

Praktijk is het tijdschrift voor transmurale zorg in Zuid-Limburg en is een uitgave van het Maastricht UMC+

Praktijk

Ton Janssen

Arts met een missie

Martina Thaler

“Deze keuze hoort bij mij”

Hans Kling

“Euthanasie beoordeel je met het hoofd én het hart”

1'25

EUTHANASIE



"Euthanasie is geen oplossing. Het is er alleen als er geen oplossing meer is", zegt Hans Kling in een interview waarin hij de noodzaak benadrukt om elk euthanasieverzoek met het hoofd en het hart te beoordelen. Het aantal euthanasieverzoeken in Nederland neemt jaar na jaar toe. Ook in het Maastricht UMC+ is deze trend merkbaar. Steeds meer artsen krijgen met deze zorg te maken. Hoe ga je met een euthanasieverzoek om? Welke stappen moet je zetten? Wil je die wel zetten? Wat doe je met een euthanasievraag van een patiënt die dementie heeft? En hoe leer je om te gaan met de impact van een euthanasie-uitvoering. Dit themanummer hoort thuis in de campagne van het MUMC+ en ZIO om zoveel mogelijk aspecten van euthanasiezorg onder de aandacht te brengen. Niet om euthanasie te promoten. Wij willen u bewustmaken van deze zorg, u motiveren om bij uzelf na te gaan hoe u over euthanasie denkt en u informeren over euthanasie in de thuissituatie, het hospice en in het MUMC+.

inhoud



- 3 Arts met een missie**
Ton Janssen



- 6 "Ik pak mijn patiënten bij de hand en volg hen in hun keuze"**
Ingrid Meuwissen-Berix



- 8 "Euthanasie bij dementie is ingewikkeld, maar niet onmogelijk"**
Constance De Vries



- 10 Aandacht voor euthanasie en hulp bij zelfdoding in de opleiding**
Stijn Nuijten en Liselot Valkenburg-Van Iersel

- 12 "Deze keuze hoort bij mij"**
Martina Thaler

- 14 Kort nieuws**

- 15 Uit de Praktijk**

- 16 Orgaandonatie na euthanasie**

- 18 "Euthanasie beoordeel je met het hoofd én het hart"**
Hans Kling

- 20 Column: Emotie**
Pie Castermans

Colofon Praktijk is een uitgave van het Maastricht UMC+ (expertise-eenheid Transmurale en Paramedische Zorg) i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) *Ontwerp en grafische vormgeving* Strategyminds, Maastricht. *Redactie* Jan Wouter Brunings, Liesbeth van Hoef, Ellen Kennes, Jean Muris, Caroline Robertson, Strategyminds, Floris Vanmolkot, Ingeborg Wijnands. *Eindredactie* Liesbeth van Hoef. *Fotografie* Appie Derks, Johan Latupeirissa. *Druk* Pietermans Lanaken. *Suggesties voor de redactie?* Mail Liesbeth van Hoef: liesbeth.van.hoef@mumc.nl.

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

De Huisartsen Service Desk **telefoon 043 387 44 80**. De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.

Arts met een *missie*



Statistieken laten zien dat het aantal mensen dat door euthanasie overlijdt jaarlijks stijgt in Nederland. In 2024 was dat 5,8% van de overlijdens. In 2010 was dit 2,4%. Een van de oorzaken is dat meer patiëntengroepen voor euthanasie kiezen.

Waar euthanasieverzoeken vroeger vooral bij oncologische patiënten werden toegepast, verschuift dit naar patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen, waaronder hartfalen,

longfalen en neurologische aandoeningen. Hierdoor krijgen – ook in het MUMC+ – steeds meer artsen te maken met patiënten die een verzoek tot euthanasie bij hen neerleggen. Om hen beter te ondersteunen heeft het MUMC+ het euthanasieprotocol toegankelijker gemaakt. Dit herziene protocol is in januari tijdens ‘De maand van de Euthanasie’ breed onder de aandacht gebracht. Ook buiten die themamaand wordt er alles aan gedaan om euthanasie in het MUMC+ bespreekbaar te maken.

Ton Janssen, internist-oncoloog en palliatief consulent in het Maastricht UMC+, was nauw betrokken bij de ontwikkeling van het protocol ‘Euthanasie en hulp bij zelfdoding’. Hij ziet het als een persoonlijke missie om de misconcepties die er leven over euthanasie de wereld uit te helpen en de (onnodige) drempels naar goede euthanasiezorg weg te halen. Hiervoor deelt hij zijn persoonlijke ervaringen met euthanasie, geeft hij overal in het ziekenhuis presentaties, begeleidt hij onervaren artsen die voor het eerst euthanasie gaan uitvoeren en grijpt hij elke kans aan om artsen aan het denken te zetten over wat ‘een goede dood’ – de letterlijke vertaling van euthanasie – betekent. Op dat fundament kun je je zorg vormgeven.

Waar komt deze missie vandaan?

“Begin 2024 legde een jonge patiënt met uitgezaaide nierkanker een euthanasieverzoek bij mij neer. Voor mij was dat de eerste keer dat ik gevraagd werd om een euthanasie uit te voeren. Ik had eerder wel een euthanasie gezien, maar nooit zelf de handeling verricht. Mijn eerste gedachte was: ‘help, wat nu?!’ Er doken allerlei vragen op.

Wat vond ik eigenlijk van euthanasie? Hoe keek het MUMC+ hier tegenaan? Want, dat wist ik niet. En welke rol had euthanasie in de samenleving? Ook dat wist ik niet. Ik ben er echt voor gaan zitten en zag de ontwikkeling binnen het aantal euthanasie-uitvoeringen in ons land. Die groei zal de komende jaren doorzetten. Ik vind dat wij als MUMC+ én als individuele artsen ons moeten voorbereiden op die stijgende vraag aan euthanasieverzoeken. Te vaak nog worden patiënten met een euthanasieverzoek naar huis gestuurd en moet de huisarts dit traject overnemen. Hierdoor komt deze zware zorg onnodig vaak in de eerste lijn terecht, terwijl het ziekenhuis dezelfde verantwoordelijkheid heeft. Ik vind ook dat we in het ziekenhuis kansen laten liggen om onze patiënten tot het allerlaatste moment te ondersteunen met onze zorg.”

Waarom worden patiënten voor euthanasie dan vaak naar huis gestuurd?

“Er leven in ziekenhuizen nogal wat misconcepties ten aanzien van euthanasie. Er is angst voor juridische consequenties. Er wordt gedacht dat je een patiënt al lang in behandeling moet hebben. Er wordt gedacht dat het MUMC+ geen euthanasie wil. Dat alleen een hoofdbehandelaar euthanasie mag uitvoeren. Of dat alleen huisartsen geschoold zijn in het uitvoeren ervan. Deze misvattingen wil ik wegnemen door de juiste informatie laagdrempelig beschikbaar te stellen. En vergeet niet, er rust nog altijd een taboe op euthanasie waardoor artsen terughoudend zijn. Het doel van de campagne is dan ook niet om euthanasie in het MUMC+ te promoten, maar om artsen juist te informeren, onnodige drempels weg te halen en hen hulp te bieden als ze geconfronteerd worden met een euthanasieverzoek.”

Kun je uitleggen hoe dit nieuwe protocol helpt?

“Inhoudelijk zijn er ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen geen aanpassingen gedaan. Wat met name een verbetering is, is dat er



“Wij kunnen niet iedereen genezen. Mensen gaan dood. Met goede euthanasiezorg kunnen wij als zorgverleners ook in dit allerlaatste deel van iemands leven van betekenis zijn.”

TON JANSSEN, INTERNIST-ONCOLOOG EN PALLIATIEF CONSULENT IN HET MUMC+

een hoofdstuk is toegevoegd met een checklist waarin stap voor stap staat beschreven wat een arts in het MUMC+ bij een euthanasieverzoek moet doen en regelen. En ook wat bijvoorbeeld een zaalarts of specialist voor een huisarts moet regelen als deze een euthanasie in het ziekenhuis wil uitvoeren. Huisartsen moeten zich welkom en veilig voelen om deze bijzondere zorg in ons huis te verlenen; maximale ondersteuning vanuit het MUMC+ hierbij zie ik als een plicht. In feite hebben we alles gedaan om onnodige drempels naar een euthanasie-uitvoering weg te werken. De euthanasie is emotioneel, maar ook administratief en logistiek al belastend genoeg. De uitvoerder moet er 100% op kunnen vertrouwen dat alles goed geregeld is en er niets over het hoofd wordt gezien. Als je de checklist volgt, geeft dat zekerheid en vertrouwen.”

Je ondersteunt ook collega's die deze zorg niet kennen.

“Naast de checklist kan het Palliatieteam om een consult worden gevraagd als er een euthanasieverzoek ligt. Zij kunnen adviseren,

zijn bereid om te sparren met de arts en kunnen de arts, als deze zich onervaren voelt, in contact brengen met een ‘buddy’. Deze buddy is een ervaren arts in euthanasie en is bereid het hele proces van A tot Z te ondersteunen, tips te geven, officiële documenten na te lezen en eventueel tijdens de uitvoering van de euthanasie daadwerkelijk aanwezig te zijn. Dit is ontzettend waardevol.”

En nu?

“Ik heb op verschillende stafafdelingen in het ziekenhuis presentaties gegeven met als doel onze euthanasiezorg onder de aandacht te brengen en de misconcepties de wereld uit te helpen. Het blijft hierbij niet bij een praatje. Elke afdeling motiveer ik om in de eigen geledingen na te gaan wie er openstaat voor het uitvoeren van euthanasie en welke rol deze arts zou willen vervullen in de euthanasiezorg op de afdeling. Zo krijg je binnen afdelingen een netwerk dat voor goede euthanasiezorg ingezet kan worden. In mijn presentatie stip ik ook het thema palliatieve sedatie aan. Regelmatig wordt

in de praktijk namelijk een euthanasieverzoek getransformeerd naar palliatieve sedatie. Ik begrijp het wel: euthanasie vindt men moeilijk, het kost tijd, de administratieve lasten zijn hoog en met de misconcepties in het achterhoofd probeert men uit te wijken naar bekend terrein. Maar het is niet helemaal eerlijk naar een patiënt toe, die de wens uitspreekt tot euthanasie. Door het protocol aan te passen, artsen goed te informeren en misconcepties weg te nemen hoop ik dat artsen het gesprek over euthanasie nu laagdrempeliger aangaan en vaker proberen de wens van hun patiënt te behartigen.”

Terug naar een jaar geleden. Wat heeft jouw eerste euthanasie bij jou aangewakkerd om deze missie aan te gaan?

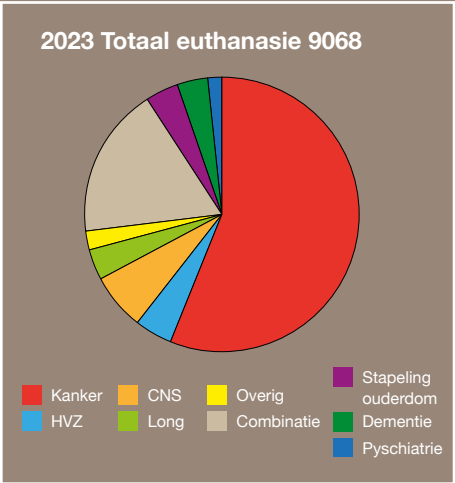
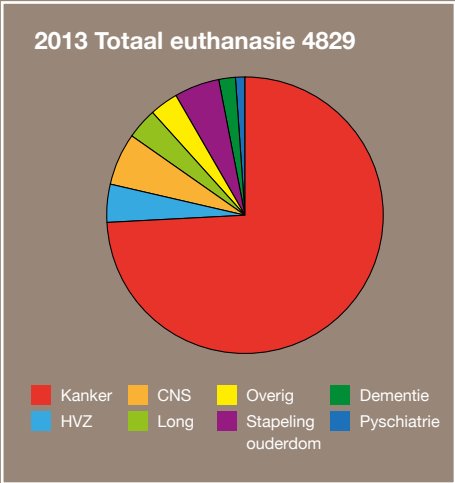
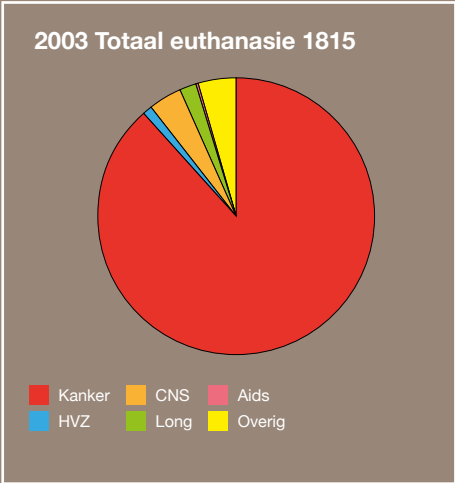
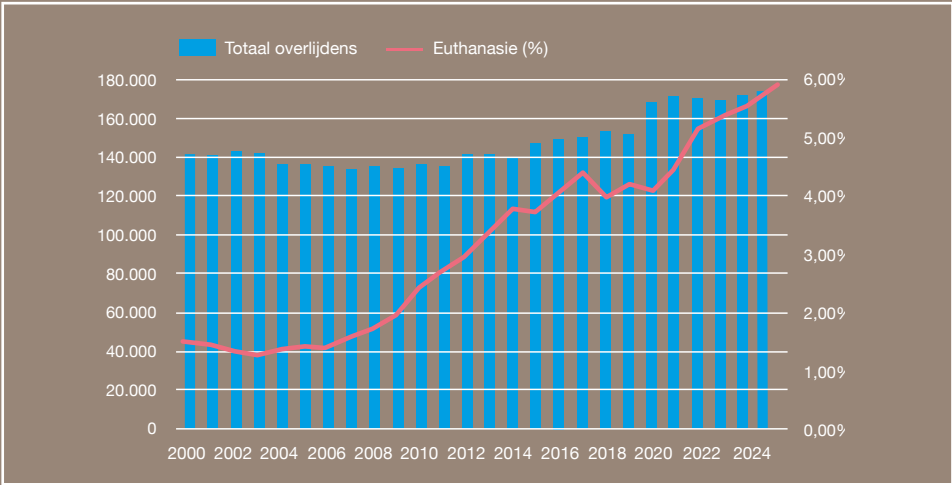
“Ik vond het lijden en de wens van mijn patiënt tot euthanasie zo invoelbaar. Hij was echt wanhopig! Toen ik besloten had om de euthanasie te gaan doen, hebben we heel mooie gesprekken gevoerd over zijn leven, gezin, zijn werk, reizen, over de ziekte, wat de ziekte met hem gedaan had en waarom euthanasie voor hem de enige oplossing was. Die gesprekken sterkten mij in mijn keuze om hem te helpen. Uiteindelijk waren hij en zijn familie zo ontzettend dankbaar. Wij kunnen niet iedereen genezen. Mensen gaan dood.

Met goede euthanasiezorg kunnen wij als zorgverleners ook in dit allerlaatste deel van iemands leven van onschatbare betekenis zijn.”

Apotheekprotocol

Bij de update van het euthanasieprotocol is ook het protocol van de ziekenhuisapothek meegenomen. De medicatie is niet veranderd. Wel zijn de kaders voor de levering van de medicatie geformaliseerd. Het is goed om bij het plannen van een euthanasie rekening te houden met twee werkdagen om de medicatie volgens de wettelijke zorgvuldigheidsregels klaar te maken.

Neem voor meer informatie contact op met het Palliatieteam van het MUMC+ via telefoon: 0900 - 725 54 86 - seinnummer 1292, ze zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 9.00 - 17.00 uur, of kijk op www.palliatievezorg.mumc.nl/euthanasie.



“Ik pak mijn patiënten bij de hand en **volg hen** in hun keuze”

Ingrid Meuwissen-Berix is huisarts in de Huisartsenpraktijk Geulle en daarnaast als huisarts verbonden aan het Buurtzorghuis Hospice Bronnenbos in Geulle. “Ik sta volledig achter elk euthanasietraject dat ik met patiënten heb doorlopen”, vertelt zij in een interview. “Ik zie het als een voorrecht dat ik iemand die zo ziek is in de allerlaatste fase mag ondersteunen. Die dankbaarheid krijg ik ook terug. Euthanasie komt voor veel mensen als een zegen.”

Wanneer ga je ‘het’ gesprek met een patiënt over euthanasie aan?

“Ik voer vaker een proactief zorgplanningsgesprek met patiënten. Daarin hebben we het over behandelwensen en behandelgrenzen. Patiënten kunnen dan ook aangeven hoe zij over euthanasie denken. Een euthanasieverzoek komt daarom nooit zomaar uit de lucht vallen. Als huisarts ken je je patiënten en weet je wat er speelt. Zodra iemand uitbehandeld is en in de terminale fase komt, ga ik altijd op sociale visite. Puur om te polsen hoe het gaat. Als de situatie uitzichtloos is, er sprake is van ondraaglijk lijden en er geen behandelopties meer zijn, kom je op een kantelpunt in het zorgproces en in het leven van de patiënt. Wanneer een patiënt dan naar de mogelijkheden vraagt om niet te hoeven lijden, leg ik het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie uit. Soms gaat een proces zo snel, dat euthanasie niet meer lukt en we overgaan op palliatieve sedatie. Euthanasie is niet het doel, niet lijden is het doel.”

Hoe verloopt het proces vanaf dat moment?

“Ik markeer de terminale fase in het patiëntendossier. Daarna houd ik de vinger aan de pols en voer ik diverse gesprekken met de patiënt, alleen en met naasten. Daarvan maak ik uitgebreide rapportages. Euthanasie vraagt die zorgvuldigheid. Dat is ontzettend belangrijk. Natuurlijk vraagt dit veel tijd van een arts, maar de documentatie maakt het mogelijk om de motivatie van de euthanasie goed te onderbouwen en het proces van de besluitvorming naar de euthanasie toe inzichtelijk te maken. De patiënt is in dit proces in de lead. Ik pak mijn patiënten bij de hand en volg hen in hun keuze. Je voelt dan ook aan wanneer de SCEN-arts ingeschakeld moet worden om groen licht voor de euthanasie te krijgen.”

Waar vindt deze begeleiding plaats?

“De meeste patiënten zie en begeleid ik bij hen thuis in hun eigen omgeving. Dat vinden de meeste mensen het prettigste. Ik begeleid ook patiënten in het hospice. Daar worden ook patiënten opgenomen die van verder komen. Ik neem dan als huisarts van het hospice niet automatisch het euthanasietraject over. Dat blijft in handen van de eigen huisarts. Maar het komt voor dat mensen weken langer in een hospice liggen dan verwacht. Ik zie die periode als een snelkookpan; je bouwt in korte tijd zo’n hechte band op dat ik, als ik ervoor gevraagd wordt, toch de euthanasie wil uitvoeren.”

Wat voor impact heeft deze zorg op jou als arts en mens?

“Een euthanasie gaat je nooit in de koude kleren zitten. Ik ben dokter geworden om mensen beter te maken. Gaandeweg is dat beeld veranderd, ik ben nu dokter om mensen te ondersteunen in elke levensfase. Dus ook in de allerlaatste levensfase. Ik voel mij bovendien veilig bij de zorgvuldige manier waarop wij euthanasie in ons land met ondersteuning van een onafhankelijke SCEN-arts geregeld hebben. Omdat wij een opleidingspraktijk zijn, neem ik ook jonge huisartsen mee op dit traject. Als zij openstaan voor euthanasie en de patiënt instemt, kunnen artsen in opleiding het hele proces mee doorlopen. Zodra zij er klaar voor zijn, kunnen zij ook een euthanasie uitvoeren. Ik heb mijn eerste euthanasie ook in mijn opleidingstijd gedaan. Die had enorm veel impact. Nu is het emotioneel minder belastend. Het voelt vooral goed dat ik mensen tot het allerlaatste moment mag ondersteunen.”



“Ik ben dokter geworden om mensen beter te maken. Gaandeweg is dat beeld veranderd. Nu ben ik dokter om mensen te ondersteunen in elke levensfase. Dus ook in de allerlaatste levensfase.”

INGRID MEUWISSEN-BERIX,
HUISARTS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK
GEULLE

“Euthanasie bij dementie is *ingewikkeld*, maar niet *onmogelijk*”

Constance de Vries was huisarts in Munstergeleen voordat zij zich ruim twaalf jaar geleden als arts en consulent verbond aan het Expertisecentrum Euthanasie in Limburg. Bij dit landelijk werkende expertisecentrum met de hoofdvestiging in Den Haag heeft zij meegewerkt aan de ontwikkeling van de richtlijnen voor euthanasie bij dementie en, in een groter verband, bij mensen die wilsonbekwaam zijn.

“Mijn drive als arts en consulent bij het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen de levenseindekliniek) is exact dezelfde als de drive waarom ik 39 jaar geleden huisarts werd”, vertelt Constance. “Ik vind het ongelofelijk belangrijk om mensen te ondersteunen met persoonlijke, mensgerichte zorg. Ook in de allerlaatste fase. En zeker ook als mensen met hun euthanasievraag niet verder kunnen of niet gehoord worden, bijvoorbeeld omdat zij wilsonbekwaam zijn. Euthanasie is dan misschien ingewikkeld, maar niet onmogelijk.”

De cijfers laten volgens Constance zien dat hier in de praktijk anders over wordt gedacht. “Jaarlijks kiezen in ons land gemiddeld 328 wilsbekwame mensen met dementie voor euthanasie. Bij wilsonbekwame mensen ligt dit aantal op acht in 2023. Iedere arts ziet regelmatig patiënten met kanker die een euthanasiewens hebben. Bij dementie komt deze vraag veel minder vaak voor, maar óók bij dementie kan sprake zijn van ondraaglijk lijden. Veel artsen vinden het in de praktijk echter té spannend of zij vinden het moeilijk, ook in moreel opzicht, om bij deze patiëntengroep het euthanasietraject in te slaan.”

Appelbaum en Grisso De criteria van Appelbaum en Grisso geven inzicht of een patiënt wilsbekwaam is inzake euthanasie. Deze criteria hebben betrekking op het maken en uiten van een keuze en het begrijpen van informatie. Constance: “De wettelijke regels zijn er om zorgvuldig te werken. Niet om euthanasie bij dementie te voorkomen.”



“Het lijden van iemand met dementie kan even ondraaglijk zijn als dat van iemand met een oncologische aandoening. Als we hier meer oog voor zouden hebben, zouden we ook deze patiënten persoonsgericht met de juiste zorg kunnen helpen.”

CONSTANCE DE VRIES,
ARTS IN HET
EXPERTISECENTRUM
EUTHANASIE LIMBURG

“Artsen hoeven dit lastige traject ook niet alleen te doorlopen. Zoals je patiënten met een specifieke zorgvraag doorverwijst naar het ziekenhuis, kun je mensen met een euthanasiewens doorverwijzen naar het Expertisecentrum Euthanasie. Of je schakelt ons alleen in voor ondersteuning of advies.”

“Het lastige van dementie is dat het ziekteproces een glijdende schaal kent. Het kan ineens snel gaan. In een ideale wereld is het gesprek over de laatste levensfase dan al lang gevoerd en is de uitkomst van dat gesprek vastgelegd in een wilsverklaring die regelmatig geüpdatet is. De praktijk is weerbarstiger. Maar ook dan is euthanasie niet per definitie van de baan. Wij hebben een methode ontwikkeld om óók als het 2 voor 12 is en mensen niet meer de verbale mogelijkheden hebben om hun wensen goed kenbaar te maken, het juiste beeld op tafel te krijgen. Hoe ingewikkelder een vraag is, hoe meer specialisten van ons expertisecentrum bij dit onderzoek betrokken worden. Naast de arts kan bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, een ethicus en een jurist meekijken om er zeker van te zijn dat wij vanuit de patiënt en niet vanuit het netwerk de juiste beslissing nemen. De huisarts blijft eveneens bij het traject betrokken als dit de wens is. Wij komen op voor de kwetsbare mens. Daar moet je heel erg zorgvuldig in zijn. Het antwoord kan daarom ook nee zijn. Meestal hebben de naasten er dan wel vrede mee, omdat zij alles hebben gedaan wat mogelijk was.”

Aandacht voor euthanasie bij zelfdoding

In de geneeskundeopleidingen is er steeds meer aandacht voor palliatieve zorg. Hoe leer je dan als jonge arts om te gaan met een euthanasieverzoek? Arts in opleiding tot specialist en oncoloog en opleider Liselot Valkenburg-Van Iersel over euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Stijn Nuijten is vierdejaars arts in opleiding bij Longziekten in het MUMC+:
“Ik zou het fijn vinden als er in de opleiding meer aandacht zou komen voor euthanasie.”

“Bij Longziekten behandelen we veel mensen in hun laatste levensfase. Palliatieve en terminale zorg komen in deze zorg dus al vroeg in de opleiding aan de orde. Je krijgt daardoor ook *feeling* voor wat je naast de medisch inhoudelijke zorg nog meer voor patiënten kunt betekenen. Ik ben in mijn eerste jaar van het begin tot het einde betrokken geweest bij de uitvoering van een euthanasiewens. Dat traject had een grote impact op me. Toch ben ik blij dat ik deze ervaring al als jongerejaars heb meegemaakt. Kende ik de regels? Niet direct. Maar ik kreeg alle steun van mijn supervisor en ook de huisarts was nauw betrokken. De patiënt was te slecht om nog naar huis te gaan. De euthanasie is daardoor uiteindelijk in het ziekenhuis uitgevoerd. Ik zie een euthanasieverzoek als een grote vraag, die vooral op emotioneel vlak bijzondere vaardigheden van een arts vraagt. Je moet je kunnen inleven in de wensen van een patiënt en ondertussen de procedure goed uitvoeren. Dan heb ik het niet zozeer over welke spuitjes je moet toedienen, maar over het mentale en emotionele proces. Je kunt daar in een college zeker iets over vertellen of lezen, maar dat is theorie. Je moet dit proces van a tot z ervaren; zelf gesprekken leren voeren, leren welke medicatie er nodig is en bijvoorbeeld ook leren wanneer je een euthanasie moet plannen. Dit doe je niet zomaar tussen afspraken in. Je moet jezelf de ruimte geven om de gebeurtenissen te verwerken. Ik denk dat het goed is als je als AIOS óók op dit vlak wordt begeleid en dat je – mits je gewetensbezwaren of andere bezwaren tegen euthanasie hebt – al in je opleiding consequent worden meegenomen in het euthanasieproces.”

Dr. Liselot Valkenburg-Van Iersel is medisch oncoloog en opleider in het MUMC+:

“We werken aan een buddy-systeem waarin jonge artsen die openstaan voor euthanasie met iemand naast zich in een veilige omgeving ervaring kunnen opdoen.”



Euthanasie en hulp in de opleiding

iatieve zorg. Euthanasie speelt echter amper een rol van betekenis. Zoek en de uitvoering daarvan? Dat vragen we aan Stijn Nuijten, alkenburg-Van Iersel. Zij pleiten voor structurele aandacht voor oding in de artsenupleiding.

“Ik heb tijdens mijn opleiding tot internist mijn eerste euthanasie verricht. Ik ben daarbij goed begeleid. Misschien viel het mij juist daardoor op dat er voor de uitvoering van een euthanasievraag geen geformaliseerde opleiding bestaat. Als je je als AIOS in deze zorg wilt bekwamen moet je het geluk hebben dat je, zoals Stijn, een supervisor treft die openstaat voor euthanasie en je hierin wil begeleiden. Geen arts is dit verplicht. Ook juridisch zitten aan het huidige opleidingssysteem haken en ogen, want je kunt een euthanasie niet onder supervisie verrichten; degene die de handeling uitvoert is verantwoordelijk en wordt getoetst. Dit zijn allemaal redenen waarom euthanasie nog altijd buiten de geneeskundeopleiding valt. Feit is echter dat het aantal euthanasieverzoeken stijgt en dat die verzoeken vooral bij huisartsen terechtkomen. Voor mijn onderzoek heb ik huisartsen gesproken die zoveel verzoeken per jaar krijgen dat zij aan hun emotionele taks zitten om deze zorg te kunnen verlenen. Die gedeelde verantwoordelijkheid krijgen we op het netvlies van nieuwe, jonge artsen door de euthanasiezorg binnen de opleiding te trekken. Hiervoor zijn we momenteel aan het inventariseren welke competenties artsen nodig hebben om een euthanasie te kunnen uitoefenen en hoe we deze gestructureerd kunnen aanbieden. Het plan is om in de basisopleiding in te zoomen op de regels. Later in de opleiding zou dan tijd en ruimte moeten worden vrijgemaakt voor een kennismaking met de impact van euthanasiezorg. Dit is lastiger te organiseren, want hiervoor is een netwerk van ervaringsdeskundigen nodig, die jonge artsen allereerst de gelegenheid bieden om een euthanasie mee te maken. Aan de hand van die ervaring kunnen zij nagaan of zij bereid zijn om deze zorg te leren en de volgende stappen daarin te zetten. Is het antwoord ja, dan kunnen die ervaringsdeskundigen de jonge artsen in een veilige omgeving door alle stappen van een euthanasietraject loodsen. Het Palliatieteam in het MUMC+ is bereid om artsen uit het ziekenhuis te adviseren of om met hen te sparren en hen te verwijzen naar een aantal artsen in huis die de rol als buddy op zich kunnen nemen. Ik denk dat dit een heel grote stap vooruit is voor een betere lastenverdeling in de zorg.”





**“Ik heb mijn leven lang regie genomen
over mijn leven en vind dat ik ook de
regie moet kunnen hebben over mijn
levenseinde.”**

MARTINA THALER,
SOCIO-BEELDEND THERAPEUT
IN DE REVALIDATIEZORG

“Deze keuze hoort bij mij”

Waarom kiest iemand wel of niet voor euthanasie? Deze beslissing is voor de 61-jarige Martina Thaler principieel. “Ik heb mijn leven lang bewuste keuzes gemaakt en de regie genomen over mijn leven. Ik vind dat ik ook de regie moet kunnen hebben over mijn levenseinde”, legt zij uit. “Mijn dochters en partner staan pal achter mijn beslissing. Zij vinden dat de keuze die ik maak bij mij past. Dat voelt goed en zorgt voor duidelijkheid en rust.”

Martina is moeder van twee dochters. Zij heeft een partner en werkt ruim 20 jaar als socio-beeldend therapeut in de revalidatiezorg. Vrij recent kreeg zij van haar oncoloog het nieuws dat zij uitgezaaide darmkanker heeft, die niet meer te genezen is. “Eigenlijk veranderde die situatie niets aan mijn visie op euthanasie”, vertelt Martina. “De wens om de optie euthanasie vast te leggen had ik al voordat ik het bericht kreeg dat er voor mij geen behandeling met behoud van levenskwaliteit meer was. Ik had het alleen nog niet overal gecommuniceerd. Bewust kies ik voor kwaliteit van leven en een waardig levenseinde. Euthanasie past hier bij.

Toen ik te horen kreeg dat ik uitbehandeld was, ben ik alles gaan regelen. Ik heb een levenstestament opgemaakt bij de notaris en een wilsverklaring neergelegd bij mijn huisarts. Ik wil alles goed achterlaten. Dat vind ik ontzettend belangrijk. Maar al dat geregeld zorgde er ook voor dat ik mij kon voorbereiden op wat er op mij afkwam. Ik kon mijn naasten daarin meenemen, zodat zij zich ook konden voorbereiden. We hebben heel veel gesprekken gevoerd en zowel mijn partner als mijn kinderen vinden dat de keuze die ik maak bij mij past. Zij geven aan dat ze blij zijn dat ik die keuze ook zo duidelijk maak. Het zorgt ervoor dat zij straks niet hoeven te bedenken wat ik zou hebben gewild.

Mijn huisarts gaf meteen bij het eerste gesprek aan dat hij de euthanasie niet wilde uitvoeren en verwees mij naar een arts die de euthanasie wel wil uitvoeren. Ik begrijp dat. Ik denk dat alle visies op euthanasie naast elkaar moeten kunnen bestaan. Er zijn mensen die open staan voor deze keuze er zijn mensen die stellig tegen zijn. Maar ik merk ook dat veel mensen het er liever niet over willen hebben. Er rust best nog een taboe op euthanasie. Ook dat is begrijpelijk, het is een moeilijk onderwerp dat de kern van het leven raakt. Dat het in Nederland mogelijk is om zelf de regie over je levenseinde te nemen, vind ik erg waardevol. Ik vind dat heel erg passen bij hoe wij in Nederland leven. Het past ook heel erg bij hoe ik leef.

Ik ben op dit moment nog niet in een positie dat ik de laatste keuze moet maken. Ondanks dat ik uitbehandeld ben voel ik mij best goed en geniet ik van het leven. Elke maand heb ik contact met mijn behandelend arts. In dat consult bespreken we mijn gezondheid op dat moment. De arts polst dan ook of ik nog altijd achter mijn besluit sta. Dat doe ik. Het klinkt misschien raar omdat ik het sterven goed geregeld heb, kan ik mij weer volledig focussen op mijn leven. Voorlopig is dat van dag tot dag.”



Oproep!

Het magazine Praktijk is op zoek naar een of twee (waarnemend) huisartsen die de redactieraad van Praktijk willen komen versterken. De redactieraad vergadert vier keer per jaar op een dinsdag van 12.30-13.30 uur. De vergadering kan eventueel ook online worden bijgewoond. Tussendoor kan er gevraagd worden om mee te denken over onderwerpen en mogelijk te benaderen personen hiervoor. Naast de redactievergaderingen is de tijdsinvestering minimaal. Voor meer informatie, neem gerust contact op met Liesbeth van Hoef via liesbeth.van.hoef@mumc.nl.

Limburg in Beweging

Domeinoverstijgende samenwerking binnen de beweegzorg

Op woensdag 18 juni 2025 organiseert het Beweeghuis het symposium 'Limburg in Beweging: Domeinoverstijgende samenwerking binnen de beweegzorg'. Dit symposium richt zich op het optimaliseren van de beweegzorg over de lijnen/domeinen heen. Hoe komen we tot betere samenwerking tussen 1e en 2e lijn? Welke governance is nodig om een 'beweegnetwerk' duurzaam vorm te geven? Door middel van keynotes, interactieve workshops en rondetafelgesprekken (o.a. NOV, KNGF, ReumaNL) verkennen we hoe we domeinoverstijgende samenwerkingen tussen verschillende domeinen verder kunnen organiseren. Doelgroep: professionals in het (0e t/m 3e-lijns) zorgdomein en het sociale-/beweegdomein (zoals beleidsmakers, huisartsen, bestuurders, ect.)

Meer informatie en inschrijven via: www.beweeghuis.mumc.nl/symposium.



Nieuwe behandeling voor metabole ziekte

Onderzoekers van het Maastricht UMC+ hebben een mogelijke behandeling gevonden voor mensen met een hereditaire fructose-intolerantie. Momenteel moeten patiënten een streng dieet zonder vruchtensuiker volgen, maar met een nieuw medicijn lijken ze vruchtensuiker te kunnen innemen zonder er ziek van te worden. De bevindingen zijn gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift Journal of Clinical Investigation. Dit onderzoek is een eerste stap richting de behandeling van mensen met hereditaire fructose-intolerantie.

De onderzoekers zijn van plan om vervolgstudies in te zetten om een behandeling voor deze patiënten dichterbij te brengen. Meer informatie www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Nieuwe techniek meet **live activiteit** van darmbacteriën

Onderzoekers in het Maastricht UMC+ hebben een techniek ontwikkeld om de activiteit van darmbacteriën te meten door de gassen die ze produceren in kaart te brengen. Dankzij deze methode kunnen wetenschappers over langere tijd volgen hoe darmbacteriën reageren op verschillende voedingsmiddelen. Dit inzicht kan helpen om ziekten zoals obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en mentale problemen in de toekomst beter te voorkomen en te behandelen. Het onderzoeksteam onder leiding van hoogleraar Ellen Blaak doet verder onderzoek met de nieuwe techniek en bestudeert momenteel specifiek de invloed van verschillende typen vezels op darmbacteriën. De eerste resultaten van dit onderzoek worden in mei 2025 verwacht. Meer informatie www.mumc.nl/actueel/nieuws.



UIT DE praktijk

In deze rubriek delen we ervaringen uit de praktijk over het thema van Praktijk. Jeroen van Merriënboer, hoogleraar Leren en Instructie aan de Universiteit Maastricht, overleed op 15 november 2023 na euthanasie. Zijn vrouw Ankie Hersbach, laborant Beeldvorming in het Maastricht UMC+, deelt haar herinneringen aan het intense proces dat aan zijn overlijden vooraf ging.

“Die laatste dagen waren mooi”

“Jeroen zat bij een wielrenclubje. Hij fietste op zaterdag 2 april 2022 de straat uit, maar ging net om de hoek op een glad stukje van de weg onderuit. Bij de val brak hij zijn heup. Hij kreeg een nieuwe heup en startte met revalideren. Vreemd genoeg bleef hij klachten houden. Er volgden onderzoeken en al snel bleek dat het foute boel was.

Jeroen had nierkanker met uitzaaiingen in de longen. Een week later zaten we bij de oncoloog om het behandelplan te bespreken. Vrij snel daarna heeft Jeroen informatie opgevraagd bij de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde en daarna zelf een euthanasieverklaring geschreven. Deze heeft hij eerst met ons, zijn kinderen en ik, en vervolgens met de huisarts besproken. Jeroen was een echte wetenschapper en rationeel. Hij vond het ontzettend belangrijk om tot het laatste moment eigen regie en autonomie te houden. Ik, de kinderen, we hebben de wilsverklaring allemaal gelezen. Wij wisten wel wat er stond en wat de intentie was, maar gek genoeg voel je de impact van die woorden op dat moment nog niet echt.

Onze huisarts wilde de euthanasie niet uitvoeren. Jeroen respecteerde die keuze. We werden verwezen naar een huisarts die wel open staat voor euthanasie. Toen dit geregeld was, kwam er een soort rust over Jeroen. Het leek alsof hij zich weer kon focussen op het leven nu hij zijn dood geregeld had. Hij kreeg immunotherapie, maar die sloeg niet aan. Meer succes had de Targeted Therapy.

Ruim een halfjaar later besloot Jeroen te stoppen met werken en met pensioen te gaan. Hij kreeg een prachtig afscheid op de universiteit en ging filosofie studeren. We maakten met ons kampeerbusje nog een mooie reis naar de Loirestreek. Hij bleef ook sporten. Ik vind het ontzettend waardevol dat we die tijd samen hebben gehad. We hebben echt genoten. Het keerpunt was het moment dat hij slecht begon te zien en

daardoor niet meer kon lezen en studeren. Na de vaststelling dat er meerdere uitzaaiingen in het hoofd waren, was duidelijk dat verdere behandeling niet zinvol was en er geen zicht meer was op levensverlenging. In overleg met de oncoloog is daarna besloten de behandeling te stoppen.

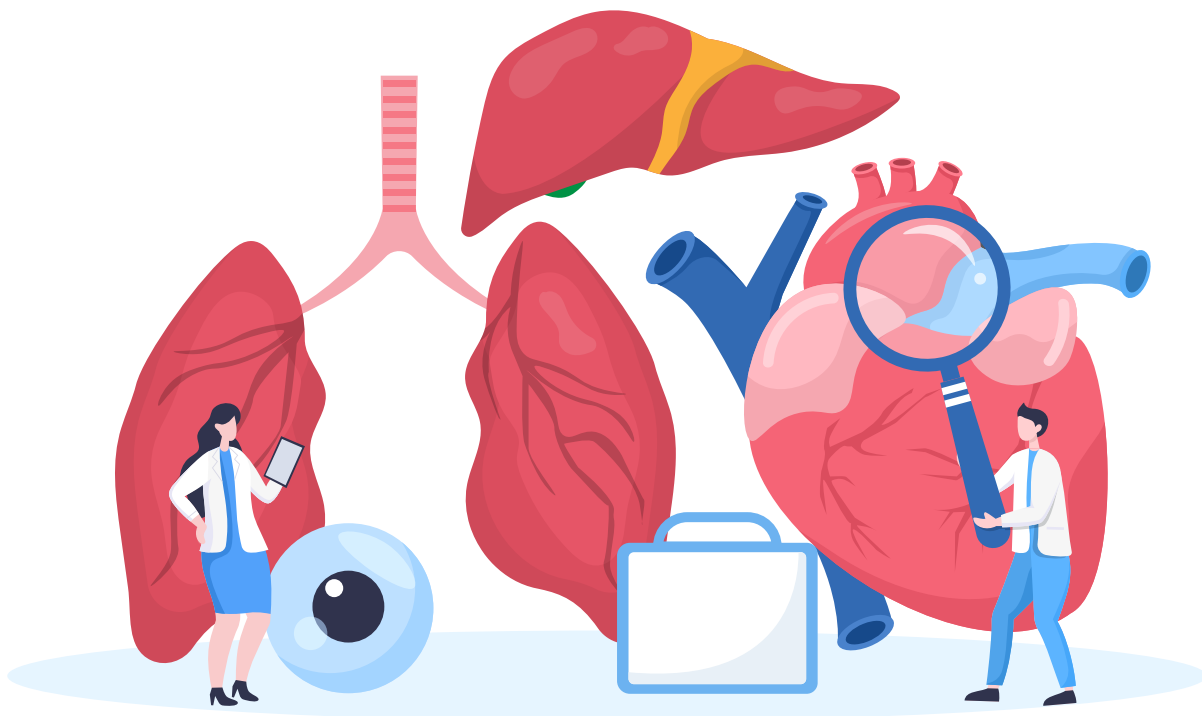
Jeroen zei dat hij het niet erg vond om dood te gaan. Hij vond dat hij een mooi leven had gehad. Wel vond hij het heel moeilijk om afscheid van ons te nemen. Samen met de huisarts hebben we een datum geprikt voor de euthanasie. De huisarts heeft toen ook de SCEN-arts ingeschakeld. Bij elk gesprek werd hem gevraagd of euthanasie zijn wens was. Ja, dat was het. Hij wilde dit echt. In de week voor de afgesproken datum kreeg hij meer pijn. Tot dat moment had hij zich kunnen redden met paracetamol, maar de pijn werd zo hevig dat hij oxycodon nodig had. Hij zakte steeds verder weg. Op een gegeven

moment werd duidelijk dat hij de geplande datum niet ging halen. In overleg met de kinderen en huisarts heeft hij de datum voor de uitvoering van de euthanasie vervroegd. Die laatste dagen waren mooi. Ze voelen als een roes. Jeroen heeft in alle rust afscheid genomen van iedereen die hij nog wilde zien en met onze dochter heeft hij zelf de muziek voor de crematie uitgezocht. In de week voorafgaand aan de

euthanasie heeft de huisarts steeds opnieuw aan Jeroen, aan mij en de kinderen uitgelegd hoe de euthanasie in zijn werk ging. Wij zijn heel dankbaar voor de manier waarop de huisarts ons op het hele traject heeft begeleid. Wij waren goed voorbereid, maar het moment zelf was desondanks heftig. Het ging snel maar ook weer heel rustig.

Op de wilsverklaring van Jeroen stond dat hij thuis in zijn eigen bed in het bijzijn van zijn vrouw en kinderen wilde overlijden. Zo is het ook gebeurd. Tot het laatste moment heeft Jeroen de regie over zijn leven gevoerd. Precies zoals hij het wilde. Ik en onze kinderen zien het als een voorrecht dat wij hem daarbij hebben kunnen begeleiden.”





Het Maastricht UMC+ is één van de ziekenhuizen in ons land dat orgaandonatie na een euthanasie faciliteert. Deze mogelijkheid bestaat in Nederland sinds 2012. Sindsdien hebben er landelijk 160 orgaandonaties na euthanasie plaatsgevonden. Walther van Mook, Wim de Jongh en Nathalie van Dijk van het orgaandonatieteam van het Maastricht UMC+ nemen ons mee in deze complexe procedure, die patiënten en ook hun naasten in hun ervaring vooral een positief gevoel geeft. De donatie geeft zin aan hun leven en overlijden.

Orgaandonatie na euthanasie



Drs. Nathalie van Dijk is anesthesioloog-intensivist, donatie-intensivist en promovendus binnen het orgaandonatieteam van het MUMC+. Haar onderzoek gaat over de ethische aspecten van orgaandonatie na euthanasie.

“Na euthanasie kunnen patiënten lever, hart, nieren, longen, pancreas en weefsels doneren. De procedure wordt beschreven in de landelijke richtlijn Orgaandonatie na euthanasie van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Vooral mensen met neurologische aandoeningen zoals ALS of patiënten met ondraaglijk psychisch lijden kunnen, als zij kiezen voor euthanasie, medisch geschikt zijn om organen te doneren. Een belangrijk uitgangspunt dat voor iedereen geldt, is dat het actieve verzoek tot orgaandonatie primair vanuit de patiënt komt. Daarbij moeten het euthanasie- en donatietraject strikt van elkaar gescheiden blijven. Het donatieteam mag pas worden ingeschakeld zodra het SCEN-rapport met goedkeuring voor de euthanasie is vastgesteld. Het

team mag daarna het proces van opwerking tot een donatieprocedure opstarten. Wij zien het aantal procedures stijgen: van 23 in 2023 naar 32 in 2024. De nieuwe donorwet zal hierbij een rol spelen. Daarnaast is in de meeste donatieprogramma's recent de leeftijdsgrens losgelaten. Zodoende komen meer mensen in aanmerking voor donatie. Maar vermoedelijk is de belangrijkste reden voor de stijging dat er in de media meer aandacht voor euthanasie en orgaandonatie is. Ook steeds meer patiëntenverenigingen benoemen de mogelijkheden van orgaandonatie na euthanasie. Dat heeft impact. Toen ik in 2019 mijn onderzoek begon wist 99% van de patiënten niet dat het mogelijk was om organen te doneren na euthanasie. Dat percentage is nu flink lager.”

Prof. dr. Walther van Mook is internist-intensivist en regionaal coördinerend donatie intensivist in het MUMC+.

“In de richtlijn van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) wordt benadrukt dat de wens tot orgaandonatie altijd door de patiënt moet worden geuit, om de vrijwilligheid en autonomie van dat verzoek te waarborgen. De patiënt die dus net toestemming voor euthanasie heeft gekregen, moet dus in principe zelf het gesprek over donatie opstarten. Dat is ontzettend zwaar, maar voorkomt dat een donatiewens een rol speelt bij het euthanasieverzoek. Het zou vanuit mijn optiek een verbetering zijn als eerder in het ziekteproces in een gesprek over proactieve zorgplanning ook over euthanasie en orgaandonatie zou worden gesproken. Dan zijn de patiënt, naasten en zorgverleners beter

voorbereid op de toekomst. Er zijn trajecten waarbij het ook niet anders kan. Bij dementiepatiënten moet je een mogelijke euthanasie of orgaandonatiewens wel vroegtijdig bespreken en vastleggen in een wilsverklaring. Het zou helpen als de richtlijnen hierop aangepast worden. We streven allemaal naar shared decision making. Doordat artsen patiënten conform de huidige NTS richtlijn niet actief mogen informeren over hun mogelijkheden onthouden we hen wellicht belangrijke informatie.

Er zijn voorbeelden van casussen waarbij de nabestaanden achteraf zeggen: ‘Had mijn man of mijn moeder dat maar geweten, de optie van donatie na euthanasie is ons nooit aangeboden.’ Nathalie heeft in het kader van haar promotie dan ook onderzoek gedaan



onder huisartsen en artsen van het Expertisecentrum Euthanasie. De meeste deelnemers hadden geen bezwaar tegen algemene, neutrale en daarmee passieve informatieverstrekking over orgaandonatie na euthanasie, bijvoorbeeld in de vorm van een neutrale brochure.”



Wim de Jongh is orgaandonatiecoördinator in het MUMC+ en regionaal teamleider van de NTS.

“Zodra het SCEN-rapport afgerond is, beoordelen wij of de patiënt ‘in principe’ geschikt

is voor donatie. Als een verzoek medisch gezien kansrijk lijkt, maken we een afspraak met de patiënt en de verwijzend arts. Vanuit ons team zitten altijd twee mensen bij deze kennismaking. Zo kan de procedure altijd doorgaan als één van ons er niet is en kunnen we ook de psychische last delen, want dit kunnen zware gesprekken zijn. Wij leggen uit hoe de donatie in zijn werk gaat en regelen de toestemming om de medische gegevens van de patiënt in te kunnen zien. Op basis daarvan maken we een voorlopige interne beslissing. Bij een ‘go’ volgen een CT-scan, bloed- en urineonderzoek en mogelijk nog aanvullende onderzoeken. De uitslagen geven de doorslag. Bij een akkoord horen wij alleen

maar blijdschap. Mensen zijn heel blij dat hun wensen uitgevoerd worden. De donatie geeft hun dood zin. We plannen vervolgens samen een datum in. Veel patiënten hebben een specifieke datum in hun hoofd. Als het mogelijk is, proberen wij die wens te eerbiedigen. Maar of dat lukt is afhankelijk van de termijn, want er moet ongelofelijk veel geregeld worden; de opname, de IC, de operatiekamers, het uitnameteam, noem maar op. Zes weken na de transplantatie hebben we altijd nog contact met de nabestaanden. Ook in dat gesprek klinkt vooral dankbaarheid door.”



**“Euthanasie is geen oplossing;
het is er alleen als er geen andere
oplossing is. Onder elke
euthanasievraag liggen diepere lagen
waar artsen handvaten kunnen vinden
voor het al dan niet uitvoeren
van een verzoek.”**

HANS KLING, TEAMHOOFD
AFDELING GEESTELIJKE ZORG
IN HET MUMC+

“Euthanasie beoordeel je met het hoofd én het hart”

Hans Kling, teamhoofd van de afdeling Geestelijke Zorg in het MUMC+ heeft al eerder in dit blad gezegd dat de keerzijde van de medische vooruitgang is dat mensen vaak niet meer vanzelf doodgaan. “Bijna altijd moeten er medische besluiten worden genomen over wat we wel of niet doen”, zegt hij. “Onze rol is goed te luisteren naar ieder euthanasieverzoek en dit verzoek zorgvuldig te beoordelen. Welke vraag zit achter de vraag? Wat maakt het lijden ondragelijk en uitzichtloos? Wil ik als arts hieraan meewerken? Is het voor mij invoelbaar?”

Waarom vragen mensen om euthanasie? Die vraag is volgens Hans Kling gelaagd. “Meestal is dit omdat zij iets anders willen. Zij willen af van pijn, een ondraaglijke lijdensweg, een angst makende toekomst, extreem ervaren eenzaamheid. Daaronder bevindt zich vaak een nóg diepere laag waarin sprake is van groot verlies: van gezondheid, naasten, kwaliteit van leven, regie of angst de regie te verliezen, bijvoorbeeld door beginnende dementie. Het is voor patiënt en arts belangrijk om die gevoelens met elkaar te verkennen, om zeker te weten dat euthanasie het goede antwoord op de vraag is. In stressvolle situaties schieten mensen en zeker ook artsen echter vaak automatisch in de regelmodus; we lossen het wel even op! In die situaties maken wij keuzes met ons hoofd en vergeten we de betekenisgerichte kant. Terwijl die kant juist nodig is voor een afgewogen verkenning van de euthanasievraag. Ben jij en zijn je naasten zich bijvoorbeeld bewust van het feit dat je bij euthanasie op slag dood bent? Dit is belangrijk te weten om je voor te bereiden, maar ook om keuzes te maken voor de uitvoering van de euthanasie. Wie wil je nog zien? Wie mag je hand vasthouden als het moment daar is? Heb je wensen voor na je dood? Door betekenisgerichte vragen te stellen, die breder gaan dan de wettelijke vereisten, kun je het spanningsveld tussen zorgvuldigheid en zingeving verkennen. Zo wordt euthanasie concreet en wordt voor iedere betrokkene – patiënt, omgeving én arts – invoelbaar wat de vraag betekent. Het omgekeerde is ook waar: stap je te snel over de betekenisgeving van de euthanasie heen kan er bij nabestaanden, maar ook bij de arts een morele verwonding ontstaan.”

Formeel is de uitvoering van een euthanasie altijd een vertrouwenszaak tussen arts, patiënt en de SCEN-arts. “De sociale omgeving, dat wil zeggen sociale, culturele of religieuze factoren, hebben volgens de regelgeving geen enkele rol”, benadrukt Hans Kling. “Toch bevindt zich op dit snijvlak van factoren en invloeden een spanningsveld. Steeds vaker wordt euthanasie als een recht gezien. Dit is het niet, het verzoek moet voldoen aan de wettelijke criteria en er moet een arts zijn die het verzoek wil uitvoeren. Artsen kunnen het meewerken aan euthanasie vanuit gewetensbezwaren weigeren. Dan wordt wel verwacht dat zij het verzoek doorverwijzen naar een collega. Als ook deze de vraag niet inwilligt, kan een patiënt nog een andere arts of de levenseindekliniek benaderen. Soms oordeelt deze anders. Dit kan belastend zijn voor de patiënt, maar ook voor de arts die het verzoek eerder heeft geweigerd. Als maatschappij ontkomen wij er niet aan om de voors en tegens te blijven verkennen met elkaar. Voor alle betrokkenen moet helder zijn dat euthanasie geen oplossing van de onderliggende vraag is; het is er alleen als er geen andere oplossing is.”

Leestip

In België heeft de palliatief arts Marc Desmet een mooi oeuvre geschreven waarin hij een brug slaat tussen de wettelijke regels en betekenisgeving van euthanasie. Zie het handboek spiritualiteit in de palliatieve zorg, hoofdstuk 1.5 Deugdenethiek als brug tussen spiritualiteit en palliatieve zorgethiek.

Column

Door Pie Castermans, SCEN-arts

Emotie

Soms loopt een euthanasie anders dan je verwacht. Via SCEN Zuid Limburg krijg ik een 06-nummer en naam door, nu nog anoniem voor mij. De huisarts die mij consulteert vertelt over een 78-jarige nu alleenstaande man, tot op hoge leeftijd samen met zijn moeder wonend. Metastasen door het hele lichaam, primaire tumor niet meer onderzocht, snelle achteruitgang. Aan de zorgvuldigheidscriteria: wilsbekwaam, uitzichtloos lijden, geen perspectief, is voldaan. De patiënt vond dat hij ook aan ondraaglijk lijden voldeed, maar zijn huisarts en ik kwamen niet in zijn territorium: *emotie*.

Mijn SCEN-consult was kort, binnen een half uur stond ik weer buiten. Inderdaad, geen speld tussen te krijgen, alles gedocumenteerd.

Iedere keer valt mij op hoe betrokken en zorgzaam de arts is, meestal de huisarts, de HAIO of de arts van het Expertisecentrum Euthanasie. Ik voel vertrouwdheid, we delen informatie en het gevoel 'hoe sta je er zelf in'. Het is goed om te lezen in het toegezonden dossier waarin het proces beschreven wordt hoe de steeds zwaarder wegende klachten en achteruitgang het winnen van de wil om verder te leven. Het is goed artsen te hebben die dit als zorgplicht aangaan. Na mijn gesprek met de patiënt en diens naasten is de aankondiging van de dood voelbaar.



Een week later zie ik de annonce van zijn overlijden in de krant, met in de koptekst zijn woorden: '*pap en mam, ik kom eraan, dan zijn we weer samen*'.

Zo kan de emotie ook worden gedeeld, en ik deelde het met zijn huisarts.