

Reactie KNMG op het initiatiefwetsvoorstel 'Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek' (maart 2024)

In november 2023 diende D66 het initiatiefwetsvoorstel 'Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek' in. Doelstelling van deze wet is het vergemakkelijken van hulp bij zelfdoding voor ouderen bij wie geen sprake is van lijden op basis van een medische grondslag. De KNMG heeft hier fundamentele bezwaren tegen, die in grote lijnen hetzelfde zijn als bij de eerdere versie van het wetsvoorstel. Deze bezwaren zijn hieronder kort weergegeven. Onderstaand vindt u de belangrijkste punten. En in het vervolg van deze brief gaan wij daar verder op in.

- Het begrip 'voltooid leven' heeft in het maatschappelijk debat een te positieve connotatie. In de praktijk gaat het vooral om mensen in een kwetsbare positie die verlies van zingeving ervaren.
- Het signaal dat het leven van ouderen minder beschermwaardig is kan onder hen gevoelens van overbodigheid en onveiligheid versterken.
- Vanwege de medische problemen die oudere mensen doorgaans (mede) ervaren zouden zij waarschijnlijk onder de werking van de huidige euthanasiewet kunnen vallen.
- De voorgestelde leeftijdsgrens van 75 jaar kent geen objectieve grondslag. De KNMG ziet dit dan ook als een ongerechtvaardigde vorm van leeftijdsdiscriminatie die tot stigmatisering van de ouderdom kan leiden. Ook zal deze grens waarschijnlijk juridisch onhoudbaar blijken.
- In de voorgestelde wet wordt van (huis)artsen gevraagd om een medische verklaring af te geven over de eigen patiënt. Deze rol is voor de (huis)arts niet mogelijk. Een dergelijke medische verklaring mag immers alleen afgegeven worden door een onafhankelijk arts.
- In de complexe situaties van ouderen met een doodswens zonder somatische grondslag zou een minder strikt beoordelingskader komen te gelden dan in situaties waarin het lijden wel een medische grondslag heeft, en die onder de huidige euthanasiewet vallen. De KNMG vindt dit onwenselijk en onbegrijpelijk. Ook kan dit de zorgvuldigheid van de huidige euthanasiewet ondermijnen.
- De betrokkenheid van een arts bij de uitvoering van hulp bij zelfdoding is essentieel. Artsen kunnen echter niet meewerken aan hulp bij zelfdoding als zij niet zelf betrokken zijn geweest bij de beoordeling van het verzoek
- Opname van het beroep 'levenseindebegeleider' in de Wet BIG is juridisch niet mogelijk of wenselijk. Het is ook niet wenselijk om mensen speciaal en eenzijdig op te leiden om hulp bij zelfdoding te verlenen aan ouderen met een doodswens.
- Het zelfbeschikkingsrecht van burgers verplicht de overheid niet om hulp bij zelfdoding te faciliteren. Dit geldt temeer wanneer dit op gespannen voet staat met andere plichten van de overheid, zoals de bescherming van kwetsbare groepen.
- Het voorstel behelst een plicht van de arts tot doorbreking van het beroepsgeheim. Dit is niet nodig, noch gerechtvaardigd.

'Voltooid leven' heeft te positieve connotatie

Naar de mening van de initiatiefneemster bestaat de doelgroep van de wet uit ouderen zonder overwegende somatische problematiek, die gevoelens van een 'voltooid leven' ervaren. Mensen bij wie het lijden met name voortkomt uit somatische/psychische problematiek zouden immers onder de euthanasiewet kunnen vallen.

Het zou volgens de initiatiefneemster onder andere gaan om mensen die 'bestaansmoeheid en existentiële eenzaamheid ervaren' en mensen die 'piekeren en het gevoel hebben weinig invloed meer te hebben op het eigen leven'.

Net als de Raad van State (RvS) is de KNMG van mening dat het begrip 'voltooid leven' in het maatschappelijk debat een veel te positieve connotatie heeft. Deze term suggereert dat het gaat om een groep mensen die 'heeft afgerond wat men wilde doen in het leven en daardoor 'klaar met leven is' (RvS p.4).

In de praktijk gaat het echter vooral om mensen in een kwetsbare positie die verlies van zingeving ervaren en vaak afhankelijk zijn van de hulp van anderen, zo laat het PERSPECTIEF-onderzoek zien.¹ Doorgaans zijn deze mensen lager opgeleid en hebben zij een zwakke sociaal economische positie. Ook gaat achter de doodswens vaak complexe problematiek schuil, zoals eenzaamheid, woonproblematiek en sociale isolatie. Soms gaat het om een (huur)schuld of andere financiële problemen.

Ook blijkt dat de stervenswens van deze mensen in veel gevallen niet consistent is, maar doorgaans juist heel ambivalent en veranderlijk is. Bij een groot deel van de respondenten in bovengenoemd onderzoek was ook sprake van somatische en psychische gezondheidsproblemen.

Het lijkt er volgens de KNMG dan ook meer op dat het gaat om mensen die hulp nodig hebben bij het leven, dan bij het sterven.

Kleine doelgroep

Uit hetzelfde PERSPECTIEF-onderzoek blijkt dat de groep ouderen waarvoor deze wet bedoeld is waarschijnlijk heel klein is. Het zou immers gaan om mensen die een actuele, weloverwogen doodswens hebben, behoefte hebben aan actieve levensbeëindiging, en waarbij er geen medische grondslag voor het lijden is. Bij de meeste oudere mensen is echter sprake van een opeenstapeling van problemen op verschillende niveaus: medisch, psychisch, cognitief, psychosociaal en/of existentieel. Vanwege de medische problemen die deze mensen doorgaans (mede) ervaren zouden zij waarschijnlijk onder de huidige werking van de euthanasiewet kunnen vallen.

De KNMG wijst er in dit kader op dat uit de vierde evaluatie van de euthanasiewet blijkt dat het percentage artsen die het denkbaar vindt om euthanasie uit te voeren bij mensen met een stapeling van ouderdomsaandoeningen in 2022 hoger lag (41%) dan in 2016 (23%).

De KNMG acht het op grond hiervan niet raadzaam om voor de waarschijnlijk zeer kleine groep op wie dit wetsvoorstel zich richt een apart wettelijk kader te scheppen dat mogelijk vergaande en onverantwoorde maatschappelijke consequenties heeft.

¹ Het PERSPECTIEF-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. Zon-Mw 2020.

Leeftijdsgrens van 75 jaar is discriminatoir en stigmatiserend

Het initiatiefwetsvoorstel kent een leeftijdsgrens van 75 jaar. Deze leeftijdsgrens wordt in het voorstel gerechtvaardigd met het argument dat 'ouderen in het algemeen, door de ervaring van het lange leven dat achter hen ligt, beter dan mensen in andere fases in staat zullen zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is, temeer omdat zij in deze levensfase vaker de balans opmaken van hun leven'.

Het is onduidelijk waar deze aanname op gebaseerd is. Bovendien: zelfs als ouderen gemiddeld beter in staat zouden zijn om te bepalen of het leven voor hen nog levenswaardig is, of vaker de balans opmaken van hun leven, sluit dit niet uit dat ook mensen onder deze leeftijd daartoe in staat zijn en dit ook feitelijk doen. Uit het PERSPECTIEF-onderzoek blijkt ook dat de wens tot levensbeëindiging niet samenhangt met leeftijd.

De initiatiefneemster maakt een vergelijking met andere leeftijdsgrenzen, zoals die voor het kopen van tabak en die voor IVF. Deze leeftijdsgrenzen zijn echter objectief te rechtvaardigen. Voor de verkoop van tabak wordt bijvoorbeeld een leeftijdsgrens van 18 jaar gehanteerd, omdat mensen vanaf die leeftijd volwassen zijn. Ook een leeftijdsgrens voor IVF is niet willekeurig, maar is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar de voor- en nadelen en een efficiënt en effectief gebruik van publieke middelen. Voor de voorgestelde leeftijdsgrens van 75 jaar bestaat echter niet een dergelijke objectieve rechtvaardiging.

Als een doodswens zonder medische grondslag een legitieme grond voor hulp bij zelfdoding zou worden, dan is er geen reden waarom dit beperkt zou moeten worden tot ouderen. Zelfs als een dergelijke doodswens statistisch vaker zou voorkomen bij ouderen – wat niet zo is – dan biedt dit onvoldoende rechtvaardiging voor het hanteren van een dergelijke leeftijdsgrens.

In het algemeen wordt een doodswens bij jongeren 'suïcidaliteit' genoemd en ligt de nadruk op het voorkomen daarvan, het verbeteren van de kwaliteit van leven en de beschermwaardigheid van het leven. In het initiatiefwetsvoorstel komt bij ouderen het accent echter eenzijdig te liggen op het zelfbeschikkingsrecht en het behulpzaam zijn bij het uitvoeren van de doodswens. Deze omslag in benadering wordt in het initiatiefwetsvoorstel niet gerechtvaardigd.

Naar de mening van de KNMG zijn er vanuit juridisch, medisch, psychologisch en moreel oogpunt geen redenen waarom de doodswens van mensen boven de 75 jaar fundamenteel anders behandeld zou moeten worden dan die van mensen onder die leeftijd.

Vanwege het ontbreken van een objectieve grondslag voor een dergelijk onderscheid op basis van leeftijd ziet de KNMG deze leeftijdsgrens daarom als een ongerechtvaardigde vorm van leeftijdsdiscriminatie. Waarschijnlijk zal een dergelijke leeftijdsgrens op grond van de Algemene wet gelijke behandeling ook juridisch onhoudbaar blijken te zijn.

Met het invoeren van een leeftijdsgrens van 75 jaar geeft de overheid ook een expliciet signaal af dat het leven van ouderen minder beschermwaardig is dan dat van mensen onder die leeftijdsgrens. Voor hen worden immers minder strikte zorgvuldigheidscriteria gehanteerd dan voor mensen onder die leeftijd. Zo zijn er niet de eisen van het bestaan van 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' en het ontbreken van 'redelijke alternatieven', zoals de WtI die wel stelt.

Het signaal dat het leven van ouderen minder beschermwaardig is, kan onder hen gevoelens van overbodigheid en onveiligheid versterken en tot stigmatisering van ouderdom leiden. Ook kan het er toe leiden dat ouderen zich moeten rechtvaardigen waarom ze geen gebruik maken van deze wet.

Zeker in een tijd waarin de ouderenzorg onder druk staat acht de KNMG dit zeer ongewenst.

Voorstel ondermijnt euthanasiewet

In het initiatiefwetvoorstel wordt een tweede weg naar hulp bij zelfdoding mogelijk gemaakt, die zou komen te bestaan naast de huidige euthanasiewet. Het valt echter niet goed in te zien hoe deze twee verschillende wegen naast elkaar zouden kunnen bestaan. Dit zou immers betekenen dat twee verschillende groepen hulpverleners (artsen en levenseindebegeleiders) verschillende criteria moeten hanteren bij het beoordelen van een doodswens. Het betekent ook dat artsen die ervoor kiezen levenseindebegeleider te worden verschillende criteria moeten hanteren – afhankelijk van de wet waar zij zich op willen beroepen.

Het betekent ook dat mensen bij wie een medische grondslag van het lijden bestaat anders behandeld worden dan mensen waarbij die grondslag niet bestaat. Mensen met een medische grondslag van het lijden worden in die situatie immers aan een strikter beoordelingsregime onderworpen (in de euthanasiewet), dan mensen zonder medische grondslag van het lijden (in de voorgestelde nieuwe wet). Naast het in zichzelf discriminatoire karakter hiervan, is dit verschil in behandeling moeilijk te rechtvaardigen.

De KNMG vindt het onwenselijk en onbegrijpelijk dat met deze nieuwe wet voor de complexe situaties van ouderen met een doodswens zonder somatische grondslag een minder strikt beoordelings- en toetsingskader zou komen dan voor situaties waarin het lijden wel een medische grondslag heeft, zoals onder de huidige euthanasiewet.

Feitelijk betekent dit dat de doodswens van mensen die om euthanasie vragen op grond van een somatische aandoening strenger wordt beoordeeld dan mensen bij wie dat niet het geval is. De KNMG acht dit moreel en juridisch niet te rechtvaardigen, onduidelijk en onwerkbaar. Het lijkt ook in strijd met de huidige beroepsnorm, die artsen in situaties waarin somatisch lijden minder op de voorgrond staat juist aanraadt om met extra behoedzaamheid te werk te gaan. Ook kan het in strijd zijn met de plicht van de overheid om kwetsbare groepen in de samenleving te beschermen.

De in de initiatiefwet voorgestelde werkwijze zou ook betekenen dat de arts 'toegang' geeft aan het traject met de levenseindebegeleider om het proces van hulp bij zelfdoding in gang te zetten. De arts zou dan in een situatie kunnen komen dat hij concludeert dat niet aan de eisen van de euthanasiewet is voldaan, omdat er geen medische grondslag is voor het lijden en er nog redelijke alternatieven zijn om het lijden te verlichten. Maar met dat oordeel zou de patiënt vervolgens toegang krijgen tot hulp bij zelfdoding op grond van de voorgestelde minder strikte regeling waarin die medische grondslag van het lijden en het ontbreken van redelijke alternatieven niet vereist is.

Bij het bestaan van twee parallelle systemen kan een patiënt bij wie het euthanasieverzoek om welke reden dan ook door een arts wordt afgewezen, zich in principe alsnog wenden tot een levenseindebegeleider om het verzoek tot hulp bij zelfdoding opnieuw te laten beoordelen. De levenseindebegeleider mag dit verzoek dan honoreren zonder de medische grondslag van het lijden te verdisconteren in de afweging: een half jaar durende doodswens volstaat dan om hulp bij zelfdoding te krijgen. Ook hoeft de levenseindebegeleider niet te beoordelen of er nog redelijke alternatieven zijn om het lijden te verlichten.

Dat roept de vraag op waarom de medische grondslag van het lijden, of het bestaan van redelijke alternatieven in de euthanasiewet überhaupt nog beoordeeld zou moeten worden. Het vervallen van deze eisen in de voorgestelde wet leidt daardoor feitelijk tot een uitholling van de huidige euthanasiewet.

De KNMG acht dit onwenselijk. De huidige euthanasiewet is immers niet alleen bedoeld om artsen en patiënten rechtszekerheid te bieden bij het inwilligen van een euthanasieverzoek, maar heeft ook tot doel om patiënten en artsen te beschermen, bijvoorbeeld tegen druk van buitenaf of tegen een niet weloverwogen besluit.

Zorgvuldigheid, rechtszekerheid, transparantie en beschermwaardigheid van mensen in een kwetsbare positie zijn de hoekstenen van de euthanasiewet en -praktijk. Ook voor de toekomst dienen dit naar de mening van KNMG de uitgangspunten te blijven.

Voorgestelde rol van de arts bij beoordeling doodswens is niet mogelijk

Een doodswens kan door een groot aantal redenen veroorzaakt worden en kent somatische, psychische en sociale dimensies, die elkaar bovendien kunnen versterken.

Naar de mening van de KNMG moet uit oogpunt van zorgvuldigheid uitgesloten worden dat de doodswens van de betrokkene voortkomt uit een (nog te behandelen) ziektebeeld, medicatie² of beïnvloed wordt door verminderde wilsbekwaamheid.

Een dergelijke inschatting vereist deskundigheid en ervaring op het betreffende gebied, waar alleen artsen over beschikken. Bij het beoordelen van een doodswens zal naar de mening van de KNMG daarom altijd een arts betrokken moeten zijn.

Om deze reden moet volgens het initiatiefwetsvoorstel de levenseindebegeleider contact opnemen met de eigen (huis)arts van de patiënt. Deze (huis)arts moet vervolgens de levenseindebegeleider informeren 'of er behandelopties zijn, of deze behandelopties zijn besproken tussen (huis)arts en oudere en in hoeverre de oudere deze behandelopties wenselijk acht'. Ook moet de arts vaststellen 'of de wens geen onderdeel is van een psychiatrisch ziektebeeld'.

Het vaststellen of de doodswens van iemand zonder somatische klachten onderdeel is van een psychiatrisch ziektebeeld vereist specifieke psychiatrische expertise. De huisarts is hier niet voor opgeleid en beschikt dan ook niet over deze expertise. Een arts die wel over deze expertise beschikt – zoals een psychiater – dient onafhankelijk te zijn ten opzichte van de patiënt.

Van belang hierbij is om op te merken dat psychische aandoeningen relatief veel voorkomen onder ouderen. Zo heeft tot 20 procent van de mensen boven de 75 jaar last van depressieve klachten, vaak gekoppeld aan een angststoornis.³ Beide zijn vaak goed te behandelen. Om deze reden is het uit oogpunt van extra behoedzaamheid verplicht om bij een euthanasieverzoek een onafhankelijk psychiater te raadplegen wanneer sprake is van ondraaglijk lijden dat wordt veroorzaakt door een psychische stoornis.

Mocht er sprake zijn van een psychiatrisch ziektebeeld, dan zal volgens de initiatiefneemster 'een behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, doorgaans wel een 'redelijk alternatief' zijn'. Hiermee lijkt de initiatiefneemster het zorgvuldigheidscriterium van het ontbreken van 'redelijke alternatieven' uit de euthanasiewet toch weer te introduceren. Onduidelijk is hoe de initiatiefneemster zich dit concreet voorstelt.

² Geneesmiddelengeïnduceerde depressie en suicidaliteit Gebu. 2015;49(6):64-70 30-06-2015 <https://www.ge-bu.nl/artikel/geneesmiddelengeïnduceerde-depressie-en-suicidaliteit>

³ van der Veen, D. C. (2021). Anxiety in late-life depression. PhD-Thesis. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.179793202>

Naar de mening van de KNMG kan de eigen arts de door de initiatiefneemster voorgestelde rol niet vervullen. Het betreft hier immers een verklaring over de medische situatie van een patiënt. Een dergelijke medische verklaring mag echter alleen afgegeven worden door een onafhankelijk arts, niet door de eigen arts. Een onafhankelijk arts kan een onafhankelijke beoordeling maken van de situatie, iets dat de eigen arts niet kan of mag. Achtergrond hiervan is dat met een oordeel over de medische situatie van de patiënt de vertrouwensrelatie tussen de eigen arts en de patiënt onder druk kan komen te staan. Ook bestaat het risico dat de patiënt vanuit persoonlijke belangen niet meer alle informatie met de arts deelt die noodzakelijk is voor de arts.

Het is echter de vraag of een onafhankelijk arts in staat is om een dergelijke afweging te maken. Het gaat immers om het beoordelen van complexe problematiek, die mogelijk schuilgaat achter de doodswens. Het is ook bekend dat de doodswens van mensen in een dergelijke situatie vaak wisselend en ambivalent is, wat zich niet goed verhoudt tot een eenmalige beoordeling van de doodswens door een onafhankelijk arts.

Betrokkenheid arts bij uitvoering hulp bij zelfdoding is essentieel

Volgens het initiatiefwetsvoorstel worden de middelen voor zelfdoding voorgeschreven door de levenseindebegeleider, en is daar geen arts bij betrokken. Juridisch is dit problematisch, omdat een aantal beroepen die in aanmerking komt voor de titel levenseindebegeleider (zoals gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten) momenteel geen voorschrijfbevoegdheid hebben en ook niet zijn opgeleid om middelen voor te schrijven die onder de Opiumwet vallen.

De initiatiefneemster ziet bij het daadwerkelijk verlenen van hulp bij zelfdoding geen rol voor de arts. Er is in het kader van deze wet dan ook geen mogelijkheid om in het geval van complicaties terug te vallen op de intraveneuze methode, zoals onder de euthanasiewet wel mogelijk is.

Volgens de initiatiefneemster is dit ingegeven 'door het feit dat het voorstel is gericht op de eigen keuze van de oudere. De initiatiefneemster vindt het daarbij logisch en wenselijk dat het proces ook een mate van eigen regie en eigen verantwoordelijkheid heeft'. (MvT, par. 5.5).

Naar de mening van de KNMG is het echter niet zo dat hulp bij zelfdoding meer recht zou doen aan de zelfbeschikking van de patiënt dan de intraveneuze methode. Bij beide methodes moet er immers sprake zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf.

Zoals de RvS in haar advies ook al opmerkte, ziet de KNMG de betrokkenheid van een arts bij hulp bij zelfdoding als essentieel. Het valt immers niet uit te sluiten dat het innemen van deze middelen dan wel het stervensproces niet verloopt zoals beoogd en er (medische) complicaties optreden. De KNMG wijst er in dit verband op dat van de 186 meldingen van hulp bij zelfdoding in 2022, er in 33 gevallen alsnog in een later stadium is overgegaan tot de intraveneuze methode, omdat het overlijden te lang op zich liet wachten.

Hoewel betrokkenheid van artsen bij hulp zelfdoding dus essentieel is, kunnen artsen niet meewerken aan de uitvoering van hulp bij zelfdoding of euthanasie als zij niet zelf betrokken zijn geweest bij de beoordeling van het verzoek, zoals in het onderhavige voorstel.

Wettelijke verankering levenseindebegeleider in wet BIG is niet mogelijk

De initiatiefneemster heeft ervoor gekozen om voor de uitvoering van het wetsvoorstel in belangrijke mate aan te sluiten bij de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Voorgesteld wordt dat de levenseindebegeleider een beroepsbeoefenaar wordt in de zin van de Wet BIG. De levenseindebegeleider wordt ingeschreven in een beroepsregister, dient een aangewezen opleiding te hebben gevolgd en komt onder het medisch tuchtrecht te vallen.

De opleiding tot levenseindebegeleider is volgens de initiatiefneemster slechts toegankelijk voor mensen die de opleiding tot arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige hebben voltooid.

De initiatiefneemster heeft voor deze constructie gekozen omdat 'de kwaliteit van de beroepsbeoefening moet worden geborgd, omdat patiënten moeten worden beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen en omdat er inzichtelijkheid moet worden geboden aan derden'. Ook vindt zij het van belang dat beroepsbeoefenaren onder het medisch tuchtrecht vallen.

De initiatiefneemster wijkt met deze constructie echter in belangrijke mate af van de huidige structuur van (erkenning van een beroep op grond van) de Wet BIG. Zo lijkt de titel levenseindebegeleider niet te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan een beroep om opgenomen te kunnen worden in de Wet BIG. Het beroep is niet gericht op de individuele gezondheidszorg en is het geen basisberoep dat voldoende onderscheidend is. De opleiding is immers slechts toegankelijk voor mensen die de opleiding tot arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of verpleegkundige hebben voltooid.

Daarnaast is het deskundigheidsgebied onvoldoende uitontwikkeld en onderscheidend en is er geen eenduidige brede Nederlandse opleiding waarvan de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is. De beroepsgroep van levenseindebegeleiders is tevens van onvoldoende omvang. Maar nog belangrijker: het beroep van levensbegeleider begeeft zich niet in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG. Dat wil zeggen, zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, waaronder geneeskunst.

Opname van het beroep 'levenseindebegeleider' in de Wet BIG lijkt de KNMG dan ook juridisch niet mogelijk of wenselijk.

De KNMG wijst er verder op dat er momenteel geen aanvragen met betrekking tot opname in de Wet BIG, dan wel uitbreiding en/of verschuiving van bevoegdheden in behandeling worden genomen door de minister. Ook om deze reden lijkt de door de initiatiefneemster voorgestelde constructie niet mogelijk.

Kwaliteit levenseindebegeleider is onvoldoende gewaarborgd

Los van dit juridische bezwaar is het naar de mening van de KNMG niet wenselijk om mensen speciaal op te leiden om hulp bij zelfdoding te verlenen aan ouderen met een doodswens. Goed hulpverlenerschap vereist dat een burger of patiënt adequaat geholpen wordt bij ervaren problemen, niet dat iemand wordt begeleid naar een doel dat van te voren al vaststaat.

Een goed hulpverlener doet meer dan controleren of iemands wens aan bepaalde zorgvuldigheidseisen voldoet. Het begeleiden van ouderen met een doodswens kan ook andere hulp vergen dan hulp bij zelfdoding. Deze hulp kan door de levenseindebegeleider echter niet worden geboden, omdat die daarvoor niet is opgeleid.

Het risico van het speciaal opleiden van levenseindebegeleiders is ook dat een tunnelvisie optreedt en alternatieven voor hulp bij zelfdoding of het verbeteren van de kwaliteit van leven worden gemist of genegeerd. De levenseindebegeleider is immers opgeleid om de doodswens te beoordelen, niet om andere vormen van hulp aan te bieden.

In tegenstelling tot wat de initiatiefneemster meent is de KNMG er niet van overtuigd dat de beoogde levenseindebegeleiders (gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten of verpleegkundigen) per definitie over de competenties beschikken die nodig zijn om de complexe problematiek van ouderen met een doodswens te kunnen beoordelen. In de opleiding tot deze beroepen is het begeleiden van ouderen met een doodswens naar de dood of juist naar een vorm van zorgverlening die gericht is op voortzetting van het leven immers niet een standaard onderdeel.

Verder is het de KNMG niet duidelijk waarom ook artsen de opleiding tot levenseindebegeleider zouden moeten volgen, terwijl zij in de huidige euthanasiewet al bevoegd en bekwaam worden geacht om verzoeken tot euthanasie en hulp bij zelfdoding te beoordelen en daadwerkelijk uit te voeren.

Zelfbeschikkingsrecht burgers verplicht overheid niet tot faciliteren hulp bij zelfdoding

De KNMG erkent dat er onder sommige groepen mensen in de samenleving behoefte bestaat aan meer eigen regie rond het levenseinde. Deze behoefte betekent echter niet automatisch dat deze mensen een actuele doodswens hebben of hulp bij zelfdoding wensen, zoals de initiatiefneemster suggereert. In veel gevallen zal het immers niet gaan om een feitelijke en actuele wens tot levensbeëindiging, maar om het verkrijgen van zekerheid of geruststelling voor de toekomst of, wijze of tijdstip van overlijden.

Deze zekerheid geeft dit initiatiefwetsvoorstel echter niet. Mensen moeten zich immers nog steeds tot een ander wenden, die controleert of de doodswens aan bepaalde criteria voldoet. Mensen zijn dus nog steeds afhankelijk van iemand anders en lopen daarbij het risico dat het verzoek afgewezen wordt. In die zin wordt 'eigen regie' over de eigen dood dan ook beperkt.

Veel mensen willen ook meer zekerheid voor de situatie dat zij dementie in een gevorderd stadium zullen krijgen. De voorgestelde wet richt zich echter alleen op wilsbekwame mensen en biedt deze zekerheid dus niet.

Uit de behoefte aan meer zelfbeschikking rond het levenseinde trekt de initiatiefneemster de conclusie dat de overheid ook de plicht zou hebben om mensen met een doodswens bij hun zelfdoding te faciliteren.

Het recht op zelfbeschikking betekent dat mensen eigen keuzes over hun leven mogen maken. Uit dit recht volgt echter niet dat de overheid alles mogelijk moet maken wat mensen willen. Dit geldt temeer wanneer dit op gespannen voet staat met andere plichten van de overheid, zoals de bescherming van het leven van hun burgers en van kwetsbare groepen in de samenleving.

Feitelijk gaat de discussie over dit wetsvoorstel dan ook niet over het zelfbeschikkingsrecht, maar over de vraag of het een taak van de overheid is om de zelfdoding van gezonde ouderen met een doodswens te faciliteren.

De toenemende vraag naar meer regie en zekerheid rond het eigen levenseinde kan naar de mening van de KNMG ook op andere wijzen worden beantwoord. Burgers kunnen ook zelf regie nemen over hun eigen levenseinde. Te denken valt aan het niet beginnen of staken van medicatie of andere behandeling, of het stoppen met eten en drinken. Voor dergelijke beslissingen zijn mensen niet afhankelijk van de beoordeling van andere mensen. Artsen hebben de plicht het gesprek over wensen omtrent het levenseinde aan te gaan en zo nodig goede medische zorg te verlenen of om behandeling achterwege te laten.

Over bewust stoppen met eten en drinken bestaan veel misverstanden in de samenleving, zoals dat deze methode altijd met veel lijden gepaard gaat. Ook het initiatief wetsvoorstel getuigt van dit misverstand. Met een goede voorbereiding en begeleiding hoeft dit echter niet zo te zijn.

De KNMG heeft in januari 2024 een herziene handreiking voor zorgverleners gepubliceerd over de begeleiding van mensen die bewust stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen.

Plicht tot doorbreking beroepsgeheim niet nodig noch gerechtvaardigd

Het wetsvoorstel heeft ook impact op het medisch beroepsgeheim van behandelend artsen. Artikel 3 van het wetsvoorstel verplicht hen immers om desgevraagd informatie die onder hun beroepsgeheim valt te verstrekken aan de levenseindebegeleider. De KNMG begrijpt niet waarom de initiatiefneemster ervoor heeft gekozen de behandelend arts een wettelijke verplichting tot informatieverstrekking op te leggen. Er is immers een minder op de persoonlijke levenssfeer van de oudere ingrijpend alternatief voorhanden, namelijk het vragen van toestemming aan de oudere voor informatieverstrekking. Dit gebeurt nu ook als het gaat om informatieverstrekking door de consultvragend arts aan de SCEN-arts in het kader van een euthanasieprocedure.

Vanuit het belang van het beroepsgeheim geldt in het algemeen dat een wettelijke verplichting tot verstrekking van medische persoonsgegevens zoveel mogelijk moet worden voorkomen. In dit specifieke geval is zo'n wettelijke plicht ook niet nodig, omdat de persoon in kwestie zelf toestemming kan en, volgens de KNMG, moet geven. De opgenomen plicht zou namelijk betekenen dat ook zonder toestemming of zelfs tegen de wil van betrokkene medische informatie over hem of haar wordt verstrekt. Dat lijkt de KNMG niet alleen onwenselijk, maar ook in strijd met hetgeen dit wetsvoorstel nastreeft, namelijk versterking van de autonomie van de patiënt rond het levenseinde.

De KNMG is daarom van mening dat voor het opleggen van een plicht aan de arts tot verstrekking van medische gegevens geen noodzaak en evenmin een andere rechtvaardiging bestaat.

Slotbeschouwing

De KNMG deelt de opvatting van de initiatiefneemster dat een door ouderen ervaren gevoel van zinloosheid een maatschappelijk vraagstuk is. Ook erkent de KNMG dat er groepen mensen in de samenleving zijn die meer behoefte hebben aan eigen regie rond het levenseinde.

Naar de mening van de KNMG gaat het hier echter om complexe problematiek waarvoor geen eenvoudige oplossingen bestaan. Het vergemakkelijken van hulp bij zelfdoding voor ouderen in een kwetsbare positie ziet de KNMG niet als een verantwoorde of wenselijke weg uit deze problematiek.

Naar de mening van de KNMG moet de fundamentele vraag zijn hoe we de diverse groepen mensen die gevoelens van zinloosheid ervaren het beste kunnen helpen. Het wetsvoorstel voltooid leven zoekt die oplossing louter in het vereenvoudigen van de toegang tot de dood. Het voorstel gaat daarmee voorbij aan de vaak onderliggende problematiek van de betreffende ouderen. Ook schenkt het wetsvoorstel te weinig aandacht aan de negatieve effecten die zo'n wet op ouderen in een kwetsbare positie kan hebben, zoals stigmatisering van de ouderdom en gevoelens van overbodigheid en onveiligheid. Daarbij miskent dit voorstel het risico op ondergraving van de zorgvuldige praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding op grond van de euthanasiewet, die in Nederland bestaat.

Wij roepen het nieuwe kabinet daarom op om de komende kabinetsperiode intensief met de maatschappij in gesprek te gaan over kwesties rond het levenseinde. Om misverstanden weg te nemen en om te zoeken naar oplossingen voor mensen die worstelen met hun leven. De KNMG doet graag mee aan dat gesprek.

Wij hopen met het bovenstaande een bijdrage te hebben geleverd aan de maatschappelijke discussie over dit onderwerp.