

3

Psychiatrische patiënten naar Levens- eindekliniek

Aan de orde is het **dertigledendebat** over **het te snel doorverwijzen van psychiatrische patiënten naar de Levens-
eindekliniek**.

De voorzitter:

Ik heet de minister van harte welkom, ik heet de leden van harte welkom en uiteraard heet ik ook de mensen die het debat op de publieke tribune of op een andere manier volgen hartelijk welkom. Dit is een dertigledendebat, wat betekent dat we een spreektijd van drie minuten hanteren.



Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Vrijwillige levensbeëindiging bij mensen met psychische problemen is een gevoelige kwestie. Dat schrijft het Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Ik had het niet beter kunnen zeggen. Iedereen beseft dat dit een groep kwetsbare mensen is waarop zorgvuldigheid in de behandeling van hun wens tot vrijwillige levensbeëindiging tot in de overtreffende trap van toepassing is. Deze groep mensen is divers. In sommige gevallen is een vrijwillig levenseinde de beste uitkomst voor de persoon om wie het gaat, in andere gevallen niet. De juiste weging van deze problematiek is ontzettend belangrijk om een goede behandeling te kunnen bieden. Alle mensen met een complexe psychische aandoening moeten de professionele aandacht krijgen die ze nodig hebben. Het is van belang dat de psychiater de patiënt goed kent om de stervenswens van de patiënt goed te kunnen wegen.

Uit een artikel in Trouw van 2 juni blijkt dat de Levens-
eindekliniek het te druk heeft met psychiatrische patiënten. Patiënten hebben te maken met lange wachttijden. De toename van mensen met complexe psychische problemen bij de Levens-
eindekliniek lijkt een aantal oorzaken te hebben. Psychiaters gaan gebukt onder een grote administratieve lastendruk die moeilijk te combineren is met het doorlopen van de complexe en tijdrovende euthanasiewens. Dit geeft de urgentie aan van het verlagen van de administratieve lastendruk. Sinds vorig jaar zijn al enkele verbeteringen ingezet in de aanpak van bureaucratie. Kan de minister aangeven hoe het overleg tussen de ggz, VWS, de LHV en ZN hierover verloopt? Ziet de minister nog nieuwe mogelijkheden om de werkdruk voor psychiaters te verminderen? Welke verbeteringen kunnen we op welke termijn verwachten?

Niet alle psychiaters werken mee aan euthanasie. Als een psychiater dat niet wil, moet hij of zij een patiënt kunnen overdragen aan een collega in de regio. Om deze overdracht goed te laten verlopen, is het van belang dat psychiaters in een regio op de hoogte zijn van elkaars positie hieromtrent. In de evaluatie van de Euthanasiewet wordt geadviseerd een netwerk van psychiaters te faciliteren dat openstaat voor euthanasieverzoeken. Graag hoor ik van de minister hoe zij hier tegenover staat.

Daarnaast is het van belang dat psychiaters met vragen of twijfels bij de behandeling van een patiënt met een stervens-

wens een beroep kunnen doen op externe expertise. De Levens-
eindekliniek is bezig met het ontwikkelen van informatiemodules om kennistekorten op te lossen. Ziet de minister een rol voor zichzelf weggelegd om de ontwikkeling van kennis over euthanasie onder psychiaters te bevorderen? Ziet zij mogelijkheden om in de opleiding tot psychiater meer aandacht te besteden aan ethiek en euthanasie?

Ik hoop dat we deze kwestie ook hier met alle zorgvuldigheid kunnen bespreken.



Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. De indrukwekkende verhalen en complexe keuzes rondom het thema euthanasie bij psychiatrie werden tijdens een hoorzitting in 2014 hier in deze Kamer soms pijnlijk duidelijk. Ik noem het verhaal van Elena Lindemans, die de documentaire Moeders springen niet van flats maakte. Het verzoek van haar moeder om euthanasie was niet in behandeling genomen, waarna ze geen andere uitweg meer zag. Of de verhalen van de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie, opgericht door moeders voor wie de doodswens van hun kind invoelbaar werd, maar die geen hulp kregen. Het is een pleidooi om, hoe ingewikkeld ook, de doodswens serieus te nemen.

Euthanasie bij psychiatrie is onderwerp van maatschappelijke discussie. Daarom is hieraan in de derde evaluatie van de Euthanasiewet specifieke aandacht besteed. Daarover gaan we het nog hebben. Uit die evaluatie komt naar voren dat het draagvlak voor euthanasie bij psychiatrische patiënten is afgenomen: 63% acht het ondenkbaar. Kan de minister hierop reflecteren?

Wel blijkt het absolute aantal verzoeken bij de Levens-
eindekliniek toe te nemen — let wel: het absolute aantal verzoeken — waardoor lange wachttijden van zes tot negen maanden ontstaan. Een psychiater van de Levens-
eindekliniek noemt deze wachttijden "frustrerend" en merkt ook op dat de behandelend arts de patiënt het beste kent. Is de minister ook van mening dat de voorkeur ernaar uitgaat dat de eigen arts het verzoek in behandeling neemt? Hoe zou dit bevorderd kunnen worden? En hoe kunnen kennis en expertise worden gedeeld?

Een verzoek om euthanasie van een psychiatrisch patiënt is heel complex, zoals al is gezegd. Het vraagt grote behoedzaamheid en komt niet vaak voor. Denkt de minister dat het steunpunt momenteel voldoende ondersteuning biedt? De voorzitter van het steunpunt denkt dat psychiaters momenteel misschien te gemakkelijk naar de Levens-
eindekliniek verwijzen, omdat de procedure zeer veel tijd in beslag neemt en de administratieve lasten zijn toegenomen. De minister geeft in haar reactie aan dat als dit zo is, zij dit zorgwekkend vindt. Ik deel die mening. We moeten dat natuurlijk achterhalen. Speelt dit inderdaad een grote rol? En kan de minister aangeven wat zij doet, naast de maatregelen die al zijn genomen, om de administratieve lasten te verlichten?

Een andere reden die psychiaters noemen om geen euthanasie te willen toepassen in de psychiatrie, is het suboptimaal functioneren van de ggz, de geestelijke gezondheidszorg. Ook dat is zorgelijk. Als een psychiater van mening is dat iemand nog onvoldoende behandeling heeft gehad, kan niet worden voldaan aan de zorgvuldigheidsvoorwaar-

den voor uitzichtloos lijden. Dat is een van de voorwaarden. Er kan niet worden nagegaan of daadwerkelijk alles is gedaan en dat is onderdeel van de afweging. Dat zou echter geen reden hoeven zijn om bij voorbaat niet bereid te zijn om levensbeëindiging bij psychiatrische patiënten te beoordelen. Hoe denkt de minister hierover?

De heer Van der Staaij (SGP):

Voorzitter. De SGP-fractie is zeer bezorgd over de toename van het aantal gevallen van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Onze zorg is vooral: biedt de huidige euthanasiewet in de praktijk voldoende bescherming aan kwetsbare psychiatrische patiënten? Wij merken dat dit ook het thema is waarover veel psychiaters zich in toenemende mate zorgen maken. Psychiater Chabot, die pas weer in het nieuws was, gaf aan dat hij er aanvankelijk veel positiever in stond, maar nu ook bezorgd is over de effecten die dit kan hebben.

Ik wil een concreet en belangrijk item hier neerleggen. Ik schrok van de persoonlijke verhalen die ons in de afgelopen tijd bereikten, waaruit bleek dat het initiatief soms ook vanuit het personeel van de instelling zelf kan komen. Er wordt tegen een psychiatrische patiënt gezegd: u hebt heel ernstige problematiek; is u bekend dat ook de Levenseindekliniek in dit soort gevallen uitkomst kan bieden? Er wordt een directe koppeling gemaakt met de Levenseindekliniek — "dat is het loket waar je terecht kunt" — los van een behandelrelatie. Als dit als behandelmogelijkheid wordt aangereikt, geeft dat druk op een patiënt. Het gebeurt ongetwijfeld vanuit heel positieve intenties, omdat men iemand daarmee wil en denkt te helpen. Maar ik vraag mij toch af hoe de protocollen in dat opzicht zijn, ook binnen de psychiatrie. Mag en kan het initiatief op deze manier van buiten de patiënt komen?

Drie minuten is natuurlijk veel te kort voor de ingewikkelde problematiek die hier aan de orde is. Het is heel belangrijk dat we hierover nog een goed rondetafelgesprek voeren, waartoe de Kamercommissie voor VWS al heeft besloten, ook naar aanleiding van de evaluatie van de euthanasieregeling. Dat zal na de zomer plaatsvinden. Maar het punt dat ik zo-even verwoorde, wil ik in ieder geval nadrukkelijk naar voren brengen als een signaal vanuit de praktijk. Ik wil ook graag een reactie op het feit dat psychiater Boudewijn Chabot naar voren brengt, namelijk dat de fundering van de euthanasiewet ten aanzien van psychiatrische patiënten geruisloos wordt uitgehold. Een uitholling die Den Hartogh kernachtig verwoorde als: de patiënt lijdt ondraaglijk als hij zegt dat hij ondraaglijk lijdt en een alternatief is geen redelijk alternatief als de patiënt het afwijst. Wordt daarmee in feite niet de bescherming die de euthanasiewet nog biedt, door deze ontwikkeling in de praktijk onderuitgehaald? Op die zorg krijg ik ook graag een reactie van de minister.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Voorzitter. Het leven in deze tijd van social media met perfecte Facebookprofielen valt niet mee, vooral niet voor jongeren die nog bezig zijn om hun leven vorm te geven. Als je niet Facebookperfect bent, dan val je buiten de boot. Dan heb je het gevoel dat je er niet toe doet. Dat is funest voor iemands zelfbeeld. Eigenlijk is het bijna niet verwonderlijk dat er tegenwoordig zo veel mensen depressief zijn. We lazen in Trouw dat de Levenseindekliniek zo'n grote

toeloop heeft van psychiatrische patiënten dat zij het niet aankan.

Wat moeten we doen om deze problemen op te lossen? We hoorden al een paar dingen. Moeten we de capaciteit van de Levenseindekliniek vergroten of moeten we bekijken wat de oorzaak is van deze grote toeloop? Het meest verontrustende signaal in het artikel in Trouw is dat er een koppeling lijkt te zijn tussen de problemen in de ggz en verzoeken tot euthanasie. Mensen voelen zich gemangeld in het systeem. Ze zien talloze hulpverleners en voelen zich niet gehoord. Jim van Os, hoogleraar in de psychiatrische epidemiologie bij het UMC, formuleert het als volgt: "De zorg sluit vaak niet aan bij de problemen van mensen. De ggz is een diagnose-behandel-productiebedrijf waarin weinig aandacht is voor hoop, herstel en identiteit." Ik denk dat hij de spijker op zijn kop slaat.

We hebben het gisteren al uitgebreid gehad over het tekort aan goede plaatsen in de jeugd-ggz. De beddenafbouw in de ggz gaat veel te snel, terwijl de ambulante zorg nog helemaal niet op orde is. Mensen met psychische problemen zitten zo lang zonder hulp, waardoor hun problemen alleen maar groter worden. Mensen met demantie en chronische psychiatrische ziekten worden vaak niet meer beter, maar kunnen toch geholpen worden om het leven beter aan te kunnen. Juist bij deze groep heeft de financiële uitkleding van de zorg de kwaliteit van leven aangetast.

Uit de evaluatie van de euthanasiewet, die enkele weken geleden verscheen, bleek dat zes op de tien psychiaters bedenkingen heeft bij de huidige euthanasiewet. Dat staat waarschijnlijk in verband met de grote toename van aanvragen. De eerste concrete aanbeveling uit die evaluatie van de toetsingscommissie is dan ook: laat onderzoek uitvoeren naar de achterliggende oorzaak van het stijgende aantal euthanasiegevallen. Precies! Dat iemand euthanasie vraagt omdat hij onvoldoende hulp ervaart, is werkelijk onacceptabel en onwaardig. Voor 50PLUS is het dan ook heel begrijpelijk dat psychiaters hier in toenemende mate moeite mee hebben. Dit is een signaal dat niet genegeerd mag worden. Stel orde op zaken in de ggz. Regel dat voldoende en toegesneden psychiatrische hulp beschikbaar is. Laten we vooral meteen beginnen met te onderzoeken wat de achterliggende oorzaak is. Dan kunnen we daar wat aan doen. Graag krijg ik hierop een reactie van de staatssecretaris.

De voorzitter:

Van de minister, bedoelt u. Dan is nu het woord aan mevrouw Marijnissen namens de SP-fractie.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Voorzitter. Graag zou ik dit debat willen beginnen met een citaat uit de evaluatie van de euthanasiewet. "Door psychiaters genoemde argumenten tegen levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten is onder meer (...) de vraag of er wel meegewerkt moet worden aan levensbeëindiging op verzoek als de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg niet voldoende is. Psychiaters weigeren verzoeken om hulp bij zelfdoding veelal wegens persoonlijke redenen en/of omdat niet aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan. In de meeste gevallen waarin het verzoek wordt geweigerd, wordt er naar de Levenseindekli-

niek doorverwezen." Het onderwerp waar wij vandaag over spreken, is heel complex. Ik voel eigenlijk wel met de heer Van der Staaij mee. Hij gaf aan dat het wel enigszins lastig is — om het maar zacht uit te drukken — om dit in drie minuten goed en zorgvuldig te doen. We hebben het namelijk over mensen in de meest kwetsbare fase van hun leven, namelijk de fase in het leven waarin je twijfelt aan het perspectief van het leven. Dat zijn heel kwetsbare mensen. Het gaat ook over de vraag over leven en dood. En wat is er wezenlijker dan dat?

In deze drie minuten wil de SP één punt neerzetten waarvan zij denkt dat het enorm belangrijk is en waarvan zij eigenlijk ook vindt dat het onacceptabel is. Dat is het punt dat de hulpverleners en de psychiaters op dit moment aangeven dat ze twijfelen aan de zorgvuldigheid die zij in acht kunnen nemen bij het beoordelen van de verzoeken tot vrijwillige levensbeëindiging, euthanasie. Zij betwijfelen of ze zorgvuldigheid in acht kunnen nemen, omdat zij twijfelen aan de kwaliteit van het werk, dus van de zorg die ze kunnen leveren. Wij vinden dat onacceptabel in een rijk land als dat van ons.

Afgelopen week gaf Chabot in het NRC ook weer zo'n signaal af. Hulpverleners, de mensen die verantwoordelijk zijn en het dagelijkse werk doen, geven zelf aan dat ze twijfels hebben over de kwaliteit van het werk dat zij kunnen leveren. Daardoor twijfelen zij aan de kwaliteit van de zorgvuldigheid, terwijl zij vinden dat ze die wel in acht moeten nemen. Dat vinden wij heel zorgelijk.

Voor de SP staat de behandelrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt voorop. Dat is waar wij het meest in geloven. Het valt ons dan ook zwaar dat deze behandelrelatie bij de Levensindekliniek juist doorbroken wordt. Wij kunnen ons voorstellen dat het met een behandelrelatie al heel complex is om in dit soort gevallen een goede weg te kunnen maken. Daar heb ik net wat over gezegd. Maar hoe moet dat zijn zonder die behandelrelatie? Maakt dat het niet nog veel meer complex?

Tot slot. Het is duidelijk dat de problemen in de geestelijke gezondheidszorg groot zijn. Gisteravond hebben wij hier nog een uitgebreid debat gevoerd over onze jeugd in dat verband, over de Emma's van deze wereld. Hoe lang vindt de minister dat dit nog door moet gaan? Op dit moment zien wij dit eigenlijk wekelijks in de kranten en horen wij op de radio ook voorbeelden daarvan. Wij willen de minister vragen hoe zij dit denkt op te lossen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Volgens de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding hoeft er voor euthanasie geen sprake te zijn van een lichamelijke ziekte. De euthanasiewet ziet daarom ook op ondraaglijk en uitzichtloos lijden van psychiatrische patiënten. De Hoge Raad heeft in het Chabot-arrest van 1993 uitzonderlijk grote behoedzaamheid als voorwaarde bij psychiatrische patiënten gesteld. De wens om te sterven is niet zelden onderdeel van het ziektebeeld, waardoor de eis van een weloverwogen verzoek nog zwaarder geldt. Het CDA deelt de opvatting van de Hoge Raad dat daarom bij psychiatrische patiënten altijd extra doorgevraagd moet worden.

In het artikel dat in het nieuws was, stond dat de Levensindekliniek onder andere verwijst naar de afnemende bereidheid van psychiaters om euthanasie te verlenen. Daarvoor verwijzen ze naar de cijfers uit de derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging, die onlangs naar de Kamer is gestuurd. Meerdere collega's hebben al verwezen naar die evaluatie. Dat is een lijvig rapport van meer dan 300 pagina's, waarover wij hopelijk snel met een nieuwe minister komen te spreken. Ik heb in dit verband nog een vraag aan deze minister. Is de minister het met het CDA eens dat het geen zin heeft om over enkele selectief gekozen cijfers uit die evaluatie te praten, zonder alle gegevens en ontwikkelingen in samenhang te bekijken? Ik noem een paar complicaties. Hoe verhouden deze cijfers zich tot het feit dat het aantal gevallen van euthanasie bij psychiatrie in dezelfde periode juist sterk gestegen is? De minister geeft in haar brief aan dat het aantal doorverwijzingen van psychiatrische patiënten naar de Levensindekliniek in absolute zin wel toeneemt, maar niet in relatieve zin. Dat komt dan weer doordat het totale aantal euthanasiegevallen, somatisch en psychiatrisch, de afgelopen tien jaar enorm is gestegen.

Dit roept weer andere vragen op waarop wij op dit moment niet snel en simpelweg een antwoord kunnen geven. Wij kunnen daar alleen achter komen als wij alle gegevens uitgebreid en in samenhang bespreken. Wat ons betreft is een kort dertigledendebat daarvoor niet de plaats.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Gerbrands. Zij spreekt namens de fractie van de PVV.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Voorzitter. De onderdelen van dit debat, te weten de ggz en de euthanasie, zijn controversieel verklaard. Wat de PVV-fractie betreft hadden wij hier dan ook niet gestaan vandaag, laat staan dat wij dit gevoelige onderwerp in een dertigledendebat zouden bespreken. Ik heb dan ook een korte inbreng.

Kijkend naar de feiten is er geen significante stijging van het aantal psychiatrische patiënten dat bij de Levensindekliniek aanklopt. Die stijging is in lijn met de toename van het aantal patiënten met andere aandoeningen. De Regionale Toetsingscommissies melden wel een lichte stijging van het aantal uitgevoerde verzoeken van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Dat is echter al een aantal jaren het geval en niet de aanleiding voor dit debat.

Mijn fractie betreurt de weerstand onder psychiaters om een verzoek tot euthanasie in te willigen. Zij zijn daartoe niet verplicht, maar ik vraag me af waar die weerstand vandaan komt. Wij hebben een wet die waarborgt dat verzoeken om euthanasie zorgvuldig worden vastgesteld en dat er eerst aan allerlei criteria wordt voldaan. Als de wet wordt nageleefd, dient het verzoek dan ook te worden opgevolgd ongeacht de aandoening van de patiënt.

Of er een samenhang is met andere problemen in de ggz, financieel of organisatorisch, zoals dit artikel suggereert, moet wat mij betreft nader worden onderzocht. Uiteraard mogen tijd- of geldgebrek nooit een rol spelen bij euthanasieverzoeken.

Ook psychiatrische patiënten kunnen op een gegeven moment uitbehandeld zijn en ondraaglijk en uitzichtloos leiden. Laten wij voorkomen dat deze mensen uit wanhoop voor de trein springen. Hun verzoek om euthanasie dient opgevolgd te worden binnen de regels van de wet. Over die wet en over de derde evaluatie van de wet spreken wij op een later moment. Wij zullen dan alle aspecten van psychiatrie en euthanasie meenemen en zorgvuldig afwegen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Rutte. Hij spreekt namens de fractie van de VVD.



De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Euthanasie is een gevoelig onderwerp. Euthanasie voor mensen met een psychische stoornis is in het bijzonder gevoelig en complex. Onlangs is de derde evaluatie van de Euthanasiewet verschenen, net als het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies. Dat zijn belangwekkende rapporten die de VVD-fractie uitgebreid wil bespreken met een missionaire minister. Zoals de heer Van der Staaij al zei, gaat daar dan ook nog een uitgebreid rondetafelgesprek over dit gevoelige onderwerp aan vooraf. Zo moeten wij het doen.

Vandaag hebben wij echter op stel en sprong ineens een dertigledendebat over dit uiterst gevoelige onderwerp. Dat is er gekomen met het bijna minimale aantal van dertig leden dat het verzoek om een debat heeft gesteund. Dit dertigledendebat is er gekomen dankzij de steun van de Partij voor de Dieren. Vijf leden, maar ze zijn er vandaag niet. Voorzitter. Ik verzoek u om dit in het Presidium bespreekbaar te maken. Ik vind het echt niet kunnen dat wij dit soort uiterst gevoelige debatten voeren met steun van partijen die niet eens de moeite nemen erbij aanwezig te zijn. Het is eigenlijk onacceptabel. Ik moest dit even kwijt.

Het zal duidelijk zijn dat de VVD-fractie van mening is dat een dertigledendebat niet het geschikte middel is voor dit complexe onderwerp. Daarom zal ik vandaag een uiterst beperkte inbreng leveren.

Ik dank de minister voor haar brief. Zij zet helder uiteen wat haar inzet is en blijft voor het verbeteren van de kwaliteit van de ggz en het bestrijden van het stigma dat helaas nog aan psychische aandoeningen kleef. Ook is het goed om te lezen dat van de gesuggereerde enorme toename van euthanasieaanvragen bij de Levenseindekliniek vanwege psychisch lijden, geen sprake lijkt te zijn.

Een patiënt die tijdens een behandeling in de ggz een stervenswens kenbaar maakt, moet kunnen rekenen op goede zorg. Het kenbaar maken van de stervenswens is namelijk een verzoek om hulp, om zorg. Het is daarom van groot belang dat in de ggz op zo'n moment geen stap terug wordt gezet bij patiënten maar juist een stap vooruit, naar goed onderzoek, naar een goede behandeling. Als die echt geen soelaas meer biedt, is er ondersteuning bij een euthanasieverzoek.

Er is in ons land een organisatie die op dit gebied al grote stappen heeft gezet en waar veel kennis aanwezig is. Ik heb het over 113 Zelfmoordpreventie. Daar is echt heel veel

kennis aanwezig over mensen die psychisch lijden en een stervenswens hebben. Deze organisatie kan en wil kennis overdragen over de wijze waarop mensen het beste begeleid en behandeld kunnen worden. Is de minister bereid om in overleg te treden met 113 Zelfmoordpreventie om te kijken hoe deze kennis, misschien nog wel beter dan nu het geval is, ter beschikking kan worden gesteld aan de reguliere geestelijke gezondheidszorg?

Voorzitter, daar wil ik het voor vandaag bij laten. We gaan dit op een later tijdstip uitgebreid bespreken.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef graag de minister de gelegenheid voor haar beantwoording in eerste termijn. Het woord is aan de minister.



Minister Schippers:

Voorzitter. We zijn hier bijeen omdat de Kamer gevraagd heeft om een debat over euthanasie bij mensen met psychische aandoeningen. In de aanloop naar dit debat heb ik de Kamer een brief hierover gestuurd. Ik ben het met die leden eens die zeggen dat een dertigledendebat niet de meest geëigende manier is om deze complexe materie te bespreken, ook omdat je, zoals mevrouw Bruins Slot al zei, hiermee inzoomt op één aspect dat je uit de evaluatie haalt, waardoor je het bredere perspectief dreigt te missen. Daarom wil ik, en bij voorbaat excuses daarvoor, wel een aantal feiten noemen om een en ander een beetje in perspectief te krijgen.

Het aantal euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten bij de Levenseindekliniek is in verhouding ongeveer evenveel gestegen als het aantal verzoeken van patiënten met andere aandoeningen. Er is sprake van een absolute stijging, maar niet van een stijging in relatieve zin. Wellicht is het goed om in dit debat nog eens goed vast te stellen waar we het precies over hebben. Ik gebruik daarvoor de cijfers van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. In 2016 hebben deze toetsingscommissies 6.091 meldingen van euthanasie ontvangen, 4% van het totaal aantal mensen dat in Nederland in 2016 is overleden. In 2015 ging het om 3,75% van het totale sterftecijfer. De stijging van het aantal meldingen van euthanasie in 2016 blijft dus relatief klein. Deze beperkte stijging is ook niet terug te voeren op het aantal ingewilligde euthanasieverzoeken van mensen met een psychiatrische aandoening.

Laten we daar specifiek naar kijken. In 2015 waren er 56 meldingen. In 2016 waren er 60 meldingen. Van 56 naar 60: dan hebben we het dus over vier meldingen meer. Ter vergelijking: het totaal aantal meldingen is met 575 gestegen, naar ruim 6.000. In verhouding tot het totaal aantal meldingen van euthanasie is het aantal meldingen van euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening nog steeds ongeveer 1%. De Levenseindekliniek was in 2015 betrokken bij 36 uitgevoerde euthanasiezaken waarbij psychiatrische problematiek de belangrijkste reden was voor het verlenen van hulp. In 2016 ging het om 46 gevallen. Dat is dus inderdaad een behoorlijke stijging, ook relatief. Dat is echter op zichzelf niet gek, omdat de Levenseindekliniek zich als expertisecentrum met name richt op complexe euthanasieproblematiek.

De derde evaluatie van de euthanasiewet laat zien dat het aantal uitdrukkelijke verzoeken aan psychiaters om hulp bij zelfdoding is opgelopen tot 1.100 in 2016. Het is waar dat 46% van de psychiaters daarmee te maken kreeg. Het rapport stelt verder dat het aantal psychiaters dat het ondenkbaar vindt om hulp bij zelfdoding te verlenen, ook in 1995 al heel hoog was, namelijk 53%. Psychiaters zijn dus altijd heel terughoudend, wat natuurlijk niet gek is. Een aantal van u zei het al. Het kan natuurlijk ook onderdeel van de ziekte zijn dat je een doodswens hebt. Het aantal psychiaters dat wel aan een verzoek meewerkt, is ook gestegen. Het was altijd een heel klein aantal, 2% in 1995 — dat is echt heel laag — en het is nu 4%, wat nog steeds laag is.

De heer Van der Staaij (SGP):

De minister laat een aantal cijfers horen waar een beetje de conclusie uit zou kunnen spreken dat het eigenlijk wel meevalt met die toename en dat het allemaal niet zo heel spectaculair is. Cijfers zijn natuurlijk geduldig. Ten opzichte van 2010, dus zeven jaar geleden, waren het er 2 en nu zijn het 60 meldingen, wat 30 keer zoveel is in zeven jaar tijd. Cijfers zeggen wat dat betreft allemaal niet zo heel veel, maar wel is duidelijk dat er sprake is van een gedurige stijging die steeds meer verontrusting oproept in de samenleving. Is dat niet gewoon een feit waar wij en ook artsen mee te maken hebben?

Minister Schippers:

Die stijging is er ook in het totale aantal euthanasieverzoeken. We hebben ook te maken met een totaal andere patiëntenpopulatie dan 30 jaar geleden. Toen speelde het ook heel anders. Mensen denken veel meer na over hoe ze willen overlijden. In het kader van deze problematiek heb ikzelf met ontzettend veel mensen hierover gesproken. Ik hoorde daarbij bijvoorbeeld heel vaak: ik heb gezien hoe mijn vader doodging. Mensen zoeken naar kennis, staan zelfbewuster in het leven en denken veel meer na over de tijd en over wat zij voor zichzelf wensen. Dat neemt niet weg dat dit een heel precair onderwerp is. Natuurlijk kun je met cijfers van alles zeggen, maar ik heb niet gevraagd om een dertigleden-debat. Dan ben je gebonden aan de korte termijn, waarbij je toch iets duidelijk wilt maken. Over het geheel genomen is er een stijging en stijgt het aantal psychiatrische patiënten daarin mee. Bij dementie is het heel anders. De discussie daar is van een veel recentere datum, maar ook daar is sprake van een heel andere kijk op de vraag: hoe kijk ik naar mijzelf als ik die diagnose heb gekregen en wat betekent dat? Deze mensen denken er dus anders over dan twintig jaar geleden. Dat is waar.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik denk dat bij dementie en psychiatrie een steeds verdergaande stijging waarneembaar is, evenals een verontrusting bij de beroepsgroep en in de samenleving over of dit wel helemaal goed gaat. Dit debat is weliswaar niet helemaal geschikt om dat helemaal uit te spinnen — we komen er later zeker nog wel op terug — maar er is nog wel een feitje waarop ik nog graag de reactie van de minister hoor. Als bij zo'n hoog percentage psychiatrische patiënten euthanasie plaatsvindt door de Levensidekliniek, bijna driekwart van het aantal, en er ook de filosofie is dat er in principe geen behandelrelatie wordt aangegaan, is dat in de ogen van de minister dan niet een zorgwekkende cocktail, een zorgwekkende combinatie?

Minister Schippers:

Voor mij niet. Het expertisecentrum Levensidekliniek wordt ingeroepen bij complexe zaken en daar is hier sprake van. Ik zou overigens niet willen zeggen dat dit iets is waarbij we een punt zetten en er vervolgens niet meer naar kijken. Ik heb de Kamer de derde evaluatie aangeboden zonder standpunt, omdat ik demissionair ben. Ik wil van harte een reactie schrijven maar ik zou mij kunnen voorstellen dat de SGP-fractie zegt: nou, laat dat maar over aan een nieuw kabinet want u bent demissionair. Ik ken dus mijn plaats. Bijvoorbeeld met betrekking tot dementie heb ik een aantal jaren geleden samen met het ministerie van Veiligheid en Justitie en de KNMG een handreiking geschreven, omdat het natuurlijk uiterst complex is. Als mensen nog zelfbewust zijn en helemaal zelf kunnen beoordelen wat zij willen, dan is dat een andere situatie dan wanneer mensen zo vergevorderd zijn in het ziekteproces dat ze het op dat moment niet meer kunnen aangeven maar het wel van tevoren uitdrukkelijk hebben aangegeven. Dat was het moment waarover ik met Els Borst heb gesproken. Die zei: het kan niet zo zijn dat wij deze mensen helemaal geen ruimte geven. Het parlement in Nederland heeft besloten dat het wel zo kan. Dat is de reden waarom ik een juridische analyse en een praktijkanalyse heb laten doen. Ik ben niet over één nacht ijs gegaan; ik geloof dat we een jaar, anderhalf jaar ermee bezig zijn geweest. Daar is heel zorgvuldig een handreiking op gestart. Denk ik daardoor dat het heel makkelijk en zomaar iets is? Nee, het is uiterst complex en moeilijk. Ik vind het ook goed dat wij in het parlement de vinger aan de pols houden, heel scherp volgen wat er gebeurt en ons afvragen wat wij daarvan vinden.

Euthanasie is complex, het is een heel complex proces. Als de aanleiding somatisch is, geldt dit al helemaal, maar bij mensen met een psychische aandoening is het nog veel complexer. Dat weten wij allemaal. Voordat een verzoek wordt ingewilligd, moet zorgvuldig worden vastgesteld dat is voldaan aan alle wettelijke criteria. Bij mensen met een psychiatrische aandoening zal daarbij extra aandacht uitgaan naar de behandelbaarheid, de weloverwogenheid van het verzoek en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. Van belang is dat euthanasie bijzondere zorg is, waartoe een patiënt een verzoek kan doen. Het is aan de arts om voor zichzelf te bepalen of hij op dat verzoek wil ingaan. Zo niet, dan kan deze de patiënt doorverwijzen naar een arts die de euthanasie mogelijk wel wil uitvoeren. Maar ook dan zal aan alle zorgvuldigheidseisen moeten zijn voldaan, wil het verzoek legitiem ingewilligd kunnen worden.

Als ik verder naar de cijfers kijk, zie ik dat in de afgelopen vijf jaar slechts een keer een melding van euthanasie bij een persoon met een psychiatrische aandoening als onzorgvuldig is beoordeeld. In 2014 hebben wij daar ook uitgebreid over gesproken in deze Kamer. Op basis van deze casus en het evaluatierapport van 2012 zijn diverse acties ondernomen. Zo heeft de Levensidekliniek haar protocol aangepast, is de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 2015 een werkgroep gestart tot herziening van haar richtlijn inzake euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening en heeft de KNMG een gewijzigd factsheet opgesteld. Ook de regionale toetsingscommissies hebben hun code of practice aangepast en er is een psychiater in de regionale toetsingscommissies benoemd. Sindsdien is er geen een van de meer dan 100 meldingen van euthanasie bij een patiënt met een psychiatrische aandoening als onzorgvuldig beoordeeld.

Voorzitter. Ik vind dat wij heel erg moeten oppassen met relaties leggen naar zaken die wij niet kunnen onderbouwen. Je kunt altijd relaties leggen en zeggen dat het ligt aan de zorg, aan eenzaamheid of aan het feit dat wij ons niets van elkaar aantrekken. Ik vind dat echt te gemakkelijk. Ik vind het ook een gevaar om deze debatten met elkaar te vermengen. Ik wil dan ook absoluut afstand van die redenering nemen. Ik denk dat het ook belangrijk is dat wij in het parlement blijven scheiden. Euthanasie is namelijk een pre-caire, medisch heel bijzondere handeling. Bijna altijd droevig, soms een bevrijding en altijd moeilijk. Wij gaan daarbij niet over één nacht ijs, niet als beleidsmakers, niet als medisch professionals en niet als toezichhouders. Wij moeten er ook voor waken om al te lichtzinnig en snel conclusies te trekken of verbanden te leggen. Dat doet geen recht aan de zorgvuldigheid waarmee deze wet is gemaakt en waarmee deze wet wordt toegepast.

Euthanasie bij psychiatrische patiënten of bij demente patiënten is mogelijk, maar vergt nog meer van iedereen. Dat dit mogelijk is — ik zei het al — is hier, in dit parlement, beslist. Ik heb over euthanasie bij dementerenden niet voor niets een handreiking geschreven, samen met onze partners. Ik kan mij ook voorstellen, ook wetend hoe de beroepsgroep erover denkt — niet alleen nu maar eigenlijk al decennia — dat wij ten aanzien van euthanasie bij psychiatrische patiënten en niet alleen bij dementerenden verdieping zoeken en kijken hoe het beter kan, of specifiek onderzoek kan worden gedaan hoe wij psychiaters beter kunnen helpen. Maar goed, ik loop dan een beetje vooruit op mijn opvolger. Kunnen wij — een heel goede suggestie — de kennis bij 113Online, waar dat elkaar kan helpen, delen met de dagelijkse praktijk? Ik denk dat dat een heel intelligente manier is om naar deze problematiek te kijken, en ook te kijken naar wat er in de praktijk gebeurt en hoe wij dat beter kunnen verbinden. De derde evaluatie gaat nog besproken worden. Wij hebben bij dementie de handreiking geschreven, omdat daartoe echt noodzaak was, aangegeven door artsen en aangegeven door de praktijk. Bij de psychiatrie hebben we al maatregelen genomen. Vroeger werd hierbij niet automatisch een psychiater geconsulteerd. Nu is dat wel zo. Ik kan mij voorstellen dat ook hier weer nieuwe stappen worden gezet om het te verbeteren.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik ben heel blij met het antwoord van de minister. Ook ben ik blij dat ze meedenkt over de wijze waarop we hiernaar zouden kunnen kijken als we de derde evaluatie bespreken. Een toevoeging van mijn zijde is dat de Levensindekliniek ook een kennis- en expertisecentrum is waar juist op dit gebied heel veel wordt opgebouwd. Ziet ook de minister de toegevoegde waarde hiervan?

Minister Schippers:

Dat vond ik al evident. De Levensindekliniek is uitgegroeid tot ons kenniscentrum. Je moet de kennis daar versterken. De Levensindekliniek is nu bezig om doctoren te helpen die zeggen dat euthanasie een mogelijkheid zou kunnen zijn voor mensen met dementie die dat expliciet, weloverwogen en in volle bewustzijn hebben aangegeven, het goed met artsen en hun omgeving hebben besproken en een euthanasieverklaring hebben vastgelegd bij hun huisarts of zelfs bij de notaris. De Levensindekliniek wil artsen

helpen die hiervoor openstaan en zeggen: ik kan invoelen wat mijn patiënt wilde en dat kan ik inwilligen. Daar is een handreiking voor geschreven. Ik kan me voorstellen dat de Levensindekliniek, waar de expertise zit, samen met psychiaters gaat bekijken hoe deze psychiaters kunnen worden geholpen. Dit geldt dus niet voor alle psychiaters. Er zullen altijd psychiaters zijn die zeggen: ik wil dit niet. Dat is een gerechtvaardigde beslissing. Dat kan in Nederland. Iedere arts kan dat, ook een psychiater. Er zijn echter psychiaters die meer steun nodig hebben of die meer behoefte hebben om te helpen. Ik vind dat we daarvoor open moeten staan en moeten bekijken hoe we dat beter kunnen doen.

De voorzitter:

Voor mevrouw Dijkstra is dit voldoende. Er is nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

In aansluiting op de vraag van mevrouw Dijkstra: ziet ook de minister de noodzaak om bij de psychiatrische opleidingen meer aandacht te besteden aan dit gevoelige onderwerp? Ziet de minister een rol weggelegd voor de Levensindekliniek om haar kennis te delen in de opleidingen?

Minister Schippers:

Het is altijd een beetje vervelend dat ik moet zeggen dat de psychiaters natuurlijk de inhoud en het curriculum van hun eigen opleidingen bepalen. Ik kan mij, gezien de praktijk en gezien wat hier speelt, wel het volgende voorstellen. In het gesprek dat wordt aangegaan tussen de Levensindekliniek en de psychiaters over de vraag hoe we dit beter kunnen doen, kan wellicht ook worden besproken hoe dit onderwerp in de opleiding wordt behandeld. Wordt het überhaupt behandeld? Wordt het op de goede manier behandeld? Wellicht kan dit onderwerp worden meegenomen in het heel complexe veld van hoe je die afwegingen nu eigenlijk goed moet maken.

De voorzitter:

De minister vervolgt.

Minister Schippers:

Ik heb een aantal vragen gekregen waarover het interessant filosoferen is, maar waarvan ik me echt afvraag wat de toegevoegde waarde ervan is. Ik voelde mij geroepen om dit te zeggen, omdat ik echt denk dat als we dit doen ... We zijn de afgelopen jaren heel serieus met deze materie bezig geweest. Hoe kunnen we dit verder ontwikkelen? Hoe kunnen we artsen helpen? Hoe kunnen we patiënten helpen? Van de handreiking euthanasie bij dementerenden is ook een publieksversie gemaakt voor patiënten: stel het betreft mij; waar moet ik dan op letten? Bij psychiatrische patiënten zouden we dit ook moeten doorontwikkelen. Een heleboel vragen gaan eigenlijk over de derde evaluatie. Ik vraag me af of ik daar nu op moet ingaan. Het netwerk van psychiaters is natuurlijk ook belangrijk. Bij deze materie zul je ook bijvoorbeeld de volgende vragen moeten betrekken. Hoe kunnen wij het beter doen? Hoe kunnen we het steunpunt beter uitrusten? Wat kunnen wij eigenlijk nog meer voor elkaar betekenen?

Vervolgens werd gevraagd hoe het gaat met het overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland, LHV, GGZ Nederland en het ministerie van VWS om de administratieve lastendruk te verminderen. Wij hebben er ongelofelijk veel tijd aan besteed. Tegelijkertijd ben ik heel bescheiden over wat dat betekent. Ik ben, geloof ik, in 1993 begonnen met werken bij de VVD-fractie. Vanaf die tijd ben ik bezig met zwartboeken, actieplannen en overleggen over de vraag hoe wij de administratieve lasten daadwerkelijk kunnen verminderen. Bij de metingen die wij op nationaal niveau doen, komt de zorg er altijd behoorlijk goed uit, en als die er niet goed uitkomt, nemen we maatregelen. Maar mijn persoonlijke conclusie is dat al die metingen maar tot op betrekkelijke hoogte iets zeggen over wat de mensen die echt in het veld werken, daarvan voelen. Zij kunnen heel andere zaken voelen dan wij hier abstract meten. Wij kunnen op grond van de metingen wel vinden dat we het goed doen, maar ondertussen voelen professionals zich tot de nek in de formulieren zitten.

Dat is de reden waarom ik het initiatief van de huisartsen heb omarmd toen zij "Het Roer Moet Om" startten. Ik dacht namelijk: ja, eindelijk van onderop. Dat is de manier waarop je het moet doen. Wij hebben een intensief traject gehad. Daarbij zijn heel veel administratieve lasten weggehaald. Tegelijkertijd heb ik gezegd: dat is fijn, we hebben gemeten; huisartsen zeggen ook dat ze het voelen, maar als we niet opletten, groeit het net zo snel weer dicht. Bij huisartsen is het dan nog makkelijker dan als je het in het ziekenhuis wilt doen. De oncologen hebben weer andere administratieve lasten dan de kinderartsen, en die weer andere dan andere specialisten. Maar je moet het van onderop met elkaar doen. Van bovenaf werkt het niet. Wij hebben heel veel acties ingesteld. De leden kunnen in de voortgangsrapportages terugvinden wat we er al op die manier aan hebben gedaan. Maar ik ben ervan overtuigd dat wij er niet mee klaar zijn. Dit is echt iets waar de politiek verder mee moet. Wij moeten echt professionals helpen om die administratieve lastendruk verder terug te dringen.

Aan de andere kant vind ik het te gemakkelijk om te zeggen: door administratieve lasten komen we aan de euthanasieverzoeken niet toe. Die conclusie is mij veel te snel getrokken. De link tussen wat er in de ggz gebeurt en de euthanasiediscussie is mij wat al te gemakkelijk en te oppervlakkig.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik deel de mening van de minister dat wij er heel erg voor moeten uitkijken om een oorzakelijk verband te leggen tussen problemen in een sector en de hele euthanasiekwestie. Tegelijkertijd neemt dat niet weg dat psychiaters het signaal geven dat zij zo veel tijd kwijt zijn aan administratieve lasten en dat dat ten koste gaat van een goede behandelrelatie met patiënten. Zeker bij patiënten met een complexe zorgvraag is het ingewikkeld. Dit speelt mogelijk mee bij het doorverwijzen naar de levenseindekliniek. Het is ingewikkeld — dat deel ik met de minister — maar dat neemt niet weg dat wij dit goed moeten onderzoeken en dat er hoe dan ook iets gedaan moet worden aan de administratieve lastendruk bij psychiaters. Inderdaad, het gaat werken als het van onderop komt. Dat hebben de huisartsen laten zien. Daar moet blijvend aan gewerkt worden. Ziet de minister wel een rol voor zich om dit ook bij de vereniging van psychiaters onder de aandacht te brengen? Wordt er al gekeken naar het initiatief van de huisartsen en kan dat als goed voorbeeld dienen voor de psychiaters?

Minister Schippers:

Wij hebben eenzelfde traject met hen gedaan in het afgelopen jaar. Wij hebben eenzelfde traject gedaan voor lastenvermindering in de ggz, met de psychiaters, met de patiënten, met de instellingen en met de zorgverzekeraars. Dat is exact hetzelfde traject. Er is dus veel gebeurd, maar nog niet genoeg. Maar de administratieve lasten in relatie tot euthanasie zou ik ervan willen loskoppelen. Euthanasie zal administratieve lasten met zich meebrengen. Waarom? Wij hebben een toetsingscommissie. Die moet toch precies kunnen nagaan wat er daarbij is gebeurd? Er zijn dus aan de ene kant administratieve lasten in de dagelijkse praktijk van een psychiater, waarvoor geldt dat we er alles aan moeten doen om die te verminderen. Aan de andere kant zijn er de administratieve lasten van de euthanasie. Ik ben er niet van overtuigd dat we daar nu heel veel aan kunnen doen. Een psychiater zal zodanig aantoonbaar moeten maken en moeten opschrijven dat hij een zorgvuldige procedure heeft gevolgd dat de regionale toetsingscommissie uiteindelijk kan nagaan of dat is gebeurd. Die administratieve lasten zullen er altijd blijven, maar die heeft een huisarts ook. Een huisarts moet ook allemaal precies opschrijven waarom hij kan invoelen dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, of er nog behandelingsopties waren en of er een euthanasieverklaring was. Ik ben echt niet van plan om aan die administratieve lasten iets te doen. Wij moeten dat immers wel kunnen nagaan en blijven nagaan.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De zorgvuldigheid staat voorop. Dat brengt ook administratieve lasten met zich mee. Onnodige administratieve lasten moeten worden weggenomen. Toch geven psychiaters aan dat ze aan zo'n intensief traject met een patiënt met een doodswens juist niet toekomen. Ik vind dit toch wel een punt van gesprek met psychiaters. Het mag niet zo zijn dat een beroepsgroep niet kan ingaan op een hulpvraag van een patiënt met een complexe psychische aandoening. Dat wordt duidelijk gemaakt in dat artikel en wat mij betreft is dat de kern van dit debat. Het mag niet zo zijn dat er in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende aandacht is voor groepen met een complexe zorgvraag. Dat is toch iets wat opgelost moet worden. Dat kan de minister niet in haar eentje, maar ik zie het wel als een taak van de politiek en het veld om te bekijken hoe we dit probleem kunnen oplossen, zodat deze patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Minister Schippers:

Ik ben het daarmee eens. Tegelijkertijd zullen de administratieve lasten altijd zwaar blijven als het gaat om euthanasie, omdat je het op de een of andere manier moet registreren. Ik kan me wel voorstellen dat we in gesprek gaan. Dat is ook mijn advies: ga bekijken hoe je dit complexe onderwerp kunt aanpakken. Want dit is nog veel complexer dan somatische problematiek; daar hoef ik niemand van te overtuigen. Tegelijkertijd moet die complexiteit, als je het zorgvuldig wilt doen, ook achteraf invoelbaar zijn. Dan heb je dus niet alleen te maken met een complex zorgtraject, dat al heel veel vraagt van een psychiater, maar ook nog

eens met een heel zorgvuldige vastlegging van dat traject. Daardoor kan een RTE, of eventueel een rechter als een RTE zegt dat het niet zorgvuldig verliep, later nagaan wat er is gebeurd. Zo hebben we het hier ook afgesproken, en niet onterecht, want dit moet toetsbaar blijven. Als het makkelijker kan, moeten we het uiteraard makkelijker doen. Maar makkelijk zal het nooit worden. Als er vanuit de Kamer en een nieuwe bewindspersoon een traject gestart wordt à la dementie, zou ik me kunnen voorstellen dat je aandacht besteedt aan de vraag: hoe kunnen we het beter doen, maar wel zodanig dat het nog wel zorgvuldig gebeurt en nazoekbaar is?

Volgens de SGP kan het initiatief ook van buiten een patiënt komen, namelijk vanuit behandelaren. Ik heb die signalen niet gekregen. Misschien bedoelt de heer Van der Staaij dat behandelaren zeggen: goh, u hebt zo'n ernstige ziekte; hebt u weleens nagedacht over euthanasie? Ik weet niet of hij dat bedoelde, maar dat herken ik niet. Ik heb daar nooit van gehoord. Het kan in gesprekken op een gegeven moment natuurlijk wel blijken dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dan kan de levenseindekliniek in dat gesprek naar voren komen. We hebben er in ieder geval voor gezorgd dat de RTE's een code of practice hebben waarin staat dat in het geval van psychiatrische patiënten een psychiater geconsulteerd moet worden. Dat is heel belangrijk. Dat hebben we ingevoerd na 2014. Eerder hoefde dat geen psychiater te zijn; nu is dat wel zo. Uiteindelijk moet er immers wel getoetst worden of het intrinsiek vanuit patiënten zelf komt, of zij het zelf willen en of het niet van buitenaf is opgelegd. Die toets moet altijd worden uitgevoerd. Ook de NVvP heeft in een richtlijn staan dat er een extra psychiater moet worden geconsulteerd. Aan de toetsingscommissie euthanasie is ook psychiatrische deskundigheid toegevoegd. We hebben de psychiatrische poot in de hele procesgang dus wel heel erg versterkt.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik zou graag een nadere toelichting geven over de casus waar ik op doelde. Ik weet niet of het vaker voorkomt, maar ik heb begrepen dat in ieder geval in één geval niet zozeer de psychiater, maar vooral het zorgpersoneel in een instelling tegen een jonge psychiatrische patiënte heeft gezegd: weet u wel dat er ook de mogelijkheid is om u in de Levensindekliniek te laten helpen? Ik maakte me daar best zorgen over. Als zoiets in een kwetsbare omgeving op deze manier als een suggestie op tafel wordt gelegd, kan dat een eigen leven gaan leiden en ook druk leggen op patiënten. Ik vroeg mij simpelweg af of er codes zijn die bepalen hoe zorgpersoneel hiermee moet omgaan, want goedbedoelde adviezen kunnen toch heel riskant uitpakken.

Minister Schippers:

Dat is altijd het lastige aan een individuele casus, want ik weet niet wat er daarvoor is voorgevallen. Is dit gezegd naar aanleiding van het feit dat een psychiater zei: uw wens kan ik niet vervullen? Is het daarna ter sprake gekomen? Dat kan ik als minister in zo'n individuele casus niet beoordelen. Ik weet wel dat we het allemaal heel strak geregeld hebben. De intrinsieke motivatie voor die wens moet vanuit iemand zelf komen. We hebben de toetsing daarop op allerlei manieren versterkt. Natuurlijk vindt er vervolgens in de samenleving discussie plaats over dit soort onderwerpen, die zo ingrijpend en belangrijk zijn. Ik denk dat dat

alleen maar goed is. Natuurlijk heb ik het artikel, de mening en de standpunten van de heer Chabot in de NRC ook gelezen, net als die van de heer Jacob Kohnstamm. De één zal zeggen dat Chabot wel gelijk heeft, terwijl ikzelf wel blij was met het interview met de heer Jacob Kohnstamm, die zich hierover heel zorgvuldig uitliet en zich er op die manier in verdiepte. Het hangt ook van je eigen standpunt af hoe je dat beoordeelt. Dat er debat is, vind ik overigens heel belangrijk en heel erg goed. Het debat over euthanasie is niet geëindigd met het instellen van een wet.

Mevrouw Marijnissen (SP):

De minister vergelijkt eigenlijk twee krantenartikelen en zegt dat het afhankelijk is van je eigen blik op de zaak hoe je naar die artikelen kijkt, maar ik ben dat absoluut niet met haar eens en heb daar een vraag over. Het was nu Chabot, maar je kunt ook elke andere hulpverlener noemen die er dagelijks in de praktijk mee te maken heeft. Zou de politiek juist niet vertrouwen moeten hebben in die mensen, los van de opvattingen van u, mij of anderen over een vrijwillig levenseinde? Zou je niet het signaal van mensen die dagelijks in de praktijk werken heel serieus moeten nemen? Moet je nou niet juist die dingen los zien van elkaar?

Minister Schippers:

Chabot is niet een hulpverlener die nu dagelijks in de praktijk werkt maar wel een opiniemaker en een belangrijk iemand in dit debat. Het is heel erg belangrijk om ten aanzien van euthanasie goed te luisteren naar mensen die er dagelijks in de praktijk mee werken. Als je luistert naar mensen die er dagelijks in de praktijk mee werken, krijg je overigens ook heel verschillende opvattingen te horen. Ik heb het afgelopen jaar heel veel gesproken met mensen die in de dagelijkse praktijk werken, over euthanasie en over voltooide leven. Er leven daar heel verschillende opvattingen. Ik denk dat in heel veel partijen — in ieder geval in de mijne al 20 of 30 jaar — een uiterst fel debat wordt gevoerd over deze problematiek, waar artsen, verpleegkundigen en patiënten zich heel actief in roeren. Ik kan u vertellen dat zij het heel vaak niet met elkaar eens zijn. Wel belangrijk is — dat is ook gedaan bij dementie — dat de signalen van de artsen, hulpverleners en patiënten aanleiding geven voor dat hele, zorgvuldige, traject van de handreiking. Precies daarom zeg ik hier dat die derde evaluatie, en wat daarin te lezen is, een aanleiding daartoe zou kunnen zijn. Dat is ook hetgeen artsen, patiënten en nabestaanden van patiënten die suïcide hebben gepleegd omdat ze geen gehoor kregen bij de zorg, hebben gezegd. Het zou aanleiding moeten zijn om misschien ook zo'n soort traject te volgen, waarbij je zegt: we hebben het over een heel bijzondere groep die heel bijzondere en preciaire medische hulpverlening vergt, dus moeten we wat meer inzoomen en met patiënten en zorgverleners kijken naar een manier waarop we de situatie kunnen verbeteren.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Marijnissen.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik begon mijn eerste termijn met een citaat uit de evaluatie waaruit heel duidelijk bleek dat het zeker niet alleen een verhaal is van opiniemaker Chabot, maar juist van hulpver-

leners zelf, de psychiaters. Zij geven aan dat doordat zij in hun afweging twijfels hebben bij de kwaliteit die zij kunnen leveren, zij ook twijfels hebben bij de zorgvuldigheidstoets die zij in acht wensen te nemen. Dat is toch iets wat wij niet in de wind kunnen slaan omdat wij wellicht een andere opvatting hebben over hoe wij naar de zaak an sich kijken?

Minister Schippers:

Ja, maar ik vind het ook te gemakkelijk om hier een relatie te gaan leggen met knelpunten die wij momenteel ervaren in de ggz, zeker als je dit vergelijkt met 30 jaar geleden. Je ziet eigenlijk dat wat dat betreft de situatie rond psychiatrische patiënten altijd precair is geweest, maar dat hiervoor in deze Kamer geen uitzondering is gemaakt omdat blijkbaar de overtuiging van de meerderheid van de Kamer is dat het wel moet kunnen. Wordt het daarmee gemakkelijk? Nee. Is het daarmee de afgelopen 30 jaar gemakkelijk geweest? Nee. Het blijft uiterst complex. Daarom moeten we de praktijk stap voor stap verbeteren. De derde evaluatie is aanleiding om kennis te vermeerderen en beter te verspreiden, en om te kijken hoe wij wat meer kunnen inzoomen op de psychiaters die zeggen: ik wil daar in principe wel aan voldoen maar ik heb hier last van of ik zie daar een belemmering. En de evaluatie is aanleiding om de mensen die er wel bereid toe zijn, te helpen; te helpen in het nemen van een beslissing en te helpen in de dilemma's die zij ervaren. Zo is dat ook gebeurd door die hele kleine groep artsen die bereid is tot euthanasie bij dementerende patiënten in een vergevorderd stadium. Dat zijn er ook een paar. Er zijn heel veel patiënten en politici die zeggen: wij vinden wel dat die weg open moet blijven. Wordt die er gemakkelijk van? Nee, ik denk dat het nooit gemakkelijk gaat worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Hiermee is de minister aan het einde van haar eerste termijn. Ik kijk rond of er behoefte is aan een tweede termijn van de zijde van de Kamer. Dat is het geval. Het woord is aan mevrouw Szazias.



Mevrouw Szazias (50PLUS):

Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording, al heb ik de indruk dat zij vindt dat de cijfers en de toename enorm meevallen, terwijl er in de evaluatie toch duidelijk aandacht voor wordt gevraagd.

Ik krijg graag een reactie van de minister, die ik in eerste termijn al heb gevraagd, op de eerste aanbeveling in de evaluatie om onderzoek te laten uitvoeren naar de achterliggende oorzaken van het stijgende aantal euthanasiegevallen. Ik vind dat onderzoek vooral belangrijk, omdat we er in een later stadium veel uitgebreider over zullen spreken. Dat is goed. Overigens ben ik ervan overtuigd dat alle zorgvuldigheid rondom dit onderwerp nodig is en dat de intenties van iedereen in principe goed zijn. Ik vind wel dat die eerste aanbeveling heel belangrijk is. Als wij er in de toekomst uitgebreid over spreken, hebben we een onderliggend stuk.

De voorzitter:

Ik kijk verder of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is niet het geval, dus ik geef graag het woord aan de minister.



Minister Schippers:

Voorzitter. Ik vind het in die zin complex dat euthanasie controversieel is verklaard door de Kamer en dat ik demissionair ben en een heleboel rapporten die ik krijg zonder reactie doorstuur naar de Kamer. Natuurlijk kan ik zeggen: het is wel controversieel verklaard en ik ben wel demissionair, maar ik ga gewoon doorregeren, nieuw beleid maken en besluiten nemen. Dat zou ik doen, want ik denk dat je heel goed naar de aanbevelingen moet kijken. Ik denk helemaal niet dat we klaar zijn en dat we tevreden achterover kunnen leunen naar aanleiding van de derde evaluatie. Ik kan u zo al zeggen dat het goed is om onderzoek te doen. Ik heb dat echter niet gedaan, omdat ik als demissionair minister gehouden ben om geen oordeel te hebben over stukken die nu binnenkomen, omdat ik daar dan nieuw beleid op maak. Het wordt complex als ik dan zeg dat ik de eerste aanbeveling ga doen en de tweede en derde niet. Dat is de reden waarom ik ook niet inga op de aanbevelingen twee en drie, niet omdat ik denk dat het onverstandig is. Ik denk dat het heel verstandig is voor een ingrijpend onderwerp als euthanasie. Je kunt beter te veel onderzoek doen dan te weinig. Het is ontzettend belangrijk om de mensen te steunen die voor die moeilijke dilemma's staan. Ik heb nog niet zo lang geleden zelf met een huisarts meegeleefd over een heel traject van euthanasie. Het ging niet om een psychiatrisch patiënt, maar het was wel zo zwaar voor een hulpverlener om dat te moeten doen. Als je die kunt steunen, moet je dat doen. Ik ben daar dan ook een groot voorstander van. Ik heb dat alleen maar niet gedaan omdat ik demissionair ben.

De voorzitter:

Dat roept nog een vraag op van mevrouw Szazias.

Mevrouw Szazias (50PLUS):

Als u onderzoek laat doen naar de achterliggende oorzaak, maakt u nog geen beleid. Dan helpt u de Kamer bij haar oordeelsvorming. We kunnen toch ook afspreken dat u dat onderzoek laat doen en dat het volgende kabinet daar vervolgens beleid op maakt?

Minister Schippers:

Dat kan, maar ik heb heel vaak te maken met dit soort besluiten. Dan doe ik geen onderzoek. Als ik onderzoek doe, besluit ik toch waar de onderzoeksgelden naartoe gaan. Ik vind het allemaal prima, maar deze Kamer heeft zo'n beetje 80% van de zorg controversieel verklaard. De vorige keer dat ik demissionair was — ik zei het net tegen een aantal Kamerleden — ging 80% door. Nu gaat 80% niet door. Dat is niet mijn keuze. U kunt niet van mij verwachten dat ik een beetje selectief ga shoppen, want dan sta ik hier morgen weer en dan zegt u: minister, u gaat nu alleen maar uw eigen hobby's doen. Dat vind ik overigens heel leuk. Dat zou ik best wel willen in de laatste maanden. Het is toch duidelijk waar de redenering vandaan komt? Er zijn wel meer dingen in de zorg waarnaar we onderzoek moeten

doen, en waarover ik nu ook geen beslissing neem. Dat doe ik niet omdat ik dat zelf niet wil; dat doe ik niet omdat deze Kamer naar mijn mening terecht zegt: beste minister, u zit in uw laatste weken; ga ons de komende tijd niet opzadelen met dingen die u zo belangrijk vindt; wacht maar even. Ik ken mijn plaats; dat is eigenlijk waar het over gaat.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Ik dank de minister voor haar aanwezigheid en haar bijdrage aan dit debat. Dat geldt uiteraard ook voor de Kamerleden en de mensen die dit debat gevolgd hebben, hier in de zaal dan wel op een andere plek.

De vergadering wordt van 11.22 uur tot 13.15 uur geschorst.

Voorzitter: Harbers