

Vergaderjaar 2014–2015

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 40

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 22 januari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 november 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Minister Opstelten van Veiligheid en Justitie over **Euthanasie**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

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

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

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

Voorzitter: Van Toorenburg
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Arib, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Keijzer, Krol, Leijten, Van der Staaij, Tellegen, Van Toorenburg en Voortman,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Minister Opstelten van Veiligheid en Justitie, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministeries.

Aanvang 13.05 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Welkom aan de bewindspersonen en hun altijd toegewijde ondersteuning, de belangstellenden in de zaal en de mensen die meekijken. Wij schorsen om 14.00 uur kort de vergadering, want dan wordt een nieuwe collega beëdigd. Wij vinden het belangrijk om daar met zo veel mogelijk leden bij aanwezig te zijn. Dit algemeen overleg is gisteren met een half uur verlengd. Daarom kunnen we de spreektijd ook enigszins verlengen. De spreektijd is in beginsel vijf minuten.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Het onderwerp «euthanasie» staat midden in de belangstelling. Het maatschappelijk debat wordt intensief gevoerd, vele studies worden verricht en de media besteden er terecht veel aandacht aan. Het is goed dat wij ook in de Tweede Kamer regelmatig over dit onderwerp spreken. We lezen in de media veel tegenstrijdige berichten. Artsen zouden de term «ondraaglijk lijden» te breed interpreteren en daarmee te snel tot euthanasie overgaan. Diezelfde artsen zouden zich, zo las ik in een ander artikel, in toenemende mate onzeker voelen over het toepassen van euthanasie. Deze berichten spreken elkaar tegen. Ik hecht eraan op te merken dat het met een onderwerp als euthanasie van groot belang is dat we de discussie voeren op basis van feiten en cijfers. Het is logisch dat de discussie over zorgvuldigheid en toetsing opkomt nu er in toenemende mate complexere gevallen onder de wet vallen. De VVD-fractie vindt dat het van cruciaal belang is, voor zowel patiënt als arts, om zekerheid te hebben over de werking van de wet. De cijfers vertellen ons dat er in 2013 4.829 meldingen waren van euthanasie, waarvan 5 onzorgvuldig, 97 bij patiënten met dementie en 42 bij psychiatrische patiënten. Ten opzichte van 2012 neemt het aantal meldingen toe, ook van het aantal gevallen van euthanasie bij dementie en psychiatrie. De VVD is er voorstander van dat de ruimte die de euthanasiewet biedt in toenemende mate wordt benut om mensen uit hun lijden te verlossen. Dat neemt niet weg dat we heel zorgvuldig om moeten blijven gaan met deze zeer bijzondere vorm van medisch handelen. De VVD is geen voorstander van toetsing op toetsing vanwege de rechtszekerheid van de arts. Hij moet zich naar het oordeel van de commissie gesteund weten. Daarom kent de wet een zorgvuldig toetsingsproces. Dat begint bij de plicht van de arts om het advies van de SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) in te roepen. Ook kan de arts altijd de visie van een extra arts naast de SCEN-arts inroepen. Roepen veel artsen zo'n hulplijn in? Vervolgens toetst de regionale toetsingscommissie euthanasie (RTE) de casus aan de zorgvuldigheidseisen van de wet. Ook de toetsingscommissie kan bij de beoordeling extra expertise inzetten. In welke mate maken de toetsingscommissies hiervan gebruik? Roepen zij regelmatig de hulp of visie in van de psychiater? Wordt er nu soepeler getoetst of gaat het eerder om steeds complexere zaken? Hoe ziet de Minister dit? Wanneer kunnen we de code of practice tegemoet zien, die mogelijk houvast kan bieden bij deze onzekerheid?

Een aanbeveling uit een onderzoek van VUmc is dat de Levensindekliniek haar functie als kenniscentrum verder moet ontwikkelen. De VVD steunt deze aanbeveling, omdat de Levensindekliniek met veel complexe casussen te maken heeft. Wat vindt de Minister daarvan?

Ik kom op een belangrijk onderwerp: de wilsverklaring. Onlangs heeft mijn 91-jarige stadsgenoot Nel Bolten de woorden «niet reanimeren» met drie dikke uitroepetekens op haar borst laten tatoeëren. Zo wil ze voorkomen dat ze als een kasplantje eindigt. Toch kan Nel Bolten er niet van uitgaan dat dit, als puntje bij paaltje komt, gehonoreerd wordt. Daar heeft de VVD problemen mee, want het betreft hier een recht: het recht om niet behandeld te worden. De VVD wil dat deze onduidelijkheid over niet-reanimeren verdwijnt. Een tatoeage met «niet reanimeren» is net zo rechtsgeldig als een penning van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde (NVVE) en als een bierviltje in een bh waarop staat «niet reanimeren». Hoe nemen we deze onduidelijkheid weg? Kan Nel Bolten, en velen met haar, ervan op aan dat zij niet gereanimeerd wordt? Een ander probleem met de niet-reanimerenpenning is dat deze door verschillende instanties wordt uitgegeven, maar vooral door de NVVE. De VVD heeft er bezwaar tegen dat mensen eerst lid moeten worden van de NVVE om een niet-reanimerenpenning aan te schaffen. In de antwoorden op Kamervragen die gisteren binnenkwamen, gaf de Minister aan dat ze bereid is te kijken naar de mogelijkheid van centrale uitgifte. Dat vindt de VVD goed nieuws. Die penning moet zonder financiële drempel verkrijgbaar zijn. Hoe ziet de Minister die centrale uitgifte voor zich? Is hierbij een rol voor het veld weggelegd?

In de kennissynthese stelt ZonMw dat de omvang van de groep mensen die hun leven voltooid achten, toeneemt. Dit onderstreept het belang van het creëren van duidelijkheid voor deze mensen. Wat is de stand van zaken van het werk van de commissie-Schnabel?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik begin met een onderwerp waar de afgelopen week aandacht voor was in de media. Mevrouw Tellegen gaf al aan dat er op dit moment veel discussie is over euthanasie. In de discussie van afgelopen week ging het om leden van een toetsingscommissie die aangaven zich zorgen te maken, omdat er binnen een regionale toetsingscommissie euthanasie vaker sprake zou zijn van een verschil van mening. Het grootste deel van deze kritiek was anoniem. Het is belangrijk dat de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie hierover in gesprek gaan met elkaar. Dan is er voor anonimiteit eigenlijk geen plaats. Mijn indruk is dat er binnen de RTE's juist veel ruimte voor discussie is. Ik hoop dat die ruimte ook in dit geval benut zal worden. De zorgen lijken te gaan over de bredere interpretatie van de euthanasiewet. Toen de wet net was ingevoerd, werd deze met name gebruikt voor patiënten met een terminale ziekte. Het is al vaak genoeg gezegd: de interpretatie van de wet wordt steeds breder. De wet wordt ook gebruikt voor mensen met dementie, ernstige psychische klachten of een opeenstapeling van ouderdomsklachten. Ook op die situaties kan de wet van toepassing zijn, als er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en als aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan. Veel artsen hebben hier moeite mee of zijn onvoldoende op de hoogte van de ruimte die de wet hen biedt. Wat gaat de Minister doen met de aanbeveling uit het rapport van ZonMw om meer bekendheid te geven aan de mogelijkheid die de wet biedt aan personen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden als gevolg van een combinatie van niet ernstige medische aandoeningen? We voeren dit overleg ook naar aanleiding van de discussie over euthanasie in de psychiatrie. Artsen lijken steeds vaker in te kunnen schatten of een verzoek om euthanasie van een psychiatrisch patiënt aan de eisen van de euthanasiewet voldoet, dankzij zowel de maatschappelijke discussie hierover als de beoordeelde meldingen van de toetsingscommissies. Artsen raadplegen naast een onafhankelijk SCEN-arts vaak één of

meer deskundigen, waaronder een psychiater. Ook de toetsingscommissies hebben de mogelijkheid deskundigen te raadplegen bij een ingewikkelde casus.

Mijn fractie vindt een centrale toetsingscommissie boven de RTE's overbodig. De RTE's overleggen vaak onderling om tot een breed gedragen standpunt te komen. Ik ben het op dit punt eens met wat de Minister schrijft in haar brief. Ik roep haar op om dat standpunt ook te blijven verdedigen.

Ook de Levensindekliniek was onderwerp van debat. Tegenstanders menen dat het niet hebben van een behandelrelatie een evenwichtig oordeel in de weg staat. Mijn fractie is ook van mening dat een behandelrelatie de voorkeur verdient. Daarom is het goed dat na tussenkomst van de Levensindekliniek, de euthanasie uiteindelijk vaak door de eigen arts wordt begeleid. De wet heeft een behandelrelatie echter niet verplicht gesteld. Dat kan mijns inziens ook niet. De wet wil immers waarborgen dat de arts niet in strijd met zijn eigen geweten hoeft te handelen. Indien een behandelrelatie vereist is, zou dat betekenen dat patiënten van een gewetensbezwaarde arts per definitie niet geholpen kunnen worden. Dat is niet de bedoeling van de wet. Onderschrijft de Minister deze zienswijze? Ik kom op de rol van de apotheker bij euthanasie. De Minister heeft toegezegd dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) actiever betrokken zal worden bij relevante bijeenkomsten en bij periodieke overleggen tussen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de RTE's. Is dat al in praktijk gebracht?

Ik heb ook een vraag over de vergoeding van euthanatica. Het middel thiopental is niet geregistreerd in Nederland en wordt niet altijd vergoed door zorgverzekeraars. Apothekers durven de rekening niet op de nabestaanden te verhalen. Dat is te begrijpen, maar ze draaien nu zelf op voor de kosten. Dat vinden wij een onwenselijke situatie. Wat vindt de Minister van deze situatie?

Ten slotte dank ik de Minister voor de heldere brief over de schriftelijke wilsverklaring. In die brief bevestigt zij dat bij de totstandkoming van de euthanasiewet aan de schriftelijke wilsverklaring dezelfde status toegekend is als aan een mondeling verzoek. D66 is blij met deze uitspraak, die recht doet aan het zelfbeschikkingsrecht en artsen duidelijkheid biedt. ZonMw en de Erasmus Universiteit hebben echter een aantal knelpunten gesignaleerd omtrent de schriftelijke wilsverklaring. Op welke manier wordt in de handreiking hieraan aandacht besteed? Hoe zal die handreiking na publicatie worden verspreid zodat zo veel mogelijk mensen hiervan kennis kunnen nemen? Dat is heel belangrijk. De knelpunten gaan met name over te weinig informatie en te weinig kennis. Hoe verhoudt de handleiding voor artsen en zorgprofessionals zich tot de KNMG-richtlijn?

Wat betreft de niet-reanimerenpenning sluit ik mij korthedshalve aan bij wat de VVD hierover al te berde heeft gebracht en gevraagd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De fracties van D66 en de ChristenUnie zullen het niet eens worden over euthanasie, maar ik wil toch een vraag stellen over het toetsten van de toetsingscommissies. Mevrouw Dijkstra heeft nadrukkelijk naar voren gebracht dat de VVD-fractie niet wil dat er een toets op de toets plaatsvindt. We hebben kunnen constateren dat er wel discussie is bij de toetsingscommissies. Zou het dan goed zijn, zeker nu we de afgelopen dagen gehoord hebben dat leden van de toetsingscommissies er moeite mee hebben, als toch een instantie met juridische kennis met de toetsingscommissies meekijkt en meedenkt om te bezien of het oordeel van de toetsingscommissies nog binnen de kaders van de wet valt? Dat is niet om artsen te criminaliseren, maar het geeft artsen en patiënten wellicht wat rechtszekerheid. We zijn het wel eens over het onderdeel rechtszekerheid.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Zoals ik heb aangegeven, hebben RTE's de mogelijkheid om andere RTE's te raadplegen als men er bij complexe gevallen niet goed uitkomt. Dat gebeurt ook regelmatig. In elke RTE zit een jurist, een arts en een medisch ethicus. Het raadplegen van een jurist vindt binnen de toetsingscommissies plaats. Als er behoefte is aan andere opvattingen daarover, dan kan men elkaar onderling raadplegen. Dat is ook heel erg belangrijk voor de kwaliteit van de toetsing. Als je nog een toets op de toetsingscommissie zet, dreigt het gevaar dat de moeilijke complexe gevallen meteen naar die commissie gaan als toetsingscommissies er niet meteen uit komen. De toetsingscommissies kunnen hun werk dan niet meer voldoende doen, want als er nog een extra laag bovenop komt, gaat iedereen ervan uit dat de beslissing daar wordt voorgelegd. Ik denk dat het zo goed is.

Ik wil nog even reageren op wat mevrouw Dik-Faber zei. Het is van belang dat de mensen die problemen hebben met de wijze waarop het eraan toegaat in de toetsingscommissies daar open over zijn. Als dat binnen de toetsingscommissie ook bekend is, kan men daarover van gedachten wisselen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik had natuurlijk ook graag meer openheid gezien. Ik ben nu geconfronteerd met openheid van één persoon en drie personen in de anonimiteit. Het betreft vier van de vijftien leden van toetsingscommissies. Dat baart mij veel zorgen. Ik moet helaas toch constateren dat er gebrek aan openheid bij de toetsingscommissies is. We worden nu bepaald bij de situatie dat twee mensen de doorslag geven, ook al is de derde het er niet mee eens. Daar is onze jurisprudentie op gebouwd. Dat moet voor D66 toch ook heel onbevredigend zijn?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Er zijn veel meer leden van toetsingscommissies. Het zijn er in totaal 45. Als deze signalen er zijn, dan moeten ze beginnen om dat met elkaar op te lossen. Als iemand na tien jaar uit een toetsingscommissie is gestapt en hiermee komt, en er zijn ook drie anonieme mails van andere leden, dan moet je niet meteen zeggen dat er heel wat aan de hand is en dat heel het systeem moeten veranderen. Dan moet je beginnen met goed naar deze mensen te luisteren. Dat moet binnen de toetsingscommissies gebeuren, want daar vindt het plaats. Als vervolgens blijkt dat er van alles aan de hand is wat wij niet weten, dan hebben we een andere situatie. Maar ik hoor heel andere geluiden van toetsingscommissies. Je begint toch niet meteen het systeem te veranderen als je voor het eerst deze geluiden hoort?

De **voorzitter**: Het is een gevoelig onderwerp, daarom sta ik wat uitgebreidere interrupties toe, maar probeer deze wel te beperken tot een vraag en een antwoord.

De heer **Krol** (50PLUS): Voorzitter. De VVD-fractie sprak al over de vrouw die de tekst «niet reanimeren» op haar borst heeft laten tatoeëren. Het verhaal toont aan hoe groot de angst is om op een mensonwaardige manier te eindigen, maar ook dat mensen op een gegeven moment klaar zijn met hun leven. Het verhaal heeft ook een andere kant. Ze is bang een last voor anderen te worden en dat wil ze absoluut niet. Ze zei: je hoort van iedereen, zelfs van de regering, dat ouderen een last zijn; ze kosten geld. Dat is een wrang signaal van ouderen die zich ondergewaardeerd voelen.

D66 noemde al het onderzoeksrapport van ZonMw. Dat is een belangrijk rapport. De Minister had al aangekondigd dat het tot nadenken stemt. Kan de Minister de Kamer een schriftelijke reactie op dit rapport geven? Vooruitlopend hierop wil ik aangeven dat ik het rapport vooral beschouw als een uitnodiging om nader onderzoek te doen. Zo lezen we het tevens in de aanbevelingen. De omvang van de groep ouderen met een actieve

doodswens, zonder dat daaraan een medische aandoening ten grondslag ligt, lijkt niet groot. Het aantal ouderen dat op termijn de mogelijkheid wil hebben het leven te beëindigen, lijkt veel groter. Gezien het toenemende aantal ouderen is dat van cruciaal belang, ook als basis voor toekomstig beleid. Het kabinet vraagt immers van mensen dat zij steeds meer de regie over hun eigen leven nemen. Wie dat kan, doet dat. Mensen worden immers steeds mondiger. Dat is goed. Daarbij hoort ook dat mensen de regie over hun eigen sterven willen. Dat is een logische ontwikkeling, maar op dit moment zijn de wettelijke grenzen daarvoor beperkt. Uit het onderzoek is gebleken dat artsen huiverig zijn om in situaties langs de grenzen van de wet hulp bij het sterven te bieden. Dat is begrijpelijk, want voor hen kunnen de juridische consequenties groot zijn. Toch is dit een punt van belang. In onze samenleving wonen mensen steeds langer thuis, zijn ze mede daardoor regelmatig eenzaam en leven ze langer met één of meer chronische aandoeningen of ouderdomsklachten. Ze hebben veel meegemaakt en soms vinden ze het dan wel mooi geweest.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Misschien sluit het aan bij het vervolg van de heer Krol, maar hij zei dat mensen steeds meer de eigen regie willen hebben. Dat vragen we ook van mensen. Als het het levenseinde betreft stuiten we, als mensen hun leven voltooid achten, op de grenzen van de wetgeving. Is de heer Krol voorstander van de wetgeving, zoals door het burgerinitiatief Voltooid leven in de Kamer is gepresenteerd?

De heer **Krol** (50PLUS): We vinden het inderdaad een zinnige aanzet in deze discussie. Wij vinden dat mensen hoe dan ook zelf de beslissing moeten kunnen nemen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat wilde ik even weten.

De heer **Krol** (50PLUS): We hebben het er al vaker over gehad. Anders gaan mensen misschien zelf kunstgrepen toepassen, waardoor zij worden beperkt in de mogelijkheid waardig te sterven op een eigen gekozen moment. Ik hoor graag de gedachten van de Minister. Het liefst hoor ik de bereidheid om nader onderzoek te doen naar de omvang van deze ontwikkeling.

Uit het jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie is gebleken dat het aantal gemelde gevallen van euthanasie bij mensen met dementie de laatste jaren is toegenomen. De Minister heeft hier inmiddels schriftelijk op gereageerd. Het ging daarbij veelal om mensen in het beginstadium van deze ziekte. De Minister geeft aan dat er geen onderzoek is gedaan naar de specifieke verklaring van deze ontwikkeling. Gezien het feit dat het aantal dementerenden de komende jaren zal toenemen, al verschillen de meningen over de omvang van de groei, lijkt het 50PLUS van belang dit wel te onderzoeken. Is de Minister hiertoe bereid?

Uit een ander onderzoek bleek dat er vrij brede sympathie bestaat voor de mogelijkheid van euthanasie bij zwaarder dementerenden die een eerder opgestelde wilsverklaring hebben. Het bestaan van een dergelijke wilsverklaring schept de verwachting dat deze op verzoek ook uitgevoerd zal worden. Sommige artsen zijn in situaties als deze echter geneigd tot terughoudendheid. Dat komt doordat de wilsverklaring op dat moment niet meer op een betrouwbare manier toetsbaar is bij de betrokkene zelf. Dat bleek uit de verkenning van ZonMw van de knelpunten met betrekking tot schriftelijke wilsverklaringen. Vanuit het oogpunt van de arts is het begrijpelijk, maar het kan tot frustratie of onbegrip leiden. Er is immers een wilsverklaring, waarom wordt er dan geen euthanasie verleend? Dat is een lastig punt, want zoals de onderzoekers stellen, bestaat er geen recht op euthanasie. De verwachtingen zijn er wel. Wat vindt de Minister van de suggestie van de onderzoekers om burgers actiever te informeren

over de betekenis van de euthanasieverklaring? Wat vindt de Minister van het idee van ZonMw om een neutraal en laagdrempelig informatiepunt in te richten? Hoe staat de Minister in dit licht tegenover de invulling van dementie op de schriftelijke wilsverklaring van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde? Is de Minister het ermee eens dat het in dit licht toch een goed idee kan zijn om een schriftelijke wilsverklaring regelmatig te laten actualiseren? Dan is de wilsverklaring altijd zo actueel mogelijk en niet jaren oud. Een oudere wilsverklaring kan een drempel zijn voor artsen om euthanasie toe te passen. Graag een reactie van de Minister.

De **voorzitter**: Komt u tot een afronding?

De heer **Krol** (50PLUS): Ik ben aan mijn laatste passage toe. Het euthanasiedebat zal altijd gevoerd blijven worden. Dat is goed, want het is een gevoelige, ethische kwestie. De dilemma's voor alle partijen zijn legio. De kennis over de mogelijkheden is soms onvolledig. Het rapport van ZonMw inzake de knelpunten kan een nieuw aangrijpingspunt zijn om het maatschappelijk debat voort te zetten. Welke mogelijkheden ziet de Minister om daaraan bij te dragen?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. «Moeten we deze euthanasie als samenleving wel willen?» Deze woorden troffen mij in het interview met Theo Boer dat afgelopen weekend in NRC stond. Het raakt precies de kern van waar wij vandaag over spreken. De euthanasiepraktijk komt steeds verder af te staan van de bedoelingen van de wetgever. De euthanasiewet staat op gespannen voet met situaties van dementie, psychiatrie en voltooid leven. Ik citeer Ed Kenter: «Zeker kan in deze situaties sprake zijn van ondraaglijk lijden, maar in de euthanasiepraktijk is het criterium verschoven van ondraaglijk lijden naar gebrek aan kwaliteit van leven.» Wil de Minister op deze uitspraak reageren? Nieuwsuur bracht vorige week naar buiten dat vier leden van de toetsingscommissies gewetensbezwaren hebben. Wat vindt de Minister daarvan? Is het niet bizar dat de voorzitter van de toetsingscommissies hier totaal niet van op de hoogte bleek te zijn? Hoe valt nog vol te houden dat de toetsingscommissies moeilijke casussen gezamenlijk en in openheid bespreken?

We hebben een rondetafelgesprek gehouden over euthanasie in de psychiatrie. Ik memoreer een aantal aanbevelingen daaruit, allereerst over psychiatrische zorg in ons land. Ik vind het nogal onthutsend om te horen dat een gesprek over de doodswens niet bij alle artsen even gemakkelijk te voeren is. Soms kan zo'n gesprek al zo veel erkenning en ruimte geven dat mensen afzien van hun euthanasieverzoek. Ik hoop dat de beroepsgroep dit goed oppakt in de nieuwe richtlijn. Ziet de Minister mogelijkheden om dit te bevorderen?

De laatste onderzoeken naar suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) dateren uit de jaren negentig. Vindt de Minister het nodig om hier actueel onderzoek naar te doen? De Agora-werkgroep Palliatieve zorg en Geestelijke Gezondheidszorg is al een aantal jaren actief. Daarom is het opvallend dat de conclusie was dat palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten nog in de kinderschoenen staat. Wat gaat de Minister hieraan doen?

De doodswens als uiting van ondraaglijk lijden is bij veel psychiatrische ziektes aan de orde. Daarmee is het moeilijk om vast te stellen of er sprake is van wilsbekwaamheid en een weloverwogen, vrijwillig verzoek tot euthanasie. Ook uitzichtloosheid is in de psychiatrie niet eenduidig vast te stellen, zo hoorden we. Daarmee staat euthanasie bij psychiatrische patiënten op gespannen voet met de euthanasiewet. Hoe zit het met de uitzonderlijk grote behoedzaamheid uit het Chabot-arrest?

Iemand zei het zo: als we toestaan dat mensen net zo lang zoeken tot zij twee mensen vinden die achter hun verzoek staan, dan komt het hele toetsingssysteem op losse schroeven te staan. Ik krijg graag een reactie van de Minister op die uitspraak.

Ik ben geschokt dat in de evaluatie van de Levenseindekliniek klip-en-klaar staat dat mensen worden geholpen die buiten de boot dreigen te vallen. Dit zet alle zorgvuldigheid op losse schroeven. Wat vindt de Minister van de opmerking van Theo Boer dat niet valt uit te sluiten dat mensen die mogelijk nog waardevolle jaren voor de boeg hadden euthanasie hebben gekregen? Waarom staan we nog toe dat euthanasie plaatsvindt buiten een arts-patiëntbehandelrelatie?

Het baart ons zorgen dat artsen steeds vaker euthanasie bij psychiatrische patiënten toepassen. Voor huisartsen bestaat geen aparte richtlijn en het is ook niet duidelijk in hoeverre huisartsen gehouden zijn aan de richtlijn van psychiaters. Moet daar niet een oplossing voor komen?

Weet de Minister dat apothekers nog steeds om 12.00 uur een telefoontje krijgen met de opdracht om om 16.00 uur euthanatica aan te leveren?

Wordt het geen tijd om de positie en de rechtsbescherming van de apothekers beter te verankeren?

De toetsingscommissies zijn niet ingericht op het toetsen van euthanasie in de psychiatrie en in andere ingewikkelde situaties, maar er wordt nu wel jurisprudentie ontwikkeld. Dit baant de weg naar nieuwe gevallen van euthanasie. Dit is niet zorgvuldig naar de mensen die een verzoek doen om euthanasie, maar ook niet naar de arts die de euthanasie uitvoert. De ChristenUnie ziet heel graag dat er een medische component in de wet wordt verankerd, zodat duidelijk wordt wat de grenzen van de wet zijn. Uiteraard weet ik hoe de verhoudingen in de Kamer liggen. Laten we dan er in ieder geval voor zorgen dat we voldoende deskundigheid toevoegen aan de toetsingscommissies, bijvoorbeeld op het terrein van de psychiatrie.

We hebben eerder een pleidooi gehouden om euthanasiecasussen die discussie oproepen te laten toetsten door het OM. Dit heeft uiteindelijk geleid tot gesprekken tussen de Minister, de toetsingscommissies, de KNMG en eventuele externe deskundigen. Is dat voldoende? Na alles wat er de afgelopen dagen bekend is geworden over het functioneren van de toetsingscommissies, wordt toetsing door het OM wel heel dringend.

Vindt de Minister dat ook?

Ik kom tot mijn conclusie.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik heb een tijdje naar mevrouw Dik-Faber geluisterd en ik kan me niet inhouden om hierover een vraag te stellen. De heer Boer geldt deze dagen als orakel voor mevrouw Dik-Faber. Ik heb er bezwaar tegen dat zij daarmee voor 45 andere leden van toetsingscommissies spreekt. Ze wekt de indruk alsof het een hellend vlak is en de hele euthanasiewet langzaam misbruikt wordt. In hoeverre kan mevrouw Dik-Faber bevestigen dat de heer Boer spreekt namens de rest van de leden van de toetsingscommissies?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De heer Boer heeft vooral namens zichzelf gesproken en hij heeft zijn eigen waarnemingen naar buiten gebracht. Dat stel ik voorop. Mijn fractie signaleert echter ook het punt dat de heer Boer signaleerde. Wij werden aan het begin van de euthanasiewet geconfronteerd met situaties van somatisch lijden, kankerpatiënten die een euthanasieverzoek deden als zij vaak nog maar kort te leven hadden. Wij worden steeds geconfronteerd met nieuwe situaties. We hebben het gehad over dementie, psychiatrie en een voltooid leven. In de media zijn er ook andere casussen naar voren gebracht waar ik erg van schrok. De vraag die de heer Boer en ik opwerpen is of het geen tijd wordt om aan de handrem te trekken. Daarover zijn wij het eens. Waar leidt dit toe?

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Dat is geen antwoord op mijn vraag. Ik vroeg in hoeverre de opmerkingen van de heer Boer representatief zijn voor de andere leden van toetsingscommissies in Nederland.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik gaf aan dat de heer Boer vooral voor zichzelf heeft gesproken. Laat dat duidelijk zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mevrouw Dik-Faber zegt dat de euthanasiewet hier nooit voor bedoeld is. Waarop stoelt zij dat?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik zie een groot spanningsveld tussen de criteria in de wet en de casussen die worden voorgelegd aan de toetsingscommissies. In de beginfase van de euthanasiewet hebben we het vooral gehad over somatisch lijden. In het Chabotarrest is aangegeven dat ook andere vormen van lijden vallen onder de euthanasiewet. We worden echter nog steeds geconfronteerd met situaties waarvan we ons oprecht kunnen afvragen of dat de bedoeling van de wetgever is geweest. Ik heb begrepen dat de heer Boer van de voorzitter niet in casuïstiek had mogen treden. Als mensen al dan niet terecht opzien tegen een verblijf in een verpleeghuis of daar niet de zorg krijgen die zij nodig hebben, dan is de oplossing niet om euthanasie te plegen. De oplossing is om de verpleeghuiszorg te verbeteren. Ik schrik heel erg van die situaties. Dat is nooit de bedoeling van de wetgever geweest.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is de opvatting van de ChristenUnie. Als ik kijk naar de wijze waarop de euthanasiewet indertijd tot stand is gekomen ... Ik moet eigenlijk de Wet toetsing levensbeëindiging (Wtl) zeggen. Mevrouw Borst, die er helaas niet meer is, was daar heel nauw bij betrokken. Zij heeft ons heel vaak verteld dat de wet bedoeld is om veel breder toepasbaar te zijn. Er is ruimte gegeven, juist door de open formulering ervan, voor mogelijke ontwikkeling van de wet. Het interessante is dat de KNMG al een aantal jaren geleden de richtlijn voor artsen heeft verbreed en informatie aan artsen heeft gegeven over ...

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik bedenk even hoe ik dit snel kan afronden. Vindt mevrouw Dik-Faber het terecht dat zij vasthoudt aan die heel beperkte formulering?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik houd graag vast aan de bedoelingen van de wet. Er is niet alleen in de samenleving discussie over. Bij de rondetafelbijeenkomst was er ook discussie over. Het is heel belangrijk om die discussie politiek te voeren. Dat is de winst van dit debat. Er doen zich steeds nieuwe situaties voor waarover discussie is bij de toetsingscommissies. Het aantal discussies neemt toe, omdat de situaties van euthanasie lastiger worden. Dan is het toch niet meer dan terecht dat wij daar vraagtekens bij plaatsen, dat we hameren op zorgvuldigheid en dat we een toets willen door het OM?

Ik kom bij mijn conclusie. Ik zie de euthanasiepraktijk, de nieuwe situatie waartegen we vandaag aanlopen, als een stuk onvermogen. Kunnen wij in onze samenleving lijden nog een plek geven? Zijn we voldoende in staat om goede zorg te bieden en om te zien naar elkaar? De humanist Kevin Yuill sprak zich uit tegen de euthanasiewet. Hij zei er dit bij: «We vertellen via onze wetten dat we minder waarde toekennen aan het leven van oude of zieke mensen». De euthanasiewet is een feit, maar laat dit niet het signaal zijn vanuit de politiek. Laten we vandaag in dit debat aangeven dat we omzien naar mensen in situaties van dementie, psychiatrie en voltooid leven. Ik heb een aantal voorstellen gedaan om de zorg te verbeteren en

de toetsingspraktijk zorgvuldiger te maken. Ik hoop dat we het daarover met elkaar eens kunnen zijn.

Ik dank de Minister voor zijn antwoorden op de vragen over de niet-reanimerenpenning. Dat waren de vragen van mijn fractie en de PvdA-fractie. Ik ben erg blij met de antwoorden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Dik-Faber gaf aan het begin van haar betoog aan dat het voor mensen met een euthanasieverzoek niet altijd even gemakkelijk is om een gesprek met de arts te voeren. Volgens mij gebruikte ze het woord «geschokt» daarbij. Laat dit nu een punt zijn waarmee ik het zeer eens ben. Ik hoor vaak van mensen die een verzoek hebben, dat ze het idee hebben dat ze niet serieus worden genomen door hun arts. Alhoewel wij heel verschillend denken over euthanasie, ben ik heel benieuwd welke oplossingen de ChristenUnie hiervoor ziet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik deel de zorg. Die heb ik in mijn inbreng ook naar voren gebracht. Dit gaan we niet regelen door een wetje te maken. Het moet in de richtlijnen van artsen verbeterd worden. De artsenvereniging moet hierover congressen organiseren. Ik weet dat de KNMG voor zowel huisartsen als patiënten een handleiding heeft geschreven voor een gesprek over het levenseinde. Dat soort richtlijnen moeten ook bij psychiaters een bredere ingang vinden, bij eenieder die arts is. Ik vind het ontzettend belangrijk dat als jij – hoe moeilijk ook – het gesprek over de dood wenst, daar in ieder geval ruimte voor is. Dat kan weer nieuwe ruimte geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wij hebben met de D66-fractie een wetsvoorstel in voorbereiding om een doorverwijsplicht of doorverwijsrecht in te voeren. Ik neem aan dat dat voor de ChristenUnie te ver gaat. Mevrouw Dik-Faber spreekt expliciet over richtlijnen voor artsen. Kan ik dit zo opvatten dat de ChristenUnie van mening is dat in richtlijnen duidelijk moet worden gesteld dat mensen recht hebben op een serieus gesprek als het gaat om een euthanasieverzoek?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Het is heel belangrijk dat er goed wordt gesproken over de dood. Volgens mij is dat niet het probleem dat door de fractie van GroenLinks naar voren wordt gebracht. Dat gaat expliciet over een euthanasieverzoek. Dat is niet helemaal van elkaar los te maken. Het gesprek erover is heel belangrijk. Er moeten richtlijnen komen voor artsen waarin staat op welke wijze ze daarmee moeten omgaan. Het is in dit land om diverse redenen zeer zeldzaam dat artsen hier moeite mee hebben. Het komt bijna niet voor, dus wat mij betreft is een wetsvoorstel overbodig. Artsen lossen dat onderling op, in ploegen. Volgens mij is het wetsvoorstel een oplossing voor een niet bestaand probleem.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Het komt vrij weinig voor dat ik een algemeen overleg kan openen met complimenten voor een bewindspersoon. De Minister van VWS heeft ze wel verdiend, want zij zet gestaag stappen die duidelijkheid scheppen voor veel mensen die zelf de regie willen nemen over hun levenseinde. Natuurlijk wil ik altijd dat verbeteringen sneller gaan, maar in dit heel moeilijke dossier, waarin goed aandacht moet zijn voor alle nuances, realiseer ik me dat gestage stappen ook op hun waarde geschat moeten worden. GroenLinks is blij met de ondubbelzinnige bevestiging van de Minister in haar brief van 12 juni dat een schriftelijke wilsverklaring bij een euthanasieverzoek ook geldig is in het geval van wilsonbekwaamheid. Dat is belangrijk voor mensen met een wens voor eigen regie over het levenseinde. Mijn fractie is van mening dat het goed zou zijn als dit actief wordt uitgedragen naar deze doelgroep. Is de Minister bereid om te kijken of hierover op gepaste

wijze voorlichting kan worden gegeven? Het is belangrijk dat mensen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden met hun euthanasieverzoek niet tussen wal en schip vallen.

Ook kinderen in deze situatie moeten niet aan hun lot overgelaten worden. We moeten daarom serieus kijken naar het opvullen van het gat dat de wetgeving momenteel laat voor kinderen tussen een en twaalf jaar. Gelukkig gaat het maar om een zeer kleine groep kinderen, maar wel een groep die onze aandacht en barmhartigheid verdient. Deelt de Minister mijn mening dat hier serieus naar gekeken moet worden en dat het standpunt dat de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) hierover formuleert van groot belang is?

De NVVE verstrekt momenteel algemeen erkende niet-reanimerenpenningen. Mensen die niet wensen gereanimeerd te worden, hebben immers het recht die wens gehonoreerd te krijgen. Deze penningen zijn echter niet goedkoop en slechts bij de NVVE te verkrijgen. Moeten deze penningen niet breder beschikbaar zijn, bijvoorbeeld ook op aanvraag bij de huisarts? Ziet de Minister een rol voor VWS weggelegd om dit te organiseren?

Begin dit jaar gaf de Minister aan een commissie van wijzen in te stellen om te onderzoeken of de euthanasiewetgeving verruimd dient te worden om ruimte te maken voor verzoeken van mensen die hun leven als voltooid ervaren. De Minister zou ons later nader informeren over de samenstelling en de precieze opdracht van deze commissie. Het kan aan mij liggen, maar ik heb daar nog geen brief over zien langskomen. Kan de Minister ons alsnog hierover informeren? Wat is de stand van zaken en wat is de planning?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Er is sprake van een sterke toename van het aantal gevallen van euthanasie, een verdubbeling in zes jaar tijd. Vorig jaar waren het meer dan 4.800 meldingen. Dat was een stijging van 15%. De SGP vindt dit zeer verontrustend en hoopt dat die stijging omgebogen wordt. Bij de wetsbehandeling werd over euthanasie gedacht als een uiterste middel. Het lijkt steeds meer een normale optie te worden. Juist vanuit onze bezwaren tegen euthanasie vinden we dit een onrustbarende ontwikkeling. We zien een praktijk van oprekken van de wet. De zorgvuldigheidseisen, ook al worden die formeel serieus genomen, maken een steeds bredere interpretatie mogelijk. Ik las ergens dat in de evaluatiecommissie werd gezegd dat het niet zozeer het oprekken van de wet is, maar zich ontwikkelende opvattingen met betrekking tot de strekking en reikwijdte van de open normen die in de wet zijn opgenomen. Eerlijk gezegd vind ik dat een mooie definitie van oprekken. Het is een relativering van de behandelrelatie. In de begintijd van de euthanasiewet werd nog gezegd dat de wet nooit tot euthanasietoerisme kon leiden, omdat het hebben van een behandelrelatie van doorslaggevend belang is. Er lijkt ook op dat punt wat gerelativeerd te worden.

In de Kamer wordt verschillend gedacht over euthanasie. De SGP maakt er geen geheim van euthanasie geen aanvaardbare weg te vinden. We denken daar nog steeds hetzelfde over als in het begin. Onze stelling is: Beëindig nooit een mensenleven in naam van barmhartigheid. Tegelijkertijd vinden we dat we de discussie niet moeten versmallen tot euthanasie. Het is een heel goede zaak dat uiteenlopende organisaties die verschillend dachten en denken over euthanasie, zeggen dat er geen taboe moet zijn op het spreken en nadenken over het levenseinde. Het levenseinde betreft veel meer onderwerpen dan alleen euthanasie. Het gaat over zorg bij ziekten, pijnbestrijding bij pijn, gezelschap bij eenzaamheid en een luisterend oor bij problemen, maar ook het nadenken over de wijze waarop je omgaat met en aankijkt tegen aftakeling en lijdensdruk. Dat laatste is voor mijn fractie een belangrijk punt. Dat

kunnen we niet met één programma regelen, maar de SGP vraagt de Minister om ook dat bredere debat te bevorderen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De heer Van der Staaij zegt dat we het niet alleen over euthanasie moeten hebben. De discussie moet veel breder gaan en je moet heel andere vragen stellen. Waarom denkt de heer Van der Staaij dat dat nu niet gebeurt?

De heer **Van der Staaij** (SGP): De achterliggende vraag is waarom mensen het moeilijk vinden om over de dood na te denken en te spreken. Dat kunnen allerlei redenen zijn. Dat is bijvoorbeeld omdat mensen dat een beangstigende of moeilijke gedachte vinden. Het is heel kwetsbaar om over de eindigheid na te denken. Er zijn allerlei redenen waarom pluk-de-dag meer opgeld doet dan het denken over de dood.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De relatie die de heer van der Staaij legt tussen euthanasie en deze vraagstukken begrijp ik niet helemaal. Het is net alsof hij zegt dat het gemakkelijk is om over euthanasie na te denken zonder over dit soort vragen na te denken. Dat bevreedt mij een beetje. Als je praat over euthanasie, dan ga je daar toch niet aan voorbij? Artsen die euthanasie uitvoeren en daar zorgvuldig mee omgaan, stellen juist al deze zaken aan de orde. Ik begrijp niet zo goed waarom de heer Van der Staaij zegt dat je het gesprek niet moet beperken. Euthanasie is nog steeds een ultimum remedium in plaats van een gemakkelijke uitweg, zoals de heer Van der Staaij het doet voorkomen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Een ultimum remedium veronderstelt dat er al heel goede en sterk ontwikkelde aandacht was voor de palliatieve zorg, toen in het verleden de euthanasiewet tot stand kwam. Ik heb kort voor haar overlijden met oud-minister Borst erover gesproken, naar aanleiding van een opinieartikel in de Volkskrant. Zij zei dat we er nog steeds fundamenteel verschillend over denken, maar dat ze wel eerlijk moest vaststellen dat we in Nederland een verkeerde volgorde hebben gehad omdat de discussie over de palliatieve zorg pas later is gekomen en daar pas later invulling aan is gegeven. Dat heeft ze ook publiek gezegd, daarom kan ik het hier zeggen. Dat geeft aan dat er een bijzondere concentratie was op euthanasie en te weinig op het brede nadenken over goede zorg rond het levenseinde. Dat kan er in de praktijk toe leiden dat mensen toch over euthanasie horen en daarover nadenken vanuit de enorme vrees voor aftakeling of pijn, terwijl ze onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor een goede palliatieve zorg of pijnbestrijding. Daar is de afgelopen jaren gelukkig heel veel aan verbeterd, maar dat geeft wel aan dat het niet zomaar uit de lucht gegrepen is dat het onderwerp de neiging heeft zich te versmallen tot euthanasie.

De **voorzitter**: Ik sta bij hoge uitzondering toe dat mevrouw Dijkstra daar nog een korte vraag aan toevoegt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat mij betreft gaat het altijd hand in hand. Je denkt niet na over alleen euthanasie of alleen palliatieve zorg. Overigens wijs ik op het gevaar dat palliatieve sedatie, dat onderdeel is van de palliatieve zorg, in de plaats komt van euthanasie als wij veel te strenge regels stellen. De voorzitter kijkt mij heel streng aan. Dat snap ik.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Op dat punt zijn we het uit verschillende perspectieven eens. Palliatieve sedatie moet echt palliatieve zorg zijn en niet een soort sluiproute voor een te ingewikkelde euthanasie. We zien de laatste jaren een forse toename van euthanasie onder psychiatrische patiënten. Er is geen ziektebeeld dat zo onvoorspelbaar en wisselend is. Juist dan moeten we ongelooflijk alert zijn. Wij zijn bezorgd

over de steeds bredere opvatting in het geval van psychiatrische patiënten. Ook hier is een link met de palliatieve zorg. We horen dat er onvoldoende aandacht is voor palliatieve zorg in de psychiatrie. Dat kwam ook tijdens het rondetafelgesprek naar voren. Ook hier wil ik graag het accent op goede zorg en palliatieve behandeling. Die moeten standaard beschikbaar zijn. Hoe je ook denkt over euthanasie, we hebben altijd breed gevonden dat palliatieve behandeling heel belangrijk is. Die behandeling verdient juist in de psychiatrie extra aandacht. Toetsing van dergelijke gevallen van euthanasie mag nooit plaatsvinden zonder dat hierbij psychiatrische deskundigheid aanwezig is. We zijn dan ook zeer sterk voor de opname van psychiatrische deskundigheid in de toetsingscommissies, zoals daar ook door de heer Buijsen aandacht voor is gevraagd. Het betreft zodanig moeilijke situaties dat specifieke kennis over de uitzichtloosheid van psychisch lijden vereist is. Daarom pleiten wij voor meer waarborgen. Ik weet dat een meerderheid van de Kamer zegt dat we niet moeten beginnen aan toetsing op toetsing. Het is duidelijk dat wij daar wel voorstander van zijn. Dat hebben we al eerder naar voren gebracht. Toetsing op toetsing is in onze rechtstaat een vrij normaal fenomeen. Dat noemen we een goed stelsel van rechtsbescherming. Het is niet zo dat we een paar rechtsprekende instanties hebben die hun best doen en voor de rechtszekerheid laten we het daarbij. Nee, in een goed stelsel van rechtsbescherming kunnen ook fouten worden gemaakt en kunnen uiteenlopende opvattingen zijn. Dan is het heel verstandig om daar centraal naar te laten kijken en daar een oordeel op te laten geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): In de huidige euthanasiepraktijk is eigenlijk al sprake van toetsing op toetsing. Wat de SGP-fractie voorstelt is toetsing op toetsing op toetsing. Je hebt een arts, een SCEN-arts en na de euthanasie ook de regionale toetsingscommissie euthanasie. Mocht blijken dat het proces onzorgvuldig is geweest, dan komt het OM in beeld. Wat kan een extra toetsing daaraan toevoegen, afgezien van het feit dat de arts in kwestie langer in onzekerheid zit?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Onzekerheid als iets lang duurt en als je een uitgebreid stelsel van rechtsbescherming hebt, is kenmerkend voor veel procedures. Daar staat tegenover dat je, juist als er gewichtige belangen in het geding zijn, hecht aan uiterste zorgvuldigheid, zeker als het gaat om ingrijpende jurisprudentie over de uitleg en de toepassing van de wet. Dat is het formeel niet, maar daar komt het wel op neer. Dat is heel fundamenteel voor de ontwikkeling van de wet. Dan is het een goede zaak als dat toezicht niet bij een aantal toetsingscommissies afzonderlijk ligt, maar dat er ook een overkoepelende centrale instantie is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan voeg je dus een extra toetsing toe. Maakt dat de zaak echt zorgvuldiger? Ik kan me aansluiten bij het debat dat mevrouw Dijkstra eerder met mevrouw Dik-Faber voerde. Qua onderbouwing is er geen reden om te denken dat de huidige praktijk zo onzorgvuldig is.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het gaat niet om onzorgvuldigheid. Het is niet zo dat ze allemaal steken laten vallen en dat daar nog iemand naar moet kijken om een paar foutjes eruit te halen. Het gaat mij meer om het gewicht en het belang van die uitspraken. Die overstijgen het niveau van individuele casussen en zetten een soort bedding uit waarin de praktijk zich verder ontwikkelt. Dat is zodanig belangrijk, dat het niet vreemd is om een extra waarborg te hebben. Dat pleidooi kwam niet voor niets ook uit de praktijk.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): In het verlengde wat mevrouw Voortman al vroeg: op basis van welke feiten en cijfers wenst de heer Van der Staaij

deze toetsing aan te scherpen? In 2013 hebben we 4.829 meldingen gehad, waarvan er 5 onzorgvuldig bleken. Waarom die grote behoefte om de toetsing verder aan te scherpen? We hebben net een evaluatie van deze wet achter de rug, die uitgebreid in de Kamer is behandeld. Daaruit komt dit knelpunt niet naar voren. We zijn in afwachting van een volgende evaluatie. We moeten de uitkomsten van die evaluatie afwachten om te kijken of dat wat de heer Van der Staaij signaleert, daar ook in terugkomt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het gaat mij er niet om dat een aantal zorgvuldigheidscriteria in de praktijk niet worden nageleefd of dat de toetsingscommissie er niet goed naar kijkt waardoor er een hogere instantie een keer naar moet kijken. Het gaat me meer om het verrekende karakter van de uitspraken van de toetsingscommissies, ook in de verdere interpretatie en uitleg van de euthanasiewetgeving. Op het punt van de Levensindekliniek sluit ik me korthedshalve aan bij wat de ChristenUnie daarover naar voren heeft gebracht. Daar herkende ik me in. Juist in die gevallen waarin we spreken van psychiatrische problematiek – die komen niet in de laatste plaats bij de Levensindekliniek terecht – is bijzondere alertheid geboden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. In een eerder algemeen overleg over euthanasie uitten wij onze zorgen over de achterstanden bij de regionale toetsingscommissies euthanasie. Wij zijn opgelucht dat we in het jaarverslag lezen dat deze achterstanden worden ingelopen en dat de meeste meldingen bij de commissies binnen de wettelijke termijn worden afgedaan. Meestal wordt het oordeel «zorgvuldig» gegeven, ook voor casuïstiek die valt binnen grijs gebied. Hoe duidt de Minister deze ontwikkeling? De trend lijkt dat er bij het grijze gebied iets verschuift. Is de Minister het met ons eens dat deze ontwikkeling gekoppeld aan de stijging van het aantal euthanasiegevallen aandacht vraagt? Wij zijn niet voor een extra toetsingscommissie. De discussie ging er net ook al over. Wij denken dat dit ook voor het OM een extra spanningsveld met zich meebrengt. Het zet het OM mogelijk op afstand. Mochten er problemen zijn in het grijze gebied, dan kan de regionale toetsingscommissie euthanasie bij het OM of het medisch tuchtcollege terecht voor vragen. Kan de Minister hierop ingaan?

Wat ons betreft moet de Levensindekliniek overbodig worden. Deelt de Minister dit uitgangspunt? Mensen met een euthanasiewens en vragen daarover moeten bij hun eigen behandelend arts terechtkunnen. Daarvoor moeten de juiste omstandigheden worden geschapen. Welke bezwaren zijn er? Is het niet beter dat de arts met morele bezwaren doorverwijst naar een andere arts in de eigen artsenkring? Deelt de Minister met ons dat dat de koers moet zijn, niet alleen voor mensen met somatische klachten, maar ook voor mensen met psychische klachten en dementie? Er bestaan in het kader van euthanasie grote verschillen tussen mensen die somatisch en psychisch lijden. Allereerst blijven wij benadrukken dat de kwaliteit van zorg voor iedereen goed moet zijn en dat slechte zorg geen reden mag zijn voor de keuze voor euthanasie. De moeilijkste casuïstiek betreft de groep van mensen die psychisch lijden en dan met name het vaststellen van de uitzichtloosheid van het lijden. De behandeling bij psychiatrische problemen is ook nog eens ontzettend moeilijk. Als uiteindelijk geen uitweg meer gezien wordt en de keuze voor euthanasie voorligt, vindt in dat traject al extra controle plaats door een tweede arts. Geldt dit ook bij mensen die dement zijn? Het gaat om een relatief kleine groep, maar toch vragen we de Minister om aandacht te besteden aan het probleem van hulpvragers met een psychiatrische aandoening, ook om de mogelijkheden en onmogelijkheden helder te krijgen. Het kan toch niet zo zijn dat psychiaters de deur openzetten naar zelfmoord, omdat ze het gesprek over euthanasie te moeilijk vinden. Dat horen we namelijk wel. Dat moet toch niet het alternatief zijn dat op dat

moment wordt geboden? Is de Minister bereid psychiaters en artsen te laten scholen zodat ze het gesprek kunnen voeren over een doodswens? Dergelijke gesprekken zijn in het kader van dementie en andere psychische ziekten erg ingewikkeld, maar wel erg belangrijk. Wij vragen ook naar de code of practice van de regionale toetsingscommissies euthanasie, die in het voorjaar gereed zou zijn. Daarin worden zorgvuldigheidscriteria geherformuleerd. Worden de apothekers hierbij ook betrokken? Er zijn eerder vragen over gesteld en dat lijkt mij belangrijk. Hoe duidt de Minister het gegeven dat voor alleenstaanden en mensen zonder kinderen het moeilijker is om het proces van een euthanasieverzoek te doorlopen? Eventuele uitvoering komt bij hen minder voor dan bij getrouwde mensen of mensen met kinderen. Hoe je ook over euthanasie denkt, uit de afwezigheid van een naaste mag geen ongelijkheid voortvloeien.

Wij vragen ook aandacht voor nazorg en transparantie nadat een besluit is genomen over euthanasie. Een afwijzing en een toewijzing hebben beide grote gevolgen voor zowel de patiënt als de familie. Het is goed als hulpverleners en uitvoerders van euthanasie de omgeving goed betrekken bij het besluit. Na een besluit is een traject niet afgelopen. Kan de Minister op dit appel ingaan en extra aandacht toezeggen?

De schriftelijke wilsverklaring geeft de wens rondom euthanasie weer. Wat als de wens in de huidige tijd niet meer geverifieerd kan worden, bijvoorbeeld bij dementiepatiënten? Het blijft ontzettend ingewikkeld. Er moet altijd sprake zijn van actuele toetsing. Kan de Minister toelichten hoe ver dit precies rijkt? Op korte termijn zullen er handreikingen over dit onderwerp verschijnen voor artsen en patiënten. Het is belangrijk om de gang van zaken goed en transparant te omschrijven. Wij vragen dan ook aandacht voor heldere handreikingen. De handreikingen moeten naar een neutraal, herkenbaar maar vooral laagdrempelig informatiepunt verwijzen, waar mensen terecht kunnen met vragen over de schriftelijke wilsverklaringen. Het is in alle situaties ongewenst dat hierover onduidelijkheid blijft bestaan.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik hoor mevrouw Leijten net zeggen dat de Levensindekliniek overbodig zou moeten zijn. Wat vindt de SP van de ideeën om de taken van de Levensindekliniek uit te breiden, er een expertisecentrum van te maken en de contractering uit te breiden?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij zien niet zoveel in een expertisecentrum bij de Levensindekliniek. Wij vinden dat de kennis over een persoon bij een behandelend arts van wezenlijk belang is en dat daarom de behandelrelatie van wezenlijk belang is. Het risico op onzorgvuldigheid neemt anders toe. Als je de expertise wilt uitbreiden, bijvoorbeeld over psychisch lijden, dan zul je dat moeten doen voor de gehele groep behandelend artsen. Het is van belang dat de expertise, waarvan nu gezegd wordt dat die verschoven moet worden naar de Levensindekliniek, in de hele sector breed beschikbaar is en wordt gemaakt vanuit die beroepsgroepen. Dat is belangrijker dan dat die expertise bij de Levensindekliniek wordt geconcentreerd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Iedereen wil dat de Levensindekliniek niet nodig zou zijn. Tegelijkertijd constateren we dat in de heel korte periode dat de Levensindekliniek bestaat deze wel haar nut heeft bewezen. Een van de dingen die ik interessant vond was dat bij een deel van de euthanasieverzoeken die binnenkomt bij de Levensindekliniek euthanasie alsnog bij de eigen arts wordt verleend. Dat is maar één voorbeeld waaruit blijkt dat de Levensindekliniek wel degelijk haar nut heeft. Als dat kan met bijvoorbeeld een expertisecentrum, dan kan dat nog nuttiger zijn. Ik snap niet waarom de SP bij voorbaat al zo'n blokkade opwerpt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is jammer dat dit zo overkomt, want zo is het niet bedoeld. Wij hebben behoorlijke twijfels over de Levenseindekliniek. We hebben kunnen zien dat de werkwijze zorgvuldig is en dat de kliniek op dit moment wat toevoegt. Ik wil echter naar de situatie waarin de Levenseindekliniek niet meer nodig is, waarin de noodzakelijke expertise door de hele beroepsgroep gedeeld wordt en vanuit beroepsverenigingen wordt opgezet, zonder concentratie in de kliniek. Daarmee wordt een suggestie gewekt die we niet wensen. Dat heb ik de Minister ook voorgelegd. Ik bedoelde niet dat we met de Levenseindekliniek moeten stoppen en dat het allemaal niet mag wat daar gebeurt. Laten we kijken hoe we de Levenseindekliniek overbodig kunnen maken. Dat lijkt mij de beste uitkomst.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het delen van expertise kan ook op andere plekken. Heeft de SP er problemen mee als dat via de Levenseindekliniek gebeurt?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat probeerde ik net uit te leggen aan mevrouw Keijzer. We vinden het een gevaar als de kennis zich daar concentreert, juist omdat de Levenseindekliniek zich specifiek en alleen maar bezig houdt met het levenseinde. Bij beroepsverenigingen gaat het gesprek over de behandeling en de doodswens. Ik neem psychisch lijden als voorbeeld. De Levenseindekliniek heeft een rol gespeeld bij verzoeken van patiënten. Het zou meer integrale expertise van de sector zelf moeten worden. Als je de expertise belegt bij artsen die alleen met het euthanasieverzoek bezig zijn, dan kan het zijn dat ze allerlei andere elementen niet meer meewegen omdat ze zich al op dat eindstadium richten. Daarom moet je de expertise niet bij de Levenseindekliniek beleggen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. De euthanasiewet kent een zorgvuldig wettelijk kader en de uitvoeringspraktijk voor lichamelijk zieke patiënten verloopt goed. Er zijn ook nieuwe discussies, bijvoorbeeld over euthanasie bij psychiatrie, dementie of voltooid leven en het vraagstuk van de wilsverklaring. Dat zijn niet direct onderwerpen die bedoeld zijn met de Wet toetsing levensbeëindiging, zoals de wet officieel heet. Ik ga vandaag met name in op euthanasie bij psychiatrie.

De discussie rondom dementie en de wilsverklaring wacht op een richtlijn van de KNMG en een advies van de commissie van wijzen. Als die er liggen, dan zal het CDA graag op die onderwerpen ingaan. Bij deze vraagstukken past een hoge mate van voorzichtigheid en behoedzaamheid, dus niet de wat relativerende houding die ik vaak zie en hoor in onze samenleving. Ik omschrijf het als: als u dan zeker weet dat u dood wilt, als u zeker weet dat u ondraaglijk lijdt, dan is dat maar zo en heb ik dat maar te accepteren. Het CDA vindt dat je mensen niet zo snel mag loslaten, zo snel mag opgeven. Dat mag zeker niet bij mensen die lijden aan een psychiatrische ziekte, vooropgesteld dat je wel uitzichtloos en ondraaglijk kunt lijden aan psychiatrische ziektes. De doodswens is vaak onderdeel van het ziektebeeld. Tijdens de hoorzitting verwoordde een psychiater dat heel erg mooi. Hij zei dat een psychiatrisch patiënt vaak geen einde aan zijn leven wil, maar een einde aan de gekmakende onrust in zijn hoofd. De CDA-fractie vindt dan ook dat de procedure voor mensen die vragen om euthanasie omdat ze een psychiatrische ziekte hebben, zorgvuldiger kan. Ik doe daar zo dadelijk een aantal voorstellen voor. Uit onderzoek is ook gebleken dat van de mensen die gevraagd hebben om euthanasie bij psychiatrie een aanzienlijk deel een aantal jaren later blij was dat ze er nog waren. Tijdens de hoorzitting heeft de heer Glas van Christian Medical Fellowship (CMF) Nederland voorgesteld om onderzoek te doen naar de omstandigheden, voorwaarden en persoonskenmerken van deze groep. Wat vindt de Minister daarvan?

Vooropgesteld staat dat je goed moet weten of er alternatieven zijn voor mensen die vragen om euthanasie. Dat schrijft de Wet toetsing levensbeëindiging ook voor. Daarom pleit het CDA voor een ontzettend goede diagnose bij mensen met psychiatrische ziekten en een daarop gerichte behandeling. Tijdens de hoorzitting hoorde ik van verschillende psychiaters, maar ook van cliënten en familie van psychiatrische patiënten, dat het daar nog weleens aan schort. Graag een reactie hierop van de Minister.

Wat moet er dan veranderen? Wat de CDA-fractie betreft moet er altijd een op de desbetreffende psychiatrische stoornis deskundige psychiater betrokken zijn bij verzoeken om euthanasie. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) uit 2009 moet gelden voor alle medici die betrokken zijn bij een verzoek om euthanasie. De toetsingscommissie moet ook psychiaters bevatten. Dat is nu niet zo, terwijl het heel iets anders is om te kijken of iemand uitzichtloos en ondraaglijk lijdt en of er geen alternatieven zijn bij psychiatrie dan bij somatische ziekten. Wie toetst uiteindelijk de toetsingscommissie? Ik heb vandaag een aantal keren het woord «jurisprudentie» horen vallen als het ging over uitspraken van de toetsingscommissie. Je spreekt alleen over jurisprudentie als je het hebt over uitspraken van de hoogste rechtelijke colleges in dit land. Dat is de toetsingscommissie niet. Er moet gekeken worden naar de wijze waarop omgegaan wordt met die adviezen en niet alleen naar zaken die als onzorgvuldig beoordeeld zijn. In het jaarverslag 2013 zijn er een aantal als zorgvuldig beoordeeld, terwijl je je af kunt vragen of dit de weg is.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg, VWS en KNMG bekijken de situaties waarbij euthanasie bij dementie is toegepast. Kan dat ook gedaan worden bij gevallen van psychiatrie en voltooid leven?

In het jaarverslag 2013 van de RTE's gaat het op pagina 11 over de eisen die de Wet toetsing levensbeëindiging niet stelt. Daar staan een aantal zaken waarbij de toetsingscommissie een beetje uit de bocht schiet. Een voorbeeld daarvan is: «Het verzoek van patiënt dient weloverwogen te zijn gedaan, wat niet inhoudt dat dit ook altijd duurzaam hoeft te zijn». Dat is een voorbeeld, maar er staan er meer. Graag een reactie daarop, want het is van het grootste belang, zeker bij andere dan somatische redenen voor euthanasie, om buitengewoon behoedzaam en voorzichtig te zijn, juist omdat je mensen niet zomaar mag opgeven. Dat is wat het CDA hierin drijft.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Excuus voor het ongelukje met mijn iPad zojuist. Ik probeerde op een website te komen met jurisprudentie, omdat ik de CDA-fractie hoorde spreken over het ontwikkelen van jurisprudentie. Ik krijg van alle kanten signalen dat dat wel het geval is. Ik weet niet of mevrouw Keijzer of een van de Ministers daarop kan antwoorden. De uitspraken van de toetsingscommissie gelden als jurisprudentie op basis waarvan artsen handelen op het moment dat zij geconfronteerd worden met een euthanasieverzoek. Kan mevrouw Keijzer daarop reageren?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Als je in Nederland iemand het leven ontnemt, dan ben je strafbaar. In de Wet toetsing levensbeëindiging staat aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om niet veroordeeld te worden. Vervolgens hebben we geregeld dat een toetsingscommissie bekijkt of aan die voorwaarden is voldaan. Dat is nooit een rechterlijk oordeel over de vraag of er is voldaan aan het Wetboek van Strafrecht. De uitspraken van de toetsingscommissies hebben wel een functie, namelijk dat artsen zich daarop kunnen richten. Dat is op zich wel goed, maar zeker bij baanbrekende adviezen is het verstandig om na te denken over de vraag of dit de bedoeling is. Is dit de manier waarop wij dit beoogd hebben? Je hebt het uiteindelijk wel over het nemen van een mensenleven. Ik ben me

er zeer van bewust dat dit buitengewoon ingewikkeld is en daarom poneer ik deze stelling. Je spreekt altijd achteraf en je spreekt altijd over verlies en verdriet van mensen. Deze wet heeft een zorgvuldig wettelijk kader en heeft in Nederland ook zeker een functie. Het is echter van het grootste belang dat wij behoedzaam en zorgvuldig blijven, omdat anders op een gegeven moment – het is een beetje raar om te zeggen – deze wet weleens ten onder kan gaan aan zijn eigen succes. Dat zal de voorstanders zeker niet helpen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik benadruk dat er geen licht zit tussen de opvattingen van het CDA en de ChristenUnie wat betreft het zorgvuldig opbouwen van jurisprudentie. Zorgvuldigheid staat voorop, omdat het gaat over vraagstukken van leven en dood. Bij mij blijft de vraag liggen of de uitspraken van de toetsingscommissie gezien worden als jurisprudentie of dat jurisprudentie alleen op het niveau van het OM ontstaat. Ik hoor dat de CDA-fractie openstaat voor de suggestie dat het OM meekijkt bij ingewikkelde casussen. Dat zou mooi zijn. Volgens mij is er geen meerderheid voor, maar langzamerhand zie ik dat steeds meer partijen zich daarachter scharen. Wie weet in de toekomst

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Excuses voor het feit dat ik later was dan de bedoeling. Dit algemeen overleg zou eigenlijk gaan over euthanasie bij psychiatrische patiënten. We hebben daar een heel goede en waardige hoorzitting over gehad. Ondertussen is dit algemeen overleg gegroeid tot een groot verzamel-algemeen overleg. Omdat ik te laat was, bestaat het gevaar dat ik punten van de collega's herhaal, maar dat merk ik dan wel.

Personen die door een psychiatrische ziekte uitzichtloos en ondraaglijk lijden en hiervoor een weloverwogen en vrijwillig verzoek doen, kunnen euthanasie verleend krijgen. Er is meer bereidheid onder artsen gekomen om euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen aan psychiatrische patiënten. Dat vrijwel alle meldingen als zorgvuldig zijn beoordeeld door de toetsingscommissies, betekent dat alle artsen heel zorgvuldig opereren bij zulke complexe verzoeken. Psychisch lijden is immers vaak moeilijker vast te stellen dan lichamelijk lijden. Aanpassing van de euthanasiewet voor psychiatrische patiënten is op dit moment niet aan de orde. Hoe kijkt de Minister aan tegen het pleidooi om een euthanasieverzoek van psychiatrische patiënten alleen toe te staan als er een behandelrelatie bestaat tussen arts en patiënt? Hoe intensief moet die behandelrelatie zijn?

In de richtlijn van de NVvP wordt gesteld dat er naast een onafhankelijke SCEN-consulent één of meer deskundigen, waaronder een psychiater, dienen te worden geraadpleegd. Wij vinden deze zorgvuldige procedure met extra waarborgen ontzettend belangrijk, omdat we daarmee het draagvlak voor euthanasie bij psychisch lijden kunnen behouden. Graag krijg ik een reactie van de Minister.

De PvdA vindt het belangrijk dat er meer SCEN-artsen beschikbaar komen. Ik heb daarover ook vragen gesteld. De Minister zegt dat dat ook gebeurt. Het gaat ons vooral om SCEN-artsen met een psychiatrische achtergrond. Psychiaters zijn op dit moment sterk ondervertegenwoordigd en de vraag om euthanasie en zelfdoding bij psychiatrisch uitbehandelde patiënten is juist toegenomen. Extra zorgvuldigheid is bij deze patiënten geboden. Ook op dat punt krijg ik graag een reactie van de Minister.

We zijn verheugd dat er snel meer duidelijkheid komt over de mogelijkheden die de euthanasiewet biedt om in een situatie van uitzichtloos en ondragelijk lijden en wilsonbekwaamheid tot euthanasie te kunnen komen. De uitkomsten van de juridische analyse van een schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie laten zien dat communicatie niet noodzakelijk is. Als iemand zijn wilsverklaring eenmaal op papier heeft gezet, dan geldt die ook. De euthanasiewet biedt ruimte om levensbeëindigend

handelen dat niet voldoet aan de medisch professionele norm van de KNMG als zorgvuldig te beoordelen. Ik ben blij dat een enigszins gestandaardiseerde wilsverklaring wordt meegenomen in de nog te ontwikkelen handreiking voor patiënten en de betrokkenheid van de KNMG daarbij.

In een eerder debat hebben we met de ChristenUnie heel nadrukkelijk gezegd dat wij een onafhankelijk onderzoek willen naar het functioneren van de Levenseindekliniek. Dat deden wij misschien om verschillende redenen. De Minister heeft toen gezegd dat er een onderzoek liep waarbij VUmc en AMC betrokken waren. Ik wilde die evaluatie afwachten. Intussen is de evaluatie afgerond. In de evaluatie wordt gezegd dat er een onafhankelijk onderzoek komt. Het is van belang dat wij zicht hebben op de oorzaken van de toename van euthanasie en het functioneren van de Levenseindekliniek. Ik vraag dat niet omdat ik de Levenseindekliniek overbodig vind, juist niet, maar omdat het functioneren van de kliniek serieus mee moet worden genomen met het oog op draagvlak.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Als het goed is staat er in dat rapport of onderzoek van VUmc en AMC niet dat ze pleiten voor een onafhankelijk onderzoek. Nee, ze zeggen iets heel zinnigs, namelijk dat de Levenseindekliniek meegenomen moet worden bij de volgende evaluatie van de wet. Lijkt dat mevrouw Arib een goed idee?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is altijd goed om zaken mee te nemen, maar ik ben bang dat dat heel lang duurt. Omdat de discussie zo actueel is, is het heel belangrijk om niet te wachten tot de volgende evaluatie van de euthanasiewet maar daar eerder onderzoek naar te laten doen. Ik heb hierover een aantal keren schriftelijke vragen gesteld.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): De volgende evaluatie wordt waarschijnlijk op dit moment alweer in gang gezet, want we zijn in 2016 alweer aan de beurt. Het lijkt mij het meest zinvol om de Levenseindekliniek daarin te betrekken. Welke aanleiding ziet mevrouw Arib om nogmaals een onafhankelijk onderzoek naar de Levenseindekliniek te doen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Tellegen heeft de afgelopen tijd de discussie over de Levenseindekliniek gevolgd. Er zijn incidenten geweest waarover ik schriftelijke vragen heb gesteld. Ik wil daar geen enkel oordeel over geven, in de zin dat het zorgvuldig of onzorgvuldig is geweest. Wij zijn een groot voorstander van de Levenseindekliniek. Niet omdat we vinden dat die er moet zijn, maar omdat we weten dat er ook artsen zijn die euthanasie weigeren. Daarom voorziet de Levenseindekliniek op dit moment in een behoefte. Het is belangrijk voor de discussie en voor het maatschappelijk draagvlak van de euthanasiewetgeving dat dat soort dingen wordt onderzocht. Ik hoop dat daarmee wordt uitgesloten dat het beeld blijft hangen dat daar dingen gebeuren die niet mogen, zoals we afgelopen week hebben gezien in verschillende stukken in de krant. Dat zou ik niet goed vinden. Dat is ook niet in het belang van de Levenseindekliniek.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ontstaat dat beeld niet juist door om een extra onderzoek te vragen? Het is veel logischer om te zeggen dat de Levenseindekliniek haar nut bewezen heeft. Als er iets onzorgvuldigs gebeurt, dan moet daarnaar gekeken worden, net zoals dat buiten de Levenseindekliniek gebeurt. Maar door nu bij voorbaat een apart onderzoek in te stellen, bevestigt dat eerder het negatieve beeld dan dat het dat voorkomt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Daar ben ik het niet mee eens, omdat er het afgelopen jaar telkens weer over gediscussieerd is. Je kunt zeggen dat het

om twee gevallen gaat, maar het zijn zeer fundamentele kwesties. Ook al zou het om één geval gaan, dan is het toch van belang dat dat onderzocht wordt. Er is sprake van een toename. Ik wil weten waaraan dat ligt en hoe het precies zit. Ik ben van mening dat de Levenseindekliniek in een behoefte voorziet, maar je moet alle negatieve beelden en kritiek weerleggen door onafhankelijk onderzoek te doen. Dan kun je bevestigen dat de Levenseindekliniek goed handelt en kan men zonder enig probleem het werk doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zo creëer je eigenlijk een strengere behandeling voor de Levenseindekliniek dan voor euthanasiezaken die buiten de Levenseindekliniek worden behandeld. Daar is mijn fractie niet voor.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is mij duidelijk. In het vorige debat hebben wij daarover gediscussieerd. Ik vind een onderzoek vragen niet streng. Het is van belang daar aandacht voor te vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kan me goed voorstellen dat mevrouw Arib dit onderzoek vraagt. Er wordt gezegd dat de Levenseindekliniek zich op dit moment ontwikkelt tot een expertisecentrum. Wij hebben gezegd dat we dat eigenlijk niet gewenst vinden. Op zich moeten we de Levenseindekliniek overbodig maken door goed beleid. Vindt mevrouw Arib ook dat zo lang het onderzoek niet afgerond is, de Levenseindekliniek in ieder geval niet de status van expertisecentrum zou moeten krijgen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): De Levenseindekliniek doet het werk op dit moment echt uit noodzaak. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat de Levenseindekliniek op een gegeven moment overbodig moet zijn. Mensen moeten gewoon door hun behandelend arts geholpen kunnen worden. Mocht een arts daar problemen mee hebben, dan moet hij keurig en tijdig verwijzen naar een andere arts. De Levenseindekliniek doet veel op het terrein van begeleiden en bijspringen. Ik zou het op dit moment laten zoals het is.

Ik heb eerder aandacht gevraagd voor euthanasie bij kinderen. Ik heb daar ook schriftelijke vragen over gesteld. Ik begrijp dat de NVK daarover nadenkt, omdat het in de praktijk blijkt te gaan om een zeer beperkt aantal kinderen. Dat wachten we af. Hoe staat het met het steun- en adviespunt voor kinderartsen?

Met collega Dik-Faber heb ik vragen gesteld over de niet-reanimerenpenning. De antwoorden zijn gisteren binnengekomen. Zo'n penning moet aan allerlei zorgvuldigheidseisen voldoen. Het kan niet zo zijn dat mensen die alleen via een commerciële organisatie kunnen verkrijgen, en daar ook geld voor moeten betalen. Het betalen van geld moet kunnen, maar de uitgifte moet wel publiek gewaarborgd worden. Er moet medisch inzicht zijn in het dossier van degene die een niet-reanimerenpenning aanvraagt. De Minister zegt dat zij daarover zal overleggen. Op welke termijn? De uitgifte van de niet-reanimerenpenning moet aan één voorwaarde voldoen: de uitgifte moet publiekrechtelijk worden beschermd. Het moet niet een «twee halen één betalen»-actie worden, waardoor hulpverleners op straat worden geconfronteerd met allerlei penningen waarmee niets vaststaat. Deze kwestie moet zorgvuldig aangepakt worden.

De vergadering wordt van 14.25 uur tot 14.30 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mijn ervaring in dit debat, dat ik nu al vier jaar als Minister voer, is dat het altijd met veel respect voor elkaars inzichten en standpunten wordt gevoerd. Ik stel dat zeer op prijs, zeker omdat dit een heel gevoelig onderwerp is. Ik vind het wel kwetsend als

wordt gesteld dat we met een ruime toepassing van de euthanasiewet minder waarde toekennen aan de zieke medemens, zoals mevrouw Dik-Faber deed. Net zoals mevrouw Dik-Faber het misschien kwetsend vindt als ik stel dat zij daarmee het lijden van mensen ontkent. Dat is ook een rare stelling. Zo moeten we het debat dus niet voeren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat was niet mijn citaat. Ik citeerde een humanist die onlangs een interview heeft gegeven in Trouw. Ik vond dat ook een schokkend interview. Iemand van buitenaf, uit Canada, vertelde op welke wijze hij aankijkt tegen de euthanasiepraktijk in Nederland. Ik heb het citaat genoemd omdat ik het gevoel had dat dat niet zo kon zijn. Laten wij vandaag luid en duidelijk uitspreken dat het niet waar is. Wij kennen altijd waarde toe aan het menselijk leven. Het was andersom bedoeld.

Minister **Schippers**: Bedankt voor de kleuring. Dat is goed om te horen. Zo zie je dat er ook humanisten zijn met rare stellingen.

Ook al is de kwaliteit van zorg top, ook al doet de omgeving er alles aan om eenzaamheid te bestrijden, ook al krijgen patiënten de beste palliatieve zorg die er is, toch zullen er mensen zijn die zelf willen bepalen hoe te leven en hoe te sterven. Daarbij merk ik dat er verschillende werelden zijn in deze samenleving. De afgelopen week zei iemand dat bepaalde mensen in de samenleving te veel zelfbeschikkingsrecht willen hebben. Voor anderen is het uitgangspunt echter dat je zelfbeschikkingsrecht hebt. Het zal de commissie niet verbazen dat mijn uitgangspunt is dat mensen zelfbeschikkingsrecht hebben. Dat hebben wij ingekaderd met de wet. Er is sprake van zelfbeschikkingsrecht, maar binnen randvoorwaarden. Je kunt geen euthanasie afdwingen, je kunt niet zeggen dat je er recht op hebt en je kunt een arts niet verplichten. Dat hebben we bewust zo vastgelegd. Onze wet zit evenwichtig in elkaar. Het is logisch dat zo'n wet zich in de loop van de tijd ontwikkelt. Het is een heel andere groep die nu oud wordt dan de generatie voor hen. Naar mijn mening wordt euthanasie evenwichtig en zorgvuldig uitgevoerd. Ik val in mijn inleiding met de deur in huis. Er zijn drie aanpassingen aan de orde. Gezien de discussie is het ongelooflijk belangrijk dat de enorm brede steun voor de euthanasiewet behouden blijft.

De eerste aanpassing is dat de richtlijn van de NVvP die van toepassing is op psychiaters die te maken hebben met een patiënt met een euthanasiewens, ook van toepassing is op andere artsen die een psychiatrische patiënt met een euthanasiewens hebben. Met andere woorden: de eerste consulent is een onafhankelijk, ter zake kundig psychiater. Hiervoor is de expliciete kennis van de psychiater op dit terrein vereist. Vervolgens toetst een SCEN-arts het proces.

De tweede aanpassing is dat we ook zo'n eis moeten hebben ten aanzien van dementie, maar dan vervang je het woord «psychiater» door «geriater». Die heet tegenwoordig specialist ouderengeneeskunde. De richtlijn van de NVvP moeten we van toepassing verklaren op iedere arts en ten aanzien van dementie moeten we eenzelfde notie toevoegen.

De derde aanpassing is dat de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie bij complexe zaken kennis en kunde delen. Dat is heel goed. Ten aanzien van psychiatrie en dementie moet kennis verankerd worden in die RTE's. We zien namelijk dat er nieuwe vragen rijzen en nieuwe discussies zijn. Ik weet echter nog niet hoe. Dat ga ik met hen bespreken. Dat moet ik in goed overleg doen. Juist daarover gaan de discussies. Juist daar willen wij die borging hebben. Ik ben ervan overtuigd dat de RTE's dat nu ook doen, door het inroepen van die kennis en kunde, maar ik wil dat zij dat zichtbaar borgen in de standaardbehandeling van complexe zaken. Deze drie dingen wil ik aanpassen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik dank de Minister voor de bereidheid om dit op deze manier te doen. De aanpassingen komen tegemoet aan een aantal vragen die de CDA-fractie gesteld heeft. Wat is het tijdpad? Dat hoeft ze niet nu te zeggen, maar op welke wijze zorgt de Minister dat de NVvP-richtlijn van toepassing wordt en dat de specialist ouderengeneeskunde en de psychiater worden betrokken bij het verzoek om euthanasie?

Minister **Schippers**: Dat verschilt per punt. De eerste aanpassing kan vrij snel, want de richtlijn is door de psychiaters opgesteld. Naar mijn mening is die al van toepassing. Ik ga die richtlijn activeren en dat kan heel snel. De sector moet een zelfde soort richtlijn voor dementiepatiënten maken. Ik moet dat in overleg met de sector doen. Ik koppel aan de Kamer terug hoe dat overleg met de sector is gegaan. De derde aanpassing kan ook snel. Ik zal overleggen met de RTE's, die er zelf ook voor openstaan. Zij vinden draagvlak in de samenleving erg belangrijk. Ook dit koppel ik aan de Kamer terug. Het is lastig, want als je overlegt met een ander weet je niet precies wat de uitkomst is. Ik houd de Kamer van beide trajecten op de hoogte.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is gezegd dat er een nieuwe code of practice komt in het voorjaar van 2015. Is dat een moment waarop we deze toetsingswerkwijzen kunnen formaliseren of gaat dat te snel? Verschillende woordvoerders hebben aangegeven dat het goed is om apothekers erbij te betrekken. We horen dat er zorgen op dat punt zijn.

Minister **Schippers**: De apothekers worden erbij betrokken. Zij hebben zich bij ons gemeld. We hebben hen gezegd dat ze geen aparte positie krijgen binnen de RTE's, omdat dat te ver gaat. De betrokkenheid is echter erg belangrijk, dus die kan ik al toezeggen. Begin volgend jaar is snel, maar ik laat de Kamer met de code of practice weten hoe ver we met die drie trajecten zijn. Het kan best zijn dat we met sommige trajecten verder zijn dan ik nu denk. Ik weet echter zeker dat het traject van het opstellen van de nieuwe richtlijn langer duurt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het is positief dat de Minister met deze aanpassingen wil komen. Betreft dit het vastleggen van wat er in de praktijk al gebeurt of leiden deze aanpassingen tot veranderingen ten opzichte van de huidige handelwijze?

Minister **Schippers**: De richtlijn is er niet ten aanzien van dementie en in de praktijk is er een probleem met de wilsverklaring. Dat heeft tot zo veel vragen geleid, dat we nu met een handreiking komen. Die is nieuw en heeft een andere praktijk tot gevolg. Misschien blijft de praktijk hetzelfde, maar de kennis en kunde worden in ieder geval meer geborgd. De betrokkenheid van de psychiater staat al in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omdat daar onduidelijkheid over bestaat, wil ik expliciet aangeven dat die richtlijn voor iedereen geldt, dus ook voor de huisartsen. Psychiaters/geriaters, afhankelijk van waar de casus over gaat, worden nu ad hoc bij de RTE's betrokken. Dat wil ik veel strakker borgen in dat proces. Ik weet niet of die borging tot andere uitkomsten leidt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het ging mij niet per se over de uitkomst, maar om de vraag of de daadwerkelijke betrokkenheid van psychiatrische deskundigheid in die casussen in de praktijk versterkt wordt.

Minister **Schippers**: Nu wordt bij complexe zaken de kennis en kunde betrokken die op dat moment nodig is. De verandering zit in de vaste betrokkenheid van een psychiater bij complexe zaken die betrekking hebben op psychiatrie. Ik wil niet aan het oordeel van de RTE overlaten of

die kennis en kunde nodig is. Nee, die moet vast betrokken zijn. Met betrekking tot dementie wil ik de betrokkenheid van een geriater.

De **voorzitter**: We schorsen voor de beëdiging.

De vergadering wordt van 14.45 uur tot 15.00 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Mevrouw Tellegen vroeg mij of de niet-reanimerentatoeage van Nel Bolten rechtsgeldig kan zijn. Wij hebben geen vorm vastgelegd waarin je de wens van niet-reanimeren duidelijk kunt maken. Dat kan bijvoorbeeld met een briefje of een penning. Als iets persoonlijk is en als er iets is waaruit ook blijkt dat je het heel erg wilt, dan is het wel een tatoeage. Is die wens duidelijk en wordt deze dan opgevolgd? Je hebt het recht om niet behandeld te willen worden. Dat zeg ik maar even klip-en-klaar. Tegelijkertijd ben ik het ermee eens dat het voor mensen in de praktijk een worsteling is. Niet iedereen is bereid tot het laten zetten van zo'n grote tatoeage. Mensen vragen zich af op welke wijze ze kunnen aangeven dat ze niet gereanimeerd willen worden. De Kamer heeft mij daar verschillende malen op bevraagd. Een niet-reanimeerpenning moet gemakkelijk te verkrijgen zijn bij een neutrale instantie. Je moet alleen de kosten betalen voor het maken van zo'n penning. Ik bekijk op welke wijze we dat kunnen faciliteren. Heel veel duidelijker en persoonlijker dan met een tatoeage kun je het niet aangeven. Het is niet nodig dat mensen het op die manier doen, er zijn vele wegen.

Een huisarts hoeft geen toestemming te geven voor een niet-reanimerenpenning. De patiënt besluit zelf om af te zien van een behandeling en heeft daar ook het recht toe.

Ik bekijk nog of ik een neutrale, niet aan een bepaalde stichting of vereniging gelieerde niet-reanimerenpenning kan uitgeven of kan laten uitgeven. Ik bekijk ook op welke wijze wij faciliterend kunnen optreden. Het is belangrijk dat burgers worden voorgelicht over de betekenis van zo'n penning, papier of welke wijze men dan ook kiest om daaraan uiting te geven en de wijze waarop men die penning kan aanvragen. Het is ook van belang dat we adequate informatie verschaffen over levenskansen en kwaliteit van leven na reanimatie. Ik zal daarover in overleg treden met de organisaties die daarbij betrokken zijn.

Mevrouw Arib vroeg of er inzicht komt in het dossier van de aanvrager van een niet-reanimerenpenning. Nee, dat komt er niet. De aanvrager kan eigenstandig beslissen dat hij niet behandeld wil worden en hoeft dan geen goedkeuring te krijgen van een hulpverlener.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat laatste bedoel ik absoluut niet. Het gaat er mij erom dat het zorgvuldig moet gaan. Het is niet iets dat je zomaar doet. Als hulpverleners willen reanimeren, moeten ze weten dat aan een niet-reanimerenpenning een zorgvuldig proces ten grondslag ligt. Dat was echter niet mijn vraag, maar een reactie op de woorden van de Minister. Ik ben ontzettend blij dat de Minister erkent dat niet zomaar iedereen een niet-reanimerenpenning kan aanbieden en dat die ook aan eisen moet voldoen. Ik wil daar graag de KNMG, artsen en internisten, die daar in de publiciteit heel veel over hebben gezegd, bij betrekken. In dit geval waren het twee artsen die uit ervaring een andere opvatting over de huidige praktijk hebben. Op welke termijn kunnen wij daar uitsluitsel over krijgen?

Minister **Schippers**: Ik treed met de beroepsgroep in overleg over het verder brengen van adequate informatie. Ik bekijk op welke wijze VWS de neutrale uitgifte kan faciliteren. Dat zijn twee trajecten. De voorlichtingstaak bespreek ik in het regulier overleg met die groepen waarvan ik vind dat zij een actieve taak moeten hebben bij het reanimeren en het geven van voorlichting daarover. Ik doe dat de eerstvolgende keer dat wij

hen weer spreken. Ik weet niet precies wanneer dat is, maar we zullen hen in het voorjaar wel gesproken hebben.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik kom terug op het punt van de tatoeage. Die tatoeage is dus rechtsgeldig. Het probleem is echter dat de hulpverlener in de praktijk twijfelt of hij deze wens moet eerbiedigen. Hoe kunnen we met dat probleem omgaan?

Minister **Schippers**: Hoe duidelijk kun je zijn? Ik heb het zelf ook gezien; daar is geen twijfel over mogelijk. Een penning kan je niet bij je hebben, maar dat is in dit geval niet zo. Iemand mag zelf beslissen om af te zien van een behandeling. Het moet overigens niet zo zijn dat als mensen zeker willen weten dat hun wens geëerbiedigd wordt, ze zich dan ook moeten laten tatoeëren. Je kunt het echt op je eigen manier doen en er je eigen invulling aan geven. We hebben er ook geen vorm voor vastgelegd. Daar hecht ik aan, omdat iedereen dat op zijn eigen manier zal willen doen. Een hulpverlener moet dat respecteren.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Daar is discussie over. De hulpverlening voelt zich niet altijd even zeker, omdat er geen uniformiteit is. Gaat de Minister dat onderzoeken?

Minister **Schippers**: Dat heb ik net aangekondigd. Ik heb mevrouw Arib toegezegd dat ik in het voorjaar de betrokkenen in ieder geval daarover gesproken heb. Het moet heel helder zijn dat je volgens de Nederlandse wet mag beslissen dat je niet verder behandeld wilt worden, niet behandeld wilt worden of in dit geval niet gereanimeerd wilt worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan de Minister daar het ambulancepersoneel en de medewerkers van de spoedeisende hulp bij betrekken? Van hen begrijp ik dat als hun hulp wordt ingeroepen, zij volgens hun richtlijnen verplicht zijn om hulp te verlenen, zeker als ze niet kunnen verifiëren of het verzoek om niet te reanimeren vrijwillig genomen is. Zij krijgen van hun werkgevers het signaal dat ze moeten handelen, om te voorkomen dat er achteraf tuchtmaatregelen komen. Kan de Minister dat meenemen? We zoeken allemaal naar de oplossing. We willen allemaal dat deze keuze geëerbiedigd wordt, maar tegelijkertijd willen we professionals niet in problemen brengen.

Minister **Schippers**: Toen ik het had over betrokken organisaties, bedoelde ik zeker ambulancepersoneel, net als de clubs die mevrouw Arib benoemde. Ik wil de vorm openhouden, want iedereen moet er op zijn eigen manier invulling aan kunnen geven. Toch ga ik, in tegenstelling tot wat we tot nu toe hebben gedaan, de niet-reanimerenpenning vanuit de overheid faciliteren, omdat mensen bang zijn dat het met een briefje toch niet goed begrepen wordt. Ik ben het met mevrouw Leijten eens. Ik betrek deze groepen erbij en dat doe ik uiterlijk in het voorjaar. Verschillende commissieleden vroegen naar de stand van zaken van de adviescommissie Voltooid leven. Vordert de commissie in haar werkzaamheden? Op 3 juni heb ik de Kamer geïnformeerd over de opzet, het doel en de samenstelling van de commissie van wijzen. De commissie heeft gekozen voor de titel «adviescommissie Voltooid leven». Sinds de instelling heeft de commissie vier bijeenkomsten gehad. Die bijeenkomsten vinden iedere zes weken plaats. Het is nu nog te vroeg om verder iets te zeggen over de voortgang. Men is druk bezig. De code of practice naar aanleiding van een aanbeveling uit het evaluatierapport wordt momenteel opgesteld en zal per januari 2015 beschikbaar zijn. Daarnaast is er inmiddels een publicatiecommissie ingesteld, die bekijkt op welke wijze de oordelen op de website geplaatst kunnen worden en op welke wijze beter aangesloten kan worden bij de manier

waarop artsen de oordelen lezen. Als de website klaar is, zal hierop de meest recente informatie te vinden zijn. Dit gaat natuurlijk om een codificatie van de huidige praktijk.

Wordt er soepeler getoetst of zijn de verzoeken complexer? Er is een toename van complexe verzoeken. Ook zijn artsen beter in staat te bepalen welke verzoeken gehonoreerd kunnen worden. De RTE's vervullen een rol in het verduidelijken van de grenzen. Ik kan niet de conclusie trekken dat er sprake is van soepelere toetsing. De Levensindekliniek zou niet goed toetsen. Hoe zie ik dat? 99% van de zaken die de Levensindekliniek heeft behandeld, zijn als zorgvuldig beoordeeld. Er zijn twee casussen waarbij sprake was van het oordeel «onzorgvuldig». Als je in acht neemt dat de Levensindekliniek geconfronteerd wordt met complexere problematiek, dan kun je echt niet zeggen dat dit een verontrustend beeld geeft. De Levensindekliniek stelt zich ontzettend lerend en open op en verbetert de procedures steeds verder. Ik heb dan ook vertrouwen in de Levensindekliniek. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat er eigenlijk geen Levensindekliniek hoort te bestaan. Dat vind ik ook. Toch ben ik blij dat de Levensindekliniek in de huidige situatie wel bestaat. Er zijn namelijk mensen die nergens terecht kunnen en uiteindelijk bij de Levensindekliniek wel hun vragen kunnen stellen en hun verzoek kunnen neerleggen.

VUmc en AMC hebben net onderzoek gedaan. De uitkomst is dat wat er gebeurt, goed en zorgvuldig gebeurt. Met het instellen van een nieuw onderzoek naar de Levensindekliniek zou ik het beeld schetsen als ware het een instantie die niet deugt. Dat is niet aan de orde. De Levensindekliniek is heel integer en zorgvuldig aan het werk. In het VUmc-AMC-rapport staat dat wij het functioneren van de Levensindekliniek mee moeten nemen in de evaluatie. Dat doen we. De evaluatie start in 2015. Ter geruststelling van mevrouw Arib kan ik zeggen dat in 2016 de resultaten van de evaluatie beschikbaar zijn. Laten we het functioneren van de Levensindekliniek in dat proces meenemen. Daar ben ik groot voorstander van.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik wil de betrokkenheid van de mensen van de Levensindekliniek zeker niet ter discussie stellen. De Minister gaf al aan dat het een plek is voor mensen die nergens anders terecht kunnen. Mensen gaan op zoek naar artsen die hen willen helpen. Er moet altijd een SCEN-arts geraadpleegd worden. Dat is inherent aan het systeem. Als het niet lukt en ze melden zich bij de Levensindekliniek, dan gaan ze toch over de grens van zorgvuldige toetsing die we hebben ingebouwd in de wet?

Minister **Schippers**: Helaas vinden mensen soms bij hun eigen arts geen gehoor voor hun verzoek. Dat mag in deze samenleving, want een arts is niet verplicht om dingen te doen waar hij niet achter staat. Er zijn mensen die dan niet meer weten waar zij naartoe moeten, dat weet ik ook. Ik ben blij dat de samenleving een oplossing heeft gevonden met de Levensindekliniek. Als je ziet wat men daar afwijst, dan is het echt niet: u vraagt, wij draaien. Er wordt zorgvuldig gehandeld. Mevrouw Dik-Faber stelt mij de vraag of mensen buiten de arts-patiëntbehandelrelatie gaan als ze naar zo'n Levensindekliniek gaan. We hebben in de wet en in de praktijk allerlei zorgvuldigheidseisen afgesproken. De Levensindekliniek gaat, zeker bij complexe problematiek, een langdurig en intensief traject in met de patiënten. Daardoor ontstaat een behandelrelatie. Er is een verschil tussen de duur van een behandeling en de intensiteit van een behandeling. Als je een heel intensieve relatie aangaat, dan kun je op een gegeven moment tot een heel zorgvuldig afgewogen oordeel komen. Dat gebeurt in de Levensindekliniek. De Levensindekliniek probeert in eerste instantie altijd of iemand bij zijn eigen huisarts of een andere arts

waar hij onder behandeling is, terecht kan. Dat gebeurt gelukkig ook in een aanzienlijk deel van de gevallen. Als dat niet kan, is de kliniek er.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Is het dan niet goed om te kijken hoe lang mensen zoeken naar een arts? Ik weet dat er artsen zijn die een euthanasieverzoek niet zullen inwilligen. Dat lossen ze in pools op. Er zijn echter mensen die van arts naar arts gaan en soms zelfs naar de apotheker om hun doodswens ingewilligd te krijgen. Uiteindelijk komen ze bij de Levensindekliniek terecht. Dat is toch niet de bedoeling? Dat zet toch de zorgvuldigheid die in de wet is ingebouwd onder druk? De Minister stipte de behandelrelatie aan. Ik wil niet ontkennen dat er een intieme relatie ontstaat, maar het is geen behandelrelatie. Het is een relatie waarin het verzoek om euthanasie al dan niet ingewilligd wordt. Het is geen behandelrelatie omdat de optie van behandeling niet voorligt, want daar is de Levensindekliniek niet voor.

Minister **Schippers**: De Levensindekliniek kan ook tot de conclusie komen dat men het euthanasieverzoek niet inwilligt. In een samenleving waarin mensen vaak niet doodgaan aan een ziekte maar met allerlei problemen blijven leven, gaan mensen als niemand hen wil helpen op zoek naar een manier waarop ze het zelf kunnen doen. Ik zie dat gebeuren in mijn eigen omgeving. Ze zoeken voor de zekerheid op internet naar methodes. Dat kunnen we niet verbieden. Dat doen mensen. Waar het om gaat is dat als mensen hun verzoek niet ingewilligd krijgen en aankloppen bij de Levensindekliniek, wij een kliniek hebben die integer, zorgvuldig en binnen de kaders van de wet handelt. Zo lang dat gebeurt, maak ik mij geen zorgen. Het gebeurt soms ook dat er langer de tijd genomen wordt voor een behandelrelatie, omdat het zo complex is dat men het niet snel kan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De Minister zegt dat als er een onderzoek komt naar de Levensindekliniek, dan het beeld ontstaat dat er onzorgvuldig wordt gehandeld. Daar verzet ik me tegen. Dat beeld is er nu al en daar heb ik moeite mee. Laten we dat onderzoeken. De Minister zegt dat het een probleem is dat veel artsen weigeren euthanasie te verlenen. Hebben we zicht op hoe het precies zit met verzoeken die bij de Levensindekliniek terechtkomen? Wat ligt aan die verzoeken ten grondslag? Die zullen voor een deel het gevolg zijn van weigerende artsen, maar er kunnen ook andere redenen zijn. Daar richt ik me vooral op.

Minister **Schippers**: Als er geen onderzoek was geweest, gaf ik mevrouw Arib gelijk. Maar VUmc-AMC – dat is geen obscuur klein clubje – heeft dat net goed onderzocht. Mevrouw Arib zegt dat we net een onderzoek binnen hebben, maar dat er desalniettemin discussie blijft en dat we daarom weer onderzoek moeten doen. Je kunt je afvragen of de discussie er is omdat sommige mensen tegen de Levensindekliniek zijn. Zij vinden dat wij die niet moeten hebben in Nederland. Die mensen hebben het volste recht om dat te vinden. We hebben echter net een grondig onderzoek gehad en ik zie geen argumenten om weer onderzoek te doen. Mevrouw Arib vraagt zich af of we precies weten waarom mensen naar de Levensindekliniek gaan. Dat is vanwege hun moverende redenen. Het gaat mij erom dat de Levensindekliniek binnen de kaders van de wet, zorgvuldig en integer handelt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De Minister gaf in het vorige debat als argument dat we de evaluatie van de euthanasiewet moesten afwachten. Daar vertrouwde ik toen op. Een aanbeveling uit de evaluatie van de euthanasiewet was om een onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de praktijk van de Levensindekliniek. De Minister heeft toen gezegd dat ze die aanbeveling niet overneemt. De Levensindekliniek heeft zelf een

evaluatieonderzoek naar het functioneren laten doen door het AMC en VUmc. Daar loop ik tegenaan. Het weigeren van onderzoek vanwege de beeldvorming is geen sterk argument.

Minister **Schippers**: Ik begrijp oprecht niet waar mevrouw Arib naar op zoek is. Er is net een onafhankelijk onderzoek ingesteld. De resultaten zijn nog warm, want die zijn net uit de printer gespuugd. Mevrouw Arib zegt dat ze niet inziet waarom ik een onderzoek weiger. Ik doe dat omdat we net een onderzoek hebben gehad. Moeten wij onze energie niet op andere zaken richten? We geven ZonMw opdracht om zaken verder diepgaand te onderzoeken. Die organisatie komt met een resultaat en dat geven we dan weer aan de commissie van wijzen van Voltooid leven. Het is niet zo dat we dingen niet willen weten. We willen dingen heel graag weten. We hebben net een onderzoek gehad en ik vind het onverstandig om weer onderzoek te doen. Ik weet niet wat je ermee opschiet en ik denk dat dat onterechte beeldvorming voedt.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik aarzel een beetje. De Minister komt met het argument dat er net geëvalueerd is. Mij bekruipt ook af en toe de vraag of het wel goed gaat. Als je in het jaarverslag kijkt naar de zaken die een «zorgvuldig» hebben gekregen, dan zijn er ook onderdelen waarvan je je afvraagt of het niet bestaan van een behandelrelatie van invloed is geweest. De Minister is net helder geweest, maar dit is een onderwerp waar de CDA-fractie de gedachten nog eens over zal laten gaan.

Minister **Schippers**: Een behandelrelatie is geen vereiste in de wet. Toch zegt de Levensindekliniek terecht dat men er bij complexe zaken soms tot wel tien sessies over een langere tijd over doet om daadwerkelijk tot een zorgvuldig oordeel te komen. Onderzoek doe je omdat er dingen zijn die je niet weet of omdat er dingen zijn die je niet vertrouwt. Als je nu onderzoek doet, terwijl er net onderzoek gedaan is door gerenommeerde universiteiten, dan wil je misschien onderzoek omdat je een andere uitkomst wilt. Daarvoor moet je echter zaken veranderen in de praktijk of in de wet.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): De Minister zegt dat je onderzoek doet omdat je iets niet weet of omdat je het niet vertrouwt. Dat laatste is nog niet zo ver, maar ik wil wel preciezer weten of de Levensindekliniek zorgvuldig handelt. De wet schrijft niet voor dat er een behandelrelatie moet zijn, maar de wet schrijft wel voor dat je heel zorgvuldig en precies moet kijken naar wat eraan de hand is. We moeten hier niet in casuïstiek verzanden, dus dat zal ik ook niet doen. Ik heb echter een paar voorbeelden gezien waarbij ik me afvraag of dat de goede kant op gaat, gezien het feit dat er geen behandelrelatie is en gezien het feit dat de Levensindekliniek alleen gecontacteerd worden voor dit soort zaken. Het is niet iets voor nu, want de Minister was helder. Misschien kunnen de PvdA-fractie en de CDA-fractie er nog een keer over doorpraten.

Minister **Schippers**: Alle gevallen worden getoetst door de RTE's. Het functioneren van de Levensindekliniek wordt meegenomen in de evaluatie. Tenzij mevrouw Keijzer een quickscan wil, kan een ander onderzoek niet sneller zijn dan wanneer wij het meenemen in de evaluatie. Een nieuwe evaluatie van de wet wordt nu ingezet en op advies van VUmc-AMC nemen we daarin expliciet de Levensindekliniek mee. In 2016 zijn de gegevens daarvan beschikbaar. Het is niet zo dat we er helemaal niet naar kijken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Worden casussen meegenomen waarbij in eerdere situaties het oordeel «onzorgvuldig» werd gegeven, terwijl dat nu verschoven is naar «zorgvuldig»? Wellicht is er op een andere manier

gekeken of is er iets aan het verschuiven. Dat is iets om naar te kijken, niet om de suspense erop te leggen maar omdat de Levensindekliniek het zelf zegt. Men kijkt op een andere manier en komt daardoor misschien op een andere uitkomst. Vandaar dat ik het gevoel heb dat het goed is om daarnaar te kijken.

Minister **Schippers**: Dat neem ik expliciet mee in de evaluatie. Als een arts weigert euthanasie te verlenen, krijg je dus geen hulp. Hoe zie ik dit? Wij hebben daar verschillende malen over gesproken en gecorrespondeerd. Er is een initiatiefwet voor een verwijsplicht. Ik ben daar zelf geen voorstander van, omdat ik me afvraag welk probleem je ermee oplost. In de huidige situatie hebben artsen die niet in euthanasie willen voorzien vaak een systeem van doorverwijzen. We hebben daarnaast nog de Levensindekliniek. Ik zie geen aanleiding om wettelijke maatregelen te nemen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik kan het niet laten gaan. Juist het feit dat we een Levensindekliniek nodig hebben, is het bewijs dat het nu niet goed gaat met de verwijzing.

Minister **Schippers**: Het kan zijn dat er in een bepaalde schakel verwezen wordt, maar dat het soms te zwaar wordt als een arts in een gebied zit waar veel artsen er niet in willen voorzien. Dat is een argument om het toch anders te regelen, zoals we het nu ook hebben geregeld. Een verwijsplicht is volgens mij niet nodig.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): We gaan dat debat ongetwijfeld nog voeren. Ik ga er daarom nu niet verder op in, maar het is wat mij betreft wel degelijk aan de orde. We moeten apart kijken naar de praktische uitvoeringsproblemen.

Minister **Schippers**: Mevrouw Dijkstra zegt dat het middel thiopental niet vergoed wordt en dus niet bij de verzekering gedeclareerd kan worden. Apothekers zouden nabestaanden niet om betaling vragen en daarom zouden de kosten voor rekening van de apothekers komen. Bij mijn weten doen dit soort problemen zich op dit moment niet voor. Ik hoor graag van mevrouw Dijkstra welke aanwijzingen zij heeft dat dat wel zo is. Dan kunnen we die nader bekijken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik zal die de Minister doen toekomen.

Minister **Schippers**: Hoe wordt omgegaan met de knelpunten ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring? De Kamer weet dat er licht zat tussen de wet en de praktijk. We hebben daarom een zwaar traject ingezet, waarbij eerst de parlementaire geschiedenis van de wilsverklaring in kaart werd gebracht, vervolgens de juridische analyse werd uitgevoerd en nu de praktische toepassing volgt met een handreiking voor de patiënt en een handreiking voor de arts. De twee handreikingen worden momenteel gemaakt en zullen volgend jaar af zijn. Daarmee kunnen we zowel arts als patiënt een steuntje in de rug bieden. In de handreiking staat hoe men om moet gaan met de schriftelijke wilsverklaring. Het actueel houden van de wilsverklaring is daarbij heel belangrijk. Daardoor weet je dat het geen opwelling van de patiënt is, maar een langjarige wens. Het blijft zo dat de meeste knelpunten die zich in de praktijk voordoen, moeten worden opgelost door goede communicatie tussen patiënt, arts en familie. Daarbij moet het taboe om er niet over te spreken worden doorbroken. Elke duidelijkheid en zekerheid die wij door informatie kunnen bieden, zullen we ook geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister heeft gezegd dat in de handreikingen verwezen zal worden naar een neutraal, herkenbaar en laagdrempelig informatiepunt. Neutraal en herkenbaar is heel belangrijk. Wanneer treedt dit in werking en hoe gaat het eruit zien? Dat is belangrijk om te weten.

Minister **Schippers**: De Ministeries van V en J en van VWS en de KNMG maken samen de handreikingen. In het voorjaar zullen we bekijken op welke wijze we dat steunpunt nader invullen. Zo ver zijn we nog niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Maar dat zal wel lopen langs de lijn neutraal, herkenbaar en laagdrempelig? Om te voorkomen dat daar weer discussie over ontstaat, lijkt het me goed om dat te markeren.

Minister **Schippers**: Dat is een mooie omschrijving.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Hoe worden die handreikingen verspreid, zodat ze zo veel mogelijk mensen bereiken?

Minister **Schippers**: Dat past bij het punt van mevrouw Leijten. We zijn nu druk bezig met het opstellen van de handreikingen. Als die af zijn, dan vullen we de aspecten informatievoorziening en de plaats waar ze verkrijgbaar zullen zijn nader in. Eerst moeten de handreikingen af zijn. Daar wordt ondertussen al wel over nagedacht.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Is er al een beeld van het tijdstip waarop die handreiking klaar is? Heeft de Minister een streefdatum?

Minister **Schippers**: Dat is in het voorjaar. Het is een heel intensief traject geweest. Dat is niet om het weg te schuiven in onduidelijkheid. In een aanbeveling van ZonMw staat dat er duidelijkheid moet worden geboden aan personen die lijden aan een niet-medische aandoening. Op dit moment kijkt de adviescommissie Voltooid leven naar de juridische mogelijkheden en maatschappelijke wenselijkheid van hulp bij zelfdoding bij voltooid leven. Ik heb het rapport van ZonMw doorgestuurd naar de adviescommissie. Men zal dit rapport betrekken bij het advies dat volgend jaar zal verschijnen. Dat wordt tegen de zomer. Wij zullen bij ons standpunt ook de knelpunten die ZonMw noemde, meenemen. Wij geven daar een reactie op, maar dat doen wij in één geheel met wat we uit die adviescommissie krijgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister heeft het over lijden als het gevolg van een niet-medische aandoening. Ik vroeg daarnaar. Ik heb het gehad over niet-ernstige medische aandoeningen, de stapeling van kwalen die met elkaar een groot gevolg kunnen hebben. ZonMw signaleert dat ook. Wat gaat de Minister doen om daar meer bekendheid aan te geven? In de wet wordt de mogelijkheid van euthanasie in dat geval geboden.

Minister **Schippers**: Het belangrijke van het debat over euthanasie dat momenteel zeer intensief wordt gevoerd via media als televisie en kranten, is dat er steeds meer bekend wordt over patiëntenverenigingen en verenigingen die zich hiervoor inspannen. Tegelijkertijd zijn er verzoeken en vragen. Bij Buitenhof zei een ethica dat een euthanasieverzoek altijd de oorsprong moet hebben in een medische aandoening en dat dit een knellend punt in de wet is. Daarvoor hebben we de commissie Voltooid leven ingesteld. In de zomer krijgt de Kamer daar meer informatie over. Ik neem dan ook het ZonMw-rapport mee. We kunnen dan verder spreken over de stand van zaken op dat moment. De heer Krol vraagt of ik bereid ben om onderzoek te doen naar de mogelijkheid om waardig te kunnen sterven als je klaar bent met leven. Ik

heb de commissie van wijzen ingesteld, die nu vier keer bijeengekomen is. Tegen de zomer hoop ik meer daarover te kunnen zeggen. Dan neem ik ook het ZonMw-rapport mee.

Ik weet niet welke gegevens bekend zijn over dementie en de wil tot sterven. Wij bezien of deze gegevens beschikbaar zijn. Daarna bekijk ik of aanvullend onderzoek gewenst is. We inventariseren eerst welke kennis er is op dat terrein.

De **voorzitter**: Voordat de leden gaan vragen wanneer u deze inventarisatie hebt afgerond, doe ik dat als voorzitter.

Minister **Schippers**: Ik krijg in mijn oor gefluisterd dat het wel even duurt. We moeten grondig bekijken welke informatie er is. We gaan een poging doen om dit voor de zomer klaar te hebben. Dan gaat de Kamer mij eraan herinneren en vragen of we een beetje opschieten. Ik hoor dat we het doen.

Het is een goed idee om een wilsverklaring actueel te houden. Het is een levend document. Het is niet iets dat je ooit opschrijft en in de kluis doet en er dan tientallen jaren niet naar kijkt. Hoe actueler een document is, hoe invoelbaarder het voor een arts is en hoe gemakkelijker het is om er daadwerkelijk naar te handelen. Dat wil overigens niet zeggen dat er een verplichting bestaat, maar dat weet de Kamer ook. De wilsverklaring heeft geen houdbaarheidsdatum. Dat hebben we expliciet niet vastgelegd. Ik heb daar diep over nagedacht naar aanleiding van vragen van de Kamer, maar die wil ik niet vastleggen. Als een document dan net een week te oud is, zou het ineens niet gelden. Dat moeten we niet hebben.

Ik ben een ontzettend groot tegenstander van toetsing op toetsing. Wij hebben de wet op deze manier gemaakt om de arts zekerheid te geven. Dat mag echter niet te lang duren. Daar is de wet op gebouwd. Als je een toetsingscommissie op een toetsingscommissie zet, dan leg je de bijl aan de wortel van deze wet. Zaken die onzorgvuldig zijn, gaan door naar het OM. Het OM heeft wel degelijk een belangrijke taak in deze wet. Mevrouw Voortman zei dat je daarmee een derde toetsing zou krijgen.

De **voorzitter**: Mevrouw Dik-Faber is niet helemaal tevreden met het antwoord.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De Minister en ik verschillen van mening op dit punt. Het is voor mij heel onbevredigend dat er drie leden in de toetsingscommissie zitten en dat als in een discussie twee mensen zeggen dat het zorgvuldig is en de derde zegt dat het onzorgvuldig is, het eindoordeel luidt dat het zorgvuldig is. Daarna gaat het oordeel de kast in en kijkt er niemand meer naar. Herkent de Minister iets van het ongemak dat ik daarbij heb? Als situaties complexer worden, zijn er steeds meer dossiers waarover discussie ontstaat, maar uiteindelijk belanden die toch in de kast met het oordeel «zorgvuldig». Dat geeft mij een gevoel van ongemak. Heeft de Minister dat niet?

Minister **Schippers**: Het is belangrijk dat de RTE's niet één type mens bevatten met één soort mening. Ik vind mijn eigen mening heel belangrijk, maar als er allemaal kloontjes van mij in een RTE zitten, dan is dat niet goed. Het is heel goed dat je discussies en meningsverschillen hebt in de RTE's, want zo kun je zaken scherper krijgen. Het is aan de RTE's. Het is moeilijk om met anonieme dingen om te gaan. Ik vind het belangrijk dat RTE's, nadat ze drie van deze signalen hebben gehoord, met elkaar een traject opzetten. Ze zijn met 45 man, dat is nog te behappen in een zaal. Ze kunnen bij elkaar gaan zitten en dit uitdiepen. RTE's hebben periodiek debatten met externe deskundigen. Dat is goed. Bij de complexere zaken zijn het niet drie mensen die erover gaan. Die zaken worden ter toetsing aan alle RTE's voorgelegd. Er zijn wel degelijk waarborgen ingebouwd. Dit

is echter een belangrijk signaal. Ik weet zeker dat de landelijke RTE-voorzitter dit oppakt en dat het breder bediscussieerd wordt binnen de RTE's. Overigens stelt mevrouw Dik-Faber dat zo'n oordeel in de kast verdwijnt. Dat is niet waar. Het oordeel komt op de website en is voor iedereen zichtbaar en transparant. Dit geeft openheid voor discussie. De beoordelingen komen ook in het jaarverslag. De beoordeling wordt niet onder het tapijt gemoffeld. Dat moeten we niet hebben.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): De afgelopen jaren zijn er ongeveer 60 gevallen als onzorgvuldig beoordeeld. Die worden doorgestuurd aan het Openbaar Ministerie. Dat is begrijpelijk gezien de impact van euthanasie op het leven van de mensen die het betreft. Toch wordt er vaak niet overgegaan tot vervolging. Dat geeft mij dat gevoel van ongemak. Waar ligt uiteindelijk de toetsing van de toetsingscommissies? Kan de Minister daarover nadenken? Sowieso is er een flink aantal zaken beoordeeld als zorgvuldig, terwijl ik denk dat deze mensen nog vele jaren voor zich hadden. Waren er geen andere oplossingen? Was er eigenlijk geen sprake van eenzaamheid? Zo langzamerhand schuift het op. Ik snap best dat je niet een kerstboom moet optuigen, maar wie toetst uiteindelijk de toetsingscommissies? Die vraag blijft toch boven de markt hangen.

Minister **Schippers**: Als het predicaat «onzorgvuldig» is gegeven, dan gaat die zaak naar het OM. De Minister van Justitie zit hier, dus hij zal daar straks het zijne over zeggen. Het OM bekijkt of het die zaak oppakt of seponereert. De beste en scherpste toetsing is transparantie. Daarom is het zo belangrijk dat je op de website kunt zien wat er gebeurt is en hoe dat in elkaar zit. Daardoor kunnen mensen meedenken en mee-oordelen en kan het publieke debat worden aangegaan. Dat is heel belangrijk. Het is ook belangrijk dat wij draagvlak hebben als er mogelijk vragen ontstaan. Daarom kom ik tegemoet aan degenen die vragen om een psychiater of een geriater een vaste plek te geven. Die kennis en kunde wil ik goed verankeren. Daar ga ik niet aan voorbij. Ik kom tegemoet aan de wens van een zorgvuldige procedure bij psychiatrische patiënten, bij wie de doodswens onderdeel kan zijn van het ziektebeeld, en bij dementie, waarbij iemand zich mogelijk niet meer kan uiten. Met een extra zorgvuldige richtlijn waarin staat dat er niet alleen een SCEN-arts geraadpleegd moet worden, maar ook een onafhankelijke psychiater of geriater, wil ik daaraan tegemoetkomen. Ik vind het draagvlak voor en het vertrouwen in het systeem namelijk belangrijk. Dat is echter iets anders dan toetsing op toetsing. Dan neem je de zekerheid van artsen weg, terwijl die er juist voor zorgt dat artsen zo goed melden en geen euthanasie meer verlenen in achterkamertjes waar het het daglicht niet kan verdragen. Ik hecht erg aan de meldingsbereidheid.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Het is waar dat je de oordelen kunt terugvinden op internet, maar dan is de mens in kwestie al niet meer bij ons. Dat maakt het zo lastig. Ik hoor en begrijp wat de Minister zegt. Gaat ze straks nog in op mijn verzoek om niet alleen de gevallen van dementie te bespreken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de KNMG, maar ook de situaties met betrekking tot psychiatrie en voltooid leven?

De **voorzitter**: Daar komt de Minister op terug.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat komt dan wel, en als het niet komt, dan meld ik mij weer.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zoals ik al heb gezegd, steun ik de Minister. Ik wil geen toetsingscommissie op de toetsingscommissie. Het gevolg daarvan is namelijk dat het OM verder af komt te staan van een oordeel. Toetsingscommissies kunnen toch advies aan het OM en het tuchtcollege vragen?

Ze kunnen elkaar om advies vragen, maar dat kunnen ze ook doen op het moment dat ze zich afvragen hoe het zit. Dat is toch nooit alleen maar achteraf?

Minister **Schippers**: Daar komt de Minister van Veiligheid en Justitie zo op terug.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb mijn vinger opgestoken, omdat ik hier ook aandacht aan heb besteed. Ik herken dat het een herhaling van zetten wordt, eigenlijk vanaf de wetsgeschiedenis toen dit punt al aan de orde kwam. Is de focus niet te beperkt tot rechtszekerheid voor de artsen? Ik snap dat je zo snel mogelijk duidelijkheid wilt hebben, maar als je ziet dat RTE's een verreikende bevoegdheid hebben om uitleg te geven aan bepaalde wettelijke bepalingen die veel verder gaan dan een individuele casus, maar ook zeggingskracht hebben in allerlei andere vergelijkbare situaties, is het dan niet een te lichte procedure om met één oordeel, zonder beroep of bezwaar, te volstaan?

Minister **Schippers**: Als blijkt dat het proces onzorgvuldig was, laat het Openbaar Ministerie zijn licht erover schijnen. Daar waar het zorgvuldig is, is er transparantie omdat het oordeel op het net komt. Iedereen kan dus meekijken met wat er gebeurd is en hoe het ingevuld is. Iedereen kan een standpunt innemen als het anders gaat. Het is meer dan rechtszekerheid voor de arts, het heeft ook te maken met openheid en meldingsbereidheid. Het is niet zo dat als je het allemaal niet regelt, euthanasie niet plaatsvindt. Het is belangrijk dat wij zien, bespreken en bediscussiëren wat er gebeurt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik begrijp wat de Minister zegt, maar het geven van het oordeel «zorgvuldig» kan een verstrekkende uitspraak zijn. Stel je voor dat dat betekent dat een behandelrelatie veel minder belangrijk is dan in het verleden werd aangenomen. Dat kan allemaal als toetsingscommissies of een aantal mensen binnen toetsingscommissies dat in meerderheid vinden. Daarmee is het een feit voor de toekomst en daar kan niemand meer iets aan veranderen, de politiek niet en een gerechtelijk oordeel ook niet. Is het dan niet een heel lichte procedure voor verreikende stappen?

Minister **Schippers**: Ik zie dat toch anders. De open normen worden nader ingevuld. Dat gebeurt zichtbaar en dat kunnen wij allemaal meelesen. In voorbereiding naar dit debat heb ik casussen nagelezen en nagekeken op tv. Er is publiek debat over uitkomsten van bepaalde casussen. Op basis daarvan kan de wetgever altijd zeggen dat hij dat anders ziet. Wij kunnen hier tot andere conclusies komen. Wij hebben gekozen voor een heel open, transparante en toetsbare procedure. Ik kom op de niet-medische component in de euthanasiewet of de Wtl. Er is een balans gevonden tussen verschillende componenten op grond van arresten van de Hoge Raad. Ook een stapeling van ouderdomsklachten kan grond zijn voor ondraaglijk lijden en heeft een medische component. Ten aanzien van voltooid leven, waarin geen medische component zit, hebben wij de adviescommissie die een advies zal uitbrengen. Wat gebeurt er met het criterium «uitzonderlijke behoedzaamheid» uit het Chabot-arrest over euthanasie en psychiatrie? De Hoge Raad heeft in de zaak-Chabot in 1994 geoordeeld dat het beoordelen van verzoeken om hulp bij zelfdoding van iemand met psychisch lijden met uitzonderlijk grote behoedzaamheid dient te geschieden. Dat is noodzakelijk omdat de ernst en de uitzichtloosheid van het lijden moeilijk objectief zijn vast te stellen. In de richtlijn van de NVvP is daarom opgenomen dat een onafhankelijk psychiater geconsulteerd moet worden voordat de SCEN-consultatie plaatsheeft.

Wij doen geen onderzoek naar suicide in Nederland, omdat wij dit continu monitoren. We hebben ook jaarlijks in de Kamer een debat over suicide, de landelijke monitor suicide.

In Nieuwsuur hebben drie leden van een RTE hun zorgen geuit. Wat zegt dat over de cultuur binnen de RTE's? De RTE's zijn zorgvuldig opgebouwd en bevatten personen met verschillende achtergronden. Het is heel waardevol dat er binnen de RTE's ruimte is om een afwijkende mening te laten horen. Dat moet je niet anoniem doen. Je moet binnen je RTE voor je mening staan en verder discussiëren. Ik zal de RTE's oproepen om te garanderen dat er ruimte blijft bestaan voor afwijkende opinies en discussie onder leden. Ik weet dat ze dat al doen, maar als de Kamer dat wil, wil ik hen wel daartoe oproepen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik kom terug op het punt van suicide in de ggz. Dat baart ons allemaal zorgen. Ik hoorde bij het rondetafelgesprek dat niet de suicidemonitor, maar de onderzoeken naar suicidepreventie dateren uit de jaren negentig. Ik weet de naam van die onderzoeken niet, maar er was op dat moment breed consensus over het feit dat er nog veel werk te doen was bij het volgen van mensen die een doodswens hebben en van wie we hopen dat ze niet tot die uiterste, bitterste stap hoeven te komen. Er is nog heel wat werk te verrichten bij het in beeld brengen daarvan. Ik wil met alle plezier opzoeken hoe dat precies naar voren is gekomen bij de rondetafelgesprekken. Als we daarmee mensen kunnen helpen, dan doe ik dat graag.

Minister **Schippers**: Ik stel het op prijs als mevrouw Dik-Faber dat opzoekt en preciseert, zodat wij ernaar kunnen kijken. Dan kunnen wij bekijken of wij die mening delen. Wij hebben op verzoek van de ChristenUnie nog niet zo lang geleden in samenwerking met het VUmc een plan van aanpak gemaakt met betrekking tot suicide. We doen dat in mijn ogen heel zorgvuldig. Ik krijg graag informatie over mogelijke hiaten, zodat we die kunnen beoordelen.

Ik ga verder met de apothekers. Het is ontzettend goed dat de KNMP zich zo actief opstelt en daadwerkelijk met suggesties komt om de praktijk met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding te verbeteren. Apothekers spelen natuurlijk een cruciale rol bij euthanasie. Zij leveren de middelen aan en adviseren de artsen over de dosis, de preparatie en de bewaking van de middelen. Zij hebben een belangrijke taak. Zoals ik in mijn brief ook heb geschreven, is het niet de bedoeling dat de apotheker de beoordeling van de arts overdoet. Dat wil de KNMP ook niet. De apotheker heeft echter een eigenstandige verantwoordelijkheid voor het ter hand stellen van de middelen. De apotheker moet voldoende ruimte en tijd hebben om tot een goede afweging te komen over de farmaceutische aspecten van een euthanasie, zoals de juiste middelen en de juiste methode. Tijdig contact tussen arts en apotheker is dus van belang. Naar aanleiding van de brief die wij van de apothekers hebben gekregen, hebben wij hen daar actief bij betrokken. Wij hebben hen in gesprek gebracht met de RTE's en de KNMG om zo recht te doen aan hun positie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Hoe kunnen we vastleggen dat dit daadwerkelijk gebeurt? Ik heb vanmorgen nog een apotheker gesproken, die mij vertelde dat hij om 12.00 uur het verzoek krijgt om om 16.00 uur middelen te leveren bij de huisarts. Hij voelt zich niet erkend in zijn rol als apotheker. Hij heeft een eigenstandige verantwoordelijkheid, maar heeft het gevoel dat hij doosjes aan het schuiven is. Dat willen we niet. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de apotheker voldoende tijd en ruimte krijgt in het euthanasieproces?

Minister **Schippers**: Sinds de KNMP ons een brief heeft gestuurd, worden de apothekers hier actief bij betrokken. Uiteindelijk moet het echter in de

praktijk gebeuren. Ik raad de apotheker dan ook aan om de huisarts op te bellen en te zeggen dat het de volgende keer anders moet. Wij praten met koepels en maken afspraken op landelijk niveau. Dat doen wij ook met de apothekers, zeker nadat zij dit signaal hebben afgegeven. Uiteindelijk gebeurt het echter op de werkvloer. Daar moet men elkaar aanspreken op dingen die niet kunnen of beter moeten. Dat is de kortste weg.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik hang aan de andere kant. Ik heb hierover schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van een heel indringende documentaire, waarbij de apotheker dezelfde positie opeiste als de arts. Ik vind het belangrijk dat de apotheker erbij betrokken blijft, maar het is niet de bedoeling dat iedereen bij euthanasie dezelfde positie heeft. Daar moet anders mee worden omgegaan. Betrokkenheid blijft belangrijk, maar uiteindelijk gaat de arts aan het bed over de euthanasie en niet de apotheker. Ook daar spelen weigerapothekers een rol. Het is van een andere orde dan de rol van een psychiater of geriater.

Minister **Schippers**: Ik ben het volledig eens met mevrouw Arib. De apotheker heeft echt een andere positie. Je kunt ook een apotheker hebben die de middelen niet wil leveren en dan moet je naar een andere apotheker. Dat moet je wel tijdig en zorgvuldig doen, zodat de apotheker zijn eigen afwegingen kan maken. Hij heeft echt een andere rol en de KNMP vindt dat ook. Die ambieert helemaal geen andere rol. Kunnen we de palliatieve zorg bij psychiatrie bevorderen? Palliatieve zorg in psychiatrie is belangrijk maar ook heel complex. De geestelijke gezondheidszorg moet daarom de kennis over palliatieve zorg borgen. Omgekeerd dienen in de palliatieve zorg de noodzakelijke psychiatrische deskundigheid en ervaring te worden uitgebreid. Het is daarom noodzakelijk om kennis en ervaring uit beide sectoren te delen. Om dat te bereiken houdt de werkgroep Palliatieve zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg zich al een aantal jaren bezig met het uitwisselen en verzamelen van verklaringen in de praktijk. Er zijn symposia georganiseerd en er is bijgedragen aan praktijkontwikkeling in diverse instellingen. Daarnaast heeft een werkgroep bestaande uit deelnemers van verschillende organisaties kennis en inzicht uit de psychiatrie en palliatieve zorg samengebracht in de gids Palliatieve zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis. In het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) zal aandacht worden gegeven aan de uitbouw van kennis en de implementatie van goede voorbeelden voor palliatieve zorg voor verschillende doelgroepen, waaronder psychiatrische patiënten.

Ik ben het ermee eens dat het van belang is dat we serieus kijken naar euthanasie voor kinderen van een tot twaalf jaar. Ik heb de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde gevraagd om een standpunt over euthanasie bij kinderen in te nemen. De komende maanden komt de NVK hiermee. Men beziet op welke wijze het gebruik van de recent opgestelde richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen beter kan worden geborgd. Daarnaast zet de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde een onderzoek op om in kaart te brengen op welke wijze de levenseindezorg bij minderjarigen plaatsvindt, welke knelpunten worden ondervonden en welke handelingsopties daarbij mogelijk als aanvulling meerwaarde bieden. VWS ondersteunt dit inventariserende onderzoek met een financiële bijdrage. Ik wacht de resultaten van dit onderzoek en het standpunt van de NVK af.

De heer Van der Staaij vraagt mij of ik het bredere debat wil bevorderen, niet sec over euthanasie maar over eindigheid. Dat debat is cruciaal. Er zijn wetten waarover niet gesproken wordt en die zich niet ontwikkelen, maar dit is een wet die zich wel ontwikkelt. De euthanasiewet gaat over belangrijke zaken. Het is dus van belang dat iedereen in de maatschappij daar zelf over discussieert en zich daarover een mening vormt. Dat gesprek wordt op diverse manieren gestimuleerd. Er is een brochure

Tijdig spreken over het levenseinde voor artsen en patiënten, waarmee dat gesprek bevorderd wordt. Er is ook een coalitie Van Betekenis tot het einde, die dit tracht te bevorderen, onder meer via een gesprek met de Kamer twee weken geleden. In het Nationaal Programma Palliatieve Zorg wordt hier nadrukkelijk aandacht aan besteed. Wij gaan het gesprek met deze coalitie aan en bekijken welke signalen er zijn voor verbeteringen en de wijze waarop we deze kunnen oppakken.

Ben ik bereid om artsen psychiatrisch te scholen om ze te leren praten over de doodswens? De afgelopen periode zijn er verschillende documenten verschenen, zoals de handreiking van onder meer de KNMG Tijdig spreken over het levenseinde. Ook de handreiking van de werkgroep Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie zal artsen ondersteunen. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) heeft aangegeven hier extra aandacht aan te schenken in de bij- en nascholing. Er gebeurt momenteel veel op dit terrein.

Kan ik extra aandacht toezeggen voor nazorg en transparantie? Dat is een belangrijk onderwerp. In de evaluatie zal ik meenemen wat er in de praktijk gebeurt. De SCEN heeft steun voor artsen na afloop. Iedereen kan daarop een beroep doen. Het is een heel interessant onderwerp. We zullen actief in de evaluatie meenemen wat er daadwerkelijk op dit terrein gebeurt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Uit berichten kwam naar voren dat er sprake kan zijn van handelingsverlegenheid. We hebben daar in het kader van suïcidepreventie ook over gesproken. Dit kan tot gevolg hebben dat bij psychiatrische patiënten de deur open wordt gezet naar het zelf doen, naar zelfmoord. Het is goed om aan te geven dat we dat niet willen. Er werd al gevraagd naar een nieuwe richtlijn suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg. Ik meen dat mevrouw Tellegen dat deed. Misschien heb ik dat verkeerd begrepen. Natuurlijk hebben we de richtlijn en de brochures, maar we hebben het hier over een ontzettend moeilijke groep patiënten, alleen al om te behandelen, laat staan om te beoordelen of uitzichtloos lijden kan leiden tot zorgvuldige euthanasie. Het is goed om dit erbij te betrekken, want hoe goed richtlijnen ook zijn en hoe zorgvuldig wij er ook over nadenken, de praktijk kan zo weerbarstig zijn. Dit hoor ik ook terug. Ik wil dat dit punt wordt meegenomen in de evaluatie of in gesprekken. Het is belangrijk.

Minister **Schippers**: Ik ben het mevrouw Leijten eens dat dit een belangrijk punt is. Er komen twee handreikingen, één van artsen zelf en één naar aanleiding van een nog moeilijker onderwerp, de schriftelijke wilsverklaring. Daarnaast moet een arts zich zeker voelen op het terrein van euthanasie. De NFU gaat daar extra aandacht aan besteden in de bij- en nascholing. Dat is belangrijk, omdat je artsen dan daadwerkelijk traint en schoolt daarin. Ik weet niet wat we aanvullend daarop nog moeten doen. We moeten eerst kijken of deze dingen helpen. Als ze niet helpen, dan moeten we kijken wat aanvullend nodig is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben het daarmee eens. We moeten er echter wel oog voor blijven houden, omdat het in de praktijk zo ontzettend ingewikkeld is. Dat doet de Minister. Laten we tijdens de evaluatie en op andere momenten goed naar dit onderwerp blijven kijken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ga nu naar een ander debat. Het is geen desinteresse dat ik het debat verlaat.

De **voorzitter**: Ik heb het gecontroleerd en uw vragen zijn allemaal beantwoord.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik ga ook naar het andere debat. Er staat nog één vraag van mij open over pagina 11 en de uitspraken die de toetsingscommissie tot mijn verbazing heeft gedaan.

De **voorzitter**: De heer Krol verlaat ook dit debat.

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten vraagt wat ik ervan vind dat alleenstaanden moeizamer een verzoek tot euthanasie doorlopen. Ik ben het met haar eens dat dit voor iedereen gelijk moet zijn. Tegelijkertijd is de realiteit dat het voor een dergelijk emotioneel proces uitmaakt of je gesteund wordt door naasten. We weten allemaal dat als je naar de dokter gaat voor een emotioneel gesprek, degene die je meeneemt vaak meer hoort. Als je steun hebt uit je omgeving, dan heb je daar steun aan. Dat kunnen ook vrienden zijn of naasten op een andere manier. Het proces zou verder gelijk moeten zijn. Als hulpverleners weten dat iemand het helemaal alleen moet doen en dat dat een extra belasting is, dan kunnen ze er aandacht aan besteden.

Mevrouw Keijzer vroeg of ik dementie en voltooid leven wil bespreken met de inspectie en de KNMG. Dat vroeg ze mij in een interruptie nog een keer. Dat wil ik best doen, maar ik vraag me af wat zij daar precies mee beoogt. Het is lastig dat ik haar dat nu niet kan vragen. Daar worden geen individuele casussen besproken, want dat is aan de toetsingscommissies. Ik zal haar buiten de vergadering aanschieten om haar te vragen wat zij met haar vraag beoogt.

Mevrouw Keijzer vroeg naar pagina 11 van het jaarverslag van de RTE's. De RTE's beogen duidelijkheid te geven op punten waarop artsen, burgers en consulenten denken dat er wettelijke eisen zijn, terwijl dit niet het geval is. Zo moet pagina 11 gelezen worden. Ik waardeer het dat RTE's deze duidelijkheid scheppen. Termen als «duurzaamheid» en «behandelrelatie» staan niet in de wet, maar spelen wel een belangrijke rol. De code of practice biedt duidelijkheid over de wijze waarop de RTE's de wettelijke eisen toepassen in hun toetsing. Dat zal mevrouw Keijzer geruststellen. De procedure bij psychiatrie kan zorgvuldiger. Wat vindt de Minister van een onderzoek hiernaar? Ik wil de richtlijn van de NVvP ook toepassen op artsen die geen psychiater zijn. Daarnaast wordt de richtlijn van de NVvP de komende tijd herzien.

Mevrouw Keijzer zegt dat het schort aan begeleiding van psychiatrische patiënten met een doodswens en vraagt naar mijn reactie. Een doodswens, wie die ook uit en wat de patiënt ook voor aandoening heeft, moet serieus genomen worden. De richtlijn van de NVvP geeft handvatten aan psychiaters om dit gesprek goed te voeren. Dat betreft het onderzoeken van de onderliggende hulpvraag, of er daadwerkelijk een persistente doodswens aanwezig is. Het is heel belangrijk dat de patiënt hierin zorgvuldig wordt begeleid.

Mevrouw Arib vraagt hoe ik aankijk tegen het pleidooi dat er een behandelrelatie moet zijn om een verzoek van een psychiatrisch patiënt goed te kunnen beoordelen. In zijn algemeenheid is er geen grens te trekken tussen wat wel en wat niet voldoende is om een verzoek om hulp bij zelfdoding goed te kunnen beoordelen. Dat is afhankelijk van de situatie en de patiënt. Van belang is dat de arts ernaar streeft een zo volledig mogelijk beeld te hebben van de patiënt en het verzoek. Er moet voldoende relatie zijn om te kunnen oordelen over de zorgvuldigheidseisen uit de wet. Ik heb eerder aangegeven dat dat meer afhangt van de intensiteit en de zorgvuldigheid, dan van de duur van de behandeling. Het komt voor dat via SCEN of de KNMG gezocht wordt naar een SCEN-arts/psychiater om bij een patiënt met psychiatrische problematiek het eerste consult uit te voeren. Dat lukt vaak. In sommige gevallen is een SCEN-arts/psychiater alleen beschikbaar voor de tweede SCEN-consultatie. Voor de tweede consultatie zijn in ieder geval voldoende SCEN-artsen beschikbaar.

Mevrouw Arib vraagt op welke termijn ik tot actie overga met betrekking tot de niet-reanimerenpenning. Ik moet daarover veel partijen spreken. Wij hebben dat overleg begin 2015. Daarna kom ik zo snel mogelijk met duidelijkheid naar de Kamer.

Als ik de resultaten van het onderzoek en het standpunt van NVK ten aanzien van euthanasie bij kinderen heb ontvangen, zal ik bekijken welke ondersteuning de NVK wenselijk acht voor levenseindezorg bij kinderen.

De **voorzitter**: Ik heb alle vragen afgevinkt, behalve de vraag over de uitbreiding van de taken van de Levenseindekliniek.

Minister **Schippers**: De Levenseindekliniek is een particulier initiatief. Als men meer expertise wil opbouwen, is dat een goede zaak. De Levenseindekliniek is daarmee niet het expertisecentrum van Nederland. Er wordt op verschillende plaatsen expertise opgebouwd. Ik vind het prima als de Levenseindekliniek expertise opbouwt en wil delen, bijvoorbeeld door het koppelen van een arts of verpleegkundige van de Levenseindekliniek aan een arts die daar behoefte aan heeft, of het meelopen van artsen bij de Levenseindekliniek. De Levenseindekliniek zet ook in op informatievoorziening vanuit de kliniek en draagt bij aan modules voor bij- en nascholing. Dat is prima, maar er wordt op verschillende plaatsen expertise opgebouwd. Dat is alleen maar goed.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb er niet echt een vraag over gesteld, maar ik heb er wel een vraag over gehad. Mevrouw Tellegen heeft er nadrukkelijker naar gevraagd. Nu wordt er een nieuwe evaluatie uitgevoerd, waarin de positie van de Levenseindekliniek nadrukkelijk wordt meegenomen naar aanleiding van het eerdere onderzoek. Ik vraag de Minister om voorzichtig te zijn met het institutionaliseren van de Levenseindekliniek als enige expertisecentrum. Natuurlijk heeft de Levenseindekliniek expertise en is het goed als die wordt gedeeld. Voor iedereen in het medische veld is het delen van expertise onderdeel van het werk. Ik vind het ongewenst als de expertise te veel op één plek zou terechtkomen, nog voordat we die evaluatie hebben gehad. Ik hoop dat de Minister dat ook zo ziet. De Levenseindekliniek wil zelf een expertisecentrum worden. Dat is op dit moment niet de juiste stap om te zetten.

Minister **Schippers**: Ik wijs niemand aan als kenniscentrum. Expertise wordt opgebouwd bij de SCEN-artsen. Expertise wordt opgebouwd bij de beroepsgroepen. We hebben net een heel intensief traject gehad met de KNMG en daar is ook allerlei expertise. Er is ook expertise bij de Levenseindekliniek en die wil men delen met anderen. Dat is positief. Ik wijs geen instantie aan als enige en almachtige kenniscentrum in Nederland. Ik vind het wel goed als de partijen die zich bezighouden met euthanasie en waar expertise ontstaat, die expertise delen met anderen en anderen laten meekijken met de wijze waarop men het doet.

Minister **Opstelten**: Voorzitter. Ik heb nog een kort antwoord voor mevrouw Dik-Faber over de positie van het OM. Dat ligt in het verlengde van wat Minister Schippers al heel goed heeft gezegd. Het OM is het sluitstuk in de toetsing van de Wet toetsing levensbeëindiging. De sleutelwoorden zijn «transparantie» en «zorgvuldigheid». De cijfers zijn aangehaald. In 2013 waren er vijf situaties waarover de RTE's het judicium «onzorgvuldig» hebben geformuleerd. Die zaken zijn naar het OM gegaan. De Kamer kent de procedure in de aanwijzing. Vervolging, niet-vervolging, voorwaardelijke straf of sepot kan pas na mijn instemming plaatsvinden. Ik beoordeel de situaties ook. Dat geeft het signaal van zorgvuldigheid. Zoals mijn collega al zei, moeten we niet toetsing op toetsing op toetsing hebben. De wet heeft het sluitstuk niet voor niets bij het OM gelegd.

Er vinden gesprekken plaats tussen het OM en de RTE's over algemene zaken. Het kan niet zo zijn, en dat is ook nog nooit gebeurd, dat een RTE het OM verzoekt om overleg te hebben over een individuele casus. Daarmee zou het OM zijn positie als sluitstuk kwijtraken. Het OM kan niet adviseren om een casus een bepaald judicium te geven, want als het judicium «onzorgvuldig» luidt, komt de zaak vervolgens weer bij het OM. Dat is niet de bedoeling van de wet.

Mijn collega heeft heel precies aangegeven op welke wijze je de samenstelling van de RTE's op maat kunt laten aansluiten bij de situatie. Het sluitstuk ligt bij het OM en uiteindelijk bij de rechter. Jurisprudentie kan uiteindelijk ook bij de Hoge Raad plaatsvinden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik hield geen pleidooi voor een soort opper-toetsingscommissie. Daar hebben we inderdaad het OM voor. Wat mij betreft zou het OM veel vaker moeten meekijken met de toetsingscommissies. We hebben hierover eerder gedebatteerd en er is een soort tussenweg gevonden. Het OM kijkt niet mee, maar er vinden wel gesprekken plaats met betrokkenen van het ministerie, de KNMG en mensen van de toetsingscommissies, zonder in details te treden. Daar is de setting ook niet naar. Is dat bevredigend? Biedt dat het stukje extra zorgvuldigheid waar we naar zoeken?

Minister **Opstelten**: Wat mevrouw Dik-Faber zegt, gebeurt in algemene zin. Net zoals er met de inspectie goed overleg plaatsvindt, vindt er goed overleg plaats met de RTE's, de KNMG en andere instanties. De kern is dat het college, de hoogste instantie van het OM, uiteindelijk na instemming met mij de beslissing neemt. Dat geeft aan wat men er intern van vindt. Niet een hoofdofficier of een officier van justitie, maar het college neemt in gezamenlijkheid de beslissing. We moeten die positie in het belang van levensbeëindiging en euthanasie zuiver houden. Het is een grote verworvenheid en ik wil daar als Minister van Veiligheid en Justitie op die wijze mee omgaan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben blij dat er overleg plaatsvindt op het ministerie. Ieder heeft vanuit zijn expertise een inbreng. Daarnaast hebben we het OM. Voor zover ik heb begrepen, is het niet alleen een overleg in algemene zin, maar komt er ook casuïstiek aan de orde om de toetsingspraktijk zorgvuldiger te maken. Voldoet dit aan het extra stukje zorgvuldigheid dat wij willen in deze bijzondere situatie?

Minister **Opstelten**: In een overleg kan altijd casuïstiek aan de orde komen, maar nooit van een situatie die nog speelt. Het moet niet zo zijn dat een RTE een casus inbrengt en het OM die van een advies en een oordeel voorziet. Het OM moet en zal zijn eigen positie vasthouden.

De **voorzitter**: Ik sta in de tweede termijn een spreektijd toe van één minuut om een korte, aanvullende vraag te stellen indien de wens daartoe is. Voelt u zich vrij om het niet te doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik dank beide Ministers voor de antwoorden. Ik ben verheugd met de toezegging van de Minister om psychiaters en gerieters op een structurele manier te betrekken bij gevallen waarbij euthanasie bij psychiatrische patiënten of dementierenden is toegepast.

Hoe zit het met de betrokkenheid van familie? Het is een andere situatie dan wanneer er lichamelijk iets aan de orde is.

Het is belangrijk dat de NVvP de richtlijnen ontwikkelt. Dat is een goede zaak. Dat geldt ook voor de niet-reanimerenpenning.

Er blijft iets in de lucht hangen met betrekking tot onderzoek naar de Levenseindekliniek. De Minister zegt dat er in 2015 een evaluatie komt van

de euthanasiewet. In 2016 is de evaluatie klaar. Als de evaluatie in januari 2015 start en in december 2016 eindigt, dan duurt dat onderzoek twee jaar. Ik wil daar graag meer over weten. Is de Minister bereid om mijn inbreng op dat punt serieus bij de evaluatie te betrekken? Als de Minister zegt dat ze geen aanleiding ziet maar het toch meeneemt, dan weet ik al dat er in de evaluatie ook niet serieus naar wordt gekeken.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Ik dank beide Ministers voor de heldere antwoorden. Het is goed dat de Minister heeft aangekondigd dat er op drie terreinen een aanpassing volgt. Ik ben een groot voorstander van het beter verankeren van kennis en kunde. Wordt dat ook verplicht? Ik ben heel blij dat de Minister met alle betrokken partijen in gesprek gaat over de niet-reanimerenpenning. De VVD vindt het belangrijk dat dat beter geregeld wordt. Ik ben ook blij om te horen dat de vorm van die niet-reanimerenverklaring vrij blijft en dat een tatoeage inderdaad rechtsgeldig is. Ik kijk reikhalzend uit naar het rapport van de adviescommissie Voltooid leven dat voor de zomer van 2015 naar de Kamer komt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank beide bewindslieden voor de beantwoording. Ik sluit me aan bij de vragen van mevrouw Tellegen over de drie aanpassingen die de Minister heeft genoemd. Wordt het verplicht dat RTE's psychiaters en deskundigen op het gebied van dementie bij hun toetsing betrekken? Ze doen het nu ook al. Wat wil de Minister daarmee bereiken? De Minister heeft gezegd dat de euthanasiewet zich verder ontwikkelt. Ik ben dat met haar eens. Uit de knelpuntenonderzoeken over de schriftelijke wilsverklaring van ZonMw en van de Erasmus Universiteit blijkt dat er een breed draagvlak is voor euthanasie. Verschillende mensen hebben er vanmiddag op gewezen dat we veel te ver gaan. In de resultaten van die onderzoeken zie je dat er nog steeds een breed draagvlak is. De informatie over de apothekers komt van de KNMP. Ik kan de Minister die informatie doorgeven. Ik ben erg blij dat de Minister nu toch een vorm van regie neemt ten aanzien van de niet-reanimerenpenning. Daar heb ik drie jaar geleden al in een motie om gevraagd. Ik dank de Minister daarvoor. Ik hoor graag hoe ze dat denkt aan te pakken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik kan heel kort zijn. Ik ben heel blij met de toezeggingen van de Minister aan het begin van het debat om drie aanpassingen te doen, waaronder het verankeren van kennis op het terrein van psychiatrie en dementie in de toetsingscommissies. Ik juich dat van harte toe. Dat zal de zorgvuldigheid ten goede komen. Mijn grote zorgen concentreren zich op de situatie van euthanasie waarover nu veel discussie is en die in de samenleving vragen oproept. We hebben in de Kamer ook debatten hierover gevoerd en die roepen ook vragen op. Ik heb het dan over de situatie dat mensen opzien tegen verblijf in een verpleeghuis. De Levensindekliniek komt iedere keer in beeld. Ik zie met spanning uit naar de evaluatie. Ik zal dan zeker het debat verder voeren. Houden wij ergens bij wat de geschiedenis is van mensen die bij de Levensindekliniek terechtkomen? Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat mensen van arts naar arts gaan en, zo hoorde ik vandaag, zelfs naar de apotheker gaan om hun verzoek ingewilligd te zien. Is men daarmee bekend bij de Levensindekliniek?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de beantwoording. Ik dank de Minister voor de aanpassingen die zij in het vooruitzicht heeft gesteld, onder andere het versterken van de psychiatrische deskundigheid bij de toetsingscommissies.

We zullen de discussie over toetsing op toetsing niet herhalen. Worden meldingen nu voorgelegd aan alle RTE's als een RTE een zaak als «zorgvuldig» wil beoordelen, maar het toch een behoorlijke verruiming is van de praktijk?

Het is goed dat bij de evaluatie, die inderdaad redelijk snel op de agenda staat, ook de Levensindekliniek wordt meegenomen. Wat de SGP betreft gaat het daarbij niet om de strikte rechtmatigheid van het handelen, want die wordt al getoetst. Het gaat ons om de wenselijkheid van de beleidsontwikkeling. Punten die steeds naar voren komen zijn zorgen over een beperkte behandelrelatie en de tunnelvisie door het uitsluitend gericht zijn op het toepassen van euthanasie en niet op andere aspecten van medisch handelen. Kunnen deze kritiekpunten worden meegenomen bij de evaluatie?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Dit debat kenmerkt zich door zorgvuldigheid, de professionaliteit van onze medici en het oordeel dat moet plaatsvinden daar waar de vraag ligt. Los van de wijze waarop je aankijkt tegen verruiming van verschillende situaties waarin euthanasie wordt toegepast, is dit een goede toon voor het debat. Ik spreek mijn vertrouwen uit in de artsen. Ik heb het gevoel dat ze er zorgvuldig mee omgaan. Dat is moeilijk. Het is moeilijk om de afweging te maken en het is moeilijk om de euthanasie uit te voeren. Het is goed om dat te zeggen in dit debat. De Minister heeft onze vragen over extra aandacht voor mensen die psychiatrisch lijden of dement zijn, de code of practice, de reikwijdte van de wilsverklaring en de wijze waarop je omgaat met informatie, op een goede manier beantwoord. Daar ben ik blij mee.

Het schuurt een beetje dat de Minister zegt dat zij heel erg blij is met de Levensindekliniek. Ik wil die niet verdacht maken. Dat is niet de bedoeling. Ik sluit me aan bij de zorgen over het feit dat het bij de Levensindekliniek alleen maar gaat over het levensinde, terwijl er mogelijk ook andere oplossingen zijn. De Minister neemt mee dat er mogelijk situaties zijn waarbij er eerder een oordeel «onzorgvuldig» zou zijn geweest, terwijl die nu het oordeel «zorgvuldig» krijgen. Daar ben ik blij om. Hoe krijgen we voor elkaar dat de Levensindekliniek overbodig wordt? Dat zou uiteindelijk een goede situatie zijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Misschien houdt het bestaan van de Levensindekliniek verband met het feit dat het zwaar is voor artsen om besluiten hierover te nemen. Natuurlijk schuurt het. Ik ben blij dat de Levensindekliniek bestaat in de situatie waarin de samenleving verkeert. Mensen die een verzoek hebben, voelen zich niet gehoord en hebben nu de optie hun verzoek bij de Levensindekliniek neer te leggen. Het is goed dat dat gebeurt. Ik benadruk dat de RTE's alle oordelen van de Levensindekliniek beoordelen op zorgvuldigheid. Daar komt de Levensindekliniek heel goed uit. Ik heb aangegeven dat ik het advies van AMC-VUmc om de Levensindekliniek mee te laten lopen in de evaluatie, meeneem. Daarbij bekijk ik ook de achtergronden van de mensen die daar komen. Zijn zij doorverwezen of hebben ze nul op het rekest gekregen en proberen zij het nog een keer? Dat is het verzoek van mevrouw Leijten en mevrouw Arib. Wij nemen dit mee. We zetten de evaluatie begin 2015 uit en in de zomer van 2016 hebben we daar de resultaten van.

De RTE's kunnen nu de kennis en kunde die ze nodig hebben bij specifieke zaken, al bij hun afweging betrekken., maar bij psychiatrische patiënten moet een psychiater meekijken en bij dementerenden moet een geriater meekijken. De precieze vormgeving wil ik in overleg met de RTE's doen, omdat deze discussie en de twijfel die hierover bestaat, knagen aan het draagvlak daar waar dat niet nodig is. Dat wil ik voorkomen. Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat het draagvlak in Nederland enorm breed is. Daar moeten we zuinig op zijn. Met het invullen van de wet moeten we het draagvlak behouden. Ik doe dit niet omdat ik denk dat de oordelen

heel anders worden. Ik doe het omdat iedereen de geruststelling moet hebben dat daar met deskundigheid mee wordt gekeken. Het is waar dat mevrouw Dijkstra eerder een motie inzake de niet-reanimerenpenning heeft ingediend. Ere wie ere toekomt. Ik heb toen het advies «ontraden» gegeven, omdat ik dacht dat het maatschappelijk zo'n grote rol speelde dat het wel goed zou komen. Als liberaal wilde ik afwachten op welke wijze het werd opgepakt. Het is gedeeltelijk opgepakt door de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Het nadeel daarvan is dat je lid moet worden. Veel mensen hebben mij daarop aangesproken. Daarom neem ik een faciliterende rol. Dat betekent niet dat we die dingen gaan drukken. Ik kom daar later op terug bij de Kamer. Mevrouw Dik-Faber vraagt of wij de geschiedenis van mensen die bij de Levensindekliniek terechtkomen bijhouden. Nee, dat doen wij niet. Ik heb net aan mevrouw Leijten toegezegd dat we dat punt bij de evaluatie wel meenemen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb gevraagd naar de meldingen die worden voorgelegd aan alle vijf de RTE's op het moment dat een zaak «onzorgvuldig» wordt verklaard. Gebeurt dat ook wanneer sprake is van een grijs gebied?

Minister **Schippers**: Dat zijn juist de zaken die besproken worden. Die zijn complex, omdat je dan iets nieuws gaat doen, iets breeders of iets buiten het algemene ritme.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we aan het eind gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de bewindspersonen, de algemene ondersteuning en de leden.

Sluiting 16.33 uur.

Volledige agenda

1. Reactie op het toepassen van euthanasie bij psychiatrische patiënten door de levenseindekliniek

Kamerstuk 32 647-20 – Brief regering d.d. 11 februari 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. De rol van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding

Kamerstuk 32 647-24 – Brief regering d.d. 27 mei 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Toezegging gedaan tijdens het algemeen overleg inzake euthanasie op 15 april 2014

Kamerstuk 32 647-27 – Brief regering d.d. 12 juni 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Uitkomsten van de juridische analyse van de ambtelijke werkgroep «Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie»

Kamerstuk 32 647-30 – Brief regering d.d. 4 juli 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Reactie op het verslag van het rondetafelgesprek over euthanasie en psychiatrie

Kamerstuk 32 647-31 – Brief regering d.d. 20 augustus 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Aanbieding jaarverslag 2013 Regionale toetsingscommissies euthanasie

Kamerstuk 32 647-33 – Brief regering d.d. 29 september 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Aanbiedingsbrief over het onderzoek naar eerste jaar van de Levenseindekliniek

Kamerstuk 32 647-34 – Brief regering d.d. 2 oktober 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Aanbieding van een ZonMw-verkenning van knelpunten in de praktijk rond de schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie

Kamerstuk 32 647-37 – Brief regering d.d. 14 oktober 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Reactie op het artikel in Medisch Contact van 28 augustus 2014 over een betere toetsing van euthanasie bij psychiatrische patiënten

Kamerstuk 32 647-35 – Brief regering d.d. 9 oktober 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Toename van het aantal meldingen euthanasie

Kamerstuk 32 647-36 – Brief regering d.d. 9 oktober 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Aanbieding rapport ZonMw over geïnitieerde en uitgevoerde kennissynthese over ouderen en het zelfgekozen levenseinde

Kamerstuk 32 647-38 – Brief regering d.d. 10 november 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers