

# Zorgen om zachte dood sterven niet

DOOR GERT-JAN SCHAAP

**O**ok voor mensen die euthanasie om principiële redenen afwijzen, lijkt de nieuwe euthanasiewet die in april 2002 van kracht werd niet alleen verliesposten te hebben. Zo spreekt de wet uitdrukkelijk van palliatieve (leedverzachtende) zorg, en is de *second opinion* verplicht. Ook is nog steeds in de regelgeving vastgelegd dat euthanasie alleen mag worden toegepast als de patiënt daar uit vrije wil om vraagt (zie kader). Het aantal euthanasiemeldingen neemt af sinds de registratie ervan, melden de vijf regionale toetsingscommissies in hun jaarverslag, en de KNMG meent dat ook het aantal niet-gemelde gevallen navent terugloopt, mede door de inzet van deskundige euthanasieconsulenten (SCEN-artsen). Ondanks dat overheerst bij dr. Paul Lieverse, sinds 1989 als anesthesist en pijnarts verbonden aan de Daniël den Hoed Kliniek in Rotterdam, de scepsis: „De nieuwe euthanasiewet is geen verbetering.”

## Dood voor ogen

Neem de palliatieve zorg aan ernstig zieke patiënten. In een online toelichting op de nieuwe euthanasiewet verzekert het minis-

tevenverwachting. De focus hierbij is de kwaliteit van leven, niet een langer leven. Anders gezegd: 'leven aan dagen toevoegen' in plaats van 'dagen aan het leven'. De patiënt en zijn naasten moeten geholpen worden om – ook met de dood voor ogen – zo goed mogelijk te kunnen leven. Maar de nieuwe euthanasiewet doet iets heel anders: die beoogt levensbeëindiging te reguleren.”

In medische kringen bestaat grote behoefte aan bij- en nascholing rond pijnbehandeling en palliatieve zorg. Dat geldt zelfs voor drukke verpleeghuisartsen en huisartsen, stelt Lieverse met vreugde vast. Maar een punt van zorg blijft een goede beschikbaarheid en de toegankelijkheid van palliatieve zorg. „Er is wel een politieke consensus over bijvoorbeeld uitbreiding van faciliteiten voor bijscholing en financiële steun voor instellingen, maar helaas blijft het vaak bij bevlogen woorden en blijven concrete beleidsvoornemens uit.”

Een heel fundamentele zorg van Lieverse – sinds 2000 duo-raadslid van de ChristenUnie-fractie in de gemeente Bleiswijk – betreft het schijnbaar sterkste argument van voorstanders van euthanasie: het criterium van de vrijwilligheid. Euthanasie mag ook onder de nieuwe euthanasiewet alleen worden toegepast als de patiënt daar vrijwillig om vraagt. Een beroep op het autonomieprincipe of zelfbeschikkingsrecht staat volgens Lieverse in de praktijk echter bepaald niet sterk. Volgens hem is het een zeldzaamheid dat een euthanasieverzoek

**„Het is twijfelachtig of het in de meeste situaties  
wel om een echt vrijwillig euthanasieverzoek gaat”**

terie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur dat 'alle mogelijke vormen van (palliatieve) zorg zijn aangewend' voordat een arts euthanasie toepast. Dat klinkt mooi. „Maar wat verstaat men onder palliatieve zorg?”, wil Lieverse weten. „Het doel van palliatie is optimale zorg bieden aan patiënten met een vergevorderd, progressief verlopend ziektebeeld en een beperkte

werkelijk vrijwillig is. Het is voor hem een wezenlijke vraag in hoeverre een ernstig zieke een onafhankelijk en vrijwillig verzoek kan doen om euthanasie. Hij legt uit dat een patiënt dit verzoek doet in de meest afhankelijke, onvrijwillige en soms onmondige situatie in zijn leven. Er zijn *lichamelijke* factoren die de capaciteit om beslissingen te nemen aantasten. De terminale fase en de medicijnen die in deze situatie vaak worden toegediend, bemoeilijken een helder en >

Over weinig ethische kwesties hebben christenen zich de afgelopen decennia zoveel blaren op de tong gepraat als over euthanasie. Toen de nieuwe euthanasiewet in 2001 werd aangenomen, schudden gelovigen wereldwijd het hoofd in ongelof. *Principieel* beschouwd is de nieuwe euthanasiewet een dieptepunt. Maar pakt de nieuwe regelgeving in de *praktijk* nu echt zo slecht uit, of zijn er lichtpuntjes? In de aanloop naar het aangekondigde evaluatiedebat in de Tweede Kamer – dat door de val van het kabinet vermoedelijk pas ná de zomer van 2003 zal plaatsvinden – een gesprek met anesthesist en pijnarts Paul Lieverse.



> normaal functioneren van de hersenen. Maar ook *psychisch* bevindt de patiënt zich in een afhankelijke situatie: hij is afhankelijk van artsen die de informatie geven; hun houding, gebaren en 'tone of voice' kunnen – zelfs onbewust – een verzoek van de patiënt om euthanasie uitlokken. Daarbij komt nog de *druk van de samenleving*, die bij een bepaalde mate van ziek zijn het toepassen van euthanasie meer en meer als normaal ervaart. Dit alles kan ertoe leiden dat de patiënt zichzelf als een overbodige last gaat zien. Daarnaast is er nog de mogelijkheid dat de patiënt aan een *psychiatrische stoornis* leidt. Bij patiënten met kanker komt bijvoorbeeld depressie veel voor. „Al met al”, concludeert Lieveise, „is het twijfelachtig of het in de meeste situaties wel om een echt vrijwillig euthanasieverzoek gaat. Bovendien kan het in de praktijk nog erg moeilijk zijn om vast te stellen dat een verzoek vrijwillig is.”

### Triomfantelijk

Niemand weet hoeveel, maar er zijn nog altijd artsen die euthanasie verrichten zonder dit te melden. De regionale toetsingscommissies vermoeden zelf dat 40 á 50 procent van de euthanasieverrichtingen niet wordt gemeld. De nieuwe euthanasiewet wil dat bestrijden door de consultatie van een tweede arts verplicht te stellen. Lieveise is echter ook op dit punt niet gerust. „Keer op keer wordt in de media triomfantelijk geroepen hoeveel meldingen van euthanasie de toetsingscommissies bereiken, alsof het aantal meldingen een garantie is van kwalitatief goede zorgverlening. Om die stiekeme praktijk werkelijk te bestrijden, zou voorafgaande consultatie van een in de palliatieve geneeskunde geschoolde arts een wettelijke vereiste moeten zijn.”

In een commentaar op de nieuwe euthanasiewet schreef het *Reformatorisch Dagblad* dat de verplichte consultatie van een tweede arts praktisch gezien niets voorstelt, omdat de eigen huisarts het verzoek om euthanasie feitelijk al heeft ingestemd. Klopt deze constatering? „Het ligt sterk aan de bedoeling van de arts die om zo'n verplichte *second opinion* vraagt. Is het niet meer dan een procedureel detail, een laatste hobbeltje dat genomen moet worden? Uiteraard vraag je dan een collega van wie je weinig tegengas verwacht”, antwoordt Lieveise. „Het wordt anders als zo'n *second opinion* bedoeld is als een betekenisvolle consultatie. In de wetstekst is een zorgvuldigheidseis opgenomen, die in deze laatste zin kan worden uitgelegd. Voordat men namelijk tot euthanasie mag besluiten, moet de arts met de patiënt tot de overtuiging gekomen zijn dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.” Medici lijken steeds vaker kritisch te staan tegenover ontwikkelingen op het vlak van zorg voor het levenseinde. Daar is Lieveise blij mee. „Ik hoor collega-artsen geregeld de verzuchting slaken dat sommige patiënten – of hun familie – wel erg snel over euthanasie beginnen. Veel artsen achten de huidige euthanasiepraktijk doorgeschoten. En dan heb ik het dus niet over artsen die uit principe al negatief staan tegenover euthanasie.”

Zelf beantwoordt hij geregeld vragen van collega's die vastlopen in hun zorg voor ernstig zieke patiënten. Ook wanneer hij proeft dat zij euthanasie overwegen, geeft hij zo goed mogelijk advies. „Ik steun de dokter; ik geef géén ondersteuning aan euthanasie. Ik geef eerlijk aan wat mijn grenzen zijn. Mijn motivering is duidelijk. Veel studies tonen aan dat verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding afnemen, wanneer artsen geschoold zijn in zorg voor het levenseinde en zich vaardigheden op dit terrein hebben verworven. Zo'n vaardigheid is bijvoorbeeld het onderkennen dat een





patiënt die een euthanasieverzoek doet, daar heel verschillende dingen mee kan willen uitdrukken. De meest voorkomende reden is angst. Patiënten zijn bang om hun waardigheid te verliezen, bang om pijn te hebben, bang om te stikken, bang om alleen te zijn. In de regel is de vraag om euthanasie een noodkreet: een vraag om een uitweg uit het lijden.”

### Christelijke inbreng

De nieuwe euthanasiewetgeving zou na een jaar – dus in april 2003 - worden bekeken in een evaluatierapport, zegden de Paarse bewindslieden Borst (Volksgezondheid) en Korthals (Justitie) met enige tegenzin toe. Van het kabinet-Balkenende viel aanzienlijk meer te verwachten. CDA-staatssecretaris Clemence Ross-van Dorp - die zich in haar tijd in de oppositiebanken behoorlijk kritisch toonde over de nieuwe regelgeving – kondigde aan dat er grondig geëvalueerd en gedebatteerd zou gaan worden in de Tweede Kamer. Nu het kabinet gevallen is, staat dit mogelijk op losse schroef-

## „Mijn taak is niet een soort anti-euthanasiepropaganda te voeren, maar als pijnarts zorgen voor patiënten”

ven. In elk geval zal het debat over het zomerreces 2003 heen getild worden, is de verwachting.

Aan Lieveerse de vraag wat de christelijke inbreng zou moeten zijn in dat evaluatiedebat. Zijn suggestie is om in te steken op drie kernpunten, te beginnen bij toetsingscommissies. „Waarop toetsen zij? Vragen zij zich de meest wezenlijke vragen af: Is er genoeg gedaan om te voorkomen dat de patiënt wel om euthanasie ‘moest’ vragen? Hoe was de deskundigheid van de geconsulteerde arts? Waren er behandelingsmogelijkheden aanwezig?” Een tweede kernpunt is de deskundigheidsbevordering. „De komende evaluatie vormt een goede aanleiding om na te gaan of daar voldoende aan gebeurt. Iedereen weet van de epidemiologische feiten van vergrijzing en toename van het aantal kankerpatiënten. Neemt de capaciteit van de medische en verpleegkundige opleidingen in gelijke mate toe? Is er voldoende aanbod van scholing in palliatieve zorg?”

De wachtlijsten vormen het derde kernpunt. „Hoe staat het met de aanpak daarvan? Ook dit punt is relevant. Een patiënt is afhankelijk van verzorging en verpleging; een beperkte beschikbaarheid van personeel kan leiden tot een gevoel ‘teveel’ te zijn en tot de vraag om euthanasie. Hoeveel mensen kunnen niet of veel te laat naar huis wegens personeelstekort bij de thuiszorg? Hoe vaak moeten verpleeghuizen bezuinigen op zorg wegens te krappe budgetten?”

Lieveerse voelt er overigens weinig voor om een persoonlijke kruistocht tegen de euthanasiepraktijk te voeren. „Mijn taak is niet een soort anti-euthanasiepropaganda te voeren, maar als pijnarts zorgen voor patiënten. Daarbij spreek ik vaak met patiënten over wat hen zoal bezighoudt, dus ook over hun mogelijke zorgen over het naderend sterven. Wanneer daarbij euthanasie ter sprake komt, voel ik me wel eens belast. Maar tegelijkertijd voel ik mij ook bijna vereerd dat zij zo’n gevoelige kwestie met mij willen bespreken. Ik heb dan weinig behoefte aan een ethische discussie, maar wil veeleer zoeken naar de beste manier van reageren op iemand die zich zo kwetsbaar voelt en wellicht geen uitweg meer ziet. Samen met een heel team zorg ik dan niet voor ‘een stervende’, maar voor een levende, mijn naaste. Tot en met het einde.” <<

*Een uitgebreide bespreking van dit onderwerp van de hand van Paul Lieveerse is te vinden in een herziene versie van ‘Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen’, die binnenkort bij Buijten en Schipperheijn (Lindeboomreeks) verschijnt. Een voorproef is te vinden op de website <http://home.wanadoo.nl/note4paul>*

## Dood op verzoek al tien jaar wettelijk geregeld

Tot 1992 was euthanasie (levensbeëindiging door een arts op verzoek van een patiënt) verboden in Nederland. Maar het medisch handelen rond het levenseinde was toen al zo’n twintig jaar onderwerp van een brede maatschappelijke discussie, die vooral werd aangezwengeld door de in 1973 opgerichte Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). In een poging Den Haag te dwingen richtlijnen te stellen, kwam een aantal artsen er openlijk voor uit dat zij mensen hielpen te overlijden.

Het eerste euthanasiewetsvoorstel kwam in 1984 uit de koker van D66 (Elida Wessel-Tuinstra). Haar voorstel was de strafbaarstelling van euthanasie op te heffen voor de medische beroepsgroep. Toetsing zou op basis van vastgestelde zorgvuldigheidseisen achteraf moeten plaatsvinden door de Inspectie voor de Volksgezondheid.

### Eerste euthanasiewet

Onder het derde kabinet-Lubbers werd de teerling geworpen. In 1992 aanvaardde de Tweede Kamer ‘s werelds eerste wet op vrijwillige euthanasie. Na een langdurig en bij vlagen zeer emotioneel debat keurde ook een krappe meerderheid van de Senaat in 1993 de wet goed. Euthanasie bleef in principe strafbaar, maar als artsen aan bepaalde voorwaarden hadden voldaan, zouden zij niet worden vervolgd. In de jaren die volgden, bleek uit onderzoeken dat slechts een slordige veertig procent van het geschatte aantal euthanasiegevallen door artsen werd gemeld, vermoedelijk uit angst voor strafrechtelijke vervolging. In een poging het aantal euthanasiemeldingen op te voeren, besloot de overheid de euthanasiewet aan te passen.

### Niet langer strafbaar

De nieuwe euthanasiewet van de toenmalige ministers Borst (Volksgezondheid) en Korthals (Justitie) is op 1 april 2002 in werking getreden. Deze ‘Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding’ bepaalt dat de arts die euthanasie toepast, niet langer strafbaar is, mits hij de niet-natuurlijke dood meldt bij een regionale toetsingscommissie euthanasie én hij heeft voldaan aan de door de wet geëiste zorgvuldigheidseisen. Zo dient er sprake te zijn van „een weloverwogen verzoek”, van „uitzichtloos en ondraaglijk lijden” en van „vrijwilligheid”. Tevens moet een tweede arts (de euthanasieconsulent) zijn geraadpleegd voor een *second opinion*. Is aan deze criteria voldaan, dan is de arts niet strafbaar. In de nieuwe euthanasiewet is ook een regeling opgenomen voor verzoeken om levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding door minderjarigen. Daarnaast biedt de wet een erkenning van de geldigheid van een schriftelijke wilsverklaringen omtrent levensbeëindiging, de zogenoemde euthanasieverklaring. Zowel een mondeling als een schriftelijk verzoek legitimeert de arts het verzoek in te willigen. Hij is hiertoe echter nooit verplicht. De huidige wet kent een belangrijke rol toe aan de vijf regionale toetsingscommissies, elk bestaand uit een jurist/voorzitter, een arts en een ethicus. Onder de oude wetgeving stuurden deze commissies alle euthanasiemeldingen door naar het Openbaar Ministerie, voorzien van een advies. Nu mogen ze alle meldingen zelfstandig afhandelen, waarbij zij nagaan of artsen zich aan de zorgvuldigheidscriteria hebben gehouden. Alleen wanneer een commissie van oordeel is dat een arts onzorgvuldig heeft gehandeld en vervolgd dient te worden, gaan meldingen nog door naar het OM. <<



# „Ik wil niet dat mijn huisarts hier problemen mee krijgt”

SCEN-arts Jeannette van AnDEL heeft de afgelopen jaren meerdere malen een collega-huisarts bijgestaan toen een van zijn patiënten om euthanasie vroeg. Nagaan of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, is haar belangrijkste taak. Daarnaast geeft ze ook steun en advies, bijvoorbeeld over palliatieve zorg. Mede door het werk van de SCEN-artsen zou het aantal euthanasieverrichtingen afnemen. „In het verleden wist een huisarts vaak niet waar hij moest zijn als hij daarover informatie wilde hebben.”

DOOR RIES VAN VREESWIJK

Ten minste één andere, onafhankelijke collega moet een arts raadplegen voordat hij tot euthanasie overgaat, zo schrijft de euthanasiewet voor. Om aan deze eis goed te kunnen voldoen, heeft de artsorganisatie KNMG het project *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (SCEN) op poten gezet. In principe mag een huisarts elke collega benaderen die deskundig, objectief en onafhankelijk tegenover hem en zijn om levensbeëindiging vragende patiënt staat. Iemand uit dezelfde huisartsengroep voldoet meestal niet aan dit criterium. Maar bij wie kan een huisarts dan wel aankloppen? SCEN 'levert' in dit geval een onafhankelijke collega.

## Aangrijpend

Jeannette van AnDEL (52) had jarenlang een huisartsenpraktijk in Zeist. Tot begin dit jaar. Toen stapte ze over naar een andere werkkring. Wel bleef ze SCEN-arts. Uit ondervinding weet ze dat een geval van euthanasie een huisarts niet in de koude kleren gaat zitten. „Ik ben blij dat ik nu niet meer met deze verzoeken te maken krijg. Want het is heel aangrijpend. Je hebt vaak jarenlang een goede band met de patiënt en zijn familie gehad. Sommige van mijn collega's kunnen het niet meer opbrengen en doen dat dan ook niet meer. Ze vinden het emotioneel te belastend.”

Bijna drie jaar geleden besloot ze aan het SCEN-project mee te doen en volgde ze de daarbij behorende cursus. „Ik weet uit ervaring hoe prettig het is als een collega over je schouder meekijkt

als je een verzoek om euthanasie krijgt. Je raakt zó betrokken bij de situatie, dat je daardoor een blinde vlek kan krijgen en bepaalde uitwegen niet meer ziet”. Een verzoek om euthanasie komt weinig voor in een huisartsenpraktijk – zo'n een tot twee keer per jaar. Daarom bezitten huisartsen soms te weinig parate kennis over deze materie. Ze kunnen,

naast het invoeren van een SCEN-arts voor een *second opinion*, deze ook voor steun en advies raadplegen.

## Twijfels

Van AnDEL – 'oecumenisch' volgens eigen zeggen en van huis uit gereformeerd – heeft in de twee en een half jaar dat ze nu SCEN-arts is, vijftien keer een hulpaanvraag van een collega gehad. De SCEN-artsen hebben om de zoveel tijd een week dienst. Huisartsen met vragen of die een *second opinion* willen hebben, komen dan bij de dienstdoende SCEN-arts terecht. De laatste keer voor haar was in augustus. Van AnDEL: „Ik probeer altijd eerst in te schatten wat een arts wil weten. Alleen advies of ook een consultatie? In het laatste geval vraag ik het dossier op en ga ik daarna praten met de huisarts en met de patiënt. Waar zitten eventuele twijfels en knelpunten? Meestal heeft een arts helemaal geen twijfels en vindt hij dat euthanasie hier op zijn plaats is. Hij wil dan alleen aan de zorgvuldigheidseisen voldoen. Mijn ervaring is dat dit in driekwart van de gevallen het geval is. Slechts bij een kwart bestaan twijfels.”

Van de consultatie maakt Van AnDEL een verslag dat ze aan de huisarts geeft. Na uitvoering en melding komt het verslag bij de regionale toetsingscommissie terecht. Die bepaalt op basis van dit document en de informatie van de huisarts of deze zorgvuldig heeft gehandeld.

## Intieme gesprekken

Onderdeel van de consultatie is een gesprek met de patiënt die om beëindiging van zijn leven vraagt. Van AnDEL: „Wat voor iemand is het? Hoe lang speelt de vraag al? Waar bestaat zijn ondraaglijke lijden uit? Dat zijn vaak hele intieme gesprekken, want je praat over iemands dood. Terwijl je voor die patiënt toch een vreemde bent. Sommige mensen denken dat ik goedkeuring moet geven, maar dat is niet zo. De huisarts beslist zelf. Vaak zeggen patiënten ook tegen mij: 'Ik wil niet dat mijn huisarts hier problemen mee krijgt'. Over hem wordt altijd met veel respect gesproken. Vaak is hij buitengewoon betrokken bij zijn patiënt. Overigens is het heel moeilijk om vast te stellen of er van ondraaglijk lijden sprake is, hoewel daar wel omschrijvin-

Het aantal gemelde gevallen van euthanasie blijft nog altijd dalen, sinds de registratie ervan begonnen is. Vorig jaar kregen de vijf regionale toetsingscommissies in totaal 2.054 meldingen binnen, tegen 2.123 in 2000 en 2.216 in 1999. Onduidelijk is nog steeds hoeveel van de uitgevoerde euthanasiegevallen wordt gemeld. De toetsingscommissies schatten dit op 50 á 60 procent, maar de KNMG vermoedt dat dit percentage aanzienlijk hoger licht. Maar harde cijfers ontbreken. Begin dit jaar is in opdracht van de ministers Borst (Volksgezondheid) en Korthals (Justitie) een onderzoek gestart naar het totale aantal euthanasieverrichtingen. Hierin wordt artsen ook gevraagd naar hun motieven om niet te melden. Het onderzoek wordt naar verwachting halverwege 2003 afgerond. De KNMG liet in mei, bij het verschijnen van het jaarverslag van de toetsingscommissies, weten „te vermoeden dat het aantal situaties waarin een arts overgaat tot euthanasie, is gedaald”. Oorzaak is volgens de KNMG dat huisartsen doorgaans een beroep doen op SCEN-artsen, die hen informeren over de wettelijke voorwaarden waaraan euthanasie moet voldoen én over alternatieven, zoals palliatieve zorg.

Bron: NRC Handelsblad



FOTO ELJEE

gen van zijn. Ik vind dat de moeilijkste zorgvuldigheidseis. Ik beslis niet of dat zo is, dat doet de patiënt zelf. Het is heel persoonlijk en subjectief. Of iemand ondraaglijk lijdt, blijft toch zijn eigen ervaring.”

Minder lastig vindt ze de eis dat het verzoek om levensbeëindiging vrijwillig gedaan moet zijn. „Als er een wilsverklaring is, ligt het duidelijk. Ik probeer ook altijd met iemand alleen te praten. Je weet namelijk nooit wat de invloed van de omgeving is. Uit zo'n gesprek blijkt snel of het verzoek echt vrijwillig is. Maar soms heb je twijfels. Dan zegt iemand bijvoorbeeld dat hij niet meer zo hoeft en dat het ook voor zijn vrouw beter is. Of dat hij zijn kinderen zo belast met het ziekbed. Dan zijn er ook andere invloeden in het spel.”

## „Ik weet uit ervaring hoe prettig het is als een collega over je schouder meekijkt als je een verzoek om euthanasie krijgt”

Uitzichtloosheid is voor een medicus het makkelijkste vast te stellen, vindt ze. Bij de meeste ziektes is immers het ziekteverloop bekend en kan een redelijk inschatting gemaakt worden van de levensverwachting.

Bij gemiddeld een op de vijf consultaties oordeelt een SCEN-arts dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat wil nog niet zeggen dat euthanasie dan definitief van de baan is. Zodra wel aan de eisen voldaan is, kan het leven alsnog beëindigd worden. Andersom komt ook regelmatig voor. Een patiënt doet een ver-

zoek, de zorgvuldigheidseisen worden nagelopen en een datum wordt afgesproken. En dan overlijdt hij een paar dagen voor de geplande levensbeëindiging uit zichzelf. Van Andel stelt dat ze er is voor de huisarts, niet voor de zieke. Het is niet de taak van de geconsulteerde arts om, als dat maar even kan, een patiënt van de dood weg te houden. „Het gaat erom dat ik vaststel dat mijn collega aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan en daarom niets te verwijten valt. Als iemand euthanasie vraagt, doet hij dat op basis van het zelfbeschikkingsrecht. Dat respecteer ik.”

### Alternatieven

Een andere zorgvuldigheidseis is dat een huisarts er zeker van moet zijn dat er geen andere redelijke oplossing is voor het ondraaglijk lijden van zijn patiënt. Inzet van palliatieve zorg of andere medische alternatieven

moet een arts bij zijn overwegingen meenemen. Maar aan de kennis over de palliatieve middelen schort het nog al eens, is de ervaring van Van Andel. In de cursus voor SCEN-arts wordt de kennis hierover bijgespijkerd, zodat deze hierover een huisarts kan bijpraten. „Dat een arts niet alles weet over palliatieve zorg, is niet erg. Als hij zich dat maar wel realiseert en beseft dat hij die kennis ergens vandaan moet halen. Bijvoorbeeld bij de SCEN-arts of de helpdesk palliatieve zorg. In het verleden wist een huisarts vaak niet waar hij moest zijn als hij daarover informatie wilde hebben.”

Overigens vindt zij het 'een illusie' dat goede palliatieve

zorg de vraag naar euthanasie zou doen verstommen. „Niet al het lijden is daarmee te ondervangen. Verstikking of grote inwendige bloedingen kunnen met middelen niet voorkomen worden. Zulke mensen wil ik letterlijk niet laten stikken. Ook maak ik mee dat mensen die geen pijn hebben en niet benauwd zijn, toch niet meer verder willen leven. Ze zien dan tegen de ontluistering op of tegen de lijdensweg die er mogelijk aankomt. Dat is voor hen een ondraaglijke situatie. Wat telt in deze situatie, is uiteindelijk toch het oordeel van de patiënt over zichzelf.”

In haar praktijk in Zeist had ze patiënten onder haar hoede waarvan ze wist dat die nooit om levensbeëindiging zouden vragen. „Dat waren voor mij in zekere zin gemakkelijke mensen. Je wist dat je bij hen nooit geconfronteerd zou worden met de moeilijke vragen rond levensbeëindiging. Dat paste niet bij hun levensovertuiging. Daarover valt niet te praten, dat wist je. Dat heb ik altijd gerespecteerd. Maar soms heb ik wel eens een patiënt meegemaakt waarbij ik mezelf afvroeg: 'hoe houd je het vol!' Maar er zijn mensen die heel erg aan het leven hangen. Zelf denk ik ook wel eens na over hoe ik in zo'n situatie zou reageren. Maar nu sta je er niet voor en daarom kun je de situatie niet goed inschatten. Maar ik sluit voor mezelf niet uit dat ik ooit om euthanasie zal vragen.”

&lt;&lt;