

SLK Iustrum 8 maart 2017

Hoewel Steven Pleiter mij gevraagd heeft om de ontwikkelingen in de laatste 5 jaar op het terrein van de euthanasie vanuit het perspectief van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie de revue te laten passeren en niet stil te staan bij het werk van de Stichting LevensEinde Kliniek, leg ik zijn opdracht/verzoek eerst even terzijde.

Want wie naar de ontwikkelingen rond euthanasie in de laatste 5 jaar kijkt, kan de SLK onmogelijk links laten liggen. Waar ook de RTE's de komst van de SLK met een kritische geest hebben verwelkomt, is die specifiek kritische blik op meldingen van de SLK inmiddels niet anders dan de wijze waarop wij naar alle andere meldingen kritisch kijken. Zeker: veel meldingen die van SLK artsen afkomstig zijn, worden door de commissies intensief bestudeerd en besproken en vergen veelal aanzienlijk meer tijd dan de bestudering van de overige meldingen. Dat is niet het gevolg van de al dan niet vermeende noodzaak om een extra kritische blik te werpen op SLK dossiers (dat hebben we bij de eerste meldingen van SLK zaken wel degelijk gedaan!), maar vloeit voort uit het feit dat het merendeel van de uiteindelijk door SLK artsen behandelde euthanasie verzoeken vaak zeer complexe zaken betreffen. De eigen arts of huisarts van een patiënt die vraagt om euthanasie, heeft veelal weinig ervaring met stervenswensen van bijvoorbeeld patiënten die lijden aan dementie, een psychiatrische aandoening of aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen. Die eigen arts verwijst zelf daarom soms naar de SLK of aarzelt zo lang dat de patiënt of diens naasten zich eigener beweging tot de SLK wendt, terwijl er daarnaast artsen zijn die om hen moverende redenen ten principale nooit aan euthanasieverzoeken tegemoet komen of dat althans niet doen bij patiënten die lijden aan dementie, een psychiatrische aandoening of aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

De SLK gaat bij de behandeling van die ingewikkelde zaken begrijpelijkerwijze niet over één nacht ijs. De dossiervorming is als gevolg daarvan even indrukwekkend als tijdrovend: soms tot een half dozijn of meer verslagen van gesprekken die door het team van de SLK met de patiënt gevoerd zijn, alvorens de knoop doorgehakt wordt en een consulent gevraagd wordt de patiënt te bezoeken en er uiteindelijk euthanasie plaatsvindt.

Voor de wijze waarop SLK artsen rapporteren over de gesprekken die met patiënten worden gevoerd, over de transparante en dus voor ons controleerbare wijze waarop wordt gerapporteerd over het proces van wikken en wegen bij het uiteindelijke besluit om aan het verzoek van de patiënt te voldoen, is het dunkt mij passend om daarover van de zijde van de toetsende instantie onze positieve waardering uit te spreken.

Dames en heren,

Terugkijkend op de ontwikkelingen in de afgelopen jaren rond euthanasie zien wij dat artsen (en in het verlengde daarvan de RTE's) worstelen met zaken waarmee zij minder vertrouwd zijn, zaken waarbij de patiënt lijdt aan dementie, aan een psychiatrische aandoening of aan een stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Ik haast mij daaraan toe te voegen dat – anders dan het beeld dat zou kunnen ontstaan op basis van de discussies in de media – circa 85 % van de gemelde zaken betrekking heeft op patiënten die lijden aan veelal ongeneeslijke vormen van kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen en/of longaandoeningen of een combinatie van deze aandoeningen.

Wij zijn in dat kader in de interne werkwijze een onderscheid gaan maken in niet vragen oproepende zaken en vragen oproepende zaken.

Niet vragen oproepende zaken zijn zaken waarbij de patiënt bijvoorbeeld lijdt aan een niet of niet meer behandelbare vorm van kanker, aandoening aan het zenuwstelsel, hart- vaat of longaandoening, waarbij één van de ervaren RTE secretarissen op basis van een zorgvuldige lezing van de melding meent dat aan alle zorgvuldigheidseisen uit de WTL lijkt te zijn voldaan.

Over deze zaken – circa 80% van ons zaaks bestand - wordt digitaal geoordeeld door een commissie waarvan , zoals u weet, een arts, een ethicus en een jurist deel uitmaken.

Alle andere zaken én de zaken waarvan een lid van de commissie tijdens de digitale beoordeling meent dat deze wel degelijk vragen oproept, worden tijdens commissie vergaderingen “life” besproken en beoordeeld.

Alle meldingen van euthanasie op verzoek van patiënten waarbij sprake is dementie of een psychiatrische aandoening worden zodoende in een commissie vergadering besproken en beoordeeld.

Met het oog daarop hebben wij bij de vervulling van vacatures van arts leden van de RTE's succesvol kandidaten gevonden die expertise hebben op het gebied van deze ziektebeelden. Onder de 15 arts leden van de RTE's bevinden zich sinds 1 maart 2017 twee psychiaters, drie specialisten ouderengeneeskunde en een klinisch geriater.

Gegeven de openbaar gevoerde discussies in de afgelopen jaren – bijvoorbeeld naar aanleiding van de documentaire die vorig jaar rond deze tijd werd uitgezonden - waarbij dementie, een psychiatrische aandoening of een stapeling van ouderdomsaandoeningen voor de patiënt de reden vormde om de arts te vragen zijn leven te beëindigen, hecht ik er aan – wellicht in deze kring geheel ten overvloede – het volgende op te merken.

In het toetsingsproces zijn wij uiteraard geheel gebonden aan de bepalingen in de WTL, in de wandeling de euthanasiewet genoemd.

Euthanasie is krachtens die wet onder omstandigheden geoorloofd - beter gezegd: niet strafbaar - indien en voor zover aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De wetstekst als zodanig kent echter geen specifieke beperkingen voor euthanasie in het geval van een patiënt met de zoeven genoemde ziektebeelden.

Tijdens de parlementaire behandeling zijn – mede aan de hand van de Schoonheim en Chabot arresten van de Hoge Raad, alsmede aan de hand van de zogenaamde Brongersma zaak - wel drie dingen duidelijk gemaakt.

Een: in het geval van dementie kan de angst voor verdergaande ontluistering en de angst voor het vooruitzicht om niet waardig te kunnen sterven, een substantieel deel uitmaken van de ondraaglijkheid van het lijden. Anders gezegd: lijden hoeft niet alleen het gevolg te

zijn van *actueel* lijden.

Twee: het zuivere voltooid leven als zodanig valt niet binnen de termen van de wet; de oorzaak van het ondraaglijk en uitzichtloze lijden moet immers in overwegende mate gelegen zijn in één of meerdere medisch classificeerbare ziektes of aandoeningen; een medische grondslag hebben.

En drie: in het geval van euthanasie op grond van een psychiatrische aandoening geldt dat van de arts grote behoedzaamheid gevraagd wordt, in het bijzonder bij het beoordelen van de zorgvuldigheidseisen inzake de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en de eventuele redelijke andere oplossingen.

De oordelen van de RTE's in de afgelopen jaren over meldingen van euthanasie waarin deze drie genoemde ziektebeelden speelden, gaan stevig voor het anker van die wetsgeschiedenis; de wetgever heeft immers bepaald dat artsen wel degelijk in voorkomende gevallen straffeloos blijven als zij de stervenswens van deze patiënten respecteren en met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen daadwerkelijk euthanasie toepassen. Daarmee bewandelen wij dus niet een nieuw pad waarover de wetgever heeft gezwegen; interpreteren de wet niet "extensief", een suggestie die soms in het publieke debat rondzingt.

Het aantal meldingen waarbij deze ziektebeelden een rol spelen, is in de afgelopen jaren relatief sterk toegenomen.

Meldingen van euthanasie waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen vertegenwoordigen nu ongeveer 4 % van ons zaaks bestand.

Meldingen waarin een psychiatrische aandoening overheerst, tellen op tot 1 % van het aantal meldingen.

Meldingen waarbij dementie een rol speelt, tellen op tot ongeveer 2 % van de zaken, waarbij het vermeldenswaardig is dat in verreweg de meeste van die zaken sprake is van beginnende vormen van dementie. Er zijn sinds 2002 vijf gevallen geweest waarin een melding betrekking had op een patiënt met een vergevorderde vorm van dementie. In die laatst genoemde gevallen speelt de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt een cruciale rol. De wetgever heeft immers bepaald dat – en ik citeer voluit het desbetreffende artikel 2, lid 2: "Indien de patiënt van zestien jaar of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen (.....) zijn van overeenkomstige toepassing." Hoe een arts - als deze besluit om aan de schriftelijk verklaarde stervenswens van de inmiddels wilsonbekwame patiënt tegemoet te komen - de euthanasie moet uitvoeren is een vraag waarmee artsen en samenleving worstelen.

En opnieuw vraag in aandacht voor het feit dat – anders dan je zou vermoeden op basis van de overigens terecht gevoerde publieke discussie over deze gevallen - 85 % van de meldingen betrekking heeft op niet of niet meer behandelbare ziekten waaronder kanker, hart- en vaatziekten etc.

Wij publiceren op onze site alle oordelen die naar onze mening relevant zijn voor artsen en andere belangstellenden en die inzage geven in de wijze waarop wij in concrete gevallen de WTL interpreteren en uitleggen.

We publiceren daarenboven de meest toonaangevende uitspraken in ons jaarverslag.

Maar relevanter misschien: bijna 2 jaar geleden publiceerden de RTE's mede ten gevolge van een aanbeveling in de Tweede evaluatie van de WTL, de zogenaamde Code of Practice.

Daarin wordt een voor artsen overzichtelijke en beter toegankelijke wijze een beeld gegeven van hoe de RTE de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen. In die Code of Practice is een apart hoofdstuk opgenomen waarin onder meer beschreven is welke elementen artsen in ogenschouw zouden kunnen en moeten nemen indien zij geconfronteerd worden met verzoeken tot levensbeëindiging van patiënten die lijden aan dementie of aan een psychiatrische aandoening. Wij

werken op dit moment aan een actualisering van de Code of Practice waarvan publicatie kort na de zomer van dit jaar zal plaatsvinden en zoeken naar wegen om die Code een grotere bekendheid te geven dan thans het geval is. Want uit onderzoek van een jaar geleden bleek dat SCEN artsen de Code goed wisten te vinden en te gebruiken, maar dat bijna 80 % van de (veelal huis-) artsen die euthanasie in het voorafgaande jaar hadden toegepast, de Code niet kenden. Iedere hulp bij het verspreiden van en onder de aandacht brengen van de Code of Practice is meer dan welkom, niet in de laatste plaats omdat langs die weg het legitiem tegemoet komen aan stervenswensen van patiënten nog verder verbeterd kan worden en artsen in de Code hulp kunnen vinden bij het afwegingsproces of zij wel of niet tot euthanasie kunnen overgaan.

Tenslotte dit: ook in de afgelopen 5 jaar is sprake geweest van groei van het aantal meldingen. Die groei is sinds 2014 in relatieve zin aan het afvlakken. Het aantal ontvangen euthanasie meldingen betrof in 2014 3,8 % van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland – in 2014 overleden in totaal 139.000 mensen. In 2016 groeide dat percentage tot 4 % van de bijna 149.000 sterfgevallen in dat jaar. Het aantal SLK meldingen verdubbelde ruim in die zelfde periode – van 227 tot 487.

Dames en heren,

Ik rond af.

De SLK is er in de eerste 5 jaren van haar bestaan in geslaagd een inhoudelijk overtuigend kenniscentrum op te bouwen voor de meest ingewikkelde en soms controversiële euthanasie zaken waarvan de overweldigende meerderheid door de RTE's als overeenkomstig de in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen werd beoordeeld.

Het ideaal blijft dat die kennis ingezet en uitgedragen wordt voor verbetering van de euthanasie praktijk in Nederland; opdat ook de lastige, legitieme en binnen de wet vallende verzoeken tot levensbeëindiging niet door de SLK maar door de eigen arts ten uitvoer worden gelegd.

Het is tegen die achtergrond dat ik een mogelijk merkwaardige gelukwens heb bij het eerste lustrum van de SLK

Ik wens de SLK voor de komende 5 jaren toe dat de groei van de door hen in behandeling te nemen zaken af zal vlakken!

Dank voor uw aandacht.