

MIRJAM WILLEMSSEN

Het laatste hoofdstuk

Verhalen van een huisarts over
leven, loslaten en doodgaan

'VOLT

AMSTERDAM · ANTWERPEN

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
Een eigenwijze man	15
Een mooie Marokkaanse	23
Trots op opa	29
Kleine bank of grote bank?	41
Ik wil en ga niet dood	49
Angst en paniek	59
Een bewogen leven	67
Een moeizaam traject	75
‘Gedwongen’ naar het hospice	83
Eindelijk gelukkig	97
Intens en bijzonder	105
Jehova’s getuige	113
Samen op het terras	121
Slecht nieuws-euthanasie	131
Stiekeme euthanasie	139
Stoppen met behandeling	147
Stoppen met eten en drinken	155
Te laat...	163
Een gesprek over zingeving	171
Dankwoord	183
Over de totstandkoming van dit boek	185
Verklarende woordenlijst	187

VOORWOORD

Als huisarts heb ik altijd interesse gehad in het ondersteunen van mensen aan het einde hun leven. De intimiteit van de begeleiding, het onderlinge vertrouwen tussen patiënt, familie en arts vind ik prachtig. Gedurende mijn studie geneeskunde en de huisartsenopleiding ben ik vreemd genoeg weinig in aanraking gekomen met palliatieve zorg. Pas toen ik huisarts werd in Heerlen en ik patiënten langere tijd begeleidde, ben ik me erin gaan verdiepen. Door veel nascholing te volgen en praktijkervaring op te doen, merkte ik hoe bijzonder deze vorm van zorg is. Überhaupt vind ik huisarts zijn het mooiste vak binnen de geneeskunde. De variëteit in zorg van wieg tot graf, de band die je met mensen opbouwt, het geeft mij zoveel voldoening. Binnen de palliatieve zorg ben je als huisarts vaak een houvast en het aanspreekpunt. De drempel om het ziekenhuis te bellen is vaak toch groter.

Elk jaar gaan er circa 170 000 mensen dood in Nederland, ongeveer 3250 per week. Bij een heel groot deel van de mensen, 63 procent om precies te zijn, komt dit overlijden niet onverwacht. Het zijn mensen die ongeneeslijk ziek zijn en behoefte hebben aan palliatieve hulpverlening. Ze hebben lichamelijke verzorging nodig maar ook ondersteuning op sociaal en psychisch gebied. Door verbeteringen in de medische zorg en behandelingen duurt de palliatieve fase steeds langer en leven mensen langer

met een ongeneeslijke ziekte. Soms zelfs jaren. Hierdoor ontstaat het risico dat we te laat beginnen met bepaalde aspecten van de palliatieve zorg, zoals proactieve zorgplanning. En we moeten blijven kijken naar de kwaliteit van leven van een persoon en niet alleen naar de behandeling van de ziekte.

Januari 2014 word ik zelf ziek. Het begint met hoesten, verkoudheidsklachten en wat lichte verhoging. Het is winter en we bevinden ons midden in het griepseizoen, dus ik kijk er aanvankelijk niet van op. Mijn dochter van drie en zoontje van zeven hebben beiden net ook griep gehad dus ik denk: hup! Niet zeuren en doorgaan. Wat kan het anders zijn dan griep? Ik leef relatief gezond, sport twee keer in de week en rook niet. Natuurlijk drink ik graag sociaal een glaasje wijn en hou ik enorm van lekker eten. En misschien ben ik ook een paar kilo te zwaar, maar verder...

Mijn 'griep' gaat echter niet over en we zijn inmiddels een paar weken verder. De verkoudheid en de koorts zijn verdwenen maar het hoesten blijft. Ik schrijf mijzelf een kuur amoxicilline voor, naar de huisarts gaan is niet nodig vind ik. Ik ga nooit naar de huisarts en ik weet dat ik zes weken kan blijven hoesten na een luchtweginfectie dus ik wacht geduldig af. Ik maak me ook geen zorgen, het is hooguit irritant.

Na nog eens twee weken onverminderd hoesten ben ik de grens van zes weken inmiddels ruimschoots voorbij. Mijn collega dringt erop aan dat ik me toch eens door een ander moet laten nakijken. De huisarts in opleiding waar ik terecht kan, dringt aan op een longfoto. Nog geen twaalf uur later zit ik ineens bij een longarts gespeciali-

seerd in longkanker. Ik ben in shock en geloof het niet. Ik ben in ontkenning en doe alle onderzoeken en afspraken tussen mijn werk door. Het duurt lang voor er duidelijkheid komt, maar na vijf maanden krijg ik de diagnose longkanker stadium 1B. Ik word geopereerd, waarbij de onder- en middenkwab van mijn rechterlong worden verwijderd. Daarna volgen vier kuren chemotherapie met als doel de longkanker te genezen.

Na ruim vierenhalf jaar komt de longkanker terug, snel en agressief. Binnen zes weken na mijn laatste reguliere controle heb ik uitzaaiingen in beide longen en mijn lymfeklieren en begint de mallemlen weer opnieuw. Alleen is het ditmaal duidelijk dat volledige genezing uitgesloten is. Ik ga dood aan longkanker. Ik kan me nog herinneren hoe ik enkele jaren daarvoor samen met mijn man bij de notaris zat voor het afsluiten van een levensverzekering. Een beetje lacherig en grappend over alle hypothetische situaties die aan de orde komen, tekenen we het document. Daarna hebben we het er eigenlijk niet meer over, het was een formaliteit. Wij worden samen heel oud en gaan als we met pensioen zijn de wereld over reizen, dat was het plan.

Na deze hele periode ben ik een andere huisarts maar ook een ander mens geworden. Ik leef sinds mijn diagnose met de wetenschap dat het zomaar ineens over kan zijn. Ik leef met de dood op mijn schouders. Dat is soms echt angstig. Ik ben geloof ik niet bang voor het doodgaan zelf. Ik heb angst om mijn kinderen, partner en andere geliefden, angst om hen achter te laten. Ik heb angst voor pijn, kortademigheid en bloedingen. Ik denk dat ik vooral angst heb voor de onwetendheid over hoe mijn

laatste dagen en weken eruit gaan zien. Het is een gevoel dat ik niet kende voor ik ziek werd, een gevoel dat je pas begrijpt als je zelf een ziekte hebt waarvan je weet dat je eraan komt te overlijden. Natuurlijk leven we mee met mensen en voelen we verdriet als we in aanraking komen met iemand die ziek wordt. Maar ik weet pas sinds 2014 en nog meer sinds 2018 écht hoe het is.

Ik ben vrij nuchter en wil gewoon zo lang mogelijk zo normaal mogelijk doorgaan met het leven dat ik verkies. Ik werk nu binnen mijn grenzen, mijn coach Sylvia helpt me daarbij. Mijn gezin staat op nummer één, ik wil samen herinneringen blijven maken. Daarnaast wil ik een zinvolle invulling geven aan de tijd die ik nog heb. Het is belangrijk voor mij om te blijven werken zolang het kan, het geeft zoveel voldoening. Regelmatig krijg ik een mooie kaart of e-mail van patiënten of naasten.

Een palliatieve patiënt schreef me ooit: ‘We kennen elkaar nog niet zo heel lang, maar ondanks de betrekkelijk korte tijd dat jij mijn huisarts bent, voel ik een hechte band. Je bent er altijd voor mij. Jij bent nuchter/klinisch maar ook behoorlijk empathisch. Ik heb ook heel vaak het gevoel dat wij dezelfde soort humor hebben (helaas voor de mensen om ons heen) en ook een vergelijkbare kijk op zaken. Ik wens je een fijn weekend, wil je voor de zoveelste keer bedanken en hoop geen reden te hebben jou te spreken volgende week als ik op vakantie ben. Het hoort mooi weer te zijn dus geniet ervan. Jij verdient het.’

Zo'n bericht doet me heel veel, dan weet ik waar ik het voor doe. Ik heb in de afgelopen jaren geleerd hoe belangrijk communicatie is naar een patiënt toe, net als eerlijkheid en compassie. Ik kijk nu veel meer naar het leven van

een patiënt en probeer dit de leidraad te laten zijn van de palliatieve behandeling, niet de ziekte. Iedereen is anders en heeft andere wensen en verlangens. Durf te vragen wat voor iemand belangrijk is, waar zijn behoeftes liggen en vooral ook zijn angsten.

In de tien jaar dat ik ziek ben heb ik heel goede gesprekken gevoerd met zorgprofessionals maar belandde ik ook in diverse tenenkrommende situaties. Zo vond er ooit eens een gesprek plaats aan de rand van mijn ziekenhuisbed toen ik opgenomen was. De verpleegkundige fluisterde tegen een stagiaire: ‘Die mevrouw heeft longkanker...’ Alsof ik dat niet weet. Het intakegesprek met de longoncologieverpleegkundige voor de start van de chemo: ‘Ik zie dat u door uw haar gaat met uw handen, het kan zijn dat het misschien dunner wordt.’ En na een stilte van een paar seconden: ‘Of erger.’

Voor mij liever geen medeleven, daar kan ik niet verder mee. Ik heb behoefte aan duidelijkheid en een eerlijk verhaal. Als ik kaal word, zeg dat dan en draai er niet met vage woorden omheen. Als ik met mijn patiënten of lotgenoten praat, denken die daar vaak hetzelfde over. Vraag het vooraf aan iemand die ziek is, pas je aan aan wie je voor je hebt.

Met mijn longarts heb ik dus altijd goede gesprekken. Hij begrijpt mij na tien jaar, weet hoe ik in elkaar zit en waar ik behoefte aan heb. Hij denkt mee als ik een nieuwe behandeling moet krijgen en weet wat er in mijn leven speelt. Hij past in overleg met mij onderzoeken of behandelingen naar mijn wensen aan. Hij vraagt hoe het thuis gaat, met de kinderen en met Jeffrey, mijn man. We hebben een uitgebreid gesprek gehad over waar ik

wil sterven, hoe ik wil sterven en waar ik bang voor ben. Hij is bereid mijn euthanasie bij mij thuis uit te voeren, mocht ik daarvoor kiezen. En als ik daar niet voor kies, heeft hij beloofd mij tot het laatste moment goed te begeleiden.

Het is zo'n geruststellende gedachte voor me om een dokter aan mijn zijde te hebben die ik vertrouw en met wie ik kan praten, dit gun ik dus iedereen. Het is voor mij ook belangrijk dat hij er gewoon is, luistert zonder oordeel en vertrouwen biedt in deze voor mij onzekere tijd. Het gaat niet alleen om de ziekte en de diagnose. Het gaat om mijn leven naast de diagnose en ik wil graag gezien en gehoord worden als mens.

Ondertussen heb ik in mijn carrière als huisarts een meer dan gemiddeld aantal keer euthanasie uitgevoerd. Dit is denk ik omdat ik het in een vroege fase al bespreekbaar maak en er open voor sta. Zodra duidelijk is dat een patiënt niet meer beter zal worden, probeer ik een gesprek te voeren over hun wensen. Ik vind euthanasie een mooie manier om te sterven. Iemand kan zelf zijn grens bepalen en zijn of haar lijden beperken. Het is ook een dood waar je samen met je naasten naartoe kunt leven. Het is een bewust afscheid van het leven en van alle naasten en geliefden om je heen. Je kunt het sterven precies doen zoals je zelf wilt, te midden van de mensen die je verkiest. Je kunt sterven op een zelf gekozen plek, ergens waar je je fijn voelt. Het daadwerkelijk moment van euthanaseren doet geen pijn, ik zie mensen rustig in slaap vallen. Het is geen strijd. Maar dat is mijn persoonlijke mening. Voor mij als huisarts is alles goed. Als iemand euthanasie wenst, sta ik daar dus voor open.

Als iemand een natuurlijke dood wil sterven, is dat natuurlijk ook prima. Met medicatie en andere oplossingen proberen ik het lijden dan zo veel mogelijk te verlichten. De patiënt geeft hierbij aan waar zijn of haar grens ligt. Mocht er ondraaglijk lijden optreden dat ik niet kan verlichten, op welke manier dan ook, dan kan ik eventueel ook overgaan tot palliatieve sedatie. Hierbij geef ik medicatie via een (onderhuids) infuus met als doel het bewustzijn te verlagen. Dit kan alleen als er klachten zijn die niet meer op een andere wijze te verlichten zijn en de patiënt moet zich in de stervensfase bevinden. De levensverwachting moet beperkt zijn van enkele dagen tot maximaal veertien dagen.

Soms besluit een patiënt met eten en drinken te stoppen. Dat kan heel goed gaan en een mooi einde zijn, maar moet wel goed vooraf besproken worden met de betreffende patiënt en diens naaste familie.

Mijn doel is het lijden van mijn patiënten zo veel mogelijk te verlichten maar soms is het ook gewoon een kwestie van de situatie accepteren zoals hij is.

In de verhalen in dit boek wil ik laten zien dat elk stervensproces anders is. Iedereen heeft zijn eigen leven en zijn eigen verhaal en dat is goed. Ik zie het als mijn taak om patiënten te begeleiden en adviseren, maar de uiteindelijke beslissing ligt altijd bij hen. Soms is het moeilijk te accepteren. Ik vind het lastig om mensen te zien lijden en projecteer mijn eigen gevoel en mijn eigen normen en waarden dan op zo'n situatie. Ik denk dat we dit allemaal doen, en dat is niet erg. Zolang je je er maar bewust van bent en het kunt bespreken met elkaar.

In maart 2023 is er een documentaire op 2Doc uitgezonden die ik samen met Bart en Mariska Beckers van Tella-vision Productions heb gemaakt. De documentaire heet *Dying to Live* en is nog altijd te bekijken via 2doc.nl. De documentaire en dit boek heb ik gemaakt om de palliatieve zorg en levenseindegesprekken meer onder de aandacht te brengen en te verbeteren. Ik hoop inzichten te geven in alles wat belangrijk is en mogelijk is in de laatste levensfase van iemands leven.

EEN EIGENWIJZE MAN

Dementie, proactieve zorgplanning en een euthanasiewens kunnen complexe dilemma's met zich meebrengen, vooral als het gaat om het nemen van beslissingen over medische ingrepen, de keuze voor een verpleeghuis en het respecteren van iemands wens voor een waardig levenseinde.

Meneer Jacobs, een eigenzinnige en autonome man van vierennegentig jaar, wist altijd precies wat hij wilde en deed precies wat hij wilde. Jarenlang heeft hij een eigen zaak, op enig moment overgedragen aan zijn enige zoon. Dat weerhoudt hem er niet van om op zijn vierennegentigste nog wekelijks met zijn 45 kilometerwagentje langs klanten te rijden om cashgeld op te halen. Zijn zoon laat hem begaan, het geeft hem zingeving en sociale contacten. Daarbij is het onmogelijk om hem op andere gedachten te brengen.

Na het overlijden van zijn eerste vrouw, lang geleden, krijgt hij een nieuwe vriendin, Anna. Zij woont vijftwintig kilometer verder in haar eigen huis maar bezoekt hem meermaals per week. Hij heeft een prachtig huis met een grote tuin en ze is graag bij hem. Anna is vierentachtig jaar en het stel is al drieëntwintig jaar samen.

De laatste maanden gaat de gezondheid van meneer Jacobs achteruit. Hij valt regelmatig en op een gegeven mo-

ment vraagt hij me om langs te komen. Hij kan niet meer opstaan uit zijn stoel vanwege pijn in de knie, hij is erop gevallen.

Het eerste wat me opvalt is dat hij me niet herkent als ik bij hem op bezoek kom. Ik werk al zestien jaar in dezelfde praktijk en ken hem ook al zo lang. Hij komt niet vaak op spreekuur, af en toe om zijn bloeddruk te controleren. Maar ik heb altijd leuke gesprekken met hem. Ik onderzoek zijn knie en behalve forse artrose vind ik geen aanwijzingen voor een breuk. Ik spreek voor de zekerheid met zijn zoon af een foto te maken en gelukkig is die goed. Anna is ook aanwezig tijdens de visite en ik voel veel spanning en irritatie bij haar. 'Zijn geheugen gaat achteruit dokter, ik kan er niet meer tegen. Hij kan zelf geen koffie meer maken, hij snapt gewoon niet meer hoe het apparaat werkt. Ik ben hier steeds vaker om voor hem te zorgen maar ben zelf ook vierentachtig en niet meer zo mobiel.' Ik maak me meteen zorgen aangezien meneer Jacobs nog dagelijks in zijn auto stapt.

Nog diezelfde week laat ik een specialist ouderengeneeskunde op huisbezoek komen, die de diagnose dementie stelt. Omdat meneer Jacobs zo vaak valt, besluiten we ook een ergotherapeut en fysiotherapeut in te schakelen zodat hij thuis oefentherapie krijgt en er hulpmiddelen zoals een rollator worden aangeschaft. Die rollator staat bij een volgend bezoek echter netjes in een hoek stof te vangen. 'Daar ga ik echt niet mee lopen hoor dokter, ik heb mijn stok.' Ik betwijfel dat: hij is ondertussen alweer een keer lelijk gevallen dus die stok is duidelijk niet voldoende. Maar niemand krijgt hem zover om die rollator te gebruiken en daarmee zijn valrisico te verminderden. Hij weigert pertinent. 'Stelt u zich voor, dat iemand mij

ziet lopen met dat ding...! En daarbij is het ook echt niet nodig. Ik val niet.'

Dit schiet niet op. Ik besluit zijn zoon en schoondochter te bellen en stel voor om samen met Anna te bespreken wat we zullen doen als hun (schoon)vader en partner weer valt en misschien wel iets breekt. Wat zijn hun wensen en doelen voor de nabije toekomst? Een gesprek over proactieve zorgplanning noemen we dat in doktersjargon en dit doen we voor zover dat mogelijk is in het bijzijn van of met medeweten van de patiënt. Bij zo'n gesprek is het voor mij het meest belangrijk dat we afspraken maken die vooral de kwaliteit van leven waarborgen. Ik benoem dit ook als zodanig naar meneer Jacobs en hij begrijpt het.

Er volgen meerdere gesprekken. Meneer Jacobs' zoon en schoondochter zijn zeer betrokken en maken zich erg veel zorgen. Allereerst spreken we een rijverbod met de oude Jacobs af. Hij is een gevaar op de weg geworden, voor zichzelf en anderen. Dit punt accepteert hij gelukkig vrij makkelijk. Wel geeft hij in onze gesprekken zeer duidelijk aan dat hij nooit, maar dan ook nooit, naar een verpleeghuis wil. 'Ik ga niet tussen die mensen zitten hoor. Als ik niet meer thuis kan blijven wonen, wens ik euthanasie. Ik wil thuis sterven, omringd door herinneringen aan mijn mooie leven.' Ook in de voorafgaande jaren, toen er nog geen sprake was van beginnende dementie, geeft hij mij dit te kennen. Ik leg hem meermaals uit dat euthanasie toepassen niet zomaar kan als hij niet wilsbekwaam genoeg is op het moment suprême. We doen er alles aan om zijn wens vast te leggen, er wordt zelfs een gesprek opgenomen op video. Hij vindt het voldoende zo, is tevreden, maar ik weet dat het anders kan aflopen.

Meneer Jacobs bewaart zijn geld in een kluis in de kelder. Om daar te komen moet hij een smal trapje af waar zelfs ik moeite mee heb. Doodeng vind ik het om hem alleen achter te laten, wetende dat hij dagelijks die trap op- en afgaat. We krijgen hem zover een alarmketting te dragen en dagelijks thuiszorg te accepteren. Ook de case-manager dementie komt regelmatig langs en krijgt een vertrouwensband met hem. Maar niemand weet te voorkomen dat hij die enge trap niet meer op- en afgaat en ook de eerder aangeschafte rollator verkoopt hij na een paar weken weer.

Hij blijft af en toe vallen maar gelukkig zonder grote gevolgen. En zo hobbelen we door, min of meer wachtend op de dag dat hij wél een keer ongelukkig terechtkomt. We spreken met elkaar af op papier en video dat als hij zijn heup zou breken hij hiervoor niet naar het ziekenhuis gaat. Zijn kwaliteit van leven geeft hij op het moment van spreken rapportcijfer 5-6, hij heeft het regelmatig over 'een spuitje'. 'Als het nog maar een beetje slechter gaat dokter, dan komt u maar met het spuitje.' Iedereen, ook hijzelf, weet dat als hij zijn heup zou breken of hem iets anders ernstigs zou overkomen hij zeker naar een verpleegtehuis zou moeten verhuizen. Dit wil hij pertinent niet. Hij wenst koste wat het kost thuis te blijven, desnoods met 24-uurszorg in een bed in de woonkamer.

Enkele maanden verstrijken, de situatie met Anna wordt steeds moeilijker door zijn toenemende dementie en hun vele discussies. Bij elk bezoek breng ik een mogelijke opname in een verzorgingstehuis ter sprake omdat ik de situatie thuis steeds gevaarlijker vind worden. Een

duivels dilemma want moeten we de wens voor autonomie van meneer Jacobs respecteren, of waarborgen we een veilige leefomgeving? Gelukkig stemt hij na een paar gesprekken toch in met een verhuizing naar een verzorgingstehuis bij Anna in de buurt. Het is een tehuis op stand, voor meneer Jacobs de enige denkbare optie. ‘Daar zitten tenminste normale mensen,’ vindt hij. Hij krijgt een plek op de wachtlijst maar dan slaat het noodlot toch toe.

Aan het einde van de middag, als ik net klaar ben met mijn visites, word ik door de assistente gebeld. De thuiszorg heeft meneer Jacobs thuis aangetroffen op de grond in een forse plas bloed. Haastig rij ik naar hem toe en eenmaal ter plaatse blijkt dat naast een forse hoofdwond die gehecht moet worden ook zijn heup gebroken is. Zijn schoondochter is al aanwezig, zijn zoon nog onderweg. Elke beweging doet pijn. Ik vraag hem wat hij wil: thuis blijven of naar het ziekenhuis. Hij roept: ‘Ik kan toch niet zo blijven liggen? Ik wil nog niet dood!’

Zijn schoondochter schrikt van deze woorden. ‘Maar papa, als je nu naar het ziekenhuis gaat, kom je nooit meer thuis en ga je naar een verpleegtehuis. Is dat wat je wilt?’ Het is een hartverscheurend moment. Nadat ook zijn zoon arriveert, besluiten we toch om naar het ziekenhuis te gaan en daar met de orthopeed een behandelplan te bespreken voor zijn gebroken heup. Is het mogelijk voor meneer Jacobs om toch terug naar huis te gaan en daar met goede zorg zijn resterende tijd door te brengen?

Eenmaal in het ziekenhuis wordt duidelijk dat hij niet in aanmerking komt voor een operatie. Om zijn pijn te verzachten krijgt meneer Jacobs ketamine voorgeschre-

ven, wat hem weliswaar verlichting van de pijn brengt maar ook een genadeslag is voor zijn geest. Zijn dementie lijkt in een dag tijd vertienvoudigd en wanneer ik hem enkele dagen later opzoek in het ziekenhuis springen de tranen in mijn ogen. Meneer Jacobs, een statige goedgeklede man die ik al zestien jaar ken, zit ongeschoren in een rolstoel met een tafelblad, voor zijn eigen veiligheid. Zijn blouse hangt half open en deels buiten zijn broek, hij drinkt uit een tuitbeker met de etensresten nog in zijn mondhoek. Dit was alles waar hij altijd bang voor was geweest, dit was niet hoe hij het wilde. Een gesprek voeren is onmogelijk, de grens tussen realiteit en waan is volledig vervaagd. De verpleegkundige komt binnen en zegt: 'Dag lieverd, wil je iets drinken?' Ik ga door de grond van schaamte. Hoezo spreken we oudere mensen ineens aan met 'lieverd'?

Na een week in het ziekenhuis komt er een plek vrij in een verpleeghuis, helaas niet het tehuis van zijn keuze. Zowel zijn familie als ik voelen ons in deze situatie machteloos en verdrietig. Waar doen we nu goed aan? Wat is voor meneer Jacobs nu de beste keuze? Wat draagt nog bij aan zijn kwaliteit van leven en een waardig sterven?

Uiteindelijk is het van een verhuizing nooit gekomen. Nog voor het zover is, overlijdt meneer Jacobs in zijn ziekenhuisbed. Voor zijn familie is het ontzettend dubbel: ze zijn intens verdrietig dat ze hem nu moeten missen maar ook opgelucht dat hij niet nog maanden in een verpleegtehuis hoefde door te brengen. Wel voelen ze zich schuldig dat ze zijn wens thuis te blijven niet hebben kunnen waarmaken. Meneer Jacobs heeft niet het afscheid gekregen dat hij graag had gewild, dat is waar. Ikzelf ben

ondanks het verdriet opgelucht dat hij niet lang heeft moeten lijden. Dat hij zijn laatste dagen, ook al waren die in het ziekenhuis, in rust en met zeer goede zorg heeft kunnen doorbrengen.