

THEO BOER | STEF GROENEWOUD | WIEKE LIGTENBERG

Euthanasie en de dokter

54 ervaringsverhalen van artsen

SKAN DALON
CONFERENTIEPUBLISHERS

Inhoudsopgave

WOORD VOORAF	9
---------------------	----------

HOOFDSTUK I	
DE AUTONOME PATIËNT EN ZIJN LEVENSVERRHAAL	15

- 1 Afscheid met een glimlach / 20
- 2 De diabetes-professor / 24
- 3 De kist stond al klaar / 27
- 4 Verslaafd en terminaal / 30
- 5 In één teug / 34
- 6 Ik kreeg het leven, ik geef het weer terug / 37
- 7 Een datum heb ik al / 40

HOOFDSTUK II	
COMPLEXE EUTHANASIE: DEMENTIE EN PSYCHIATRIE	45

- 8 Briefjes met 'euthanasie' erop / 50
- 9 Angst voor medicijnen / 54
- 10 Onbehandelde suïcidaliteit / 57
- 11 Afhaken op het laatst / 61
- 12 Hier heb ik 25 jaar op gewacht / 64
- 13 De moeder van een collega / 68
- 14 Zeg maar niet tegen de kinderen / 73
- 15 Moeder en dochter / 77
- 16 Twee doodzieke kindjes / 81

HOOFDSTUK III	
ZIJN ER ANDERE OPTIES?	85

- 17 Als palliatieve sedatie geen optie is / 89
- 18 Beiden terminaal / 92
- 19 Ik had je wat anders gevraagd / 95

- 20 Twee kapiteins op een schip / 98
- 21 Balanceeract / 103
- 22 Dan stap ik wel voor de trein / 107

HOOFDSTUK IV
PERSOONLIJKE GRENZEN

111

- 23 Ik bleef het moeilijk vinden / 115
- 24 De verlossing / 119
- 25 'Jij bent toch gelovig?' / 122
- 26 'Geskipt' / 126
- 27 Een 'goede' vrijdag? / 131
- 28 Geen goede binnenkomer / 136
- 29 Een ideale dood / 140
- 30 De dood had andere plannen / 142
- 31 Een juridisch staartje / 146
- 32 Mama gaat iemand doodmaken / 151

HOOFDSTUK V
TWIJFEL EN ZEKERHEID

153

- 33 Het was bijna fijn / 157
- 34 Twijfel op het eind / 161
- 35 Kan het dit weekend niet? / 164
- 36 De vrouw die toch niet dood wilde / 168
- 37 Nog gezonder dan ikzelf / 171

HOOFDSTUK VI
EUTHANASIE IN EEN INSTELLING

175

- 38 Ik wil mijn organen doneren / 178
- 39 Euthanasie in het ziekenhuis / 182
- 40 Staan die auto's er voor mij? / 185
- 41 Sterven doet leven / 189
- 42 Een onverwacht verzoek / 193

HOOFDSTUK VII
LEREN EN REFLECTEREN **199**

- 43 Altijd in het middelpunt / 204
- 44 Gebed voor de stervende / 208
- 45 Moet ik dan eerst bijna dood zijn? / 211
- 46 Zeg nooit 'nooit' / 217
- 47 De vragen blijven / 221
- 48 Een bijzondere arts-patiëntrelatie / 225

HOOFDSTUK VIII
WEDERKERIGHEID EN DANKBAARHEID **229**

- 49 Wil je een slaapliedje voor me zingen? / 234
- 50 Klemgezet / 238
- 51 Wie zorgt voor wie? / 242
- 52 Ik wil je nog graag iets zeggen / 246
- 53 Laverend naar het einde / 250
- 54 Geen euthanasie voor mijn man / 255

LITERATUUR **259**

REGISTER VAN THEMA'S **261**

OVER DE SAMENSTELLERS **263**

ANDEREN OVER *Euthanasie en de dokter* **264**

Woord vooraf

Wereldwijd wordt verschillend gedacht over euthanasie: in de meeste landen is het verboden, en waar actieve levensbeëindiging wel is toegestaan, gaat het in veel gevallen om hulp bij zelfdoding. Daarbij is het de patiënt zelf die een einde aan zijn leven maakt, meestal met behulp van een drankje dat door een arts wordt voorgeschreven of aange-reikt. Nederland staat als een van de weinige landen daarnaast euthanasie toe, dus levensbeëindiging door een dokter. Dat heeft geresulteerd in een geleidelijke maar duidelijk waarneembare toename van het aantal euthanasiegevallen. In 2024 waren er 9.958 meldingen van euthanasie, wat overeenkomt met 5,8 procent van de sterfgevallen. Regionaal en lokaal loopt dat percentage soms op tot rond de 15 procent.

Daarmee is euthanasie in zekere zin een gewone dood geworden. Want hoewel mensen zich soms hardop afvragen of je levensbeëindiging ‘wel van een dokter mag vragen’, blijkt uit enquêtes dat veel Nederlanders euthanasie inmiddels vinden horen bij ‘wat artsen doen’. Overigens is euthanasie iets anders dan palliatieve zorg (bestrijding van symptomen) en palliatieve sedatie (het langdurig in slaap brengen van een patiënt). Bij geen van beide is immers sprake van levensbeëindiging.

Waar we in een eerdere uitgave (Boer, Groenewoud en De Jonge 2020) nabestaanden aan het woord lieten over hun ervaringen

met euthanasie bij een geliefde, gaat het in dit boek over de ervaringen van artsen. Ook bij dit boek gooiden we breed en aselekt de netten uit: persoonlijk, via de sociale media en via websites. In een jaar tijd ontvingen we 54 inzendingen van in totaal 41 huisartsen, SCEN-artsen en medisch-specialisten. De meesten leverden één verhaal, enkelen schreven twee verhalen, terwijl één arts er drie toestuurde. Eén verhaal kent twee auteurs. Al die verhalen zijn opgenomen, hoe de auteur ook over euthanasie denkt. Het resultaat is een grote diversiteit aan ervaringen. Maar alle verhalen hebben gemeen: ze zijn authentiek, eerlijk, en integer.

Om structuur aan te brengen, hebben we de verhalen in acht groepen ingedeeld, variërend van ‘complexe euthanasie’ tot ‘euthanasie in een instelling’, en van ‘autonomie van de patiënt’ tot ‘persoonlijke grenzen van de arts’. Menig verhaal zou in meer dan één hoofdstuk hebben gepast. De indeling bood ons als redacteurs – allen werkzaam in de gezondheidszorgethiek – de gelegenheid om op deze (groepen) verhalen ethisch te reflecteren. Daarbij is hoofdstuk 8 over ‘wederkerigheid en dankbaarheid’ in zekere zin het normatieve kernstuk van deze bundel. Aan de hand van de zorgethische benadering van Joan Tronto bespreken we het belang van wederkerigheid in de arts-patiëntrelatie – ook, en misschien wel juist, als het gaat om de ingrijpende vraag aan een arts of die je leven wil beëindigen. Vast en zeker hadden we nog andere hoofdstuktitels kunnen bedenken. Zoals: ‘Wie brengt euthanasie het eerst ter sprake, arts of patiënt?’, ‘Euthanasie in de huisartsenpraktijk’ of ‘Het werk van de SCEN-arts’. Deze en andere thema’s zijn in de index achter in het boek opgenomen, zodat de verhalen die daarover gaan eenvoudig gevonden kunnen worden.

Veel van de ethische reflecties zijn gerelateerd aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria. Die luiden: (1) er is sprake van een weloverwogen en vrijwillig verzoek, (2) de arts is overtuigd dat de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, (3) de patiënt is door de arts goed geïnformeerd, (4) er is geen redelijke andere oplossing

voor de situatie van de patiënt, (5) ten minste één onafhankelijke andere arts heeft met de patiënt gesproken en (6) de euthanasie is medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Belangrijk is dat, hoewel de ondraaglijkheid van het lijden formeel niet voor de arts invoelbaar hoeft te zijn, invoelbaarheid voor veel artsen wel degelijk is waar het om draait.

Waarom al deze verhalen bundelen? Ze kunnen bij een breder publiek het begrip voor artsen vergroten. Veel mensen zijn zich niet of nauwelijks bewust wat een euthanasieverzoek met een dokter kan doen. Sommigen denken dat er een recht op euthanasie bestaat en artsen dus de plicht hebben om een euthanasie mogelijk te maken. Velen zijn onbewust van de worstelingen die veel artsen doormaken, niet alleen voor, maar soms ook na een euthanasie.

Dankzij de diversiteit aan opvattingen en casussen stelt dit boek daarnaast artsen in staat om van de opvattingen en ervaringen van collega's kennis te nemen. Een arts van het Expertisecentrum Euthanasie leest over de emoties van een collega die een doorverwezen patiënt het allerliefste zélf tot het laatst had begeleid. Een psychiater die geen euthanasie verricht, neemt kennis van de worstelingen van collega's die wel euthanasie verlenen. En de arts met gewetensbezwaren leest hier het verhaal van een naar eigen zeggen 'linksige' collega die zich had voorbereid om de ene na de andere euthanasie uit te voeren, maar die als huisarts toch emotionele weerstand ervoer en er na twintig jaar nog steeds niet toe kwam.

Er is ook een *ethische* reden voor een bundel als deze: actieve levensbeëindiging is en blijft uitzonderlijk medisch handelen waar morele principes soms stevig kunnen botsen. Het gaat over leven en dood, over wat patiënten willen maar ook over de autonomie van de arts, over het beëindigen van lijden maar ook over het beëindigen van een leven, over eigen regie maar ook over de ervaring dat het leven je geschonken is, over ondraaglijk lijden en

46 • Zeg nooit ‘nooit’

VERTELLER: huisarts

ERVARING: 35 jaar

LEEFTIJD PATIËNT: 61-65 jaar

RELATIE TOT PATIËNT: behandelend arts

PERIODE: 2021-2025

SOORT BETROKKENHEID: doorverwijzend naar Expertisecentrum Euthanasie

LIJDENSGROND: ziekte van Parkinson

Midden in de jaren negentig schreven Evelien, haar man Martijn en hun drie kinderen zich in bij mijn huisartsenpraktijk. Ze woonden bij mij in de straat en omdat een van de kinderen bij mijn dochter in de klas zat, hadden we ook informeel contact. Ik zag ze vaker buiten de praktijk dan erbinnen. Als ze af en toe langskwamen in de praktijk, was het voor alledaagse kwalen.

Maar tien jaar later veranderde dat toen bij Evelien de ziekte van Parkinson werd gesteld. Hoewel de behandeling in zo'n geval vooral via de neuroloog verloopt, praatte Evelien me regelmatig bij over de ontwikkeling van de ziekte en over wat dit alles voor haar betekende. Gaandeweg namen de klachten toe en werd ze belemmerd in haar functioneren. Er kwam een pompje met het geneesmiddel Levodopa, bedoeld om haar medicatie optimaal in te stellen, maar na een tijdje bleek ook dit onvoldoende te helpen. Haar mobiliteit nam af, ze kwam in een rolstoel terecht en werd steeds afhankelijker van de zorg van Martijn.

Vijf jaar na de diagnose kwam Eveliens ziekteproces in een stroomversnelling. Het begon met een ontsteking van een tussenwervelschijf, gevolgd door een inzakking van de wervelkolom en een conuscompressie, dat wil zeggen een

beklemming van het ruggenmerg. Een operatieve ingreep om verdere compressie te voorkomen werd te riskant geacht.

In de gesprekken die ik met haar had, kwamen steeds vaker levenseindevragen ter tafel. Een jaar eerder had ik hierover al eens uitvoerig met Evelien en Martijn gesproken. Welke scenario's waren er te verwachten en wat konden we dan doen? Evelien stelde mij toen ook de vraag hoe ik dacht over euthanasie. Ik zei dat ik gewetensbezwaard was maar wel mee wilde zoeken naar een oplossing, bijvoorbeeld via het Expertisecentrum Euthanasie (EE). Zij hadden deze reactie wel verwacht, ze kenden mijn achtergrond en respecteerden mijn bezwaren. Tegelijkertijd waardeerden zij het dat ik bereid was om zo nodig te zoeken naar een oplossing. We spraken af dat we over dit onderwerp in gesprek zouden blijven en dat de regie daarvoor bij haar lag.

Toen haar situatie een jaar later verder was verslechterd, voerden we een vervolgesprek. Na lang denken en aarzelen was er een grote stelligheid in haar overwegingen gekomen. Ze wist het zeker: ze wilde het euthanasietraject in. 'Ik ben moegestreden,' zei ze. De spasmen, de vermoeidheid, de problemen met de ontlasting en de uitzichtloosheid. Alle mogelijkheden voor behandeling had ze aangepakt, verdere opties waren er niet meer. De gedachte aan de mogelijk nog lange lijdensweg die haar te wachten stond, was voor haar niet te verdragen. Er waren voor haar geen morele belemmeringen om tot deze stap te komen. Haar vitale echtgenoot en mantelzorger Martijn begreep en respecteerde haar wens, al zei hij erbij dat een euthanasie voor hem nu nog niet hoefde. Hij zou nog graag een tijd voor haar blijven zorgen.

We bespraken wat praktische zaken, zoals het invullen van een euthanasieverklaring en de aanmelding bij het EE. Een volgende afspraak werd gemaakt om het over de tekst van de euthanasieverklaring te hebben. In de tussentijd besprak ze de wens met haar kinderen, die allen aangaven dat ze haar begrepen

en achter haar keuze stonden. Toen deze stappen allemaal gezet waren, werd er een datum geprikt. In aanwezigheid van echtgenoot en kinderen werd korte tijd later de euthanasie verricht door een team van het EE.

Hoe kijk ik als haar huisarts terug op deze ziekte-geschiedenis? De euthanasie speelde aan het einde van mijn carrière. Een aantal malen had ik met euthanasie te maken gehad, maar nooit had ik de stap tot uitvoering gezet. Euthanasie is geen taak van de dokter, zo had ik geleerd. Het gebod 'Gij zult niet doden' is een korte versie van hoe ik erin stond en ten diepste nog steeds sta. Toch ben ik in de loop der tijd wel genuanceerder gaan denken. Toen ik begon als huisarts was ik veel stelliger in mijn overtuiging. Het is makkelijk zwart-wit te denken wanneer je vooral boekenwijsheid hebt en weinig praktijkervaring. Maar is het allemaal wel zo zwart-wit? Hoe zit het met de verhouding tussen je eigen morele opvattingen en dat wat van een professional verwacht mag worden? Valt het uitvoeren van een euthanasie die voldoet aan de wettelijke criteria niet gewoon onder professioneel kunnen handelen? Twee vragen die mij in een intervisietraject door collega's zijn aangereikt, en mij best hebben beziggehouden.

Bij Evelien ging ik vooral nadenken over de invoelbaarheid van het lijden. Ondraaglijkheid en uitzichtloosheid zijn begrippen die voor iedere patiënt een eigen lading kunnen hebben. Dus hoe weeg je dit, is het überhaupt aan jou om die weging te maken, en hoe invoelbaar moet een euthanasiewens voor de dokter zijn? Aanvankelijk deed ik weinig met het begrip 'invoelbaar'. De gedachte 'euthanasie kan niet en mag niet' voerde de boventoon. Ik handelde binnen een professioneel en moreel kader waarbinnen euthanasie geen plek had. En waar euthanasie niet mag, rest maximale aandacht voor goede palliatieve zorg. Daarvoor was ik beschikbaar, ook buiten kantoor tijden. Maar tijdens de gesprekken met Evelien en haar man werd ik me ervan bewust dat het ondraaglijke en uitzichtloze van haar situatie voor

mij steeds beter invoelbaar werd. Ik snapte dat ze moegestreden was, ook in het licht van haar hele levensgeschiedenis, waar ik zo'n dertig jaar getuige van was geweest. Misschien speelde mee dat ik Evelien ook 'uit de straat' en 'van het schoolplein' kende, maar feit was dat er een nuancering in mijn denken was gekropen. Dat was een ontdekking die mij verraste.

Na die constatering volgde meteen de vraag: ga ik deze euthanasie dan ook zelf doen? Nee, ik heb de euthanasie niet gedaan. Het was nog steeds mijn overtuiging dat ik als arts geen leven mag en wil beëindigen. Maar ik voelde wel een behoorlijke spanning. In mijn studententijd leerde ik van een ethicus: euthanasie kan niet, maar zeg nooit 'nooit'. Was hier niet sprake van zo'n uitzondering? Wat ook meespeelde was dat ik niet zo goed wist wat het met mij zou doen als ik die stap zou zetten op het allerlaatste punt van mijn carrière, na een leven lang gewetensbezwaard te zijn geweest.

Ik denk wel dat de spanning die ik voelde me geholpen heeft om Evelien op een betrokken manier te begeleiden naar haar einde toe en om passende nazorg te bieden aan haar gezin. Er was een goede, open arts-patiëntrelatie met wederzijds begrip en respect. Het hielp me dat het verzoek voor mij invoelbaar was en daarbij toch ook dat ik als dokter mijn eigen waarden en normen kon inbrengen. Na de euthanasie had ik nog een gesprek met Martijn en zijn kinderen. Hij was blij met de manier waarop alles was verlopen en was dankbaar voor mijn bijdrage en die van het EE. Een van de dochters zei dat ze het fijn had gevonden dat twee 'buitenstaanders' de euthanasie hadden uitgevoerd, vanwege de 'andere band' die ze met mij had als haar huisarts.

Het is goed zoals het is gegaan.

HOOFDSTUK VIII

Wederkerigheid en dankbaarheid

Wat is het verschil tussen zorg gebruiken en benzine tanken? Het verschil is dat de benzine hoewel zij van eigenaar wisselt, door de transactie niet wezenlijk verandert. Benzine blijft benzine. Om deze onveranderlijkheid noemen we goederen of diensten die we voor geld verhandelen en die ongevoelig zijn voor die transactie ook wel commoditeiten.

Zorgethiek

Hoe anders is dat met de zorg, en zeker met de zorg rond het levenseinde. Een belangrijk deel van de waarde daarvan is gelegen in de 'transactie', in dit geval de zorgende relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. De zorgethiek benadrukt dat alles in het leven en in onze samenleving uiteindelijk draait om zorgende relaties (Gilligan, 1982; Tronto, 1993). Politiek filosoofe Joan Tronto onderscheidt vier fasen of niveaus in zorgende relaties. Het begint volgens haar met het 'oog hebben voor' de zorgbehoefte van de ander (*caring about*). Daarna volgt het 'zorgen dat' er voor de ander gezorgd kan worden door daarvoor de juiste randvoorwaarden te creëren (*taking care of*). 'Aan het regelen slaan,' zou je kunnen zeggen. Een volgende, derde fase is het daadwerkelijk zorgen voor de ander. Dit betreft ook de fysieke handelingen van

het zorgen voor de ander (*to care for*). Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan ook 'responsiviteit' ontstaan. Dat is de vierde fase, waarin de zorgontvanger open staat om de zorg echt te ontvangen (*care receiving*). Deze responsiviteit zorgt bij de zorgverlener soms voor positieve ervaringen, zoals dankbaarheid, voldoening of zelfs zingeving.

Vier fasen van zorg – bij een euthanasieverzoek

Deze vierslag van het zorgethische raamwerk zien we terug in de ervaringen van artsen. Toegepast op levenseindezorg: de zorgrelatie begint ermee dat de arts waarneemt dat een patiënt (ondraaglijk) lijdt, en oog heeft voor de daaruit voortkomende behoefte aan zorg, veiligheid, goede palliatieve zorg, en eventueel euthanasie. Een euthanasieverzoek is in het ene geval meer invoelbaar dan in het andere. Toch zal een arts altijd vanuit een grondhouding van bewogenheid (de vraag achter) deze zorgvraag verkennen: het '*caring about*'. Vervolgens kan de arts '*take care of*': voorbereidingen treffen om die zorg mogelijk te maken, bijvoorbeeld door een patiënt vragen te stellen, voor te lichten, een wilsverklaring door te nemen, zichzelf ook voor te bereiden en de eigen grenzen in kaart te brengen. Snel genoeg kan het tot het daadwerkelijk verlenen van palliatieve zorg of euthanasie komen: het '*caring for*'. Daarna is het opbeurend wanneer je bij de patiënt in de tijd die nog rest, en ook (later) bij de familie, responsiviteit (*care receiving*) bespeurt, bijvoorbeeld doordat zij dankbaar reageren op de gegeven zorg.

Responsiviteit als voorwaarde?

Maar als één ding op voorhand duidelijk is, dan is het dat de fasen elkaar lang niet altijd 1-2-3-4 opvolgen. Eerder lijkt er sprake van een zichzelf continu ontwikkelend proces. We lichten hier specifiek één aspect uit: veel artsen kunnen het verlenen van euthanasie pas overwegen als ze eerst hebben ervaren dat het met die responsiviteit goed zit. Zo noemt een van de artsen een echte

verbinding met de patiënt absoluut noodzakelijk om een euthanasieverzoek goed te kunnen afwegen. Het vierde en diepste zorgethisch niveau, *care receiving*, staat volgens hem in voortdurende wisselwerking met het *caring about*. Zolang de relatie kil en afstandelijk blijft, is het euthanasieverzoek minder goed invoelbaar: 'Waar het me bij andere patiënten meestal wel lukt een behandelrelatie op te bouwen, was deze meneer nogal onbenaderbaar. (...) Daarom vonden wij het ook moeilijk in te gaan op zijn herhaaldelijke verzoek om euthanasie' (verhaal 49).

Omgekeerd kan de *afwezigheid van echte verbinding*, bijvoorbeeld wanneer een arts ondanks toenaderingspogingen slechts afstandelijkheid ontmoet, omslaan in een situatie waarin de arts zich juist onder druk gezet voelt mee te gaan in een euthanasieverzoek. Ingrijpend is het relaas van een arts die beschrijft hoe hij zich als middel gebruikt voelt om het doel (de euthanasie) te verwezenlijken, zonder dat er oog is voor zijn eigen positie (verhaal 50): 'Ik voelde me te zeer klemgezet om het euthanasieverzoek zorgvuldig te toetsen op vrijwilligheid en ondraaglijkheid.' Soms wordt een euthanasie door die druk juist vertraagd, soms misschien alsnog versneld. Maar zo'n arts-patiëntrelatie is hoe dan ook op een lastige leest geschoeid.

Responsiviteit als begin van verdieping

Behalve een noodzakelijke randvoorwaarde voor het goed kunnen wegen van het euthanasieverzoek, is echte verbinding tussen arts en patiënt soms ook het eerste stadium van een verdere verdieping en zelfs 'wederkerigheid' in de relatie. Soms is dan ineens niet meer zo duidelijk wie er nu zorgt voor wie (verhaal 51): 'Het was een voorrecht om voor hem te mogen zorgen en ik ben hem dankbaar dat hij eveneens voor mij zorgde. We zijn er inderdaad samen uitgekomen.'

Vervolgens zien we in sommige verhalen vanuit deze wederkerige relatie (*responsiveness*) een beweging terug naar de invoelbaarheid van het verzoek (*caring about*). Het blijkt namelijk voor artsen

Over de samenstellers

Theo Boer is hoogleraar Ethiek van de Gezondheidszorg aan de Protestantse Theologische Universiteit, lid van de Gezondheidsraad, en voormalig lid van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.

Stef Groenewoud is bijzonder hoogleraar ethiek van de zorg aan de Theologische Universiteit Utrecht (Lindeboom Leerstoel), en gezondheidswetenschapper en ethicus aan het Radboudumc Nijmegen. Zijn werk richt zich op goede zorg naar het levenseinde en ethische vragen rond de inrichting van zorgstelsels. Behalve in het wetenschappelijk domein deelt Stef zijn onderzoeksresultaten liefst ook op andere manieren, bijvoorbeeld via verhalen (narrative medicine). Samen met Theo Boer en Wouter de Jonge schreef hij het boek *Leven met euthanasie* over de ervaringen van nabestaanden.

Wieke Ligtenberg is promovenda in de ethiek aan de Theologische Universiteit Utrecht. Haar onderzoek richt zich enerzijds op regionale verschillen in levenseindezorg en euthanasie en anderzijds op ervaringen van artsen met euthanasie(verzoeken).

Anderen over *Euthanasie en de dokter*

"En hoe zou het eigenlijk voor de dokter zelf zijn, zo'n euthanasietraject? De verhalen liggen soms zwaar op de maag. Maar ze stemmen me dankbaar dat ik in een land leef waar euthanasie een optie is. En nog dankbaarder dat Nederland moedige dokters telt die aan euthanasievragen de aandacht geven die ze verdienen."

– **Pieter Barnhoorn**, huisarts

"Wat goed dat deze verhalen gepubliceerd worden. Zo blijft euthanasie een onderwerp waar we niet over uitgedacht raken."

– **Job Cohen**, voorzitter Raad van Toezicht van de NVVE

"De verhalen nodigen uit tot een reflectie die verder gaat dan de eerste gedachte en emotie. Ze laten zien hoe complex het einde van een leven kan zijn: soms vol twijfel, soms met opluchting, altijd met menselijke betrokkenheid. De bundel onthult de lezer de complexe werkelijkheid achter een beslissing die nooit routine wordt."

– **Marianne Dees**, SCEN-arts, hoofdredacteur 'Leerboek euthanasie'

"Een indringende weergave van de emotionele, morele en menselijke kant van euthanasie. Ook met tienduizend verrichtingen per jaar is duidelijk dat euthanasie geen 'normale zorg' is en dat ook niet zal worden."

– **Rosanne Hertzberger**

“Hulde voor dit gedegen werk! Deze verhalen laten zien dat euthanasie een moeilijke beslissing is – en dat ook moet blijven. In lijn met het boek ‘Leven met euthanasie – geliefden vertellen over hun ervaringen’ gaat het ook bij artsen over diepe communicatie: met zichzelf, met collega’s én met de patiënt en haar/zijn naaste(n).”

– **Wouter de Jonge**, oprichter Attendo Uitvaartzorg; mede-samensteller van ‘Leven met euthanasie’ (2021)

“In deze bundel wordt niets aangeprezen of veroordeeld. Het is een even heldere als persoonlijke verslaggeving, een unieke excursie naar de uitgang van ons bestaan.”

– **Bert Keizer**, arts en filosoof

“In deze aangrijpende verhalen laten artsen zien hoe elke euthanasievraag hen raakt en hoe ze steeds zoeken naar de balans tussen goed luisteren naar de patiënt en goed blijven luisteren naar jezelf. Op een indrukwekkende manier voelt de lezer mee welke impact een euthanasievraag op alle betrokkenen heeft.”

– **Willem Lock**, huisarts

“Een mooi en integer boek... ontroerende terugblikken.”

– **Rinus Otte**, voorzitter College van Procureurs-Generaal

“Dit zijn bijzondere verhalen: ze schetsen niet alleen de situatie van de patiënt maar laten ook goed zien hoe artsen dit beleven. Elke uitvoering van euthanasie is weer anders, maar het raakt altijd alle betrokkenen.”

– **Winnie Sorgdrager**, voormalig minister van Justitie, voormalig voorzitter van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie

“Deze (soms beklemmende) verhalen en de reflecties daarop kunnen zowel artsen als patiënten helpen in hun misschien wel onontkoombare worsteling met euthanasie.”

– **Cor Spreeuwenberg**, em. hoogleraar huisartsgeneeskunde, pionier bij euthanasiezorg

“De kracht van dit boek is dat de ervaringen van artsen voor zichzelf spreken. De verhalen beschrijven indringend en soms ontroerend wat het voor een arts betekent om het leven van iemand op diens verzoek te beëindigen.”

– **Annemarieke van der Woude**, predikant, publicist
levenseindevraagstukken, docent Geestelijke Verzorging
(Radboud Universiteit)

Bestel ***Euthanasie en de dokter***

