

# Euthanasieverzoeken voor en na de Euthanasiewet

Joanneke van Alphen, Gé Donker en Richard Marquet

## Inleiding

In een publicatie uit 2002 in het *British Medical Journal* vermeldden onderzoekers al eens het aantal euthanasieverzoeken in Nederlandse huisartsenpraktijken gedurende de periode 1977-2001.<sup>1</sup> De belangrijkste conclusie was destijds dat het aantal verzoeken stabiliseerde na een snelle stijging in de eerste twintig jaar van de registratie, vooral bij terminale kankerpatiënten. Ook concludeerde men dat de frequentie van hopeloosheid en aftakeling als reden voor een verzoek niet veranderde. Pijn en dyspneu kwamen echter geleidelijk minder vaak voor als redenen voor een euthanasieverzoek. Anderen hebben laten zien dat depressieve symptomen en afhankelijkheid naast pijn vaak aanleiding zijn tot een verzoek.<sup>2,3</sup> Het is bekend dat de meeste verzoeken uiteindelijk niet in een daadwerkelijke uitvoering ervan resulteren. Een deel van de patiënten overlijdt namelijk al voordat de uitvoering heeft kunnen plaatsvinden. In andere gevallen oordeelt de arts het verzoek als niet gegrond of trekt de patiënt het verzoek in.<sup>4,5</sup> Opvallend is dat patiënten met depressieve symp-

tomen en (angst voor) pijn het vaakst een verzoek intrekken.<sup>2</sup>

In 2002 heeft men in Nederland euthanasie en hulp bij zelfdoding onder strikte voorwaarden gelegaliseerd door invoering van de Euthanasiewet. Deze wet moest meer transparantie scheppen, maar diende er ook voor om artsen juridisch te beschermen.<sup>6,7</sup> Recente onderzoeken hebben laten zien dat de wet niet heeft geleid tot het gevreesde hellende vlak. In tegendeel, het aantal sterfgevallen ten gevolge van euthanasie daalde van 2,6% van alle sterfgevallen in 2001 naar 1,7% in 2005. Hulp bij zelfdoding daalde van 0,2% in 2001 tot 0,1% in 2005.<sup>7</sup> Verbeteringen in de palliatieve zorg, inclusief de mogelijkheid tot het gebruik van diepe continue sedatie aan het einde van het leven, vormen hiervoor een mogelijke verklaring.<sup>8</sup>

Het blijft een interessante vraag of de invoering van de Euthanasiewet ook het aantal verzoeken om euthanasie heeft doen afnemen en/of de redenen voor een verzoek heeft veranderd. In ons onderzoek gaan we nader op deze onderwerpen in, waarbij we rekening houden met mogelijke man-vrouwverschillen. We maken

## Samenvatting

Van Alphen JE, Donker GA, Marquet RL. Euthanasieverzoeken voor en na de Euthanasiewet. *Huisarts Wet* 2011;54(1):18-22.

**Doel** Het onderzoeken van veranderingen in het aantal en de redenen voor euthanasieverzoeken bij de Nederlandse huisarts na de invoering van de Euthanasiewet (in 2002).

**Method** We voerden een retrospectief dynamisch cohortonderzoek uit met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten voor het registreren van euthanasieverzoeken in de CMR-peilstations, en maakten een vergelijking tussen 5 jaar vóór (1998-2002) en 5 jaar na (2003-2007) de invoering van de Euthanasiewet. Dit netwerk van peilstations, dat bestaat uit 45 huisartsenpraktijken, is landelijk representatief wat betreft leeftijd, geslacht, geografische verdeling en bevolkingsdichtheid.

**Resultaten** De gemiddelde jaarlijkse incidentie van euthanasieverzoeken vóór invoering van de wet was 3,1 per 10.000 patiënten en erna lag deze op 2,8 per 10.000 patiënten. De trends bleken echter voor mannen en vrouwen te verschillen. Voor mannen daalde het aantal verzoeken van 3,7 naar 2,6 per 10.000 ( $p = 0,008$ ), terwijl het aantal verzoeken bij vrouwen niet significant veranderde van 2,6 naar 3,1 per 10.000. Vóór en na de Euthanasiewet bleef kanker de meest voorkomende onderliggende ziekte: 82% respectievelijk 77% bij mannen, 73% respectievelijk 75% bij vrouwen. Pijn was een veel voorkomende reden voor een verzoek vóór invoering van de wet (gemiddeld 27% per jaar), maar nam

als genoemde reden in de periode daarna af (gemiddeld 22% per jaar). Ook verlies van waardigheid noemde men minder vaak als reden na invoering van de wet (18% vóór en 10% na,  $p = 0,04$ ), vooral door de afname bij vrouwen (van 17% naar 6%,  $p = 0,02$ ).

**Conclusie** We zagen geen toename van het aantal euthanasieverzoeken in de eerste 5 jaar na invoering van de Euthanasiewet. Na invoering van de wet gaf men pijn minder frequent op als reden voor euthanasieverzoek. Vooral vrouwen noemden verlies van waardigheid na invoering minder vaak als reden. Bij het bespreken van de redenen tot euthanasieverzoek is voor de huisarts ook gendersensitiviteit van belang.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: J.E. van Alphen, destijds medisch student, thans in opleiding tot huisarts; dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider CMR-peilstations; dr. R.L. Marquet, senior onderzoeker. Correspondentie: g.donker@nivel.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit onderzoek is een bewerkte vertaling van: Van Alphen JE, Donker GA, Marquet RL. Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. *Brit J Gen Pract* 2010;60:263-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

### Wat is bekend?

- ▶ De in 2002 aangenomen Euthanasiewet legaliseert euthanasie onder strikte voorwaarden.
- ▶ We weten niet of deze wet heeft geleid tot een toename van euthanasieverzoeken.
- ▶ Vóór invoering van de Euthanasiewet was pijn de meest voorkomende reden voor verzoeken om euthanasie.

### Wat is nieuw?

- ▶ Gedurende de eerste vijf jaar na de invoering van de Euthanasiewet is er geen sprake van een significante toename in het aantal verzoeken om euthanasie bij ongeneeslijk zieken.
- ▶ Na invoering van de wet noemt men pijn minder frequent als reden voor euthanasieverzoek.
- ▶ Vooral vrouwen voeren verlies van waardigheid minder vaak aan als reden voor euthanasieverzoek.

een vergelijking tussen de situatie vóór en die na de invoering van de Euthanasiewet in 2002.

### Methode

We verzamelden gegevens over euthanasie en hulp bij zelfdoding die de huisartsen die sinds 1977 deel uitmaken van de Continue Morbiditeit Registratie Peilstations, hadden vastgelegd. In het vervolg nemen we euthanasie en hulp bij zelfdoding samen onder de noemer euthanasie omdat het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding slechts klein is. Er zijn 45 Nederlandse praktijken (en 61 huisartsen) betrokken bij de CMR-peilstations. Dit betreft ongeveer 1% van de Nederlandse populatie en de peilstations zijn representatief met betrekking tot verdeling in leeftijd, geslacht, geografische spreiding en populatiedichtheid.<sup>9-11</sup> Jaarlijks inventariseert men de opbouw van de populatie in de verschillende praktijken, zodat duidelijk is welke populatie precies wordt onderzocht. Huisartsen van de CMR-peilstations brengen wekelijks verslag uit van de incidentie van verschillende ziekten en interventies, en van het aantal euthanasieverzoeken.<sup>1,9,11</sup>

We analyseerden de gegevens van de euthanasieverzoeken voor de jaren 1998 tot 2007. Huisartsen rapporteerden het aantal verzoeken en de redenen voor euthanasieverzoeken in hun praktijk.

We includeerden alleen verzoeken van ongeneeslijk zieke patiënten. Verzoeken om euthanasie voor in de toekomst, niet in verband met een huidige ziekte, sloten we uit. Leeftijd, geslacht, onderliggende ziekte, reden voor het verzoek en de eventuele aanwezigheid van een euthanasieverklaring legden we vast aan de hand van een vragenlijst. We berekenden de incidentie van verzoeken als aantal verzoeken per 10.000 patiënten. Verzoeken door mannen en vrouwen analyseerden we afzonderlijk. Ziekten classificeerden we met de International Classification of Primary Care (ICPC). De redenen voor verzoeken deelden we op in verschillende subcategorieën, namelijk pijn, dyspneu, ondraaglijk lijden, hopeloosheid en verlies van waardigheid. Ook deze deelden we in als incidentie van het aantal verzoeken. De meeste patiënten noemden meer dan één reden voor een verzoek. De vijf jaar vóór de invoering van de Euthanasiewet (1998-2002) vergeleken we met de vijf jaar na de invoering ervan (2003-2007). De Euthanasiewet is in 2002 ingevoerd en voor het onderzoek zijn we ervan uitgegaan dat de implementatie de rest van het jaar in beslag heeft genomen.

Analyses van statistische verschillen tussen parameters vóór en na de invoering berekenden we met de Wilcoxon two-sample test. Trends in het aantal verzoeken en de onderliggende redenen visualiseerden we aan de hand van tweedegraads polynomen in Excel.

### Resultaten

#### Aantal verzoeken om euthanasie

In de 5 jaar voorafgaand aan de invoering van de Euthanasiewet zien we een dalende trend in het aantal verzoeken om euthanasie. Na de invoering bleef het aantal verzoeken stabiel (figuur 1). Desondanks laat de gemiddelde jaarlijkse incidentie van euthanasieverzoeken voor en na invoering van de Euthanasiewet geen significant verschil zien. Deze bedroegen respectievelijk 3,1/10.000 en 2,6/10.000 patiënten. De trends voor mannen en vrouwen vertonen echter verschillende patronen: het gemiddelde aantal verzoeken bij mannen daalde significant van 3,7/10.000 naar 2,6/10.000 patiënten (tabel;  $p = 0,008$ ), terwijl het gemiddelde aantal verzoeken bij vrouwen (niet significant) steeg van 2,6/10.000 naar 3,1/10.000 patiënten.

**Tabel** Incidentie per 10.000 patiënten en aard van de verzoeken om euthanasie (als percentage van het totale aantal) gedurende 5 jaar vóór (1998-2002) en 5 jaar na (2003-2007) invoering van de Euthanasiewet

	mannen		vrouwen		totaal	
	vóór	na	vóór	na	vóór	na
Verzoeken/10.000	3,7*	2,6*	2,6	3,1	3,1	2,8
Onderliggende ziekte (%)						
- Maligniteit	82	77	73	75	78	77
- Hart- en vaatziekten					3,6	2,7
- Ernstige depressie					3,1	3,8
- ALS/MS/spierdystrofie					2,7	2,7
- COPD					2,3	3,8
Redenen tot verzoek (%)						
- Pijn	23	23	32*	22*	27	22
- Ondraaglijk lijden	17	21	18	27	18	24
- Hopeloosheid	19	22	20	20	19	21
- Verlies van waardigheid	20	15	17*	6*	18*	10*
- Dyspneu	8	7	7	10	8	9

\* =  $p < 0,05$  met behulp van de Wilcoxon two-sample test

### Onderliggende ziekte

Zowel voor als na de invoering van de Euthanasiewet was kanker de belangrijkste onderliggende ziekte bij een verzoek om euthanasie. Het gemiddelde aandeel in het aantal verzoeken voor de gehele periode van 10 jaar van het onderzoek was 79% voor mannen (spreiding 69-89%) en 73% (spreiding 65-81%) voor vrouwen ( $p = 0,07$ ). We zagen geen significante verschillen tussen de 5 jaar vóór en na de invoering van de wet, voor zowel mannen als vrouwen (zie de *tabel*).

Andere, minder belangrijke redenen voor een verzoek om euthanasie waren cardiovasculaire ziekte, COPD, neurodegeneratieve ziekten en ernstige depressie – met een gemiddeld percentage per categorie van tussen de 2% en 4% (zie de *tabel*). De resultaten suggereren dat cardiovasculaire ziekte een minder belangrijke reden is geworden voor een verzoek en dat het aandeel van COPD is toegenomen. De verschillen waren echter niet statistisch significant. Vanwege de kleine aantallen was het niet zinvol om onderscheid te maken naar geslacht.

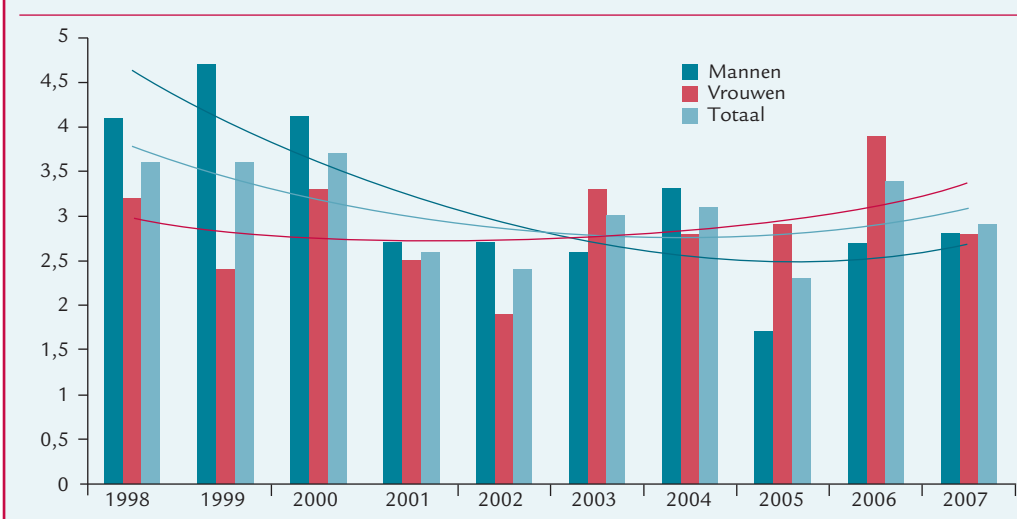
### Onderliggende redenen

Pijn als reden voor een verzoek om euthanasie (*figuur 2*) laat een stijgende trend zien vóór de invoering van de Euthanasiewet en een dalende trend erna. Die daling hangt vooral samen met een afname in het aantal verzoeken door vrouwen ( $p = 0,1$ ). De totale gemiddelde incidentie van pijn als reden vóór en na invoering bedroeg respectievelijk 27% en 22% ( $p > 0,05$ , *tabel*).

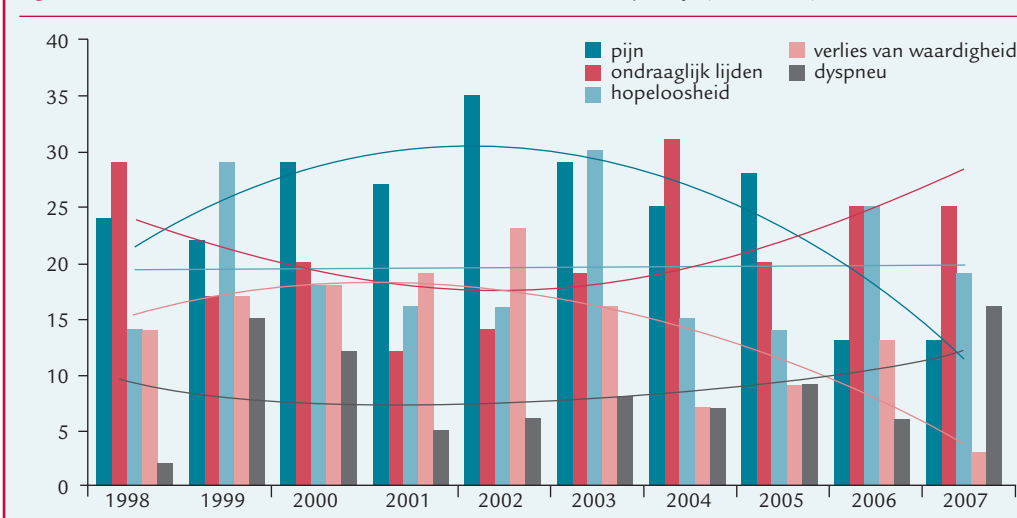
Ondraaglijk lijden en in mindere mate dyspneu lieten een opwaartse trend zien na 2002. De verschillen tussen de gemiddelde incidentie vóór en na invoering van de Euthanasiewet waren echter niet statistisch significant.

Verlies van waardigheid liet een dalende trend zien en werd een minder belangrijke reden voor een verzoek tot euthanasie, vooral voor vrouwen. De totale gemiddelde proportie daalde van 18% vóór tot 10% na de invoering van de Euthanasiewet ( $p = 0,04$ ). Voor vrouwen lagen de percentages op 17% en 6% ( $p = 0,02$ ) en bij mannen ging het om 20% en 15% ( $p > 0,05$ ).

**Figuur 1** Trends in incidentie van euthanasieverzoeken in de huisartsenpraktijk (1998-2007)



**Figuur 2** Trends in redenen voor euthanasieverzoeken in de huisartsenpraktijk (1998-2007)



### Beschouwing

#### Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevinding van ons onderzoek is dat de invoering van de Euthanasiewet in 2002 niet heeft geleid tot significant meer verzoeken om euthanasie. In een eerder onderzoek vóór de invoering van de Euthanasiewet concludeerden Marquet et al. dat het aantal verzoeken om euthanasie tussen 1977 en 1995 geleidelijk is gestegen, maar uiteindelijk is gestabiliseerd.<sup>1</sup> Het huidige onderzoek geeft aan dat dit plateau na 2002 gelijk is gebleven. Zoals bekend kwam de Euthanasiewet tot stand na uitgebreide discussie in de politiek en de media, met als gevolg dat de invoering meer een al bestaande praktijk formaliseerde, dan een werkelijke attitudeverandering ten aanzien van euthanasie teweegbracht. Hoewel er in het algemeen geen opvallende verschillen waren in de verzoeken in de periode van vijf jaar vóór en na de invoering van de wet, vonden we toch enkele verrassende verschillen in geslachtsverdeling. Voorzichtigheid in interpretatie is geboden, maar het zou kunnen betekenen

dat de invoering van de Euthanasiewet voor vrouwen, meer dan voor mannen, een stimulans vormde om hun wens tot euthanasie met hun huisarts te bespreken.

Kanker bleef de meest voorkomende onderliggende ziekte bij een verzoek tijdens de gehele tienjarige onderzoeksperiode. Cardiovasculaire ziekte lijkt minder vaak voor te komen als reden voor een verzoek, terwijl men COPD juist vaker als reden aanvoerde, mogelijk ten gevolge van de recente trends in de incidentie en mortaliteit van deze ziekten.<sup>12</sup>

Pijn was een veelvoorkomende reden voor een verzoek om euthanasie. Eerder vond men dat pijn in de vroege jaren van de registratie (1977-1987) in 50% van de gevallen de reden voor een verzoek was. Dit percentage daalde geleidelijk tot ongeveer 25% in het daaropvolgende decennium, mogelijk als een gevolg van verbeterde palliatieve zorg en pijnbestrijding.<sup>1</sup> In het huidige onderzoek vormt pijn als reden 25% van de redenen tot verzoek om euthanasie, hoewel de laatste jaren een iets dalende trend laten zien. Mogelijk kunnen we deze daling verklaren aan de hand van de toename van het gebruik van palliatieve sedatie voor pijn, dyspneu en angst in de terminale fase.<sup>8,13</sup> Deze theorie krijgt steun door de bevinding dat in Nederland de toepassing van diepe continue sedatie van 5,6% van de sterfgevallen in 2001 steeg tot 7,1% in 2005. De meeste van deze patiënten kregen een behandeling van hun huisarts.<sup>8</sup> De CMR-peilstations vonden echter geen stijging van de toepassing van diepe continue sedatie in recente jaren.<sup>9</sup>

We analyseerden ondraaglijk lijden als apart item mede omdat de huidige wet deze reden hanteert als voorwaarde voor een legale uitvoering van euthanasie. Overlap met andere redenen (zoals hopeloosheid) is echter niet denkbeeldig. We vonden geen significant verschil in de incidentie van ondraaglijk lijden als reden voor een verzoek in de vijf jaar vóór en na de invoering van de Euthanasiewet. Toch gebruikten de huisartsen de term vaker of consequenter sinds de invoering van de wet. Hopeloosheid als reden voor een verzoek noemden ze evenveel en volgde dezelfde trend als ondraaglijk lijden.

Gedurende de tienjarige onderzoeksperiode werd verlies van waardigheid als reden voor een verzoek minder belangrijk, vooral voor vrouwen. Patiënten die terminaal zijn, noemen (angst voor) verlies van waardigheid vaak, hetgeen een reden is om palliatieve zorg te optimaliseren en te zorgen voor een goede dood.<sup>14</sup> In Nederland zien we de laatste tien jaar veel verbetering in de palliatieve zorg.<sup>15</sup> Mogelijk heeft deze verbetering ervoor gezorgd dat patiënten verlies van waardigheid als reden voor euthanasieverzoek minder vaak noemen. De vraag blijft waarom deze trend duidelijker is bij vrouwen dan bij mannen – vullen mannen en vrouwen het begrip verlies van waardigheid verschillend in? Voor mannen is verlies van waardigheid mogelijk meer gerelateerd aan een verlies van controle dan voor vrouwen. Ons onderzoek suggereert dat vrouwen er in het algemeen meer van overtuigd zijn geraakt dat goede palliatieve zorg kan leiden naar een levensein-detraject met behoud van waardigheid.

### **Sterke punten en beperkingen van het onderzoek**

Ons onderzoek geeft een unieke beschrijving van de invloed van Euthanasiewetgeving op het aantal euthanasieverzoeken en de redenen daarvoor. Het laat zien dat er ondanks verbeterde palliatieve zorg een vraag naar euthanasie blijft bestaan. Ons onderzoek stamt uit de tijd dat er nog geen wetgeving rondom euthanasie was en we hebben alleen de verzoeken geregistreerd en niet het aantal verzoeken dat ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Dit is een beperking van het onderzoek. Uit andere onderzoeken blijkt dat men 44% van de verzoeken uitvoert.<sup>4,5</sup>

### **Vergelijking met bestaande literatuur**

Op grond van een andere Nederlandse evaluatie van de Euthanasiewet weten we dat er in 2000 in minder dan 6% van de gemelde uitvoeringen van euthanasie aanvullend onderzoek is verricht. In de jaren 2003-2005 bleek dat geen van deze onderzoeken tot een vervolging heeft geleid.<sup>16</sup> Deze evaluatie laat zien dat de strikte criteria van de Euthanasiewet in de praktijk te handhaven zijn.

### **Implicaties voor de praktijk**

De Euthanasiewet levert een kader voor de ontwikkeling van professionele richtlijnen die bedoeld zijn om de criteria rond euthanasie beter te kunnen toepassen. Men implementeert de richtlijnen steeds meer in training, nascholings- en beleidsrichtlijnen van instellingen.

### **Conclusie**

Het aantal euthanasieverzoeken neemt in de eerste vijf jaar na invoering van de Euthanasiewet niet toe. De redenen voor een verzoek veranderen met de verbetering van palliatieve zorg, maar in verschillende mate voor vrouwen en mannen. Bij het bespreken van de redenen tot euthanasieverzoek is voor de huisarts ook gendersensitiviteit van belang.

### **Literatuur**

- 1 Marquet RL, Bartelds A, Visser GJ, Spreeuwenberg P, Peters L. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. *BMJ* 2003;327:201-2.
- 2 Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000;284:2460-8.
- 3 Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing* 2009 May 21:1-6.
- 4 Jansen-Van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Wal G. Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Int Med* 2005;165:1698-704.
- 5 Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet* 2003;362:395-9.
- 6 Janssen A. The new regulation of voluntary euthanasia and medically assisted suicide in the Netherlands. *Int J Law Policy Family* 2002;16:260-9.
- 7 Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, Van Delden JJM, Hanssen-De Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356:1957-65.

- 8 Rietjens J, Van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, Van der Maas P, Van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands. *BMJ* 2008;336:810-3.
- 9 Donker GA. Continuous Morbidity Registration at Dutch Sentinel Stations 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. [www.nivel.nl/peilstations](http://www.nivel.nl/peilstations).
- 10 Donker GA, Spreeuwenberg P, Bartelds AIM, Van der Velden K, Foets M. Hormone replacement therapy: changes in frequency and type of prescription by Dutch GPs during the last decade of the millennium. *Fam Pract* 2000;17:508-13.
- 11 Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis F, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice. *BMC Family Practice* 2005;6:45.
- 12 Van der Velden LF, Francke AL, Hingsman L, Willems DL. Dying from cancer and other chronic diseases in the Netherlands: ten year-trends derived from death certificate data. *BMC Palliat Care* 2009;8:4.
- 13 Rietjens JA, Van Delden JJ, Van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Maas PJ, et al. Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Arch Int Med* 2006;166:749-53.
- 14 Agrawal M, Emanuel EJ. Death and dignity: dogma disputed. *Lancet* 2002;360:1997-8.
- 15 Gordijn B, Janssens R. Euthanasia and palliative care in the Netherlands: Analysis of the latest developments. *Health Care Anal* 2004;12:195-207.
- 16 Onwuteaka-Philipsen BD, Gevers JKM, Van der Heide A, Van Delden JJM, Pasman HRW, Rietjens JAC, et al. Evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Programma evaluatie regelgeving: deel 23. Den Haag: ZonMW, 2007.

## Intermezzo

# Dementie



Foto: Shutterstock/EML

We fantaseren op de praktijk weleens over hoe wij zelf oud en dement zullen wezen. We kunnen kiezen uit hoe het allemaal kan, want we zien veel verschillende dementen. Er zijn droeve, schrijnende, aandoenlijke of grappige dementen. En genoeglijke, tevreden, onschuldige en verbaasde. Angstig overdonderd door al het onbekende, dat kan ook. Lang geleden zag ik vier oudere

zussen in hun ondergoed op de bank zitten, eentje was dement, alle vier gierend van de lach. De demente zus wist niet meer hoe een jurk aan moest. Haar drie zussen losten dat op door allemaal hun jurk uit te trekken. Ze hadden pret, al kon demente zus de grap niet meer zo volgen. Zo zouden we wel willen wezen, als we drie zussen hadden.

Nare tirannen zie je ook ontstaan. We denken weleens dat die tiran er altijd al in zat en er nu uitkomt omdat de sociale remvoering versleten is. Zachtaardige mensen worden superlief, of het worden krenge als dat zachtaardige altijd al gespeeld was. We hopen dan maar dat dit zo werkt. We durven niet te denken aan een dementie die een naar mens van je maakt. Liever zien we dat goede eigenschappen extremer worden omdat de remmen stuk zijn. Slechte ook.

Over mezelf fantaseer ik dat ik op een terras zit, in de Havenkom. De ongelezen *Elsevier* voor me, gebakken visje en een glaasje. Iedereen groet me. Ik zwaai terug, maar heb geen idee naar wie. Ik ben een beetje viezig dan met vlekken op mijn hemd. En als ik ga zwerven, dan is er altijd wel iemand die me thuisbrengt. Zo zou ik best wel dement willen wezen. Als ik kon kiezen.

Nico van Duijn