

Vergaderjaar 2011–2012

**32 647**

## **Levensbeëindiging**

**Nr. 3**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2011

Op 6 september jl. heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) haar standpunt inzake de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde openbaar gemaakt. U heeft mij d.d. 29 september verzocht hierop een reactie te geven, die ik u bij deze doe toekomen.

De KNMG maakte al eerder, in het voorjaar van 2011, een concept van het standpunt bekend om de discussie over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde maatschappelijk breder te voeren. Sindsdien heeft er onder meer een ledenraadpleging plaatsgevonden, is er een webconsultatie gehouden en zijn er landelijke discussiebijeenkomsten gehouden. Dit alles draagt bij aan het maatschappelijke debat waar ik specifiek in dit kader zeer aan hecht. Naar aanleiding van deze activiteiten is het conceptstandpunt op verschillende punten bijgesteld en uitgebreid. Naar mijn indruk is het standpunt op zeer zorgvuldige wijze tot stand gebracht en is gestreefd naar een standpunt dat door de beroepsgroep breed wordt gedragen.

In haar definitieve standpunt geeft de KNMG een actueel overzicht van de rol, de verantwoordelijkheden, mogelijkheden en begrenzing van de arts bij het zelfgekozen levenseinde.

Zo wordt ten eerste een nadere invulling gegeven aan een aantal onderdelen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet). Daarbij gaat de KNMG in op de mogelijkheden om verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding te honoreren van personen met beginnende dementie of met chronisch psychiatrische ziektebeelden. Van deze mogelijkheid blijken artsen namelijk nog onvoldoende op de hoogte, zo bleek onder meer uit de zgn. KOPPEL-studie die dit jaar verscheen en waarover ik uw Kamer heb geïnformeerd (Aanhangsel Handelingen II 2010/11, nr. 3488 en Kamerstuk 32 647, nr. 2). Ten tweede laat de KNMG in haar standpunt zien dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de wet als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies die zorgen

voor een toenemende aftakeling. Er moet echter wel altijd sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt. Dat is ook het deskundigheidsgebied van de arts.

Ten derde gaat de KNMG in haar standpunt in op de zorgplicht van de arts wanneer een patiënt ervoor kiest om te stoppen met eten en drinken. Ten slotte laat de KNMG in haar standpunt zien dat een arts een plicht heeft om serieus om te gaan met serieuze doodswensen van patiënten. Artsen moeten patiënten daarom tijdig en helder uitleggen als en waarom hij of zij niet in kan gaan op een dergelijk verzoek. Een tijdige overdracht of verwijzing naar een andere arts is volgens de KNMG dan geboden.

Het standpunt vertaalt bestaande jurisprudentie naar een handvat voor artsen die met deze vraagstukken te maken krijgen. Het KNMG-standpunt geeft daarmee verduidelijking van de toepassingsmogelijkheden en begrenzingen die de wet kent. Dit biedt helderheid voor artsen aangaande hun rol bij het zelfgekozen levenseinde. Dat is van het grootste belang gezien de complexiteit en gevoeligheid van de thematiek.

Kennis bij artsen over vraagstukken rond het zelfgekozen levenseinde, waaronder euthanasie, is cruciaal voor het geven van goede zorg in die gevallen. De artsenorganisatie KNMG wil die kennis verbeteren en deed dat in de afgelopen periode ook door onder meer het uitbrengen van het standpunt en de nieuwe KNMG-handreiking Tijdig praten over het overlijden (2011). Ik benadruk dan ook mijn waardering voor de KNMG dat zij deze verantwoordelijkheid neemt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers