

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

708

Vragen van het lid **Van der Staaij** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de handreiking «Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen»* (ingezonden 16 oktober 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 november 2015).

Vraag 1

Kent u de handreiking «Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2, 4, 6 en 7

Wordt er in de handreiking niet ten onrechte van uit gegaan dat het bewust afzien van eten en drinken geen zelfdoding is, zoals in de artikelen van prof. dr. Den Hartogh, dr. Teeuw, en Van den Brink wordt betoogd?² Wat vindt u ervan dat ook Ton Vink, onder andere bekend van het boek «Zelfeuthanasie», vindt dat bewust afzien van eten en drinken, als vorm van zelfeuthanasie, zelfdoding betreft?³

Kunt u reageren op de stelling dat het al dan niet impulsief en gewelddadig zijn van een zelfdoding geen definiërende kenmerken van zelfdoding kunnen zijn? Hoe verhoudt zich dat tot het gegeven dat ook het innemen van dodelijke medicijnen niet gewelddadig is, maar wel wordt gezien als een vorm van zelfdoding?

Als het bewust stoppen met eten en drinken wel een vorm van zelfdoding is, wat betekent dit dan voor de directe hulpverleners en de naasten die zorgen voor de patiënt? Wat vindt u van de conclusie in het artikel van Den Hartogh

¹ <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/140791/Handreiking-Zorg-voor-mensen-die-bewust-afzien-van-eten-en-drinken-om-het-levenseinde-te-bespoedigen-2015.htm>

² Hartogh, G.A.den, De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2014 (38) 192–200 Teeuw, A. Levensbeëindiging door te stoppen met eten en drinken, <http://provitahumana.nl/pvh/pvhcoart201432.html> Van den Brink, I. Is stoppen met eten en drinken geen zelfdoding?, Medisch Contact 15 mei 2015, pag. 973–976.

³ Zie reactie onder artikel van Van den Brink, www.medischcontact.nl.

dat het hier gaat om hulp-bij-zelfdoding, maar geen strafbare hulp? Wat zijn hiervan volgens u de consequenties?

Hoe kijkt u aan tegen het voorstel van Teeuw, waarin hij onderscheid maakt tussen hulp die er voor zorgt dat de patiënt zijn actie gemakkelijker kan voortzetten (hulp-bij-hulpdoding) en de gewone hulp die de patiënt nodig heeft, omdat hij patiënt is (geen hulp bij zelfdoding)?

Antwoord 2, 4, 6 en 7

Uit de publicaties waarnaar wordt verwezen kan worden opgemaakt dat er verschil van mening kan bestaan over de vraag in hoeverre het stoppen met eten en drinken als «zelfdoding» kan worden aangemerkt. Deze verschillende interpretaties kunnen ook uit de genoemde handreiking van de KNMG en de V&VN worden opgemaakt, waar immers wordt gesteld dat «bewust afzien van eten en drinken als zelfdoding kan worden opgevat», maar tegelijkertijd «niet kan worden gelijkgesteld aan zelfdoding omdat er relevante verschillen kunnen zijn». Terwijl de handreiking de interpretatie van de beroepsgroep bevat, wordt in de handreiking terecht opgemerkt dat er geen wettelijke definitie van zelfdoding bestaat. De term «zelfdoding» komt wel voor in het Wetboek van Strafrecht. Belangrijk om te constateren dat zelfdoding niet strafbaar is, maar *hulp* bij zelfdoding wel overeenkomstig artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht.

In de jurisprudentie zijn er criteria ontwikkeld voor de vraag wanneer sprake is van strafbare hulp bij zelfdoding. Uit deze criteria volgt dat sprake is van strafbare hulp bij zelfdoding als daadwerkelijke hulp of instructie over het plegen van de zelfdoding is gegeven. Daaraan voorafgaande vormen van hulp, zoals het voeren van gesprekken, het bieden van morele steun, bijvoorbeeld het enkel aanwezig zijn bij het plegen van zelfdoding, of het doen van louter informatieve mededelingen, kunnen conform de criteria zoals die ontwikkeld zijn in de jurisprudentie niet als strafbare hulp bij zelfdoding worden beschouwd.

Vraag 3 en 8

Wat vindt u ervan dat de handreiking niet uitgaat van de geldende juridische definitie van een niet-natuurlijke dood?⁴

Vindt u dat er sprake is van een natuurlijke dood als een gezond iemand bewust afziet van eten en drinken, met de dood als gevolg?

Antwoord 3 en 8

In de handreiking wordt gesteld dat «een patiënt die afziet van eten en drinken een natuurlijke dood sterft». De handreiking vermeldt verder dat op de overlijdenspapieren wordt ingevuld, dat «afzien van eten en drinken» de directe doodsoorzaak was. Deze interpretatie van «natuurlijke dood» wordt aangehangen door de beroepsgroep; ook hier geldt, net als bij de term «zelfdoding», dat er geen wettelijke definitie bestaat van de begrippen «natuurlijke» respectievelijk «niet-natuurlijke dood». De wet op de lijkbezorging bepaalt dat de arts die ervan overtuigd is dat sprake is van natuurlijke dood, een verklaring van overlijden afgeeft.

Vraag 5

Deelt u de visie dat het bewust afzien van eten en drinken niet vergeleken kan worden met het weigeren van een levensreddende behandeling, aangezien de dood in het eerste geval een gevolg is van het zelf initiëren van een proces waaraan je overlijdt, en in het laatste geval van een al aanwezige levensbedreigende ziekte?

Antwoord 5

Autonomie van de patiënt en zelfbeschikking, is in de zorg heel belangrijk. Een belangrijke waarborg is dat de arts en andere hulpverleners altijd (de geïnformeerde) toestemming van de patiënt nodig hebben om hem te mogen behandelen. Dit is alleen anders in gevallen waarin een patiënt zijn wil niet kan bepalen (in welk geval eventueel een dwangbehandeling in het kader van

⁴ «Ieder overlijden dat (mede) het gevolg is van uitwendig (fysisch of chemisch) geweld, ook wanneer dit niet door menselijk toedoen is veroorzaakt, alsmede overlijden waarbij sprake is van opzet of schuld.»

de Wet Bopz mogelijk is), maar op deze situatie is de handreiking niet van toepassing. Een wilsbekwame patiënt heeft het recht om een behandeling te weigeren. In dat geval mogen hulpverleners niet handelen op basis van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Het weigeren van een behandeling is een recht dat patiënten toekomt, zelfs als het gaat om een levensreddende behandeling. Een zorgverlener moet de patiënt wel altijd goed informeren over de (mogelijke) gevolgen van een voorgenomen besluit. Het is echter aan de patiënt om een wilsbesluit te nemen om al dan niet een behandeling aan te gaan. Dit is bij een patiënt die afziet van eten en drinken niet wezenlijk anders, ook hier geldt het recht op zelfbeschikking. Waaraan de patiënt overlijdt en in welke mate de keuzes om af te zien van behandelingen en/of eten en drinken van invloed zijn, is op voorhand niet eenduidig te beantwoorden, maar is onder andere afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt. Het is ter beoordeling aan de arts die de lijkschouw verricht of een patiënt een natuurlijke dood is overleden, zoals aangegeven in de Wet op de Lijkbezorging.

Vraag 9

Wat vindt u van de suggestie van Teeuw om de behandelend arts en de gemeentelijk lijkschouwer samen te laten bepalen waar de patiënt zich bevindt op de lijn van «niet ziek tot ongeneeslijk ziek», en om – naarmate de patiënt meer opschuift richting «de ongeneeslijke zieke patiënt» – een verklaring van een natuurlijke dood af te geven? Zou dit niet een betere handelwijze zijn?

Antwoord 9

Indien een persoon is overleden, dient zo spoedig mogelijk een lijkschouw plaats te vinden door de behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer. De arts geeft een verklaring van overlijden af indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Indien die arts hiervan niet overtuigd is zal hij hiervan mededeling doen aan de gemeentelijke lijkschouwer. Volledigheidshalve merk ik op dat de behandelend arts altijd overleg kan hebben met de gemeentelijk lijkschouwer indien de behandelend arts twijfels heeft over de juiste handelwijze. Indien de gemeentelijke lijkschouwer, na zijn eigen lijkschouw, meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan omdat hij niet overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak, zal hij hiervan verslag doen bij de officier van Justitie die een verklaring van geen bezwaar zal moeten afgeven alvorens de overledene kan worden begraven of gecremeerd. Ik heb geen signalen dat de huidige handelwijze niet volstaat.

Vraag 10 en 12

Deelt u de opvatting dat het ongewenst is dat de arts een gezond iemand actief op de mogelijkheid mag wijzen om bewust af te zien van eten en drinken, ook als de patiënt daar zelf niet om vraagt? Hoe verhoudt zich dat met het principe van goed hulpverlenerschap, artikel 453 uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)? Vindt u met Van den Brink dat de wetenschappelijke onderbouwing van de leeftijdsgrens van 60 jaar zeer matig is, en dat dit daarom niet kan dienen als richtlijn om iemand al dan niet te steunen in zijn voornemen om bewust af te zien van eten en drinken? Bent u het met Vink eens dat stoppen met eten en drinken als zelfeuthanasie alleen «geschikt is voor personen op hoge leeftijd, met een zwakke conditie en eigenlijk al uit zichzelf bezig (veel) minder te eten en te drinken» en dat de leeftijd van zestig jaar aan een «gevaarlijk lage kant» ligt? Welke consequenties verbindt u hieraan?

Antwoord 10 en 12

Artikel 453 van de WGBO gaat over «goed hulpverlenerschap». Het artikel stelt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen. Dit houdt in dat de hulpverlener die zorg moet betrachten die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht. Een goed hulpverlener respecteert de rechten van de patiënt en is zich bewust van zijn plichten ten opzichte van de patiënt. Hij houdt zich aan wettelijke bepalingen en aan protocollen en gedragsregels, zoals deze handreiking. Dat betekent dat als de patiënt aangeeft te willen stoppen met eten en drinken of de arts vermoedt

dat de patiënt reeds bewust gestopt is, artsen serieus zullen moeten ingaan op de doodswens en het verkennen van de achterliggende hulpvragen. Het zelfbeschikkingsrecht brengt met zich mee dat een patiënt kan vasthouden aan een dergelijk besluit. De arts dient dit, als goed hulpverlener, te respecteren.

Daarnaast heeft de hulpverlener een informatieplicht op basis van artikel 448 van de WGBO. Daarin staat dat de arts de patiënt op duidelijke wijze inlicht, desgevraagd schriftelijk, over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over ontwikkeling omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Het is aan de arts om de patiënt erop te wijzen wat de gevolgen kunnen zijn van stoppen met eten en drinken, in relatie tot onder meer diens gezondheid en leeftijd. Het staat de patiënt vrij om desondanks te stoppen met eten en drinken, uiteraard voor zover deze patiënt wilsbekwaam wordt geacht. Daarbij gelden alleen leeftijdsgrenzen voor minderjarigen, die niet in staat worden geacht tot een redelijke waardering van de eigen belangen terzake.

Vraag 11

Hoe verhoudt deze handreiking zich tot de beroepscode van de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), waarin genoemd wordt dat het geven van eten en drinken tot de basishandelingen van verpleegkundigen en verzorgenden behoort, en er geen schadelijk handelen mag plaatsvinden? Brengt de handreiking verpleegkundigen en verzorgenden daarmee niet in een onmogelijke positie?

Antwoord 11

De KNMG handreiking is ontwikkeld in samenwerking met verschillende beroeps- en wetenschappelijke verenigingen. De V&VN heeft deze handreiking mee ontwikkeld en geautoriseerd. De handreiking voorziet in een gedetailleerde weergave van de wijze van medisch verantwoord handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij patiënten die afzien van eten en drinken.

Vraag 13

Hoe verhoudt deze handreiking zich tot de reikwijdte van palliatieve zorg? Wat vindt u ervan dat de commissie de zorg voor de mens die besluit om te stoppen met eten en drinken als een vorm van palliatieve zorg beschouwt, ook als er ten tijde van de beslissing geen sprake was van een direct levensbedreigende ziekte?

Antwoord 13

Mensen die in de laatste levensfase de keuze maken om te stoppen met eten en drinken, worden daarbij steeds zwakker. Hierdoor ontstaat er een levensbedreigende situatie waarbij zorg die wordt geboden als palliatieve zorg kan worden bestempeld. Goede zorg is niet alleen gericht op het genezen van ziekten of het verlengen van het leven, maar is ook gericht op het verlichten van het lijden van de patiënt zoals in het geval van palliatieve zorg. De patiënt die stopt met eten en drinken geeft geen toestemming voor levensverlengende handelingen (zoals het kunstmatig toedienen van voeding en vocht of het aanreiken van voeding en vocht), maar wel voor het adequaat en proportioneel verlichten van het lijden. Hierbij moet worden opgemerkt, dat de handreiking nadrukkelijk stelt dat het de patiënt is die een keuze voor het afzien van eten en drinken zelf moet volhouden en er geen sprake mag zijn van het onthouden ervan door hulpverleners.

Daarnaast staat in de palliatieve zorg richtlijnen over dehydratie en vochttoediening (zie pallialine.nl): «er moet per patiënt gekeken worden of vochttoediening nodig en zinvol is. Zeker als de levensverwachting van de patiënt nog maar één of twee weken is zal men zeer terughoudend zijn met het starten van vochttoediening. De uiteindelijke beslissing wordt genomen na een zorgvuldige afweging samen met de patiënt en diens naasten.».

Vraag 14, 15, 16 en 17

Biedt de handreiking volgens u voldoende bescherming van patiënten, waarbij de totstandkoming van de keuze om bewust af te zien van eten en drinken twijfelachtig is? Is voldoende gewaarborgd dat het om een vrijwillige, weloverwogen keuze van de patiënt gaat?

Vindt u dat de handreiking voldoende bescherming biedt aan patiënten bij wie de doodswens of de keuze om niet te eten en drinken uiting is van een psychiatrisch ziektebeeld (b.v. depressie, anorexia nervosa)? Deelt u de opinie dat psychiatrische patiënten nog kwetsbaarder zijn, en daarom dubbel recht hebben op bescherming, terwijl daar in de handreiking niet op ingegaan wordt?

Hoe verhoudt deze handreiking zich met de GGZ-richtlijn eetstoornissen, waarin aanbevolen wordt patiënten die niet (meer) in levensgevaar verkeren, maar voor voeding afhankelijk zijn van de sonde omdat ze nog niet willen of durven eten, opgenomen worden op een daarvoor toegeruste gespecialiseerde afdeling voor de behandeling van eetstoornissen in de psychiatrie? Deelt u de mening dat in het gesprek over het bewust afzien van eten en drinken niet alleen stilgestaan moet worden bij de overwegingen, maar vooral ook gezocht moet worden naar de vraag achter de vraag, en het zoeken naar alternatieven, zoals een doel in het leven, het verminderen van eenzaamheid of de behandeling van een depressie? Wordt daar volgens u voldoende invulling aan gegeven door de richtlijn?

Antwoord 14, 15, 16 en 17

De handreiking is opgesteld voor wilsbekwame patiënten. Patiënten die weigeren te eten en drinken als uiting van psych(iatr)ische problematiek, zoals eetstoornissen of patiënten die dwangbehandeling krijgen vallen buiten het bestek van de handreiking. Als er sprake is van afweergedrag bij patiënten met dementie, een verstandelijke handicap of een chronisch psychiatrische stoornis, dan schrijft de handreiking duidelijk voor wat hulpverleners moeten doen om achter de oorzaken van dit gedrag te komen. Voor wilsbekwame patiënten geldt overigens altijd dat hulpverleners allereerst serieus zullen ingaan op de doodswens en de achterliggende hulpvragen zullen verkennen. Hierbij moet worden opgemerkt, dat de handreiking nadrukkelijk stelt dat het de patiënt is die een keuze voor het afzien van eten en drinken zelf moet volhouden en er geen sprake mag zijn van het onthouden ervan door hulpverleners.

Vraag 18

Wat vindt u ervan dat de vertegenwoordiger geacht wordt beslissingen over zorg en behandeling voor de patiënt te nemen «die in lijn zijn met het besluit van de patiënt om bewust af te zien van eten en drinken» op het moment dat deze daartoe zelf niet meer in staat is? Kan dat de vertegenwoordiger niet in een onmogelijke positie brengen, of met gewetensbezwaren confronteren? Hoe moet hier in de praktijk mee worden omgegaan?

Antwoord 18

Een vertegenwoordiger kan alleen beslissingen nemen ten aanzien van de patiënt voor zover de patiënt wilsonbekwaam is. De vertegenwoordiger is daarbij gehouden de zorg van een goed vertegenwoordiger te betrachten en de patiënt er zo veel mogelijk bij te betrekken, zoals omschreven in het vijfde lid van artikel 465 van de WGBO. Ook in de handreiking worden hier handvatten voor aangereikt, zoals in de omschrijving van een goede voorbereiding bij een patiënt die wil stoppen met eten en drinken. Daar wordt gewezen op het belang van het opstellen van schriftelijk wilsverklaring door de patiënt en op het aanwijzen van een vertegenwoordiger. Dit is bedoeld om te voorkomen dat er een onduidelijke of onmogelijke situatie ontstaat als de patiënt wilsonbekwaam wordt.

Vraag 19

Wat vindt u ervan dat het besluit van de patiënt om bewust te stoppen met eten en drinken nogal eens samenhangt met een afgewezen euthanasieverzoek? Hoe beoordeelt u het mogelijke risico dat bewust stoppen met eten en drinken een niet getoetste «achterdeur» wordt voor afgewezen euthanasieverzoeken?

Antwoord 19

Indien een euthanasieverzoek van een patiënt niet door een arts is ingewilligd kan dit komen doordat niet voldaan kon worden aan de zorgvuldigheidscriteria van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl). Het niet inwilligen van een verzoek kan ook door gewetensbezwaren

van de arts komen. In dat geval kan de patiënt zich wenden tot een andere arts die mogelijk wel bereid is de euthanasie uit te voeren. Van belang is evenwel dat in alle gevallen van euthanasie aan de zorgvuldigheidseisen die de Wtl daaraan stelt is voldaan.

Een patiënt kan altijd besluiten te stoppen met eten en drinken. Dit vloeit direct voort uit hun recht op zelfbeschikking en het recht om zorg te weigeren. Dit is een recht dat een ieder toekomt en staat los van de toetsing van het euthanasieverzoek.

Vraag 20

Zou het niet wenselijk zijn het proces van afzien van eten en drinken achteraf te toetsen, net als gebeurt bij euthanasie en hulp bij zelfdoding?

Antwoord 20

De medische zorg die wordt geboden aan mensen die stoppen met eten en drinken betreft normaal medisch handelen en behoeft dan ook geen extra toetsing. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Vraag 21

Bent u bereid, gelet op de fundamentele vragen die de handreiking oproept, deze handreiking juridisch en ethisch te laten toetsen?

Antwoord 21

Ik zie geen taak voor de overheid om een handreiking opgesteld door de beroepsgroep te toetsen op juridische of ethische gronden.

Vraag 22

Bent u bereid de Kamer periodiek te informeren over hoe vaak het besluit om het leven op deze manier te beëindigen genomen en uitgevoerd wordt, en wat de achterliggende redenen daarvan zijn, zoals nu ook gebeurt bij euthanasie?

Antwoord 22

Elke vijf jaar vindt het sterfgevallenonderzoek plaats naar de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde. Dit geeft onder andere inzicht in de sterfgevallen als gevolg van stoppen met eten en drinken. Het laatste sterfgevallenonderzoek van 2010 gaf aan dat naar schatting 600 mensen in 2010 zijn overleden om deze reden (Kamerstuk 33 000-XVI, nr. 193). Momenteel loopt een nieuw sterfgevallenonderzoek. De resultaten zullen eerste helft van 2017 tegelijk met de evaluatie van Wtl aangeboden worden aan de Tweede Kamer.

De keuze van de patiënt om te stoppen met eten en drinken kan overigens niet vergeleken worden met euthanasie, waarbij een arts gelegitimeerd is om euthanasie of hulp bij zelfdoding toe te passen. In die gevallen is een bijzondere zorgvuldigheid noodzakelijk en transparantie van de arts geboden.