

Position paper Landelijke Huisartsen Vereniging

Rondetafelgesprek euthanasie in de Tweede Kamer maandag 30 oktober 2017

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie van VWS,

Allereerst danken we u hartelijk voor de uitnodiging voor het rondetafelgesprek over euthanasie. In het blok waarvoor de LHV is uitgenodigd, zal de discussie zich toespitsen op euthanasie bij dementie. De LHV ziet zich echter genoodzaakt om vanuit een bredere blik deel te nemen aan het gesprek. Euthanasie bij patiënten bij dementie vindt zeer weinig plaats (141 meldingen in 2016). Er zijn bij de LHV geen cijfers bekend, maar we verwachten dat huisartsen, als zij al een verzoek krijgen voor euthanasie bij dementie, vooral patiënten zien in een vroeg stadium van de ziekte. Patiënten die gevorderd dement en wilsonbekwaam zijn, zullen veelal in het verpleegtehuis wonen, onder de zorg van een specialist ouderengeneeskunde. Juist in die situaties speelt de discussie van de schriftelijke wilsverklaring extra sterk, situaties die huisartsen naar onze verwachting weinig meemaken. We denken desondanks een goede bijdrage te kunnen leveren aan het gesprek, omdat huisartsen veel ervaring hebben met euthanasie.

Feiten en cijfers

In 2016 is aan 6.091 mensen euthanasie verleend¹. Huisartsen hebben hier een groot aandeel in: 85% is door huisartsen uitgevoerd. In de bijgevoegde tabellen is te zien welke artsen euthanasie verleenden, hoe vaak, en welk ziektebeeld ten grondslag lag aan het gehonoreerde euthanasieverzoek.

De rol van huisartsen

Huisartsen werken sinds jaar en dag vanuit de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: *generalistisch, persoonsgericht en continu*. Een huisarts kijkt naar alle ziekten en problemen, van wieg tot graf, en neemt de leef- en werkomgeving van de patiënt daar in mee. De patiënt is vaak lange tijd bij de huisarts ingeschreven waardoor ze elkaar goed kennen. Patiënten begeleiden tijdens de laatste fase van hun leven is voor veel huisartsen dan ook het sluitstuk van de behandelrelatie met de patiënt – de behandelrelatie met de nabestaanden loopt na het overlijden van de patiënt vanzelfsprekend door. Wat de weg naar het levenseinde is, kan per persoon verschillen: palliatieve sedatie, euthanasie, of anderszins.

Het verlenen van euthanasie is de laatste stap in een langer traject, waarin de arts zich ervan vergewist dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan. Aan deze eisen moet worden voldaan zodat een arts tot de medische (en morele) overtuiging kan komen dat euthanasie de enige 'behandelmogelijkheid' is, en zodat strafrechtelijke vervolging wordt voorkomen. Hoe zorgvuldig een euthanasietraject ook wordt doorlopen en hoezeer de patiënt ook naar euthanasie verlangt, de arts staat toch voor de zware taak om een leven te beëindigen.

Ziekten en het verloop daarvan laten zich niet plannen: de patiënt kan plotseling snel achteruitgaan, waardoor het proces naar de dood toch anders verloopt dan de patiënt zich heeft voorgesteld. Een zorgvuldig euthanasietraject vraagt daarom veel tijd en aandacht. Goede communicatie tussen arts, patiënt en familie, en het voorkomen van misverstanden, is van groot belang. Wat zijn de verschijnselen bij het ziektebeeld? Wat zijn de verwachtingen van de patiënt? Wat zijn de verwachtingen en mogelijkheden van de arts? Hoe lang duurt het voordat er daadwerkelijk euthanasie wordt verleend? En is euthanasie de enige mogelijkheid of zijn er ook andere opties?

De LHV pleit er daarom voor dat huisartsen *meer tijd voor de patiënt* krijgen, zodat zij elke patiënt de benodigde tijd en aandacht kunnen geven, vooral waar het gesprekken over het levenseinde, palliatieve begeleiding en euthanasie betreft.

¹ Cijfers afkomstig van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, jaarverslag 2016, gepubliceerd op 12-04-2017

Euthanasie bij patiënten met (vergevoerde) dementie, is extra ingewikkeld. De patiënt gaat sluipenderwijs achteruit en het 'vijf vóór twaalf- moment' is vaak niet aan te wijzen. Is het eenmaal 12 uur, dan is de patiënt wilsonbekwaam geworden.

Wettelijk gezien is er ruimte voor euthanasie bij wilsonbekwame patiënten, indien er een schriftelijke wilsverklaring is en aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan². Veel artsen willen zich er echter van vergewissen dat de patiënt een actuele doodswens heeft. Het is namelijk de ervaring van veel artsen dat de grens van wat voor patiënten ondraaglijk lijden is, gaandeweg verschuift. De drang om te blijven leven is groot. Het bevestigen van de actuele doodswens vinden artsen daarom belangrijk. Die bevestiging kunnen wilsonbekwame patiënten vaak niet meer geven. Voor artsen maakt dat het accepteren van een euthanasievraag in zo'n situatie extra moeilijk.

Wat doet de LHV?

Als de beroepsvereniging van en voor huisartsen, zet de LHV zich in om huisartsen te ondersteunen bij het proces rond euthanasie. Die ondersteuning betreft niet alleen de organisatorische kant, maar zeker ook de emotionele kant.

Organisatorisch

Samen met andere federatiepartners, waaronder KNMG, Verenso, FMS en De Geneeskundestudent, onderzoeken wij hoe we artsen, die zich in de situatie bevinden waarin zij niet kunnen of willen ingaan op een euthanasieverzoek, kunnen ondersteunen om deze patiënten tijdig te verwijzen of over te dragen. Bijvoorbeeld door inzicht te geven in good practices. Daarnaast organiseert de LHV Academie de scholing 'werken rondom de dood', waarin huisartsen onder meer leren hoe zij een verstoorde rouwontwikkeling bij nabestaanden kunnen signaleren en hoe er in verschillende religies wordt omgegaan met de dood.

Emotioneel

De LHV ondersteunt huisartsen door bij alle betrokken belanghebbenden aandacht en erkenning te vragen voor de manier waarop euthanasietrajecten (moeten) worden doorlopen. Het voorkomen van misverstanden begint immers bij goede voorlichting.

Zo onderzoeken we momenteel hoe we huisartsen kunnen ondersteunen in het goed informeren van patiënt en familie gedurende het euthanasietraject. Informatiebriefjes die huisartsen na een eerste gesprek aan de patiënt meegeven, kunnen veel duidelijkheid verschaffen.

Ook verkennen we de mogelijkheden om huisartsen in de praktijk te helpen met elkaar te ondersteunen, bijvoorbeeld door een euthanasietraject in toetsgroepen of waarnemersverbanden met elkaar te bespreken.

Wat vragen we van u?

Meer tijd voor de patiënt

Euthanasie is een beladen, emotionele handeling, waar arts en patiënt gezamenlijk naartoe 'groeien'. Het is essentieel dat huisartsen voldoende tijd tot hun beschikking hebben om met patiënten te spreken over de (on)mogelijkheden, alternatieve behandelingen en verschillen van mening te (h)erkennen. Ons eerste en meest dringende verzoek is daarom dat huisartsen meer tijd voor de patiënt krijgen.

Rust en samenwerking

Ons tweede verzoek is dat het gesprek over euthanasie - ook in de Tweede Kamer - met begrip voor de verschillende actoren wordt gevoerd. Een arts die geen euthanasie bij een demente patiënt wil uitvoeren, doet dat niet omdat hij vindt dat de patiënt geen goede dood verdient. De arts maakt een zorgvuldige afweging en kan tot de conclusie komen dat hij de euthanasie niet kan uitvoeren. Juist bij ingrijpende handelingen als euthanasie, is het van groot belang dat artsen de ruimte hebben om een euthanasieverzoek niet te honoreren. Het maatschappelijk debat, waarin euthanasie vaak als een recht wordt beschouwd, draagt hier niet aan bij. Sterker nog: het

² December 2015, handreiking Schriftelijk euthanasieverzoek, Ministerie van VWS, ministerie van V&J, KNMG

is een zorgelijke ontwikkeling dat de verwachtingen van de maatschappij en artsen op dit gebied soms uit elkaar lopen.

We roepen u op om de nuance niet uit het oog te verliezen en polariseren te voorkomen. Waar het gaat om leven en dood, voeren emoties vaak de boventoon. Toch zijn het juist deze emoties die een goed maatschappelijk debat in de weg kunnen zitten.

Huisartsen hebben behoefte aan rust en continuïteit, ook vanuit de politiek. We zijn ons bewust van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de discussie over voltooid leven. Maar er is in eerste instantie ruimte nodig om te optimaliseren wat er al is. Volgens de commissie 'Voltooid Leven' biedt de euthanasiewet in de meeste gevallen voldoende ruimte voor levensbeëindiging bij voltooid leven. Geef artsen de rust en de ruimte om met de patiënt en met elkaar de mogelijkheden verder te verkennen en het debat goed te voeren, en evalueer over een aantal jaar of de geboden ruimte in de praktijk inderdaad voldoende is.

Bijlage: cijfers euthanasie-uitvoeringen 2016

Totaal aantal euthanasie-uitvoeringen in 2016

Achtergrond arts	Absoluut aantal uitvoeringen euthanasie	Percentage (afgerond)
Huisartsen	5167	85%
Specialisten ouderengeneeskunde	216	4%
Medisch specialisten	179	3%
Artsen in opleiding tot specialist	43	0,5%
Artsen met andere achtergrond (waaronder artsen verbonden aan de Levensindekliniek en basisartsen)	486	8%
Totaal	6.091	≈ 100%

Aantal euthanasie-uitvoeringen naar aandoening

Aandoening	Absoluut aantal uitvoeringen euthanasie	Percentage (afgerond)
Kanker	4.137	68%
Aandoeningen van het zenuwstelsel	411	7%
Hart- en vaataandoeningen	315	5%
Longaandoeningen	214	3%
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	244	4%
Dementie	141	2%
Psychiatrische aandoeningen	60	1
Combinatie van aandoeningen	465	8%
Overige aandoeningen	104	2%
	6.091	≈ 100%

Bron: jaarverslag RTE 2016