

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3938533-1069416-PG

Bijlagen
1

Datum document
23 juli 2024

Datum 30 augustus 2024
Betreft Kamervragen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) over het interview met Hoogleraar Psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad "De wens om niet te willen leven mag je niet gelijk stellen aan de wens om dood te zijn." (2024Z12151).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Vincent Karremans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) over het interview met Hoogleraar Psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad "De wens om niet te willen leven mag je niet gelijk stellen aan de wens om dood te zijn." (2024Z12151, ingezonden 23 juli 2024).

Vraag 1

Heeft u kennis genomen van het interview met hoogleraar psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad van 19 juli 2024? 1)

Antwoord op vraag 1

Ja, daar heb ik kennis van genomen.

Om misverstanden te voorkomen acht ik het van belang hier kort in te gaan op enkele onjuistheden over de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl) en de Nederlandse euthanasiepraktijk die in het interview naar voren kwamen en waar inmiddels ook door verschillende juristen in de media/op social media op is gewezen.

Allereerst is geen sprake van een 'verruiming van de euthanasiepraktijk naar psychisch lijden' aangezien de Hoge Raad al in 1994 oordeelde dat euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening mogelijk is mits daarbij extra behoedzaamheid wordt betracht (Chabot-arrest). De Wtl is dan ook niet alleen bedoeld voor mensen die lijden aan een levensbedreigende aandoening. De levensverwachting van de patiënt speelt geen rol. Ook is het niet zo dat er 'geen medische stoornis meer nodig is'. In 2002 besliste de Hoge Raad namelijk dat euthanasie slechts mogelijk is indien het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate voortkomt uit medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen (Brongersma-arrest). Genoemde arresten van de Hoge Raad bevatten normen die in aanvulling op de Wtl van belang blijven.

Vraag 2

Heeft u ook kennis genomen van de eerdere discussies binnen de psychiatrie over euthanasie zoals in opiniestukken van psychiaters Esther van Fenema (Uitzichtloosheid: een hellend vlak, Medisch Contact 10 januari 2024) 2), Sisco van Veen ("Eenzijdige berichtgeving brengt een goede psychiatrische euthanasiepraktijk verder weg") 3), VillaMedia 8 maart 2024) en Jim van Os ('Jongeren euthanasie aanbieden negeert hun psychisch lijden' Trouw 26 juni 2024) 4)?

Antwoord op vraag 2

Ja, ook van de eerdere discussies heb ik kennis genomen, waaronder de genoemde opiniestukken.

En ook hier acht ik het van belang te benadrukken dat geen sprake is van het oprekken van de euthanasiewet bij psychiatrisch lijden (zie ook het antwoord op vraag 1).

Vraag 3

Klopt het dat het aantal euthanasieverzoeken vanwege psychisch lijden in 2023 in vier jaar tijd meer dan verdubbelde 5)? In hoeverre droeg de leeftijdsgroep onder de 30 bij aan deze groei? Heeft u een vollediger beeld van deze cijfers uitgesplitst naar leeftijdsgroep, geslacht en jaar? Zo ja, kunt u die uitgesplitst aan uw antwoord toevoegen (mits dit onherleidbaar mogelijk is)?

Antwoord op vraag 3

Aangezien wordt verwezen naar het Jaarverslag 2023 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), ga ik er vanuit dat deze vraag ziet op het aantal euthanasiemeldingen vanwege psychisch lijden en niet op het aantal euthanasieverzoeken.¹

Zoals uit onderstaande tabel blijkt, is het aantal euthanasiemeldingen dat de RTE in de periode 2020-2023 heeft ontvangen en waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis toegenomen. Hierbij was ook een toename te zien van euthanasiemeldingen van patiënten jonger dan 30 jaar. Het is zeer triest dat een toenemend aantal mensen voor hun psychisch lijden geen andere uitweg meer ziet dan euthanasie, met name als het nog jonge patiënten betreft die nog een heel leven voor zich hebben.

Jaar	Aantal door RTE ontvangen euthanasiemeldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis	Jonger dan 30 jaar - leeftijd	Jonger dan 30 jaar - man	Jonger dan 30 jaar - vrouw
2020	88 - waarvan 5 patiënten jonger dan 30 jaar	27 jaar: 3 29 jaar: 2	2	3
2021	115 - waarvan 14 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 2 21 jaar: 1 22 jaar: 1 23 jaar: 2 25 jaar: 2 27 jaar: 4 28 jaar: 2	2	12

¹ Er zijn gegevens beschikbaar over het aantal euthanasiemeldingen die de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie jaarlijks ontvangen, maar er zijn geen jaarlijkse gegevens beschikbaar over het totaal aantal euthanasieverzoeken dat in Nederland gedaan wordt. Sinds 2005 zijn op basis van het vijfjaarlijkse Sterfgevallenonderzoek gegevens beschikbaar over het totaal aantal verzoeken om euthanasie dat voorafgaand aan het overlijden door patiënten is gedaan. Het gaat daarbij uitsluitend om uitdrukkelijke verzoeken van mensen die zijn overleden. Het Sterfgevallenonderzoek geeft geen inzicht in uitdrukkelijke verzoeken van mensen die niet zijn overleden, bijvoorbeeld omdat het verzoek niet is ingewilligd en zij niet ernstig ziek waren.

2022	115 - waarvan 11 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 1 20 jaar: 1 21 jaar: 2 25 jaar: 2 28 jaar: 1 29 jaar: 4	0	11
2023	138 - waarvan 22 patiënten jonger dan 30 jaar	16 jaar: 1 17 jaar: 1 21 jaar: 1 22 jaar: 1 24 jaar: 4 25 jaar: 2 26 jaar: 6 27 jaar: 2 28 jaar: 3 29 jaar: 1	5	17

Vraag 4

Bent u het ermee eens dat in bovenstaande opiniestukken het beeld naar voren komt dat een kleine groep psychiaters sneller en vaker bereid is tot het uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden en een grotere groep juist terughoudend is?

Antwoord op vraag 4

De meeste psychiaters ondersteunen het idee voor euthanasie bij psychisch lijden. Binnen de gehele beroepsgroep is echter sprake van terughoudendheid ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag.² Dat psychiaters euthanasieverzoeken op basis van psychisch lijden als complex ervaren en het heel ingewikkeld vinden te bepalen wanneer genoeg is gedaan en het lijden uitzichtloos is geworden, is begrijpelijk. Bij dergelijke verzoeken staat zorgvuldigheid voorop. De wens kan immers onderdeel zijn van het ziektebeeld. In het veld wordt overigens gesignaleerd dat de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters afneemt. Het beeld dat geregeld in de media naar voren komt, namelijk dat een kleine groep psychiaters sneller en vaker bereid is tot het uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden, ligt dan ook genuanceerder. Hoe de verhoudingen precies zijn, is niet bekend. Binnen de beroepsgroep vindt dialoog en discussie plaats over het onderwerp. Onder andere door het landelijke expertisenetwerk ThaNet wordt gefaciliteerd dat kennis en expertise bij de zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg over mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek op psychische grondslag wordt vergroot.

Vraag 5

Weet u hoeveel steun bestaat voor het inwilligen van euthanasieverzoeken van jongere patiënten binnen de beroepsgroep? In hoeverre speelt "het persoonlijke idee over wat het leven zou moeten betekenen, over wat lijden mag zijn" (prof. Denys in bovengenoemd interview¹) van psychiaters een rol in de beslissing om wel of niet tot euthanasie over te gaan?

² Kamerstukken II 2022/2023, 32 647, nr. 95.

Antwoord op vraag 5

Het is niet bekend hoeveel steun bestaat voor het inwilligen van euthanasieverzoeken van jongere patiënten binnen de beroepsgroep. Wel is uit het veld bekend dat betrokken zorgprofessionals dit een zeer complex onderwerp vinden en dat is heel begrijpelijk.

Iedere arts/psychiater in Nederland die geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek van een patiënt mag hierin een eigen afweging maken. Een arts/psychiater is nooit verplicht euthanasie te verlenen en mag bijvoorbeeld op grond van geloofsovertuiging, gewetens- of andere bezwaren besluiten om niet tot het verlenen van euthanasie bereid te zijn.

Het systeem van de Wtl en de daarin opgenomen zorgvuldigheidseisen is verder zo ingericht dat objectiveerbaar dient te zijn in hoeverre sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De arts dient de overtuiging te hebben gekregen dat hiervan sprake is. Met dien verstande dat de ondraaglijkheid van het lijden sterk persoonsgebonden is en voor de arts invoelbaar en begrijpelijk dient te zijn. Daarnaast is het proces bij een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden met extra waarborgen omgeven, omdat altijd onafhankelijke psychiatrische expertise moet worden ingewonnen.

Vraag 6

Hoeveel psychiaters zijn momenteel bereid om euthanasie uit te voeren bij patiënten onder de dertig? Zijn er cijfers over hoe vaak dezelfde kleine groep psychiaters betrokken zijn als behandelaar of SCEN-arts bij euthanasie bij psychisch lijden van de patiëntengroep onder de dertig? Welke rol speelt de geringe bereidheid van psychiaters tot euthanasie bij de groeiende wachtlijsten?

Antwoord op vraag 6

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal psychiaters dat bereid is om euthanasie uit te voeren bij patiënten onder de dertig.

Zoals in de tabel bij de beantwoording van vraag 3 is te zien, is in de periode van 2020 tot en met 2023 aan 52 patiënten jonger dan 30 jaar euthanasie verleend, waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis.

Bij deze 52 meldingen van euthanasie waren 29 uitvoerend artsen (zowel psychiaters als andere artsen), 43 SCEN-artsen (zowel psychiaters als andere artsen) en 32 onafhankelijk psychiaters betrokken.

Van de 29 uitvoerend artsen hebben 6 psychiaters in genoemde periode in totaal 29 maal euthanasie verleend aan patiënten jonger dan 30 jaar (variërend van 1 tot 12 maal); de overige 23 uitvoerend artsen hebben 1 maal euthanasie verleend.

Van de 43 SCEN-artsen is één SCEN-arts (tevens psychiater) in 3 meldingen geraadpleegd, 8 SCEN-artsen zijn in 2 meldingen geraadpleegd en de overige 34 SCEN-artsen zijn in 1 melding geraadpleegd.

Ook al is een beweging gaande in het veld, nog steeds worden, vanwege de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters, veel patiënten doorverwezen naar Expertisecentrum Euthanasie (EE). Hierdoor is sprake van een wachttijd bij EE voor mensen met een psychische aandoening. De wachttijd varieert van enkele maanden tot, in enkele gevallen, drie jaar. Door persisterende doodswensen en euthanasieverzoeken binnen de ggz bespreekbaar te maken en te beoordelen, is de verwachting dat minder patiënten zich aanmelden bij EE en het knelpunt van de soms lange wachttijd verder zal afnemen. Overigens wijst de praktijk uit dat EE slechts 10 tot 15% van het totale aantal hulpvragen op basis van psychisch lijden uitvoert. Wat de hulpvragers met psychisch lijden jonger dan 30 jaar betreft stopt voor het overgrote deel van hen het traject al tijdens de onderzoeksfase. Deze hulpvragers trekken hun verzoek in, geven geen toestemming voor het opvragen van medische gegevens of zijn/gaan nog in behandeling, waardoor ze niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoen. Ook daarna kiezen er nog veel voor om zich terug te trekken uit het traject.³

Vraag 7

Is er binnen de beroepsgroep consensus over de uitzichtloosheid van psychisch lijden en de consistentie van een euthanasiewens bij patiënten onder de dertig? Betekent het ontbreken van een redelijk behandelperspectief ook altijd dat de situatie uitzichtloos is? Bij welk percentage van deze groep patiënten verbetert de kwaliteit van leven op termijn en hoe klein moet dit percentage zijn om te kunnen spreken van uitzichtloosheid?

Antwoord op vraag 7

Zoals ik in antwoord op vraag 4 heb aangegeven, is euthanasie bij psychisch lijden complex en is binnen de gehele beroepsgroep sprake van terughoudendheid ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag. Het is aan iedere individuele psychiater om een eigen afweging te maken wanneer hij/zij geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden in het algemeen en bij patiënten van onder de dertig in het bijzonder.

In de richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is aangegeven dat er zowel in de maatschappij als binnen de beroepsgroep consensus bestaat over het feit dat extra behoedzaamheid in acht moet worden genomen wanneer de grondslag van een verzoek primair gelegen is in een psychische stoornis. De richtlijn beoogt een actuele, zorgvuldige en bruikbare procedure te schetsen die aansluit bij de ethische normen die in de medische beroepsgroep en in de maatschappij bestaan en die implementeerbaar is in de hedendaagse praktijk.

In de richtlijn staat hoe ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënten met een psychische stoornis en een verzoek om levensbeëindiging beoordeeld moeten worden. Daarbij is onder meer aangegeven dat bij patiënten met een psychische stoornis uitzichtloosheid sterk persoonsgebonden en individueel bepaald is en dat uitzichtloosheid verwijst naar de geobjectiveerde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt. Volgens de richtlijn gaat het om een beoordeling door de arts van de individuele en persoonlijke

³ Expertisecentrum Euthanasie, '2023 in beeld', voorjaar 2024.

situatie van deze unieke patiënt, niet om een algemeen oordeel over uitzichtloosheid gegeven de psychiatrische diagnose(n). Bij het vaststellen van de uitzichtloosheid is volgens de richtlijn het meewegen van de bevindingen van de second opinion van een onafhankelijk psychiater deskundige uiterst relevant.

In de richtlijn wordt geadviseerd grotere (maar niet per definitie absolute) terughoudendheid te betrachten naarmate de patiënt jonger is. De jongere leeftijd moet volgens de richtlijn in beschouwing genomen worden bij de beoordeling van een aantal aspecten van de zorgvuldigheidseisen die zien op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Er zijn geen gegevens bekend over het percentage patiënten van deze groep bij wie de kwaliteit van leven op termijn verbetert.

Vraag 8

In hoeverre dragen de groeiende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en in de jeugdzorg en het gebrek aan passende zorg voor complexe jonge patiënten bij aan de groei van het aantal euthanasieverzoeken?

Antwoord op vraag 8

Wanneer jeugdigen en jongvolwassenen lang moeten wachten op, of zoeken naar passende hulp, kan het helaas zijn dat zij hoop verliezen. In hoeverre het moeten wachten op passende hulp leidt tot een groei in euthanasieverzoeken is niet bekend, er is geen onderzoek naar gedaan. Uit een recent onderzoek naar de aanvragen bij Expertisecentrum Euthanasie blijkt dat het merendeel van de cliënten die een aanvraag indienen, meer dan tien jaar psychiatrische behandeling heeft ontvangen.⁴ Op basis hiervan lijkt de beslissing om euthanasie aan te vragen meestal pas wordt genomen na een langdurige en intensieve behandelgeschiedenis. Een van de eisen die de Wtl stelt om voor euthanasie in aanmerking te komen is dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te nemen, ontbreken.

Om te zorgen dat jeugdigen en jongvolwassenen die vastlopen in de zorg betere en passende hulp ontvangen zijn er voor de jeugdzorg de Regionaal Expertteams en de Bovenregionale Expertisenetwerken opgezet. Onlangs is uw Kamer uitgebreid geïnformeerd over de voortgang hiervan.⁵ Voor de ggz zijn er in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt met partijen over de cruciale GGZ. Uw Kamer is op 4 april jl. geïnformeerd over de voortgang op deze afspraken.⁶

Vraag 9

Bent u het ermee eens dat de multidisciplinaire benadering zoals beschreven in de richtlijn "Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis" altijd dient plaats te vinden bij deze doelgroep 6)? In hoeverre wordt dit getoetst door de toetsingscommissie? Bent u het ermee eens dat in tegenstelling tot wat

⁴ Kammeraat M, et al. *BMJ Ment Health* 2023;26:1–8. doi:10.1136/bmjment-2023-300729.

⁵ Kamerstukken II, 2023/2024, 31 839, nr. 1024.

⁶ Kamerstukken II, 2023/2024, 25 424, nr. 684.

de richtlijn aangeeft bij jonge mensen altijd een psychiater geraadpleegd moet worden in plaats van “zo nodig”? Bent u het ermee eens dat bij jonge mensen de SCEN arts ook altijd een psychiater dient te zijn? Bent u het ermee eens dat de richtlijn levensbeëindiging bij patiënten met een psychische stoornis uit 2018 aangepast dient te worden voor jonge mensen en bent u bereid de beroepsgroep daar opdracht toe te geven?

Antwoord op vraag 9

De RTE toetst of de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. In de door de RTE opgestelde EuthanasieCode 2022 geeft de RTE aan dat medisch-professionele richtlijnen van belang zijn bij het beoordelen van meldingen van euthanasie voor zover zij passen binnen het wettelijke kader. En dat standpunten en richtlijnen doorgaans behulpzaam zijn bij het interpreteren van de algemeen geformuleerde wettelijke zorgvuldigheidseisen.⁷

Indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. De genoemde behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Bij de toets die de RTE aanlegt is een multidisciplinaire benadering geen vereiste in zichzelf. De arts moet goed motiveren hoe hij tot de overtuiging is gekomen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het traject van een eventuele multidisciplinaire benadering en de resultaten daarvan kunnen mede invulling geven aan deze motivering.

Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij patiënten bij wie het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis altijd psychiatrische expertise moet inroepen. De RTE sluit hiermee aan bij de beroepsgroepen Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en NVvP. De RTE toetst of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd en of deze heeft beoordeeld of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. De arts kan volgens de RTE zelf beslissen of hij een onafhankelijk psychiater náást een (SCEN-)arts raadpleegt, of een (SCEN-)arts die tevens psychiater is.

In de NVvP richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* is de professionele standaard neergelegd voor levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Daarin is aangegeven hoe de extra behoedzaamheid betracht dient te worden bij een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden. In de NVvP richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende fasen (een verzoekfase, beoordelingsfase en consultatiefase) en vereist in alle gevallen de betrokkenheid van twee psychiaters. De RTE maakt geen indeling in fasen en vereist de raadpleging van één onafhankelijk psychiater. De RTE wijkt hiermee af van de criteria in de NVvP richtlijn.

⁷ EuthanasieCode, p. 18-19.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt in haar toezicht de professionele normen aan. Wanneer de IGJ van de RTE een oordeel 'onzorgvuldig' in geval van psychisch lijden ontvangt, houdt zij bij het onderzoek naar de melding onder meer de NVvP-richtlijn aan. Ook het OM houdt deze richtlijn aan wanneer zij het een oordeel 'onzorgvuldig' van de RTE ontvangt in geval van psychisch lijden.

In de NVvP richtlijn wordt specifiek aandacht besteed aan jonge patiënten met een verzoek tot levensbeëindiging op basis van een psychische stoornis. Hierbij wordt geadviseerd grotere terughoudendheid te betrachten naarmate de patiënt jonger is en wordt tevens aangegeven dat de jongere leeftijd in beschouwing moet worden genomen bij de beoordeling van een aantal aspecten van de zorgvuldigheidseisen 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' en 'geen redelijke andere oplossing'. Raadpleging van een gespecialiseerde (kinder- en jeugd-) psychiater voor de second opinion ten aanzien van de behandelopties bij een minderjarige van 12 jaar of ouder is volgens de richtlijn cruciaal.

Het is aan de beroepsgroep om te bepalen wat de professionele standaard is in geval van levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis en in hoeverre die standaard aangepast dient te worden in het licht van veranderend heersend medisch inzicht. De NVvP heeft aangegeven de richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* te gaan herzien. Het herzieningstraject start medio oktober.

Vraag 10

Volstaat de huidige inrichting van de euthanasiepraktijk met één behandelaar die één onafhankelijk SCEN-arts raadpleegt wanneer binnen de beroepsgroep maar een kleine minderheid bereid is tot euthanasie? Is het nodig om voor casussen waar geen consensus over bestaat en de behandelaar en SCEN-arts een minderheidsstandpunt innemen een bredere groep psychiaters te raadplegen over de vraag of aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan? Wat vind u van het voorstel van professor Denys om in het geval van jongere patiënten "ter voorkoming van een sterk sturende aanpak van de eigen behandelaar" (...) "het euthanasiebesluit over te laten aan een groep van behandelaars?" 1) of in de woorden van Esther van Fenema in bovengenoemd artikel uit Medisch Contact een 'beraadslagingscommissie' in het leven te roepen? 2)

Antwoord op vraag 10

Zoals in het antwoord op vraag 9 is aangegeven, is het aan de beroepsgroep om te bepalen wat de professionele standaard is in geval van levensbeëindiging op verzoek van patiënten met een psychische stoornis en in hoeverre die standaard aangepast dient te worden in het licht van veranderend heersend medisch inzicht.

Dat de Nederlandse euthanasiepraktijk zeer zorgvuldig is, getuige het zeer geringe aantal meldingen dat door de RTE als 'onzorgvuldig' wordt beoordeeld. In de periode 2002-2023 werden 138 meldingen als 'onzorgvuldig' beoordeeld op een totaal van 100.633 meldingen. Dertien meldingen hadden betrekking op patiënten met een psychische stoornis. Verder staat het iedere arts die voornemens is euthanasie te verlenen vrij om, naast de wettelijk verplichte raadpleging van ten minste één andere onafhankelijke arts (de reguliere SCEN-arts), aanvullende expertise in te roepen. In sommige gevallen, zoals in geval van een psychische stoornis, is dit ook vereist.

Vraag 11

Wat is er bekend over de rol van media-aandacht en het optreden van deze kleinere groep psychiaters die vaker bereid is tot euthanasie op het aantal patiënten dat een verzoek doet tot euthanasie? Herkent u het beeld, geschetst door Sisco van Veen in zijn opinieartikel 3), dat er vaak alleen aandacht wordt besteed aan het relatief kleine aandeel euthanasieverzoeken dat wordt ingewilligd en weinig aandacht wordt besteed aan de patiënten die hun verzoek intrekken, herstellen of simpelweg niet in aanmerking komen?

Antwoord op vraag 11

Expertisecentrum Euthanasie (EE) geeft in haar jaarverslag over 2023 aan dat EE na elk media-item een piek in het aantal aanmeldingen van jonge hulpvragers met psychisch lijden te zien is. Een gering aantal komt echter daadwerkelijk in aanmerking voor euthanasie.

Om de genuanceerdheid in het debat te vergroten, is het van groot belang dat er in de media in de volle breedte aandacht is voor euthanasie bij psychisch lijden.

Vraag 12

Herkent u het beeld dat eerder door psychiater Jim van Os werd geschetst dat het vaker uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden de pijn van het verder moeten leven bij psychiatrisch patiënten doet toenemen en de motivatie voor verandering doet afnemen 4)?

Antwoord op vraag 12

Hier is geen onderzoek naar gedaan dus of het beeld dat door psychiater Jim van Os wordt geschetst klopt, valt niet te zeggen. Het gesprek met patiënten met een psychiatrische aandoening over euthanasie is echter niet alleen een gesprek over de dood maar ook een gesprek over mogelijkheden om verder te kunnen leven en motivatie om tot verandering te komen binnen therapie. Een genuanceerde dialoog tussen zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en naasten is hierbij nodig.

Vraag 13

Kunt u deze vragen los van elkaar beantwoorden?

Antwoord op vraag 13

Ja.

1) <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/07/19/de-wens-om-niet-te-willen-leven-mag-je-niet-gelijk-stellen-aan-de-wens-om-dood-te-zijn-a4860058>

2) <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/column/zoeken-naar-gezamenlijkheid>

3) <https://www.villamedia.nl/artikel/opinie-eenzijdige-berichtgeving-brengt-een-goede-psychiatrische-euthanasiepraktijk-verder-weg>

4) <https://www.trouw.nl/opinie/opinie-psychiater-jim-van-os-jongeren-euthanasie-aanbieden-negeert-hun-psychisch-lijden~b9b08b16/>

5) <https://www.euthanasiecommissie.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/jaarverslag-2023>

6) https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html