

25424 Geestelijke gezondheidszorg

32647 Levensbeëindiging

Nr. 356 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2017

In het ordedebat van 6 juni (Handelingen II 2016/17, nr. 83, Regeling van werkzaamheden) heeft het lid Ellemée mij verzocht te reageren op het artikel uit Trouw met de titel ‘De Levenseindekliniek heeft het te druk met psychiatrische patiënten’.

Uit het artikel blijkt dat de Levenseindekliniek een toenemend aantal euthanasieverzoeken van patiënten met een psychische aandoening krijgt, waardoor de wachttijd is opgelopen tot 6-9 maanden. Het is lastig om daarvoor een oorzaak aan te wijzen. In het artikel wordt gewezen op de derde evaluatie van de Euthanasiewet, waaruit blijkt dat de weerstand tegen euthanasie bij psychiaters toeneemt. Daardoor zouden patiënten uitwijken naar de Levenseindekliniek.

Als we de toename van het aantal euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten bij de Levenseindekliniek in een breder perspectief plaatsen, zien we dat het in vergelijkbare zin gestegen is ten opzichte van verzoeken van mensen met andere aandoeningen. Het aandeel verzoeken van psychiatrische patiënten dat bij de Levenseindekliniek binnenkomt, is zodoende steeds ongeveer een derde van het totaal aantal verzoeken dat de Levenseindekliniek ontvangt.

Het totaal aantal door de Regionale Toetsingscommissies ontvangen meldingen van uitgevoerde verzoeken van euthanasie bij mensen met een psychische aandoening is de afgelopen jaren licht gestegen.

Wat in het artikel duidelijk naar voren komt, is de complexiteit van een euthanasieverzoek van psychiatrische patiënten, en de zorgvuldigheid die nodig is bij de behandeling van een dergelijk verzoek. Het is voor alle artsen, dus ook voor psychiaters, van belang dat op zorgvuldige wijze wordt vastgesteld dat aan alle criteria die de wet daaraan stelt is voldaan bij de beoordeling van een verzoek tot euthanasie. Bij mensen met een psychische aandoening zal daarbij bijzondere aandacht uitgaan naar de weloverwogenheid van het verzoek, alsook de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. Van belang is op te merken dat artsen nooit verplicht zijn om op een verzoek in te gaan. Euthanasie is bijzondere zorg, waartoe een patiënt een verzoek kan doen. Het is aan de arts om voor zichzelf te bepalen of deze op dat verzoek wil ingaan.

Is de arts daartoe niet bereid, dan kan deze de patiënt doorverwijzen naar een arts die de euthanasie mogelijk wel wil uitvoeren, mits voldaan is aan alle criteria daarvoor.

In het artikel worden verschillende mogelijke oorzaken genoemd voor de toename van het aantal euthanasievragen van psychiatrische patiënten, zowel in het algemeen als specifiek bij de Levenseindekliniek. Zoals hierboven toegelicht, betreft het een toename in absolute, en niet in relatieve zin. Desalniettemin wordt in de GGZ hard gewerkt aan nog betere zorg. Hoogleraar Van Os pleit in zijn reactie voor zorg in de wijk, dichtbij de mensen. Deze ontwikkeling is precies waar partijen momenteel gezamenlijk aan bouwen: een stelsel waarin iedereen terecht kan (van lichte tot hele zware problematiek), waarin herstel het uitgangspunt is en waarin klinische zorg - waar mogelijk - wordt vervangen door zorg en ondersteuning in de eigen omgeving. Er wordt ook geïnvesteerd in de kwaliteit van de zorg. Zo wordt onder leiding van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ gewerkt aan zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen. Eind 2015 heeft de sector de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie¹ geformuleerd. Het doel van deze agenda is een toegankelijke, doelmatige en betaalbare geestelijke gezondheidszorg, met als kernpunten: regie voor de patiënt, inzetten op kwaliteit en doelmatigheid (zoals het Kwaliteitsstatuut waarin de samenwerking tussen professionals wordt geborgd), een nieuwe bekostigingssystematiek die daarop aansluit, en investeren in wetenschappelijk onderzoek. Ook is de realisatie van een goede aansluiting van de GGZ met ondersteuning in het gemeentelijk domein en aan de andere kant van het zorgspectrum met het forensische circuit van belang. In verschillende trajecten, onder andere rond personen met verward gedrag en in het programma continuïteit van zorg wordt hieraan gestalte gegeven.

In het artikel wordt ook gewezen op de toenemende administratieve lasten in de GGZ. Als het inderdaad zo is dat psychiaters euthanasieverzoeken niet in behandeling kunnen nemen door administratieve lasten, dan vind ik dat zorgwekkend. Het is dan ook goed dat hard aan verbetering wordt gewerkt. Er is een traject opgezet om administratieve lasten zoveel mogelijk weg te nemen, waardoor de zorgverlener meer tijd aan de patiënt kan besteden. Over dit traject bent u recent geïnformeerd met de ‘Voortgangsbrief Merkbaar minder regeldruk 2017’².

De uitdaging is om samen te blijven werken aan een aanbod van zorg en ondersteuning dat zo goed mogelijk aansluit bij de behoefte van de patiënt. Daarvoor zijn voldoende financiële middelen beschikbaar. De stelling in het artikel dat er minder geld is voor mensen met zware psychische problemen, herken ik niet. Er zit voldoende ruimte in het financiële kader voor de curatieve GGZ.

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 292

² Kamerstuk 29 515, nr. 416

Tot slot is de uitdaging ook maatschappelijk. In het artikel wordt beschreven dat een patiënt een euthanasiewens kan hebben, omdat deze zich afgewezen voelt door de samenleving. Het is een taak voor de gehele samenleving om mensen met psychische aandoeningen te accepteren en mee te laten doen. Om het taboe op psychische aandoeningen weg te nemen, organiseert stichting Samen Sterk zonder Stigma allerlei activiteiten en projecten, gefinancierd met middelen uit het GGZ-kader.

Ik heb er vertrouwen in dat al deze veranderingen gaan bijdragen aan betere zorg voor de patiënt. Als er toch een euthanasievraag ontstaat, dan is het van groot belang dat deze met de grootste zorgvuldigheid wordt behandeld.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers