minister over de verwijsplicht. Die helpt een arts namelijk niet in zijn dilemma. Een arts moet zich altijd vrij voelen om vanuit zijn professionaliteit aan te geven of iets binnen de zorgvuldigheidseisen valt. Dat is wat mij betreft onverenigbaar met een verwijsplicht.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Onder uw strenge blik vanwege de tijd vergat ik in mijn tweede termijn te vragen om een VAO. Die zou ik graag houden nadat we de brief van de minister hebben ontvangen over de rol van het OM.

De **voorzitter**: Prima.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar heldere beantwoording.

Een ding is inderdaad zo klaar als een klontje: het gaat om de communicatie tussen arts en patiënt. Dat wisten we natuurlijk wel, maar dat geeft ons gewoon weer de heilige plicht om dat verder te brengen. Wij hebben daar wel degelijk een verantwoordelijk in. Wij zullen het in ieder geval van onze kant doen en ik hoop dat de minister dat ook blijft doen.



Ik ben blij dat de minister heeft toegezegd dat zij in januari de balans gaat opmaken rond de regionale toetsingscommissies en het tekort aan capaciteit aldaar, waarbij zij kijkt naar de efficiency en naar extra capaciteit. Ik beraad mij er nog even op of er nog iets aanvullends moet geschieden, maar dat kan ik ook in het door mevrouw Wiegman aangekondigde VAO vragen.

Tot slot constateer ik dat de basis onder onze euthanasiewetgeving vanmiddag beduidend is verbreed, omdat ook de SP heeft aangegeven dat, nu de euthanasiewetgeving een tijd van kracht is, men «de lol» ervan inziet.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar toezeggingen, met name de toezegging over de mogelijke uitbreiding van de capaciteit bij de RTE's. Zij heeft niets meer gezegd in antwoord op mijn vraag over het up to date brengen van de database. Ik neem aan dat dit onder de toezeggingen valt.

Ik heb geen behoefte aan een brief over de rol van het Openbaar Ministerie bij het beoordelen van de regionale toetsingscommissies in euthanasiegevallen. De wet is daar volkomen helder over.

Ik heb wel nog een vraag in de aanloop naar het debat dat wij gaan hebben over vrijwillig levenseinde. Daarin staat vooral de vraag centraal of mensen die geen medische grondslag hebben en die dus geen beroep kunnen doen op euthanasie, recht hebben op hulp bij zelfdoding. Daarbij worden heel veel beelden de wereld ingesmeten als zou er een heel grote groep ouderen zijn die geen medische problemen hebben, maar wel een einde aan hun leven willen maken. Ik heb geprobeerd om daar een wetenschappelijke grondslag voor te vinden. Ik heb ontdekt dat wij veel cijfers hebben over suïcide en de achtergronden daarvan, maar alleen onder de beroepsbevolking in dit land, en doorgaans gaat het hierbij juist niet over de beroepsbevolking. Ik vraag de minister dus, ervoor te zorgen dat wij niet over ideeën en gevoelens praten in dit belangwekkende debat, maar dat wij feiten en cijfers hebben om die te staven. Het KOPPEL-onderzoek heeft aangetoond hoe belangrijk dat kan zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De minister geeft aan dat zij niets voelt voor een verwijs- en informatieplicht. Zij zegt terecht dat er veel grijze gevallen zijn. Daar zit volgens mij juist het probleem. Hoe moet je daarmee omgaan? Ik denk dat je in zo'n geval niet kunt zeggen «jammer dan». Maar wat dan? Als de minister zegt niets te zien in een verwijs- en informatieplicht, moet zij ook een antwoord formuleren op wat je in dergelijke gevallen dan wel moet doen. Dat zou een heel goede bijdrage kunnen zijn aan het maatschappelijk debat over dit belangrijke onderwerp. Er komt een evaluatie van de wet aan. Nu is het natuurlijk niet zo dat als die wet eenmaal geëvalueerd is, de boel weer voor vijf jaar stil ligt – je weet nooit wat tussentijdse verkiezingen of andere politieke ontwikkelingen kunnen brengen – maar dat spreekt voor zich.

Ik ben blij met de reactie van de minister op het punt van de ambulante teams. Zij benadrukt het belang van zorgvuldigheid en van de vraag uit de praktijk. Het is goed dat in ieder geval duidelijk is dat er geen Kamermeerderheid is die dat gaat belemmeren.

Ik merk dat de minister en ik elkaar niet gaan vinden op het punt van het Wetboek van Strafrecht. Mijn probleem daarmee is dat een arts die zijn zorgplicht wil vervullen, tegelijkertijd iets doet wat in principe strafbaar is. Dat staat op gespannen voet met elkaar. Euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht halen, die omdraaiing, kan een cruciaal verschil maken. Ik zie echter dat wij elkaar daar op dit moment niet in zullen vinden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister voor de heldere beantwoording.

Ik heb zelf in gesprekken over euthanasie weleens gezegd dat ik het een ongelooflijk moeilijk onderwerp vind. Daar kreeg ik als reactie op: het is ook maar goed dat het zo ingewikkeld is. Dat is vandaag ook weer gebleken. Tegelijkertijd proberen we in dit heel ingewikkelde onderwerp wel een beetje helderheid te krijgen.

Ik vind het belangrijk dat de minister heeft gezegd dat zij in januari komt met haar standpunt over de mogelijke uitbreiding van de capaciteit van de toetsingscommissies.

Het is goed dat de minister zegt dat er na beoordeling van het effect van het KNMG-standpunt over de professionele plicht tot doorverwijzen, ruimte is voor aanpassing.

Ik ben blij met de aangekondigde brief over de verbetering van de praktijk rond de wilsverklaring.

Ook wat mij betreft is communicatie cruciaal. Daarmee gaat het vaak fout. Ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Voortman. Hoe denkt de minister juist op dat terrein nog iets te kunnen doen op punten waarover er nog onduidelijkheid heerst?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording en de diverse toezeggingen.

Ik denk dat we met z'n allen kunnen concluderen dat alles staat of valt met communicatie. We zouden niet spreken over een levenseindekliniek en ambulante teams als het allemaal liep zoals zou moeten. Dan hadden we het ook niet gehad over een verwijsplicht. Er gaat gewerkt worden aan verbetering van de communicatie. Dat lijkt me goed, maar ik wil wel nog even een lans breken voor alle artsen, want euthanasie is niet even een prikje dat je aan een patiënt geeft. We moeten beseffen – ik weet dat uit persoonlijke ervaring – dat het niet iets is wat je zomaar even doet. We moeten daar oog voor blijven houden als we praten over dit onderwerp.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb in mijn eerste termijn gezegd dat het de SP deugd doet dat uit de praktijk blijkt dat het met de euthanasiewet en de gevolgen daarvan niet uit de hand is gelopen. De SP zette daar bij de invoering van de wet vraagtekens bij, met name vanwege het feit dat het uit het juridische traject werd gehaald en het OM op afstand werd geplaatst. Dat heb ik in eerste termijn benadrukt. Dat is toch iets anders dan wat de woordvoerder van de Partij van de Arbeid wil doen geloven, namelijk dat wij ineens in het kamp van de voorstanders van euthanasie terecht zijn gekomen. Het gaat erom dat we alles op alles zetten voor een menswaardig uiteinde. Daarbij is euthanasie slechts een ultimum remedium en wat ons betreft moeten we daar uiterst, uiterst terughoudend mee omgaan. Het moet niet een soort glijdende schaal worden waarbij het steeds meer vanzelfsprekend wordt. Dat wil ik toch benadrukken.

Ik verzoek de minister of zij bij de evaluatie toch nog eens het vraagstuk dat ik heb opgeworpen rond de psychiatrie en suïcide, wil neerleggen bij ZonMw.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik sluit mij aan bij de heer Van Gerven. Ik ben blij dat hij het zei en dat het niet alleen uit de mond komt van iemand die principieel tegen actieve levensbeëindiging is. De visie leeft gelukkig breder dat, hoe je ook denkt over euthanasie, het in ieder geval een uiterste middel is en niet iets waar je gemakkelijk of als een normale behandeling naar grijpt. Ik zeg dat omdat de KNMG het zelf ook nogal beklemtoont om tegenwicht te bieden aan een te gemakkelijk beroep op recht op zelfbeschikking. Het is dus niet uit de lucht gegrepen, zeg ik tegen mevrouw Dijkstra, die ik wat zie mopperen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik word hier rechtstreeks aangesproken. Ik heb er grote behoefte aan om te zeggen dat zelfbeschikking verre van gemakkelijk is. Ik vind het heel ernstig dat ik op die manier beoordeeld word als ik zeg dat mensen recht hebben op zelfbeschikking.

De **voorzitter**: Het was inderdaad een persoonlijk feit. U hebt gereageerd. Het woord is weer aan de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Alleen is mij niet duidelijk waar dit nu precies een reactie op was, want de discussie ging niet over de vraag of het recht op zelfbeschikking gemakkelijk of moeilijk is. Het is meer het punt dat ook in het KNMG-standpunt naar voren komt, dat door maatschappelijke druk inzake het recht op zelfbeschikking ook druk kan komen te staan op de visie om euthanasie anders dan als een uiterste middel te zien. Dat is het punt dat ik wilde maken. Wij vinden het belangrijk dat het bij de toetsing van euthanasie in de praktijk niet komt tot een stilzwijgende versoepeling van de criteria. We zullen daar bij de evaluatie op terugkomen. Op het punt van de verwijsplicht zoeken we inderdaad de kern van de professionaliteit in goede communicatie en moeten we oppassen dat niet gaandeweg de druk op artsen wordt opgevoerd. Tot slot wil ik op het punt van de ambulante teams beklemtonen dat dit op geen enkele wijze mag leiden tot een ondergraving van de wettelijke zorgvuldigheidscriteria. Klopt het dat er nogal wat vraagtekens gezet zijn bij de ambulante teams, net zoals bij de eerdere plannen over de levenseindekliniek? Wordt daar wel altijd recht gedaan aan de voorwaarden, juist in die constellatie?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Communicatie is heel belangrijk. Blijkbaar kan ik het moeilijk over het voetlicht krijgen dat het OM zelf dingen kan opvragen. Het kan op basis van het jaarverslag, dat gewoon gepubliceerd wordt, zelf besluiten dat het iets wil onderzoeken. Mevrouw Wiegman wil dat ik dit in een brief uiteenzet. Ik schrijf toch een brief. Daarin zal ik ook uiteenzetten hoe we het geregeld hebben ten aanzien van het OM.

Het is zo dat wij de druk van de RTE's moeten verlichten, omdat de wachttijd onwenselijk lang is. Dat doen wij zorgvuldig. Ik wil wel benadrukken dat het nu niet onzorgvuldig gaat. Het gaat nu ook zorgvuldig, alleen duurt het lang.

Mevrouw Smilde stelt dat het ambulante team een ongewenste ontwikkeling is. Ik denk dat de mensen die het idee bedacht hebben, ook liever hadden gewild dat er geen noodzaak toe bestond. Ik zeg tegelijkertijd tegen de heer Van der Staaij dat er natuurlijk aan alle zorgvuldigheidseisen die de wet stelt, moet worden voldaan.

Mevrouw Van Miltenburg zegt dat de database up to date moet worden gebracht. Dat hangt samen met het capaciteitstekort. Ik neem dat meteen mee bij de analyse van de RTE's.

Zij vraagt om een onderzoek naar feiten en cijfers onder de niet-beroepsbevolking. In Amsterdam is men bezig met het onderzoek Longitudinal Aging Study Amsterdam. Het is een onderzoek dat twintig jaar loopt en waar tussentijds resultaten van worden gemeld. Het is expliciet voor 65-plussers. Ik laat het de Kamer weten wanneer wij weer een tussentijds resultaat hebben.

Ik steun het KNMG-standpunt over de verwijsplicht.

Ik ben het met mevrouw Gerbrands eens. Het laatste wat zij zei, vond ik recht doen aan het debat dat wij hebben gevoerd. Ik vind juist dat alle deelnemers aan het debat vandaag zich heel bewust zijn van hoe zwaar de last is voor een arts en voor iedere betrokkene bij dit soort vraagstukken. Ik vind het juist heel prettig dat wij elkaars integriteit waarderen. Die is er en die klinkt in het debat vandaag ook door.

In de evaluatie, zeg ik tegen de heer Van Gerven, wordt aandacht besteed aan ingewikkelde gevallen, waaronder psychiatrische patiënten. Hij wordt dus op zijn wenken bediend.

Deel ik mevrouw Voortmans standpunt dat artsen een informatieplicht hebben? Ja, dat staat in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Die informatieplicht hebben zij dus wettelijk.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik probeer even de afspraken te inventariseren. De evaluatie komt in het najaar 2012 klaar, er komt voor 1 april nog een brief naar de Kamer en er is een VAO aangekondigd. Mevrouw Klijnsma heeft nog een aanvullende vraag.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Binnenkort hebben wij een plenair debat over Uit Vrije Wil. Dan is het natuurlijk wel heel plezierig als er al een tussenstand zou zijn van het onderzoek waaraan de minister net refereerde. Ik vraag de minister of zij ons zo snel mogelijk kan laten weten of zij ons daar inzicht in kan geven, zodat wij dat weer kunnen gebruiken bij het debat.

Minister **Schippers**: Ik zoek dat direct even uit. Zodra ik het weet, laat ik dat via de griffie weten.

Mevrouw **Klijnsma** (PvdA): Mevrouw Smilde zegt mij terecht dat we het tijdstip van het debat daarvan kunnen laten afhangen.

De **voorzitter**: Prima. Er wordt een VAO aangevraagd in de plenaire zaal. Ik dank de Kamerleden, de minister en haar ambtenaren en het publiek op de publieke tribune voor hun aanwezigheid.