

Vergaderjaar 2022–2023

32 647

Levensbeëindiging

Nr. 95

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 september 2022

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de voortgang inzake tijdige en passende zorg voor mensen met een persisterende doodswens en een euthanasieverzoek op psychische grondslag. Hiermee kom ik tegemoet aan mijn toezegging tijdens het Commissiedebat Medische ethiek en orgaandonatie van 2 juni jl.¹, mijn toezegging in de Kamerbrief van 4 maart jl.² en de afspraak in het coalitieakkoord om de deskundigheid van artsen bij het handelen rond het zelfgekozen levenseinde te versterken³.

Met deze brief informeer ik uw Kamer ook hoe verdere opvolging gegeven wordt aan de motie van het lid Bergkamp c.s.⁴ waarin werd gevraagd of en zo ja, hoe VWS (financiële) ondersteuning kan geven aan het Expertise-centrum Euthanasie voor de verdere ontwikkeling en verspreiding van scholing en begeleiding door het EE onder artsen. Met de Kamerbrief van 6 juli 2021⁵ bent u geïnformeerd over de beleidsvisie en de initiatieven die destijds in gang zijn gezet. Deze brief bouwt daarop voort en maakt inzichtelijk tot welke concrete vervolgstappen dit geresulteerd heeft.

Doel van de vervolgstappen is tijdige en passende zorg voor mensen met psychisch lijden en een euthanasiewens te verbeteren, zodanig dat niet alleen patiënten met psychisch lijden beter geholpen worden – bij

¹ Verslag van een commissiedebat, gehouden op 2 juni 2022, over Medische ethiek/ Orgaandonatie. Kamerstukken 34 990 en 28 140, nr. 12.

² Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 170.

³ Coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst», 2021–2025: p. 38; bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77.

⁴ Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 133.

⁵ Kamerstuk 32 647, nr. 87.

voorkeur door hun eigen (ggz-)behandelaar⁶ – en minder lang hoeven te wachten, maar ook dat de werkdruk van behandelaars beter verdeeld wordt en de wachtlijst bij het Expertisecentrum Euthanasie hierdoor zal afnemen.

Achtergrond

Sinds 2010 is sprake van een toename in het aantal uitvoeringen van euthanasie in geval van psychisch lijden.⁷ In 2021 ging het om 115 uitvoeringen, dit betrof 1,5% van het totaal aantal euthanasie-uitvoeringen.⁸ In veruit de meerderheid van die gevallen (83 van de 115) werd de euthanasie in geval van psychisch lijden verricht door een arts die verbonden was aan het Expertisecentrum Euthanasie (EE).⁹ Uit de dossierstudie van het EE naar deze doelgroep¹⁰ is gebleken dat 70% van degenen die zich aanmeldde in de periode 2012–2018 tijdens triage, spreekuur of behandelteam werd afgewezen, in de meeste gevallen omdat niet aan de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) was voldaan. Daarnaast trok 20% zichzelf terug. Kortom, aan het merendeel van de verzoeken die door deze doelgroep bij het EE werd ingediend, kon door het EE geen verdere opvolging worden gegeven.

Het aantal hulpvragen van mensen met psychisch lijden bij het EE is dusdanig toegenomen dat hulpvraag en zorgaanbod uit balans zijn: volgens het EE is er een wachtlijst van ongeveer twee jaar voor mensen met psychisch lijden die bij het EE om hulp vragen. Aangezien dit leidt tot (te) hoge werkdruk bij het EE, en het EE vindt dat het beter is voor de patiënt als deze geholpen zou worden door de eigen behandelaar, doet het EE er veel aan om te zorgen dat meer mensen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden geholpen om zo de wachtlijst te kunnen reduceren.

In het afgelopen jaar zijn positieve ontwikkelingen te melden: in 2021 hebben meer euthanasie-uitvoeringen buiten het EE plaatsgevonden.¹¹ Deze kentering lijkt in stijgende lijn door te zetten.¹² Ook blijkt in 2021 dat ggz-behandelaars vaker de hulp van een consulent van het EE vragen (in 2021 28% vaker dan in 2020).¹³ De samenwerking en uitwisseling in kennis en ervaring tussen het EE en het ggz-veld is versterkt door de inzet van een relatiebeheerder van het EE die actief contact zoekt met regionale ggz-organisaties en wijst op de mogelijkheid van advies, ondersteuning en scholing door het EE.¹⁴ Navraag bij het EE wijst echter uit dat het nog

⁶ Naast psychiaters kunnen ook andere artsen, zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten, te maken krijgen met patiënten met een aanhoudende doodswens op psychische grondslag. De richtlijn van de NVvP «Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis» (2018) is dan ook bedoeld voor psychiaters en andere artsen.

⁷ RTE Jaarverslagen 2010–2021.

⁸ RTE jaarverslag 2021.

⁹ RTE jaarverslag 2021.

¹⁰ Kammeraat M, Kölling P. Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie. Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie periode 2012–2018. Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie; 2020.

¹¹ In 2020 was 77,3% van de artsen die euthanasie bij psychiatrie uitvoerde verbonden aan het EE, in 2021 was dit 72,2% (RTE jaarverslag 2021).

¹² Veen, S.M.P. van, en G.A.M. Widdershoven: «Wachten op de dood. Een analyse van de wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie» in Tijdschr. Psychiatr. 2021;63(10):711–716. Zie ook jaarverslag 2021 van de RTE en het jaarverslag van het EE over 2021.

¹³ Jaarverslag EE 2021.

¹⁴ De relatiebeheerder brengt relevante relaties in kaart en benadert hen met een aanbod dat bestaat uit advies, ondersteuning en scholing. Jaarverslag EE 2021.

te vroeg is om te constateren in welke mate deze ontwikkelingen effect hebben op de wachtlijst bij het EE, mede omdat het totaal aantal aanmeldingen bij het EE nog steeds toeneemt. In de praktijk worden patiënten nog te vaak en te snel doorverwezen naar het EE. Terughoudendheid en handelingsverlegenheid van ggz-behandelaren en andere artsen bij wie een verzoek tot levensbeëindiging wordt neergelegd door een patiënt met een psychische aandoening spelen daarbij een rol.

Het is van belang een aanhoudende doodswens van mensen met psychisch lijden zorgvuldig te beoordelen en erover in gesprek te gaan. De doodswens kan een symptoom van het psychiatrisch ziektebeeld zijn waardoor de wilsbekwaamheid ten aanzien van een euthanasieverzoek beïnvloed kan worden. De doodswens kan wisselen in intensiteit maar wel voortdurend aanwezig zijn. Wanneer een persisterende doodswens zich ontwikkelt tot een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden is het van belang dit verzoek zorgvuldig te exploreren en te beoordelen.

Cijfers en de praktijk laten echter zien dat – hoewel de meeste psychiaters het idee voor euthanasie bij psychisch lijden ondersteunen – er sprake is van terughoudendheid bij psychiaters om een euthanasieverzoek van eigen patiënten te onderzoeken en te beoordelen of eventueel euthanasie zelf te verrichten.¹⁵ Dit houdt niet alleen verband met het feit dat psychiaters in hun loopbaan slechts enkele malen met een euthanasieverzoek van hun patiënten te maken krijgen en zo weinig ervaring daarin (kunnen) opdoen. Uit de eerder genoemde dossierstudie van het EE is namelijk gebleken dat bij een aanzienlijk deel van de verwijzingen de verwijzend psychiater zichzelf niet competent vond om de beoordeling van het euthanasieverzoek te doen of de euthanasie te verrichten. Daarnaast wordt de terughoudendheid bij psychiaters verklaard uit het gegeven dat psychiaters het beoordelen van een euthanasieverzoek op psychische grondslag als complex beschouwen om verschillende redenen.¹⁶

Tegen deze achtergrond rijst de vraag hoe tijdige en passende zorg te bieden aan mensen met psychisch lijden en een persisterende doodswens, een euthanasiewens of -verzoek. En hoe in dit kader de deskundigheid van artsen en ggz-behandelaren versterkt kan worden.

Beleidsvisie, doelstelling van de aanpak en vervolgstappen

Beleidsvisie

Ik zie de urgentie en de noodzaak om de toegankelijkheid van passende zorg voor patiënten met psychisch lijden en een euthanasieverzoek te verbeteren. Mensen met een persisterende doodswens, een euthanasiewens of -verzoek op psychische grondslag moeten kunnen rekenen op hulp op het juiste moment, op de juiste plaats en liefst zonder (lange) wachttijd. Ik vind het belangrijk dat zij met hun hulpvraag gehoor kunnen vinden bij hun eigen (vertrouwde) behandelaar.

De eigen behandelaar moet op zijn beurt wel de expertise in huis hebben om in een vroeg stadium dergelijke gesprekken te kunnen voeren. Mocht

¹⁵ Onwuteaka-Philipsen B, Legemaate J, van der Heide A, van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, Pasman R, Ploem C, Pronk R, van de Vathorst S. ZonMW – Derde Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2017); RTE Jaarverslag 2021; EE Jaarverslag 2021.

¹⁶ Veen van SMP & Widdershoven GAM. Wachten op de dood: een analyse van de wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):711–716; Marijnissen et al, Handboek Psychiatrie in de laatste levensfase, 2022.

de patiënt na deze gesprekken toch blijven bij zijn of haar euthanasieverzoek dan is het wenselijk dat de behandelend psychiater of andere arts bij wie een verzoek tot levensbeëindiging wordt neergelegd dit verzoek daadwerkelijk onderzoekt, beoordeelt aan de hand van de wettelijke zorgvuldigheidseisen en dat doet in overeenstemming met de richtlijn van de beroepsgroep. De eigen behandelaar kent immers zijn patiënt als geen ander en kan daarmee voorkomen dat deze zich te vroeg of misschien uiteindelijk tevergeefs meldt bij het Expertisecentrum Euthanasie.

In dit kader is het van belang te vermelden dat er op individuele artsen noch een morele noch een juridische plicht rust om hulp bij levensbeëindiging te verlenen aan patiënten met een psychische stoornis die daarom vragen. Evenmin bestaat een recht op hulp bij levensbeëindiging voor de patiënt. Een arts kan zich om meerdere (professionele, medisch-ethische, persoonlijke, situationele) redenen niet bekwaam achten het verzoek te beoordelen of uit te voeren. Wel heeft elke arts de plicht om zorgvuldig om te gaan met een verzoek om levensbeëindiging.¹⁷

Doelstelling van de aanpak

Doel van de aanpak is dat (meer) psychiaters (dan wel andere artsen) zelf euthanasieverzoeken van mensen met psychisch lijden in behandeling nemen, deze onderzoeken, beoordelen en eventueel uitvoeren. Er zijn daarom initiatieven vanuit het ggz-veld nodig om de kennis en expertise van artsen/ggz-behandelaren te vergroten, mogelijke (financiële) drempels weg te nemen en de zorg voor mensen met psychisch lijden en een euthanasiewens evenwichtiger te verdelen.

Deze benadering om de deskundigheidsbevordering van artsen te versterken, in dit geval van psychiaters en andere artsen die te maken krijgen met persisterende doodswensen en euthanasiewensen/-verzoeken op psychische grondslag, sluit ook aan bij de afspraken in het coalitieakkoord: «We versterken de deskundigheid van artsen in het handelen rondom het (zelfgekozen) levenseinde en bevorderen dat arts en patiënt tijdig met elkaar praten over de wensen rondom het levenseinde, zodat een patiënt de verschillende opties kan wegen («advanced care planning»)¹⁸. Dit is ook van toepassing op mensen met een persisterende doodswens en een euthanasieverzoek op psychische grondslag. Het is van belang dat artsen/ggz-behandelaren hierover tijdig in gesprek gaan.

Vervolgstappen

Het afgelopen jaar heeft mijn ministerie gesprekken gevoerd en bijeenkomsten georganiseerd met bestuurders, professionals en onderzoekers in het ggz-veld, met het EE, de beroepsorganisatie Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), de brancheorganisatie Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVvE) en 113 Zelfmoordpreventie. De betrokkenheid van en bereidheid tot samenwerking tussen de verschillende partijen heeft geleid tot een eensgezinde koers en gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg voor mensen met een persisterende doodswens en een euthanasiewens/-verzoek op psychische grondslag te verbeteren. Steeds meer ggz-organisaties sluiten zich aan bij deze beweging en naar verwachting zal dit verder toenemen. Dit traject heeft geresulteerd in een aantal vervolgstappen die patiënten met psychisch lijden, hun behandelaars en andere betrokken partijen ten goede zullen komen.

¹⁷ Herziene richtlijn NVvP (2018): p. 36.

¹⁸ Coalitieakkoord, 2021–2025: p. 36.

De vervolgstappen betreffen het opzetten van een landelijk expertisenetwerk en het uitvoeren van een verkenning naar vroegtijdige hulp aan mensen met een vaak ambivalente, chronische, persisterende en/of suïcidale doodswens. Deze met elkaar samenhangende initiatieven worden hieronder nader toegelicht. Vervolgens ga ik in op een andere (mogelijke) vervolgstap die betrekking heeft op het bekostigingsvraagstuk rondom euthanasiezorg, waarbij het initiatief geheel bij het ggz-veld ligt.

Landelijk expertisenetwerk

De ggz-organisaties hebben grote behoefte om – naast de kennis en expertise die bij het platform Euthanasie en Psychiatrie van de NVvP en het EE beschikbaar is – multidisciplinair kennis, expertise en wetenschappelijke inzichten met elkaar te delen. Daarom wordt vanuit organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdelingen van universitaire medische centra en algemene ziekenhuizen (kortweg: ggz-veld) een landelijk expertisenetwerk opgezet. De missie van het beoogde expertisenetwerk is het delen van kennis en expertise en het bevorderen van beschikbaarheid van multidisciplinaire passende zorg aan mensen met een persisterende doodswens en een euthanasiewens/-verzoek op psychische grondslag. Het expertisenetwerk gaat kennis bundelen, deskundigheid versterken en informatie omtrent de (beleids-)aanpak in het omgaan met mensen met psychisch lijden die een persisterende doodswens hebben gerelateerd aan een euthanasiewens of euthanasieverzoek uitwisselen.

Achterliggende visie is dat het exploreren van een doodswens behoort tot de kern van het vak van zorgprofessionals binnen de ggz. Het is van belang dat een persisterende doodswens of verzoek om euthanasie bij alle patiënten zorgvuldig en respectvol wordt behandeld en besproken. Iedere patiënt die een persisterende doodswens heeft en een wens tot euthanasie of hierover vragen heeft moet toegang hebben tot een gesprek hierover met de behandelaar binnen de ggz. Het is van belang de onderliggende motieven te onderzoeken waarbij ook wordt besproken of de patiënt openstaat voor herstelgerichte en palliatieve opties om het lijden vanuit de psychische aandoening te verminderen en of deze opties passend zijn. Het beoogde expertisenetwerk beschouwt het euthanasieverzoek van mensen met een psychische aandoening in de context van de palliatieve psychiatrische zorg waarbij de keuze voor een stervenstraject uiteindelijk een optie is. In deze context wordt een euthanasieverzoek op psychische grondslag dan nader onderzocht en beoordeeld door de eigen arts van de patiënt, die vaak in een multidisciplinair team behandeld wordt. Om dit te bereiken is het delen van kennis en expertise tussen ggz-organisaties over euthanasie op psychische grondslag van essentieel belang. Zoals in de Kamerbrief van 6 juli 2021 is aangegeven, kan de specifieke scholing en begeleiding die het Expertisecentrum Euthanasie heeft opgebouwd hierop aansluiten. De kennis en ervaring in de ggz-praktijk én die van het Expertisecentrum Euthanasie kunnen door samenwerking geïntegreerd en versterkt worden en op deze wijze beschikbaar komen voor andere ggz-behandelaren én andere (huis)artsen die met vergelijkbare (complexe) euthanasieverzoeken te maken hebben.

Het beoogde expertisenetwerk zal een aantal keren per jaar (fysieke) bijeenkomsten organiseren, gericht op het delen van kennis en expertise, updates van relevant onderzoek, casuïstiekbespreking, landelijke ontwikkelingen, specifieke thema's op het gebied van euthanasie op psychische grondslag en de context van palliatieve psychiatrie. Om de kennis en expertise verder te versterken zal het expertisenetwerk een gezamenlijk en multidisciplinair gericht scholingsaanbod voor zorgprofessionals in de ggz ontwikkelen voor het bespreken van (persisterende)

doodswensen, euthanasiewensen/-verzoeken op psychische grondslag
Onder de scholingsactiviteiten vallen onder meer cursusbijeenkomsten en een e-learning module. Daarnaast wordt een website ontwikkeld waar kennis en expertise wordt gebundeld en gedeeld, zoals richtlijnen, scholingsaanbod, initiatieven van instellingen, publicatie van relevante wetenschappelijke en praktijkgerichte artikelen en juridische- en toetsingsuitspraken. Ook al er een specifieke pagina ingericht worden voor ondersteuning van psychiaters die onafhankelijke second opinions (willen) verrichten. Bovendien wil het expertisenetwerk de mogelijkheid voor het opstellen van een zorgstandaard verkennen. Een zorgstandaard is bedoeld om ggz-instellingen te stimuleren en te ondersteunen in beleid en inrichting van euthanasiezorg in de praktijk.

Deze beoogde initiatieven sluiten goed aan bij de visie dat een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging bij een patiënt met een psychische aandoening in principe binnen de ggz door de eigen psychiater onderzocht en beoordeeld wordt en dat de eventuele hulp bij levensbeëindiging, indien de psychiater geen persoonlijke bezwaren heeft en aan de wettelijke vereisten is voldaan, ook binnen de ggz wordt uitgevoerd. Het netwerk is praktijkgericht en bestaat uit een multidisciplinaire vertegenwoordiging vanuit de ggz (psychiaters, andere ggz-zorgprofessionals en onderzoekers) en mensen met ervaring vanuit patiënt- en naastenperspectief. Het netwerk gaat naar verwachting begin 2023 van start.

Verkenning naar vroegtijdige hulp

Uit de eerder genoemde dossierstudie van het EE en een proefschrift over euthanasie in de psychiatrie¹⁹ blijkt dat bij mensen met psychisch lijden die een aanhoudende, vaak ambivalente, doodswens hebben die zich ontwikkelt tot een euthanasiewens/-verzoek of leidt tot suïcidale gedachten, er behoefte is om serieus genomen te worden en in gesprek te kunnen. Het gaat dan om ondersteuning aan mensen die worstelen met persisterende suïcidaliteit en/of een euthanasiewens, en hun naasten. Door vroegtijdig in gesprek te gaan kunnen perspectieven ontstaan op een betekenisvol leven met een psychische aandoening aangezien juist het gesprek over de dood kan bijdragen aan het verminderen van suïcidale gedachten en aan de preventie van zelfdoding. Deze gesprekken kunnen daarmee vroegtijdig soelaas bieden en bijdragen aan het verminderen van het aantal euthanasieverzoeken en het tijdig verwijzen naar de juiste zorg. Anderzijds kan het gesprek ook resulteren in een weloverwogen keuze voor de dood.

In België is positieve ervaring opgedaan met Reakiro, een laagdrempelig inloophuis in Leuven, waar mensen en hun naasten in gesprek kunnen met ggz-hulpverleners en lotgenoten over hun aanhoudende en soms ambivalente doodswensen, (chronisch) suïcidale gedachten en euthanasievraagstukken. Zij krijgen daar informatie en kunnen (in acute situaties meteen) verwezen worden naar de ggz.²⁰ Soms blijkt gehoord en gezien worden in iemands doodswens al voldoende.

Om beter zicht te krijgen op vroegtijdige hulp aan mensen met een vaak ambivalente, chronische, persisterende en/of suïcidale doodswens, start ik een verkenning. De verkenning moet inzicht bieden of en waar er bestaande initiatieven zijn in Nederland waar mensen uit deze doelgroep vroegtijdig gehoord worden, het gesprek kunnen voeren, verder begeleid worden en zo nodig gericht worden doorverwezen. Daarnaast wordt

¹⁹ Pronk, Rosalie, A Dialogue on Death, On Mental Illness and Physician-assisted Dying (diss.) Amsterdam UMC 2021.

²⁰ <https://reakiro.be/>.

verkend welke mogelijkheden er zijn om vroegtijdige hulp aan deze mensen eventueel te verbeteren.

Het landelijk expertisenetwerk zal – gezien de focus op de persisterende doodswens, euthanasiewens en euthanasieverzoek op psychische grondslag – samenwerken met de uitvoerders van de verkenning. Het expertisenetwerk zal betrokken worden bij de verkenning en de praktische uitwerking van de resultaten. De verkenning start dit najaar en zal naar verwachting in het voorjaar van 2023 gereed zijn.

Wijziging bekostiging euthanasiezorg

De NZa heeft in haar beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg de prestatie «consultatie bij euthanasieverzoeken» vastgesteld. Deze prestatie, zoals die nu is omschreven, kan in rekening worden gebracht voor zorg door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. Binnen deze prestatie valt het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting. Het huidige zorgprestatiemodel biedt volgens de partijen uit het ggz-veld met wie mijn ministerie heeft gesproken echter te weinig ruimte voor tijdige en passende behandeling van een complex euthanasieverzoek. Om de hoogte van de bekostiging van de declarabele prestatie van de «consultatie bij euthanasieverzoeken (ggz)» aan te passen kunnen partijen een wijzigingsverzoek indienen bij de NZa. Uit het voorgaande volgt dat het ggz-veld zelf het initiatief moet nemen om een wijziging in de bekostiging van consultatie bij euthanasieverzoeken (ggz) te bewerkstelligen.

Tot slot

De in deze brief beschreven vervolgstappen zijn gericht op het verbeteren van tijdige en passende zorg aan mensen met persisterende doodswensen en een euthanasieverzoek op psychische grondslag. Daarbij is het uitgangspunt dat de eigen (ggz-)behandelaar (vroegtijdig) de gesprekken voert over de persisterende doodswensen die gepaard kunnen gaan met een euthanasiewens of euthanasieverzoek.

Doel is ook dat de eventuele uitvoering van euthanasie of hulp bij levensbeëindiging, indien de psychiater geen persoonlijke bezwaren heeft en aan de wettelijke vereisten is voldaan, binnen de ggz wordt uitgevoerd. Naast een aanzienlijke verbetering in tijdige, passende en toegankelijke zorg voor de mensen om wie het hier gaat, verwacht ik ook een evenwichtiger verdeling tussen zorg die geleverd wordt door de ggz en het Expertisecentrum Euthanasie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers