



beeld: Gettyimages

Kennis van artsen over euthanasiewet schiet tekort

# Arts moet stervenswens serieus nemen

Eric van Wijlick,  
beleidsadviseur KNMG

Arie Nieuwenhuizen Kruseman,  
voorzitter KNMG

Correspondentieadres:  
e.van.wijlick@fed.knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Artsen moeten altijd onderzoeken of een patiënt met een stervenswens ondraaglijk lijdt, ook als die 'slechts levensmoe' lijkt te zijn. De euthanasiewet biedt vaak meer ruimte dan zij denken. Dat zijn de kernpunten uit het KNMG-standpunt over het zelfgekozen levenseinde, dat deze week is gepubliceerd.

**M**evrouw Van de Kolk is 86, woont zelfstandig en wil niet meer verder leven.<sup>1</sup> Ze is mondig, redelijk mobiel en komt vitaal over. Ook heeft ze nog aanloop van familie en dorpsgenoten. Ze heeft echter veel pijnklachten en is het leven moe.

Omdat haar huisarts niet bereid is haar te helpen, stuurt ze uit wanhoop een brief naar omroep Max. In het discussieprogramma Hollandse Zaken voeren haar zwager en zus namens haar het woord. Ook de weigerende huisarts is aanwezig. 'Ik vind het lijden onvol-

## Steeds meer mensen vinden dat stervenshulp een recht is

doende invoelbaar om de stap naar euthanasie te zetten', verklaart hij. Blijkens de reacties op de website van Max vinden veel kijkers juist dat de arts de vrouw moet helpen.

Artsen krijgen steeds vaker te maken met ouderen die hun leven ondraaglijk vinden en hulp vragen bij het beëindigen ervan. De verwachtingen zijn daarbij vaak hoog; steeds meer mensen vinden dat stervenshulp een recht moet zijn.

Artsen voelen zich daardoor onder druk gezet.<sup>2</sup>

Reden voor de KNMG om een standpunt te formuleren over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde' (zie kader).<sup>3</sup>

Tijdens de debatavonden in de KNMG-districten naar aanleiding van het

conceptstandpunt kwam de groeiende maatschappelijke druk nadrukkelijk aan de orde. Alleen oud zijn, het leven voltooid vinden en een stervenswens uiten, valt echter niet binnen de kaders van de euthanasiewet. Er moet sprake zijn van 'een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten en klachten kan worden aangemerkt'. Het ondraaglijk en uitzichtloos lijden moet een medische grondslag hebben. Daarbij hoeft het niet te gaan om een ernstige, ongeneeslijke of terminale aandoening. Ook een opeenstapeling van ouderdomsklachten inclusief functieverlies kan een grond zijn voor euthanasie of hulp bij zelfdoding (zie ook het artikel op blz. 2128). Van de geraadpleegde artsen uit het KNMG-ledenpanel vindt 65 procent dat ook aanvaardbaar. 18 procent vindt het niet

aanvaardbaar en 17 procent is neutraal.<sup>3</sup> Huisartsen vinden het vaker onaanvaardbaar dan medisch specialisten (26 versus 14%).

### Geen verwijsplicht

Opmerkelijk is dat recent onderzoek laat zien dat 80 procent van de artsen meent dat een arts die principieel weigert euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te bieden, verplicht is de patiënt door te verwijzen naar een andere arts.<sup>5</sup> Dat is niet zo. Euthanasie is een bijzondere medische handeling, zodat geen sprake kan zijn van een verwijsplicht indien de opvatting van de behandelend arts aan euthanasie in de weg staat. Van de door de KNMG geraadpleegde artsen geeft overigens 64 procent aan de patiënt wél te verwijzen als men zelf de euthanasie of hulp bij zelfdoding onaanvaardbaar vindt. De KNMG vindt dat tijdig verwijzen of overdragen van de patiënt behoort tot de verantwoordelijkheid van iedere arts. Problemen ontstaan als artsen vage toezeggingen doen, treuzelen of (te) laat aangeven bij nader inzien de euthanasie niet te willen uitvoeren. Van belang is dat arts en patiënt elkaars opvattingen respecteren en dat in gezamenlijk overleg tijdig wordt gezocht naar een passende oplossing.

### Willekeur

Bij het vaststellen van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van lijden, dient er een duidelijke scheidlijn te zijn tussen willekeur en een professionele afweging. Om het euthanasieverzoek van de patiënt straffeloos in te willigen moet de arts, naast de overige zorgvuldig-

beeld: iStockphoto



### Breed draagvlak voor standpunt

Het burgerinitiatief Uit Vrije Wil heeft begin 2010 de problematiek van ouderen met een stervenswens op de maatschappelijke en politieke agenda gezet. Ook de KNMG mengde zich in het debat en hield enkele expertbijeenkomsten. Dit leidde eind 2010 tot het conceptstandpunt 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'.<sup>4</sup> Artsen en anderen werden uitgenodigd om daarop te reageren. Ook werd het KNMG-ledenpanel geraadpleegd en waren er discussiebijeenkomsten. Daaruit bleek dat het standpunt een breed draagvlak heeft; er waren geen fundamentele aanpassingen nodig. Het Federatiebestuur van de KNMG heeft het standpunt deze zomer vastgesteld.<sup>3</sup>

## SAMENVATTING

- De euthanasiewet biedt meer ruimte dan gedacht.
- Ondraaglijk en uitzichtloos lijden moet een medische grondslag hebben, maar het hoeft niet te gaan om ernstige, ongeneeslijke of terminale aandoeningen.
- Het kan ook gaan om een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies.
- Als een patiënt besluit te versterven, moeten artsen adequate ondersteuning bieden.

heidseisen, overtuigd zijn dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden én met de patiënt tot de conclusie zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is. De patiënt kan wel vinden dat het lijden ondraaglijk is, maar zal daar persoonlijke argumenten en gevoelens voor moeten aanreiken in gesprekken. De arts heeft de taak dat lijden inzichtelijk te maken en samen met de patiënt te concluderen dat er geen redelijke alternatieven zijn. De huisarts van mevrouw Van de Kolk consulteerde drie SCEN-artsen en stelde zijn eigen overwegingen meerdere malen ter discussie, zo bleek tijdens de uitzending. Hij nam de patiënt dus uitermate serieus. Alle drie de SCEN-artsen adviseerden negatief, waarmee de verdenking van willekeur uiterst onaannemelijk is. Als een SCEN-arts echter concludeert dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, is de ruimte om het verzoek niet in te willigen uitermate klein. Een arts kan dan alleen nog van euthanasie afzien wegens veranderende omstandigheden, bijvoorbeeld als de patiënt in coma raakt of niet meer wil, niet wegens eigen bedenkingen. Deze opvatting in het KNMG-standpunt wordt door 64 procent van de geraadpleegde leden onderschreven, 13 procent is neutraal en 23 procent is het hiermee oneens.

## Dementie

Het aantal mensen met dementie in Nederland stijgt naar schatting van 230 duizend nu naar 500 duizend in 2050.<sup>6</sup> Een patiënt met beginnende dementie en angst voor toekomstig lijden kan een verzoek doen om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het aantal meldingen van dergelijke gevallen bij de toetsingscommissie euthanasie is tot nu toe gering: 50 tussen 1998 en 2010. Al deze meldingen werden als zorgvuldig beoordeeld.

Dit illustreert dat patiënten met beginnende dementie binnen de kaders van de euthanasiewet kunnen vallen. Dat is onvoldoende bekend: vier van de tien geraadpleegde artsen uit het KNMG-ledenpanel meent dat de euthanasiewet hiervoor geen ruimte biedt. En ruim de helft denkt ten onrechte dat chronisch psychiatrische patiënten buiten de wet vallen. Zo'n 40 procent van de geraadpleegde leden vindt euthanasie of hulp bij zelfdoding voor zichzelf onaanvaardbaar bij een patiënt met beginnende dementie, 41 procent vindt het wél aanvaardbaar.

De KNMG vindt het belangrijk dat artsen de geldende criteria kennen en juist interpreteren. Tegelijkertijd acht ze het wenselijk dat artsen zeer behoedzaam en terughoudend handelen.

Het beoordelen van de weloverwogenheid van het verzoek en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden bij deze categorieën patiënten is over het algemeen erg ingewikkeld.


## Versterven

Een patiënt met een dringende stervenswens die niet in aanmerking komt voor hulp bij zelfdoding, kan besluiten te stoppen met eten en drinken. Tijdens de debatavonden bleken verrassend veel artsen daar – merendeels goede – ervaringen mee te hebben. Slechte ervaringen waren er vooral bij patiënten met een relatief lage leeftijd en goede conditie.

Voor ouderen die goed worden voorbereid en begeleid door hun arts, kan versterven een begaanbare weg naar waardig sterven zijn. Essentieel daarbij is dat de arts adequate ondersteuning geeft, ook als hij het niet eens is met het besluit van de patiënt. Dat is – om een misverstand uit de wereld te helpen – geen hulp bij zelfdoding maar goed hulpverlenerschap. Versterven is een besluit van de patiënt en hoeft niet te worden gemeld als een niet-natuurlijk overlijden.

Het KNMG-ledenpanel laat zien dat 84 procent van de respondenten weet dat artsen patiënten die willen versterven moeten voorbereiden, begeleiden en palliatieve zorg moeten aanbieden. Niettemin bleek tijdens de debatavonden dat er behoefte is aan een praktische richtlijn. Die gaat de KNMG ontwikkelen.

## Normatief kader

Artsen hebben persoonlijke opvattingen over wat ondraaglijk lijden is. Dat eigen normatieve kader kan smaller of breder zijn dan de kaders van de euthanasiewet. Zo vindt 26 procent van de geraadpleegde artsen van het KNMG-ledenpanel dat euthanasie voor hen zelf alleen aanvaardbaar is als de patiënt aan een terminale ziekte lijdt. Die ruimte heeft iedere arts, want er is geen recht op euthanasie. Waar het de KNMG om gaat is dat artsen hierover tijdig en helder met hun patiënt moeten spreken.<sup>7</sup> Het getuigt niet van professioneel handelen als artsen zich verschuilen achter de euthanasiewet als het feitelijk om onjuiste interpretaties daarvan of persoonlijke overwegingen gaat. Het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden is breder dan veel artsen denken. Dat laat onverlet dat lang niet alle artsen bereid en in staat zijn die ruimte volledig te benutten. Dit dient te worden gerespecteerd, maar behoort ook tijdig met de patiënt te worden besproken. 



De voetnoten vindt u bij dit artikel op onze website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Zie ook het dossier Levensende.

## Voetnoten

1. 'Ik wil niet meer...', discussieprogramma Hollandse Zaken, omroep Max, zaterdag 13 augustus 2011. Zie: <http://www.hollandsezaken.tv/?waxtrapp=pjghqKsHnHUVyBIBDP>:
2. EenVandaag, donderdag 28 juli. Huisartsen worstelen met toename euthanasievraag. Zie: [http://opinie.eenvandaag.nl/uitslagen/38306/huisartsen\\_worstelen\\_met\\_toename\\_euthanasievraag\\_](http://opinie.eenvandaag.nl/uitslagen/38306/huisartsen_worstelen_met_toename_euthanasievraag_)
3. KNMG-standpunt. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. KNMG, juni 2011. Zie [www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde](http://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde)
4. Wijlick EHJ van. Aftakeling ook grond voor euthanasie. Medisch Contact 2010;49: 2658-2659.
5. Delden H van et al. Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Het KOPPEL-onderzoek. Den Haag, ZonMw, juni 2011.
6. [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)
7. KNMG-handreiking 'Tijdig praten over het overlijden'.