

Maar van die met de openheid beoogde controle komt in Nederland uiteindelijk toch ook niet zoveel terecht!

"We hebben inzicht in de manier waarop, en de situaties waarin levensbeëindiging in Nederland plaatsvindt, maar dat is inderdaad nog niet hetzelfde als maatschappelijke controle. Het is wel goed dat de aandacht die ons onderzoek gekregen heeft, leidt tot maatschappelijk debat.

"Er kunnen zelfs concrete initiatieven uit voortkomen.

In Amsterdam loopt bijvoorbeeld een experiment, dat door onze vakgroep wordt begeleid, waarbij een twintigtal huisartsen speciaal opgeleid is om andere huisartsen die een verzoek om euthanasie krijgen, van informatie, advies en consultatie te voorzien. Het zijn echt onafhankelijke artsen, geen vriendjes onder elkaar. Ik denk dat een arts hierdoor beter met een verzoek om euthanasie kan omgaan; dat wanneer het gebeurt de zorgvuldigheid toeneemt, en dat men eerder bereid zal zijn om te melden. En soms kan het advies van een onafhankelijke arts ertoe leiden dat de euthanasie niet plaatsvindt omdat de consultant nog een behandelalternatief constateert. Op die manier is er niet alleen toetsing *achteraf*, maar ook toetsing *vooraf*. Dat komt de kwaliteit ten goede. Zulke initiatieven zijn het gevolg van wetenschappelijk onderzoek en van maatschappelijk debat."

"Aan het lijden valt door middel van palliatieve zorg veel te doen. Er valt minder te doen aan het verschijnsel dat een mens een autonoom wezen wil zijn."

Kan verbetering van de palliatieve zorg het aantal euthanasiegevallen terugdringen?

"De palliatieve zorg, het verlichten van lijden, staat de laatste paar jaar erg in de belangstelling. Je zou het bijna een modebegrip kunnen noemen. Sommigen, uit de zogeheten 'hospicebeweging' vooral, presenteren die leedverzachting als alternatief voor euthanasie. Ik geloof daar niet zo in, maar wel vind ik dat nooit euthanasie mag plaatsvinden zonder dat eerst een optimale palliatieve zorg is aangeboden. Maar ik denk niet dat het mogelijk is om de euthanasiepraktijk helemaal te doen verdwijnen. Want waarom hebben wij euthanasie en neemt het aantal gevallen toe? Dat komt maar gedeeltelijk door het lijden; aan het lijden valt door middel van palliatieve zorg veel te doen. Er valt minder te doen aan het verschijnsel dat een mens een autonoom wezen wil zijn. Die behoefte om controle uit te oefenen over de dood verandert amper door een verbetering van de palliatieve zorg.

"Ik zou er niet trots op zijn wanneer Nederland een aanzienlijke euthanasie-praktijk zou hebben zonder een goede palliatieve zorg. Het is ook een onbewezen stelling dat wij weinig aan verlichting van lijden doen en daarom veel euthanasie zouden hebben. Ik denk dat de palliatieve zorg in Nederland niet slecht is. Maar dat zeg ik op grond van

schamel onderzoek en anekdotische evidentie. Het verzoek om euthanasie zal echter blijven bestaan."

Een arts hoeft niet op een verzoek in te gaan.

"Nee, dat is ook zo, die heeft inderdaad zijn eigen verantwoordelijkheid. En hij zal het dan ook niet altijd doen.

Uit ons onderzoek blijkt duidelijk dat de meeste verzoeken om euthanasie worden geweigerd."

Behoort aandacht voor levensbeëindiging een plaats te krijgen in de opleiding tot arts?

"Ik denk het wel. Artsen zijn georiënteerd op het beter maken van mensen, om die reden ga je geneeskunde studeren. Je krijgt echter als arts onvermijdelijk te maken met verzoeken er een eind aan te maken. Een student behoort onderwezen te krijgen dat die ontwikkelingen bestaan, en behoort op de hoogte te zijn van de beslissingen en de handelingen die dan mogelijk zijn."

Ontstaat er niet een rare verwarring wanneer een geneeskunde die van oudsher altijd georiënteerd is geweest op het in stand houden van leven, zich nu ook oriënteert op het doden?

"Je moet het zien als slechts een klein onderdeel in het totaal van de geneeskunde. De geneeskunde wil genezen, als dat niet lukt wil zij lijden verlichten, en wanneer zelfs dat er niet meer in zit moet zij vertroosting bieden. Voor dat laatste gaat niemand studeren, zoiets heet meer een taak van verpleging en verzorging te zijn, maar toch hoort dat er ook bij. Het is niet erg spectaculair, maar op dat terrein valt voor de dokters nog veel te doen.

"In de laatste fase van een mensenleven moet een arts soms stoppen met behandelen, of er zelfs niet eens aan beginnen. Dat is eigenlijk ook al tegenstrijdig met wat een arts wil en waartoe die opgeleid is: je geeft het op. Vervolgens is er de palliatieve zorg, bijvoorbeeld het toedienen van morfine met als mogelijk neveneffect dat de patiënt eerder overlijdt. En dan heb je nog het laatste kleine stukje van de actieve levensbeëindiging. Dat blijft iets tegenstrijdigs houden; dat vind ik ook wel. Soms is het beëindigen van menselijk leven de enig overgebleven mogelijkheid om het lijden te doen ophouden. Maar aan de andere kant doe je iets wat niet mag, wat niemand mag. Het is een tegennatuurlijke vorm van overlijden."

In Nederland hebben we die vorm van overlijden steeds natuurlijker gemaakt.

"Ik zou eerder zeggen dat het 'cultuurlijk' is gemaakt, als dat een woord zou zijn. We proberen de natuur steeds meer onder controle te krijgen, sommige zaken zijn we gebruikelijker gaan vinden. Maar ik denk niet dat ze ooit gewoon zullen worden."

Levensbeëindiging blijft controverses oproepen; zie de commotie rond de 'versterving' van een demente man in een Gronings verpleeghuis.

"Als het inderdaad zo was wat in de krant stond, dat het om een springlevende demente bejaarde ging die na een beetje vecht weer voetbalwedstrijden bekeek en een bord boerenkool at, dan