

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](http://www.rijksoverheid.nl)

**Ons kenmerk**  
1815187-217229-PG

**Bijlage(n)**  
1

**Uw brief**  
18 januari 2021

Datum 8 februari 2021  
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 Kamerlid Dik-Faber (CU) over regionale verschillen in de euthanasiepraktijk (2021Z00845).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over regionale verschillen in de euthanasiepraktijk (2021Z00845).

**Ons kenmerk**  
1815187-217229-PG

Vraag 1.

Bent u bekend met het onderzoek naar de geografische variatie in euthanasie zoals bericht in diverse media en gepubliceerd in het internationale tijdschrift *BMJ Supportive and Palliative Care*? 1)

Antwoord vraag 1.

Ja, ik ben bekend met dit onderzoek.

Vraag 2.

Hoe kijkt u aan tegen de onderzoeksresultaten, dat nadat factoren die de vraagkant beïnvloeden, namelijk leeftijd, kerkbezoek, inkomens, ervaren gezondheid, aantal vrijwilligers, stemgedrag, er nog altijd een aanzienlijk verschil tussen gemeenten in de euthanasiepraktijk aanwijsbaar is, die alleen te verklaren is door factoren die de aanbodkant beïnvloeden, zoals het al dan niet voeren van het gesprek over het levenseinde en de toegang tot alternatieven voor euthanasie?

Antwoord vraag 2.

Uit het onderzoek blijken verschillen tussen regio's in het percentage euthanasie uitvoeringen. Deze verschillen zijn deels te verklaren door leeftijd, kerkgang, politieke voorkeur, inkomen, gezondheid en de beschikbaarheid van vrijwilligers. Maar deze factoren verklaren niet alles. De onderzoekers opperen dat artsen in bepaalde regio's mogelijk vaker het gesprek beginnen over euthanasie en suggereren het risico op druk door artsen, maar hiervoor levert het onderzoek geen bewijs.

De zorgvuldigheid van het euthanasiestelsel staat voor mij voorop. De uitvoering is in heel Nederland uiterst zorgvuldig. Zo zijn in 2019 minder dan 0,1% van de euthanasie uitvoeringen als onzorgvuldig beoordeeld door de RTE, dit betrof 4 meldingen. Ook in de jaren hiervoor heeft het percentage altijd rond de 0,15% gelegen. De vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek worden door de wet en de zorgvuldige uitvoering geborgd, dit is immers een van de zes zorgvuldigheidseisen. Indien een arts te sturend zou optreden, zou dit op gespannen voet staan met deze zorgvuldigheidseis. Gelukkig laat de hoge mate van zorgvuldigheid zien dat dit niet het geval is. Er zijn bovendien geen regionale verschillen in de zorgvuldigheid.

Het kan zijn dat de arts het gesprek initieert over het levenseinde, waarbij euthanasie als een van de mogelijkheden ter sprake kan komen. Uit het onderzoek blijkt echter niet dat hierdoor de verschillen in de regio's te verklaren zijn. Mij is bekend dat huisartsen dit gesprek vaak aangaan wanneer zij verwachten dat de patiënt binnen een jaar komt te overlijden of wanneer zij inschatten dat een patiënt dit gesprek wil voeren. In deze inschatting kunnen andere factoren, zoals culturele en religieuze verschillen, een rol spelen. Deze verschillen kunnen er ook toe leiden dat patiënten in sommige gevallen zelf sneller euthanasie ter sprake brengen. Ik deel dus niet de conclusie dat het onverklaarbare deel van de regionale verschillen, alleen te verklaren is aan de 'aanbodkant'.

Aangezien het gesprek over het levenseinde geen gemakkelijk gesprek is, kan het helpen als de huisarts het gesprek initieert. Ik zie dit dan ook niet als iets verkeerd.

**Ons kenmerk**  
1815187-217229-PG

Vraag 3.

Deelt u de mening dat de onderzoeksresultaten om nadere duiding vragen van de onderzoekers, samen met artsen en dat als onderdeel van deze duiding nader onderzoek naar de verhouding tussen regionale vraag en aanbod van zorg en ondersteuning bij het levenseinde nodig is? Bent u bereid daarbij een evaluatie van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg te betrekken?

Vraag 4.

Wat is uw mening over de wenselijkheid van regionale verschillen in de euthanasiepraktijk? Bent u het ermee eens dat het wenselijk is als artsen onderling bespreken wat de oorzaken van regionale variatie in de euthanasiepraktijk zouden kunnen zijn?

Antwoord op vragen 3 en 4.

Zoals gezegd staat voor mij de zorgvuldigheid van de euthanasiepraktijk voorop en is deze in Nederland zeer zorgvuldig. Zolang de zorgvuldigheid hoog is, sta ik dan ook neutraal tegenover regionale verschillen. Regionaal zijn er geen verschillen in zorgvuldigheid. Ik zie daarom geen noodzaak tot verder vervolgonderzoek.

Ik heb navraag gedaan bij de KNMG of het zinvol is dat artsen onderling bespreken wat de oorzaken van regionale verschillen in de euthanasiepraktijk kunnen zijn. De KNMG benadrukt dat euthanasie voor artsen en patiënten ingewikkeld en belastend is. De praktijk en evaluaties laten al decennia zien dat artsen in verreweg de meeste gevallen zorgvuldig handelen (en dus niet te sturend of te gemakkelijk een verzoek inwilligen). Het ligt veel meer voor de hand dat verschillen verklaard kunnen worden door patiënt-variatie. Denken over euthanasie en een verzoek doen begint immers bij de patiënt. Dat daarin verschillen zijn is niet verwonderlijk, zelfs normaal en dus niet problematisch.

Vraag 5.

Bent u bereid de mogelijkheden te verkennen om de registratie van kenmerken van patiënten die euthanasie kregen uit te breiden, als element om zoveel mogelijk te leren van het eigen handelen?

Vraag 6.

Bent u bereid de mogelijkheden te verkennen om bij de reguliere evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding de regionale verschillen mee te nemen?

Antwoord op vragen 5 en 6.

In de derde wetsevaluatie is al gekeken naar de verschillen per RTE-regio in euthanasieverzoeken en uitvoeringen. In de vierde wetsevaluatie, die ik rond de zomer van 2022 verwacht, wordt onder meer gekeken naar de kennis, wensen en behoeften omtrent het levenseinde van specifieke doelgroepen en daarmee van specifieke kenmerken van patiënten. Te denken valt aan lager opgeleiden, laaggeletterden en/of mensen met lage gezondheidsvaardigheden, maar ook mensen met een migratie-achtergrond. Ook zal in die wetsevaluatie nader

gekeken worden naar het gesprek over het levenseinde en naar de ontwikkelingen in de cijfers.

**Ons kenmerk**  
1815187-217229-PG

Onderdeel van deze evaluatie is tevens het grootschalige sterfgevallenonderzoek, waarin een steekproef wordt gedaan van de overlijdens in Nederland. De huisarts of behandelend specialist van de overleden persoon ontvangt een vragenlijst over eventuele medische beslissingen rond het levenseinde. In de rapportage over deze medische beslissingen zal ook gekeken worden naar provinciale verschillen. Dit gaat dus om meer medische beslissingen dan alleen euthanasie.

1) A. Stef Groenewoud e.a., datum onbekend, 'Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation' in: BMJ Supportive and Palliative Care, <https://spcare.bmj.com/content/early/2021/01/12/bmjspcare-2020-002573.full>, NOS, 14 januari 2021, <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2364415-grote-regionale-verschillen-bij-euthanasie-in-sommige-gemeenten-25-keer-vaker.html>, Trouw, 15 januari 2021, 'Er zijn grote verschillen in euthanasiepraktijk tussen de regio's' <https://www.trouw.nl/binnenland/er-zijn-grote-verschillen-in-euthanasiepraktijk-tussen-de-regios~b60c80ab/> en Trouw, 15 januari 2021, 'Meer of minder euthanasie, hoe komt dat?' <https://www.trouw.nl/binnenland/meer-of-minder-euthanasie-hoe-komt-dat~b6ca8791/>