Lessen en ervaringen uit het interview met mij bij “Andries Radio” (2011)

1. **De rol van de arts in palliatieve zorg:** Anesthesiologen en pijnspecialisten hebben vaak langdurig en intensief contact met patiënten, met name in de laatste levensfase. Dit contrasteert met veel andere specialismen, waar de betrokkenheid vaak korter en gericht is op specifieke ingrepen. Het merendeel van de pijn bij patiënten is goed te behandelen met de juiste kennis en middelen. Slechts een klein deel (ongeveer 10%) is complex en vereist gespecialiseerde zorg en creativiteit van het zorgteam.
2. **Euthanasie en doorverwijzing:** Ik neem een principieel standpunt tegen euthanasie in, maar dit wordt openlijk besproken met patiënten. Begeleiding tot aan het levenseinde vindt plaats via palliatieve zorg. Patiënten verwijs ik niet actief door naar collega’s die euthanasie toepassen. Bij een verzoek van de patiënt blijft de betrokkenheid bij pijnbestrijding en andere aspecten van de zorg gewoon bestaan, in samenwerking met collega’s die wel euthanasie uitvoeren.
3. **Communicatie en openheid:** Het belang van tijdig praten over levenseindezorg en euthanasie benadruk ik, zonder te wachten op een crisis. Dit voorkomt onnodige angst en onduidelijkheid. Er wordt openheid gegeven over het eigen principiële standpunt, terwijl patiënten worden aangemoedigd om hun wensen en angsten te uiten. Dit draagt bij aan duidelijkheid en vertrouwen in de zorgrelatie.
4. **Palliatieve sedatie vs. euthanasie:** Dit is bedoeld om ondraaglijk lijden te verlichten door bewusteloosheid, zonder de intentie het leven te bekorten. Het is een medische handeling gericht op symptoombestrijding. Dit betreft actieve levensbeëindiging op verzoek. Ik maak duidelijk onderscheid tussen beide, waarbij palliatieve sedatie geen vorm van euthanasie is.
5. **Angst voor morfine en pijnstillers:** Er bestaat vaak angst dat morfine en sterke pijnstillers de dood versnellen. Juist gebruik van deze middelen kan echter levensreddend zijn en de kwaliteit van leven verbeteren. Het is essentieel om tijdig adequate pijnbestrijding in te zetten, om onnodig lijden of crisissituaties te voorkomen.
6. **De rol van geloof en ethiek:** Geloof speelt een belangrijke rol in de omgang met ethische vraagstukken, zoals euthanasie en palliatieve zorg. Ik ben betrokken bij organisaties als Christian Medical Fellowship (CMF). En elke arts maakt afwegingen op basis van de situatie van de patiënt, de fase van de ziekte en de mate van vrijwilligheid.
7. **Samenwerking en respect:** Ik werk samen met collega’s die verschillende standpunten over euthanasie hebben. Respect voor elkaars keuzes is hierbij essentieel. Patiënten krijgen de ruimte om eigen keuzes te maken, binnen de grenzen van wat medisch en ethisch verantwoord is.
8. **Palliatieve zorg als alternatief:** Palliatieve zorg biedt patiënten de mogelijkheid om de laatste levensfase met waardigheid en zo min mogelijk pijn door te brengen. Het is een waardevol alternatief voor euthanasie. Daarbij besteed ik ook aandacht aan het ondersteunen van familie en naasten, die vaak zwaar belast worden door de zorg voor een terminale patiënt.

Conclusie In het interview geef ik een genuanceerd perspectief op euthanasie en palliatieve zorg, gebaseerd op mijn ervaring als anesthesioloog en pijnspecialist. Mijn benadering kenmerkt zich door openheid, respect voor patiëntautonomie en een sterke nadruk op palliatieve zorg als volwaardig en beter alternatief.