

Utrecht, 30 januari 2017

D66
Postbus 660
2501 CR Den Haag

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051 3502 LB Utrecht

030-28 23 339
r.heman@fed.knmg.nl

Referentie
GDij/17-14652

Onderwerp

Vragen bij Wet Toetsing Levensindebegeleiding van Ouderen op Verzoek

Geachte heer, mevrouw,

Op 18 december 2016 publiceerde D66 (hierna: 'de initiatiefneemster') het concept wetsvoorstel 'Wet Toetsing Levensindebegeleiding van Ouderen op Verzoek'. De KNMG ziet dit voorstel van D66 als een nadere uitwerking en concretisering van het in oktober 2016 gepubliceerde kabinetsvoorstel 'Kabinetsreactie en Visie Voltooid Leven'. In deze kabinetsbrief stelt het kabinet voor om naast de huidige euthanasiewet een tweede wet in te voeren die hulp bij zelfdoding bij mensen met een 'voltooid leven' onder bepaalde voorwaarden mogelijk maakt. De KNMG was verrast over de beslissing van het kabinet om afstand te nemen van de conclusie van de commissie Schnabel dat een dergelijke wet niet wenselijk was. In een separate, nog te publiceren notitie zal de KNMG nader ingaan op de voorstellen van het kabinet.

Ook het wetsvoorstel van de initiatiefneemster wil het mogelijk maken dat ouderen met een 'voltooid leven' hulp bij zelfdoding kunnen krijgen van een nieuw te vormen beroepsgroep: de 'levenseindebegeleider'. Het verschil met de huidige Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: euthanasiewet) is dat het criterium van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' vervallen is en dat een leeftijdsgrens van 75 jaar wordt gehanteerd. Ook anders dan in de huidige euthanasiewet stelt het voorstel dat het verzoek 'duurzaam' moet zijn en is er een wachttijd van minimaal twee maanden tussen het verzoek en de daadwerkelijke uitvoering. De hulp bij zelfdoding mag in het voorstel van de initiatiefneemster ook uitgevoerd worden door niet-artsen, terwijl onder de euthanasiewet alleen artsen die hulp mogen verlenen. De initiatiefneemster noemt specifiek verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen. Volgens de Memorie van Toelichting bij het voorstel (MvT) zou dit wetsvoorstel komen te bestaan naast de huidige euthanasiewet.

Artsenfederatie KNMG heeft met belangstelling kennis genomen van het voorstel van de initiatiefneemster. De KNMG waardeert de inzet van de initiatiefneemster voor het maatschappelijke vraagstuk van ouderen die lijden aan het leven. Ook artsen worden in de spreekkamer met deze problematiek geconfronteerd. De KNMG is dan ook graag bereid om samen met de initiatiefneemster na te denken over gewenste oplossingsrichtingen voor dit vraagstuk. De door de initiatiefneemster voorgestelde aanpak roept bij de KNMG echter wel vragen op. Volgens de initiatiefneemster zijn er 'mensen op hoge leeftijd die op enig moment hun leven als voltooid beschouwen en gaan lijden aan een voor hen te lang geworden leven' (MvT, p1). Kan de initiatiefneemster aangeven hoe groot deze groep mensen is en welke problemen zij precies ervaren? Kan de initiatiefneemster ook aangeven op grond waarvan zij afstand neemt van de

conclusie van de Commissie Schnabel die stelt dat de groep mensen waarover het gaat waarschijnlijk 'zeer klein' is?

Volgens de initiatiefneemster gaat het om mensen met onder andere 'een verslechtering van de gezondheid en een toenemende afhankelijkheid van anderen' (MvT, p1). Deze formulering suggereert dat het om mensen gaat met meer of minder ernstige somatische problemen. Kan de initiatiefneemster aangeven waarom deze mensen ondanks deze problemen niet onder de reikwijdte van de huidige euthanasiewet zouden vallen?

Volgens de initiatiefneemster 'heeft eenieder het recht om uit het leven te stappen' (MvT p.12). Kan de initiatiefneemster aangeven op grond waarvan uit dit recht een plicht van de overheid voortvloeit om een speciale regeling voor hulp bij zelfdoding te introduceren?

Volgens de initiatiefneemster '...kunnen [burgers] anderen bovendien niet vragen hen te helpen' (MvT p. 15). Kan de initiatiefneemster aangeven hoe deze uitspraak zich verhoudt tot het bestaan van de huidige euthanasiewet?

Volgens de initiatiefneemster kunnen ouderen in de huidige situatie 'worden gedwongen om de laatste levensfase in een voor hen onaanvaardbare ontluistering te ondergaan' (MvT p.15). Kan de initiatiefneemster aangeven om welke situaties het precies gaat en hoe vaak dit voorkomt?

Het wetsvoorstel is gericht op mensen met een 'voltooid leven'. Volgens de initiatiefneemster is een voltooid leven een 'persoonlijke ervaring' en kan 'niemand ooit over een ander zeggen dat zijn leven voltooid is'. Kan de initiatiefneemster aangeven hoe een dergelijke subjectieve ervaring objectief, eenduidig en transparant beoordeeld en getoetst kan worden door de levenseindebegeleider en de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie?

Het voorstel richt zich op mensen zonder somatische klachten. Dat betekent dat de levenseindebegeleider een onderscheid zal moeten maken tussen 'gezonde' en 'zieke' mensen met een doodswens. Tegelijkertijd stelt de initiatiefneemster dat 'er geen medische diagnose gesteld hoeft te worden' (MvT p.23). Kan de initiatiefneemster toelichten hoe een levenseindebegeleider op professionele en objectieerbare wijze kan beoordelen dat iemand 'ziek' is zonder een medische diagnose te stellen? En kan de initiatiefneemster aangeven hoe gegarandeerd kan worden dat de levenseindebegeleiders – die niet altijd een medische achtergrond zullen hebben - voldoende in staat zullen zijn om medische problemen (waaronder behandelbare depressies, suïcidaliteit of beginnende dementie) adequaat te identificeren? Kan de initiatiefneemster ook aangeven hoe de levenseindebegeleiders moeten omgaan met mensen bij wie de doodswens wel voortkomt uit somatische klachten? Zijn de levenseindebegeleiders in die situatie voldoende in staat te beoordelen of de medische klachten – denk aan pijn of benauwdheid - nog te behandelen zijn?

Volgens de initiatiefneemster dient de wilsbekwaamheid van de hulpvrager formeel vastgesteld te worden. Kan de initiatiefneemster aangeven hoe niet-artsen, zoals verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten de wilsbekwaamheid en de wilsonbekwaamheid kunnen vaststellen? Welke expertise is volgens de initiatiefneemster nodig om dit te kunnen doen?

De voorgestelde levenseindebegeleiders zouden situaties van 'voltooid leven' moeten gaan beoordelen. Volgens de normen van de beroepsgroep, de straf- en tuchtrechter, en de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie zijn dit nu juist die situaties waarin van artsen extra behoedzaamheid en terughoudendheid wordt gevraagd omdat het hier doorgaans om zeer complexe casuïstiek gaat. Acht de initiatiefneemster

deze terughoudendheid terecht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, zouden de levenseindebegeleiders dan niet dezelfde behoedzaamheid moeten betrachten?

De voorgestelde levenseindebegeleiders zullen in de praktijk geconfronteerd worden met zeer complexe problematiek, waarbij bijvoorbeeld rouw, verlies van zingeving, eenzaamheid, verstoorde familierelaties, traumatische gebeurtenissen uit het verleden, psychiatrische problematiek, persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik, de woonsituatie, mishandeling door naasten, financiële uitbuiting en onvoldoende (mantel-)zorg bij kunnen dragen aan de doodswens. Kan de initiatiefneemster aangeven in hoeverre de levenseindebegeleiders de mogelijkheid zullen hebben de hulpvragers bij deze problematiek te ondersteunen? Kunnen de levenseindebegeleiders ook andere vormen van hulp bieden dan hulp bij zelfdoding? Zo ja, waarom zijn deze andere vormen van hulp dan alleen beschikbaar voor mensen met een doodswens? Zo nee, betekent dit dat de hulpvrager niet verder begeleid wordt als de levenseindebegeleider constateert dat niet is voldaan aan de door de initiatiefneemster voorgestelde criteria?

Hieraan gekoppeld is het volgende. De initiatiefneemster stelt voor om een nieuwe BIG-geregistreeerde beroepsgroep te introduceren (de levenseindebegeleider) die specifiek gericht is op het verlenen van hulp bij zelfdoding. De daarbij door de initiatiefneemster genoemde BIG-geregistreeerde beroepen, zoals artsen, psychologen en verpleegkundigen, hebben echter uit oogpunt van 'goed hulpverlenerschap' uit de wet BIG een veel breder takenpakket, waarbij het uitgangspunt is dat de hulpverlener meerdere vormen van hulp kan en moet bieden. Kan de initiatiefneemster aangeven hoe deze verschillende taken zich tot elkaar verhouden, ook gelet op het vereiste van 'goed hulpverlenerschap'?

Volgens de initiatiefneemster moeten levenseindebegeleiders een kopstudie volgen om zich in het BIG-register te kunnen registreren als levenseindebegeleider. Ook artsen zouden dit moeten doen. Kan de initiatiefneemster aangeven waarom artsen - die nu ook al vaak de begeleiding rond het levenseinde doen - een dergelijke kopstudie zouden moeten volgen?

In het voorstel van de initiatiefneemster wordt er een wachttijd van twee maanden geïntroduceerd voordat de hulp bij zelfdoding kan worden verleend. Deze wachttijd is niet aan de orde in de huidige euthanasiewet. Tegelijkertijd stelt de initiatiefneemster dat de levenseindebegeleiders ook hulp bij zelfdoding mogen verlenen aan mensen die wel somatische klachten hebben. Kan de initiatiefneemster aangeven of voor mensen met somatische klachten ook de betreffende wachttijd moet worden gerespecteerd? Kan de initiatiefneemster ook aangeven hoe, en op grond waarvan, de levenseindebegeleiders een onderscheid gaan maken tussen mensen bij wie wel en niet een wachttijd moet worden gerespecteerd?

Volgens de initiatiefneemster mogen ook levenseindebegeleiders die geen arts zijn (verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen) zelfstandig de benodigde middelen voor hulp bij zelfdoding voorschrijven. Het is echter bekend dat hulp bij zelfdoding niet altijd slaagt en er alsnog middelen intraveneus moeten worden toegediend. Kan de initiatiefneemster aangeven wat in deze situatie van een niet geslaagde hulp bij zelfdoding de juiste werkwijze is, zowel voor artsen als voor niet-artsen?

Volgens de initiatiefneemster staat de hulp van de levenseindebegeleider ook open voor mensen van wie het euthanasieverzoek door de arts is afgewezen (MvT, p 24). Kan de initiatiefneemster aangeven hoe zich dit verhoudt tot de huidige euthanasiewet? Verwacht de initiatiefneemster dat nog een beroep zal worden gedaan op de euthanasiewet bij mensen boven de 75 jaar?

In het voorstel van de initiatiefneemster komen er twee verschillende juridische regelingen naast elkaar te bestaan. Een arts is in die situatie de enige professional die onder beide regelingen hulp bij zelfdoding kan verlenen (als de arts ook geregistreerd levenseindebegeleider is). Betekent dit ook dat een arts kan worden veroordeeld omdat niet is voldaan aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden uit de euthanasiewet, terwijl diezelfde eis niet geldt voor de door de initiatiefneemster voorgestelde wet? En betekent dit dat er tijdens de beoordeling van de doodswens geswitcht kan worden tussen de beide regelingen?

De initiatiefneemster stelt een leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder voor. Heeft de initiatiefneemster onderzoek gedaan naar de verenigbaarheid van een dergelijke leeftijdsgrens met nationale en Europese bepalingen die leeftijdsdiscriminatie verbieden?

Met het instellen van een leeftijdsgrens van 75 jaar wordt de doodswens van ouderen fundamenteel anders behandeld dan die van jongeren. Bij jongeren wordt een langdurige doodswens 'suïcidaliteit' genoemd en ligt de nadruk op het voorkomen daarvan, het verbeteren van de kwaliteit van leven en de beschermwaardigheid van het leven. Met het voorstel van de initiatiefneemster komt het accent bij ouderen te liggen op het zelfbeschikkingsrecht. Kan de initiatiefneemster aangeven wat de rechtvaardiging is voor deze leeftijdsgrens? En kan de initiatiefneemster aangeven waarom de doodswens van ouderen fundamenteel anders behandeld wordt dan die van jongeren? Impliceert de initiatiefneemster met de invoering van een leeftijdsgrens ook dat het leven van mensen boven die leeftijdsgrens minder beschermwaardig is dan het leven van mensen onder die grens? Hoe beoordeelt de initiatiefneemster het argument dat dit tot stigmatisering van de ouderdom en tot gevoelens van onveiligheid onder ouderen kan leiden?

De initiatiefneemster stelt voor dat de toetsing van de hulp bij zelfdoding wordt gedaan door de al bestaande Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE), die daarmee de uitvoering van twee verschillende wetten zouden moeten gaan toetsen. Betekent dit naar de mening van de initiatiefneemster ook dat de RTE's nog een onzorgvuldig kunnen uitspreken in situaties waarin onder de euthanasiewet niet is voldaan aan de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden? En kan de RTE ook een onzorgvuldig uitspreken in situaties waarin de levenseindebegeleider zich niet heeft gehouden aan de eis van duurzaamheid uit de door de initiatiefneemster gedane voorstel?

De KNMG hoopt met het bovenstaande bij te dragen aan het maatschappelijk debat over ouderen die lijden aan het leven en ziet uit naar de beantwoording van deze vragen, te meer daar het gaat om een maatschappelijk en politiek vraagstuk, en niet een medisch vraagstuk, waarmee artsen wel in de spreekkamer worden geconfronteerd.

Uiteraard is de KNMG graag tot nader overleg bereid.

Met vriendelijke groet,



R.A.C.L. Héman, arts M&G, MBA
voorzitter KNMG