



Faculteit Letteren en Wijsbegeerte
Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap

'Lijden aan het leven': de dood als oplossing?

*Een vraag of hulp bij zelfdoding, met medewerking van een deskundige,
bij mensen die 'lijden aan het leven' kan worden toegelaten.*

Lesley Legrand

Promotor: Dr. Prof. Freddy Mortier

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van licentiaat in de
Moraalwetenschappen, optie: Morele Begeleiding
Academiejaar 2006-2007

I. VOORWOORD

Het schrijven van deze scriptie beëindigt mijn studies morele begeleiding. Doorheen die vier jaren heb ik mijn kennis verrijkt, maar me ook persoonlijk kunnen ontwikkelen. Dit heb ik aan verscheidene personen te danken die mij gesteund hebben tijdens die periode.

Voor ik verder ga met mijn scriptie zou ik graag nog enkele mensen bedanken die mij gesteund hebben tijdens mijn scriptie. Graag wil ik Prof. Dr. Freddy Mortier, als promotor van deze scriptie, bedanken. Hij heeft me op relevante informatie gewezen zodat ik aan de slag kon. De leescommissarissen wil ik ook bedanken voor de tijd die ze nemen om mijn scriptie te lezen.

Tot het onderwerp van deze scriptie kwam ik door een artikel te lezen in de krant over 'zelfmoordtoerisme'. Mensen die zichzelf willen doden trokken naar het buitenland omdat ze in eigen land geen hulp krijgen. Dat leek me een eenzame reis. Het deed me stilstaan bij een waardige dood en zelfdoding. Door lectuur door te nemen over het onderwerp kwam ik uit bij mensen die 'klaar zijn met leven' en 'lijden aan het leven'. Het onderwerp trok mijn aandacht en daarom besloot ik als onderwerp van deze scriptie 'lijden aan het leven' als uitgangspunt te nemen.

Bibliografische verwijzingen zijn conform aan het systeem 'Modern Language Association.'

II. INLEIDING

Steeds meer krijgt de arts een rol in het levensbeëindigend handelen. Vroeger was de arts ver verwijderd van het stervensbed. (Achterhuis 1995) Eenmaal de patiënt tekenen vertoonde dat hij ongeneeslijk ziek was, trok de arts zich terug en stierf de patiënt, omringd door familie. Door zich te verwijderen, hield de arts zich aan de eed van Hippocrates. In de eed staat een verbod om ongeneeslijk zieken en stervenden te behandelen:

“Ik zal echter noch aan iemand een dodelijk gif verstrekken nadat ik daarom gevraagd werd, noch een advies in die richting geven” (Godderis 2005 15)

De regel was er om het misbruik van de macht van de arts tegen te gaan.

Maar door veranderingen in wetenschap en technologie komt de arts nu vaak in aanraking met stervende patiënten of personen die willen sterven. Een groot aantal personen sterft ook in het ziekenhuis, omringd door medici en medische apparatuur.

In 2002 werd in België de Wet betreffende de Euthanasie¹ goedgekeurd, die de steun had van de Belgische bevolking. Euthanasie wordt daarin opgevat als ‘het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.’ Wanneer de handelsbekwame, meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd, kan de patiënt euthanasie vragen. Enkel de arts is bekwaam om euthanasie uit te voeren. Hij kan dat echter maar verlenen indien de arts het verzoek herhaaldelijk uit en er geen druk is van buiten af. Ook patiënten die niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden, kunnen euthanasie vragen. Maar dan moet de behandelende arts een tweede arts raadplegen, die psychiater is of een specialist in de aandoening, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Daarnaast moet er minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

¹ Voor een volledige weergave van de euthanasiewet zie bijlage 1.

Maar nog niet iedereen die euthanasie of hulp bij zelfdoding vraagt, kan worden geholpen binnen de wet. Bepaalde groepen zoals demente personen, minderjarigen en mensen die 'lijden aan het leven' vinden hun stem nog niet in de Euthanasiewet, hoewel ook deze personen een vraag hebben om euthanasie.

Vroeger nam de arts de beslissing, hij besliste voor de patiënt. Maar steeds meer wordt de gezondheidszorg geconfronteerd met patiënten die een onafhankelijk oordeel over hun eigen lot wensen te maken. (McCormack 1998 63) Mensen worden steeds mondiger en nemen alsmaar meer een autonome beslissing. Als de kwaliteit van het leven niet voldoende is, stappen ze naar de arts met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding of nemen ze het eigen lot in handen.

In deze scriptie ga ik het hebben over mensen die niet gekwalificeerd zijn als patiënten in de normale zin van het woord. Ze lijden niet aan een stoornis of een ziekte. Ze hebben geen medische aandoening, maar toch hebben ze redenen om een verzoek te doen tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het zijn mensen die 'lijden aan het leven'. Om het met de woorden van Liesbeth Stevens uit te drukken:

" Al tien jaar ga ik een eindeloze weg

en zie ik geen horizon meer.

Ik ben moe.

Ik ben er klaar mee, hélemaal klaar mee."

(Relevant nr. 4, oktober 2005)

Deze scriptie is onderverdeeld in zes hoofdstukken en een algemeen besluit.

In het eerste hoofdstuk ga ik dieper in op lijden en 'lijden aan het leven' .

Omdat zelfdoding een optie is voor mensen die 'lijden aan het leven' gaat het tweede deel over zelfdoding. Het behandelt het concept zelfdoding, wat er tegen zelfdoding is en of we een recht hebben op zelfdoding.

In hoofdstuk drie ga ik dieper in op hulp bij zelfdoding. Omdat zelfdoding vaak geen humane, waardige dood is willen sommige personen hulp bij zelfdoding. Ze willen een waardige dood en de zekerheid dat de poging zal slagen, maar beschikken niet altijd over de juiste middelen of methoden. Ook ga ik na of we personen die zichzelf willen doden in nood verkeren en of we personen die 'lijden aan het leven' moeten helpen bij hun dood.

Hoofdstuk 4 behandelt de vraag of deskundigen mensen mogen bijstaan die 'lijden aan het leven' in de wens om hulp bij zelfdoding. De dood met de juiste medicijnen wordt als een waardige dood

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

gezien. Maar de middelen zijn enkel verkrijgbaar op doktersvoorschrift. In België valt hulp bij zelfdoding niet onder de euthanasiewet, in Nederland is het wel opgenomen in de wet toetsing levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding. De wet in België en de wet in Nederland tonen wel in grote mate overeenkomsten. Ik ga in op de vraag of 'lijden aan het leven' ook een plaats kan vinden in de euthanasiewet zodat deze personen de mogelijkheid hebben om hulp te krijgen. Bepaalde cases, zoals de Brongersma zaak, vragen ons te accepteren dat artsen de ellende van de mensen kunnen oplossen door euthanasie. Mr. Brongersma. had moeilijkheden met het verliezen van zijn onafhankelijkheid, daarnaast leed hij aan diverse ouderdomskwaaltjes, vervreemde hij van de maatschappij en had vrienden en familieleden zien gaan. Zijn deze redenen voldoende om over te gaan tot hulp verlenen? We kunnen ons de vraag stellen of dat wel de beste oplossing is?

Als dat niet mogelijk is, dan zijn er nog enkele alternatieven die mensen kunnen uitvoeren als ze de dood willen. Hoofdstuk 5 behandelt de alternatieven. Achtereenvolgens bespreek ik humane zelfdoding buiten het medische terrein, weigeren van een behandeling, versterving en hulp zoeken in het buitenland.

In hoofdstuk zes ga ik dieper in op ouderen en lijden. Het zijn voornamelijk de ouderen die 'klaar zijn met leven' en 'lijden aan het leven'. Voor deze groep kan de bevolking meer begrip opbrengen voor de doodswens. De ouderen zijn moe en willen rust. Het leven is geleefd en ze willen dat nu afronden, voordat het leven nog meer lijden brengt.

Om af te sluiten geef ik nog enkele belangrijke punten weer die aan bod kwamen in deze scriptie.

III. INHOUD

I.	Voorwoord	1
II.	Inleiding	2
III.	Inhoud	5
	Hoofdstuk 1 : ‘Lijden aan het leven’	7
	1.1. Wat is lijden?.....	7
	1.2. ‘Lijden aan het leven’: een definitie.....	9
	Hoofdstuk 2: Zelfdoding.....	12
	2.1. Wat is zelfdoding?	12
	2.1.1 De balanszelfdoding	14
	2.2 Wat is er tegen zelfdoding?	15
	2.3. Hebben we een recht op zelfdoding?	15
	a. Belangrijke visies en hun invloed op het concept zelfdoding	16
	b. Het overwegen van eigen redenen en verplichtingen.	18
	c. Persoonlijke visie.....	19
	Hoofdstuk 3: Hulp bij zelfdoding.....	20
	3.1 Hulp bij zelfdoding en de wet.	21
	3.2. Wat is hulp bij zelfdoding?	22
	3.3. Ik wil hulp bij zelfdoding omdat	23
	3.4. Ben jij verplicht mij te helpen als ik mezelf wil doden?	25
	3.5. Omgaan met een verzoek tot hulp bij zelfdoding.....	27
	Hoofdstuk 4: ‘Lijden aan het leven’ en georganiseerde hulpverlening	29
	4.1 De arts en het conflict van plichten	29
	4.2 ‘Lijden aan het leven’ en de euthanasiewet	30
	4.2.1 België.....	30
	4.2.2 Nederland.....	32
	4.3 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden?	35
	4.3.1 Ondraaglijkheid vaststellen.....	35
	4.3.2 Uitzichtloosheid vaststellen.	37
	4.4 Wie moet hulp verlenen?.....	39
	4.5 Een voorkeur voor hulp bij zelfdoding	42
	4.6 Omgang met een verzoek om levensbeëindiging wegens ‘lijden aan het leven’	43
	4.7 Tegenstand van de bevolking.....	44
	4.8 Argumenten tegen hulp bij zelfdoding verleend door een arts.	45
	4.8.1 Consequentialistische argumenten	46

**‘LIJDEN AAN HET LEVEN’: DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE ‘LIJDEN AAN
HET LEVEN’ KAN WORDEN TOEGELATEN.**

4.8.2 Deontologische principes	49
4.8.3 Feministische kritiek.....	49
4.9 Een probleem van de maatschappij of van de arts?	50
Hoofdstuk 5: Alternatieve wegen naar de dood.....	53
5.1 Humane zelfdoding buiten het medische terrein	53
5.2 EEN Behandeling weigeren.	55
5.3 Versterving.	56
5.4 Hulp zoeken in het buitenland	57
Hoofdstuk 6: Ouderen en lijden.....	58
6.1 Thema's van lijden bij ouderen	58
6.2 Omgaan met ouderdom.....	59
6.3 Pil van Drion	60
6.3.1 Wat is de pil van Drion?	60
6.3.2 De pil van Drion: argumenten voor en argumenten tegen	61
a. Argumenten voor.....	62
b. Argumenten tegen.....	63
6.3.3 Onderzoek naar de pil van Drion.....	66
a. Onderzoek Mette Rurup e.a. naar de pil van Drion: A 'suicide pill' for older people (2005)	66
b. Onderzoek naar de publieke opinie door Joop van Holsteyn en Margo Trappenburg.....	68
6.4 Besluit.....	68
Algemeen besluit	71
Bijlage 1: De wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie aanvullend door de wet van 10 november 2005 (zie artikel 3bis).....	76
Bijlage 2: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zoals in 2001 gepubliceerd in het Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden onder nummer 194.....	82
Bibliografie	93
Geraadpleegde verslagen en rapporten	99
Geraadpleegde wetteksten.....	100
Geraadpleegde internetsites.....	100

HOOFDSTUK 1 : 'LIJDEN AAN HET LEVEN'

Over mensen die 'lijden aan het leven' wordt vaak gezegd dat ze 'klaar zijn met leven.' Ze zijn het leven moe, er is dus sprake van levensmoeheid. Ze prefereren de dood boven het leven, want ze in hun ogen is het toekomstige leven niet veel waard om nog verder te leven. In deze context wordt ook verwezen naar de term existentieel lijden. Als een persoon de zin en betekenis verliest in het leven, dan ontstaat er vaak een doodswens. In dit onderdeel ga ik nader in op wat lijden nu is, de evolutie van het concept lijden en wat 'lijden aan het leven' is.

1.1. WAT IS LIJDEN?

Strang, Strang en Hultborn (2004 241) beschrijven in een artikel de geschiedenis van het 'pijn concept'. Vanaf 1950 had pijn voornamelijk een biomedische betekenis. Het medisch pijnmodel steunde oorspronkelijk op een mensbeeld waarin de oude opvattingen van de homo duplex nog werkzaam zijn. Dat mensbeeld gaat uit van de scheiding van lichaam en geest. (Driessen 2002 13) Er zijn daar nog sporen van terug te vinden in de definitie van International Association for the Study of Pain: *"pijn is een onaangename zintuiglijke of emotionele ervaring die het gevolg is van een feitelijke of potentiële weefselbeschadiging of die wordt beschreven in termen van een dergelijke beschadiging."* (Driessen 2002 14) Er wordt dus enkel nadruk gelegd op weefselbeschadiging, wat wijst op een somatisch aspect. Ze doorbreken het dualisme door de emotionele ervaring en de potentiële weefselbeschadiging op te nemen.

Verder wordt pijn ook opgedeeld in acute en chronische pijn. Acute pijn had een belangrijke fysische alarmfunctie, terwijl chronische pijn werd geassocieerd met eindeloos, betekenisloos lijden.

Pas drie jaar na de tweede wereldoorlog begon men te werken rond pijn met multidisciplinaire samengestelde teams². Pijn is meer dan ooit een belangrijk maatschappelijk probleem. Doordat pijn overwegend biomedisch wordt gezien, maakt deel uit van het maatschappelijk probleem. (Driessen 2002 30)

² De oorlogsveteranen die terugkwamen van het slagveld bleven klagen over pijn na genezing van de wonden. De pijn had dus een andere oorzaak die moest worden onderzocht.

Cicely Saunders (Strang 2004 241-244) had een bredere aanpak. Zij merkte dat in palliatieve context het pijn concept moest worden uitbereid. Ze benadrukte de connectie tussen pijn en mentaal lijden. Zo kwam ze tot een 'totaal pijn' concept. Het 'totaal pijn' concept bevat zowel fysische symptomen, mentale nood, sociale problemen en spirituele noden, met andere woorden alles wordt in rekening gebracht.

Het 'totaal pijn' concept toont gelijkenissen met Cassell's definitie van lijden. Daar wordt lijden gedefinieerd als een staat van ernstige nood, geassocieerd met gebeurtenissen die de intactheid van een persoon bedreigen, dat is elk aspect van de persoon, zowel fysisch, sociaal, psychologisch als existentieel.

Ondertussen is in de palliatieve zorg het concept niet noodzakelijk gerelateerd aan fysische pijn. Mensen die sterven zitten immers met problemen van existentiële aard.

Volgens Jean Jackson wordt pijn ook vaak gebruikt als een metafoor wanneer men het heeft over niet-belichaamde, emotionele pijn. Ze kunnen het begrip ook gebruiken om de zinloosheid van het bestaan of eenzaamheid uit te drukken.³ (Driessen 2002 45)

Door al die aspecten is lijden moeilijk te omvatten. De meeste auteurs concluderen dat lijden wordt ervaren door personen, niet enkel door lichamen en dat lijden voorkomt wanneer een dreigende deconstructie van een persoon is waargenomen. Het lijden blijft voortduren totdat de dreiging van desintegratie is voorbijgegaan of totdat de integriteit kan worden hersteld. De duur van de dreiging hangt af van de oorzaak en hoe de persoon met de dreiging omgaat. Daarnaast heeft lijden een temporeel element: het beïnvloedt de persoon zijn perceptie over toekomstige gebeurtenissen. Hoewel pijn niet inwisselbaar is met lijden, is onverlichte pijn toch een significante bijdrage tot lijden.

Een concreet voorbeeld van een definitie vinden we bij Black en Rubinstein (2004 S22-S23) die op basis van de bevindingen van onderzoek naar thema's van lijden in het latere leven een eigen definitie van lijden naar voor schuiven, namelijk 'lijden als een diep gewortelde bewustwording van de eigen kwetsbaarheid die wordt gebroken of verminderd, op eender welk tijdstip en op verschillende manieren.'

³ Iemand kan zeggen 'het leven doet pijn' om aan te tonen dat ze verdriet heeft over het verlies van haar man.

1.2. 'LIJDEN AAN HET LEVEN': EEN DEFINITIE

In Nederland werd naar aanleiding van de Brongersma zaak door het KNMG⁴ een commissie opgesteld onder voorzitterschap van prof. J.H. Dijkhuis⁵, hierna te noemen 'commissie Dijkhuis'. De commissie Dijkhuis richtte vooral de aandacht naar het verzoek tot levensbeëindigend handelen bij mensen die argumenteren dat ze 'lijden aan het leven' en ging daarbij op zoek naar normen voor het handelen van de artsen.

Voor een beeld te krijgen op 'lijden aan het leven' is, baseerde de commissie zich op de situatie van Mr. Brongersma. Hij had moeilijkheden met het verliezen van zijn onafhankelijkheid, daarnaast leed hij aan diverse ouderdomskwaaltjes, vervreemde hij van de maatschappij en had vrienden en familieleden zien gaan. Een arts had hem geholpen bij de dood.

Berna van Baarsen maakte in het NVVE-symposium 'lijden aan het leven' een onderscheid tussen 'klaar met leven' en 'lijden aan het leven', waarin het eerste vooraf ging aan het tweede. Het leven heeft voor een persoon die 'klaar is met leven' niets meer te bieden, er hoeft dan nog geen lijden aanwezig te zijn. Maar 'lijden aan het leven' is uitzichtloos en ondraaglijk.⁶ De eerste groep berust in zijn lot, ze wachten de dood af. De tweede groep wordt elke dag geconfronteerd met de zinloosheid van het leven en hoopt dat het einde vlug in zicht is.

4 KNMG is de afkorting van 'De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst' en is een federatie van beroepsverenigingen van artsen. Het is opricht in 1849 en ze maken zich sterk voor het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening én van de volksgezondheid. Ze spelen daarbij in op technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, door zelf beleid te ontwikkelen en beleid van anderen te beïnvloeden, en door individuele dienstverlening. Ze werken samen met de overheid, de politiek, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, zorginstellingen en andere organisaties in de zorgwereld. Dat samenspel moet leiden tot het optimaliseren van de gezondheidszorg en van het functioneren van artsen. Voor de arts, de patiënt en de samenleving. Voor meer informatie zie: <http://knmg.artsenet.nl/>.

5De commissie had als taak om het KNMG te adviseren over vragen zoals of er inherente grenzen aan de legitimatie van hulp bij levensbeëindigend handelen door een arts? En indien er zijn, wat zijn dan de grenzen. Wat impliceert dat ook voor handelen van artsen in gevallen waarin het verzoek van de patiënt om hulp bij levensbeëindigend handelen in overwegende mate wordt ingegeven door argumenten in de trant van 'klaar met leven'.

Is er in licht van deze analyse aanleiding tot aanpassing dan wel uit uitbereiding van het thans geldende kader van normen en regels inzake hulp bij levensbeëindiging op verzoek? Zo ja, op welke wijze en in welke richting.

6 Sommige vragen zich af of we hier niet precies over hetzelfde praten?

De commissie onder voorzitterschap van prof. Dijkhuis komt tot de volgende, bewust ruim gekozen, omschrijving van de problematiek:

“lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, terwijl ter verklaring voor de afwezigheid of gebrekkigheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen.” (15)

Het gaat dus om mensen die niet lijden aan een classificeerbare medische of psychische aandoening. Toch is er sprake van een lijden. De persoon hoopt telkens wanneer hij gaat slapen dat hij de volgende dag niet meer zal ontwaken. Maar vermits er geen sprake is van een ziekte, kan het leven nog enkele jaren duren. Telkens de dag opnieuw aangaan vergt veel inspanning voor die personen. Ze hebben geen vooruitzicht op beterschap. Ze hebben er genoeg van en willen enkel nog rust en de dood.

Er zijn verschillende redenen waarom mensen ‘lijden aan het leven’ (Rurup 2005 When being ‘tired of living’ plays an important role in a request for euthanasia or psychian-assisted suicide: patient characteristics and the psychian’s decision 161) Het kan zijn omdat het leven geen meerwaarde meer heeft. Daarnaast zijn verlies aan waardigheid, aftakeling, doelloos lijden, geen betekenis meer hebben in het leven, immobiliteit en handicaps, geen last meer willen zijn voor de familie, depressie en pijn redenen waarom mensen kunnen ‘lijden aan het leven’. Eenzaamheid is ook een belangrijke factor.

Liesbeth Stevens in een dame die lijdt aan het leven. Ze maakt geen onderdeel meer uit van de wereld. Haar wereld is beperkt tot de ruimte waarin ze woont. Ze leeft een groot deel van de tijd slechts in haar gedachten, die vaak angstig en verdrietig zijn. Al tien jaar heeft ze de wens om dit leven te mogen verlaten, maar de arts kan haar niet helpen. Na het overlijden van haar man heeft ze heel lang gerouwd, het verlies heeft ze echter nooit verwerkt. Het doet pijn over haar hele lichaam. Nu krijgt ze pillen tegen de paniek, deze helpen wel maar lossen de problemen niet op. De psychiater gaf haar het advies ‘iets’ te zoeken dat haar gedachten kan veranderen. Een ‘iets’ dat belangrijk genoeg is om door te willen leven. Liesbeth Stevens zoekt er al tien jaar naar, maar heeft het nog altijd niet gevonden, er is niets meer. Haar familie gunt haar de rust, maar de arts ontwijkt haar vragen. Ze besluit haar eigen lot in handen te nemen en vermindert met eten. Stoppen met drinken gaat niet voor haar, dan komt angst van vroeger terug naar boven. De mooie dingen van toen zijn naar de achtergrond verschoven. Afhankelijk zijn van anderen vindt Liesbeth niet erg, het gaat haar voornamelijk om de leegheid en die angsten. De laatste tijd denkt ze er aan om toch volledig te stoppen met eten en drinken en de nachtmerries te ondergaan om dan voorgoed te

**‘LIJDEN AAN HET LEVEN’: DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE ‘LIJDEN AAN HET LEVEN’ KAN WORDEN TOEGELATEN.**

slapen. Veel langer zal ze het niet meer volhouden. Als ze dat vroeger had geweten dan had ze een pistool bewaard en haar een kogel door haar hoofd gejaagd.⁷

Het verhaal van Liesbeth maakt duidelijk dat 'lijden aan het leven' even erg kan zijn als een somatische of psychische ziekte. Het lijden kan zeer diep gaan. Het is ook afhankelijk van persoon tot persoon en bij iedere persoon uniek.

Volgens Van Reusel (1999 38) zijn mensen die pijn lijden, afgesneden van de betekenisaders waarin ons dagelijks leven zich afspeelt. Ze zijn uitgesloten van de mogelijkheid om als onze gelijken, als subjecten met ons te interacteren. Hoewel ze in onze werkelijkheid zijn, kunnen we ze toch niet meer bereiken. Ze worden tot objecten gereduceerd en dreigen in hun diepste waardigheid als mens te worden ontkend. Mevr. Stevens (2005) geeft dat ook aan in haar interview. Haar wereld is zo groot geworden als het raam waardoor ze naar buiten kan kijken. Maar ze voegt er bij dat haar wereld eigenlijk nog veel kleiner is, want ze kijkt er wel naar, maar ze maakt er geen onderdeel meer van uit.

Personen die 'lijden aan het leven' hebben geen hulp nodig bij hun dood. Ze kunnen het leven nog in eigen handen nemen. Maar is zichzelf doden wel toegelaten? Hebben we het recht om ons eigen leven in handen te nemen? In wat volgt ga ik dieper in op zelfdoding.

⁷ He volledige verhaal is te lezen in het artikel ' Een eindeloze weg te gaan' door Marleen Peters. Relevant 4, 2005 of via deze link: <http://www.nvve.nl/assets/nvve/relevant/Relevant%202005-4.pdf>

HOOFDSTUK 2: ZELFDODING

In dit deel wil ik mijn standpunt duidelijk maken over zelfdoding. Eerst ga ik dieper in op wat zelfdoding is. Iedere zelfdoding is uniek en complex, maar je hebt wel mensen die hun beslissing overwegen en andere mensen die impulsief overgaan tot zelfdoding. De eerste groep, de balanszelfdoding, bespreek ik dan ook nader omdat het relevant is voor de problematiek van 'lijden aan het leven'. Maar vaak stuit een poging tot zelfdoding nog op veel tegenstand. Ik ga na waarom er zoveel tegenstand is. Om af te sluiten haal ik enkele opvattingen over het recht op zelfdoding aan en geef ik mijn standpunt over zelfdoding weer.

2.1. WAT IS ZELFDODING?

In 2004⁸ stierven in totaal 1.085 personen door zelfdoding. Elke zelfdoding is een uniek, complex fenomeen. Het proces naar aanleiding van de zelfdoding verloopt wel bij iedereen hetzelfde. Er is altijd een onverdraaglijke situatie of een toestand van verminderend welzijn waaruit de persoon wenst te ontsnappen, een geleidelijk opduiken van zelfmoordgedachten bij gebrek aan alternatieve oplossing en het al dan niet maken van gedetailleerde plannen. (De Moor 1998 33)

⁸ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/topPage.aspx?id=3046>

Zelfdoding wordt dan ook gedefinieerd als het opzettelijk doden van zichzelf waarbij de dood geïntendeerd is, zonder dwang van buitenaf. De persoon neemt daarbij zelf de verantwoordelijkheid voor zijn handelen.

« A person *S*'s behavior *B* is suicidal if

- a. *S* believed that *B*, or some causal consequence of *B*, would make her death at least highly likely, and
- b. *S* intended tot die by engaging in *B*
- c. *S* was not coerced into *B*-ing”⁹ (Stanford Encyclopedia of Philosophy. Suicide 3-4)

Men maakt ook een onderscheid tussen enerzijds de balanszelfdoding en anderzijds de crisizelfdoding. Je hebt mensen die zichzelf doden na een afweging van de positieve en negatieve kanten van wat het leven nog te bieden heeft, de balanszelfdoding, en je hebt mensen die zich doden zonder voorbereiding, in een noodsituatie, de crisizelfdoding. De grootste groep van personen die zichzelf doden doen dat impulsief, dat valt onder de categorie crisizelfdoding.

In het kader van deze scriptie is de balanszelfdoding het belangrijkste. Daarom ga ik daar dieper op in.

⁹ Vrij vertaal als: Een persoon *S* zijn gedrag *B* is dus suïcidaal als

- a. *S* gelooft dat *B*, of een causaal gevolg van *B*, de dood tenminste hoogst waarschijnlijk maakt, en
- b. De bedoeling van *S* is te sterven door handeling *B* te stellen
- c. *S* was niet gedwongen tot het uitvoeren van *B*

2.1.1 De balanszelfdoding

Van Tol gebruikt het begrip balanszelfdoding als hij spreekt over

“het weloverwogen beëindigen van onaanvaardbaar of als zinloos ervaren leven door de autonome mens: de mens die qua geestesgesteldheid in alle opzichten in staat wordt geacht de eigen psychische en sociale situatie en de maatschappelijke gevolgen van de voorgenomen zelfdoding in aanvaardbare mate te overzien.” (1985 14)

De persoon beseft dus duidelijk waar hij/zij mee bezig is. Zelfdoding is iets dat in de hele geschiedenis van de mensheid voortkomt. Maar pas in 1918 sprak A. Hoche (Van Tol 1985 57) voor de eerste maal over balanszelfdoding. Niet iedereen is de mening toegedaan dat balanszelfdoding kan bestaan. Diekstra schrijft:

“... de balanssuicide is een fictie. Een fictie die is uitgevonden om aan te geven dat de uitzondering (balanssuicide) de regel (dat suicide psychische stoornis impliceert) te bevestigen” (Van Tol 1985 59)

Van Tol deed onderzoek naar zelfdoding. Uit zijn onderzoek (1985) blijkt dat een zelfdoding vaak gepaard gaat met psychiatrische stoornissen. Het blijkt dat in meer dan 90% van de personen die zichzelf willen doden een psychiatrische stoornis werd vastgesteld. (Van Tol 99) Driekwart van de suïcidanten waren ook in behandeling voor de psychische klachten. De overblijvende groep die niet leed aan een psychiatrische stoornis werd nog eens onderverdeeld in de formele en werkelijke zelfdodingen. De werkelijke balanszelfdodingen bevatten positieve aanwijzingen¹⁰ voor de kwalificatie balanszelfdoding, bij de andere groep ontbrak dat. (103) Die werkelijke balanszelfdodingen werden nog eens opgesplitst in de zekere en de waarschijnlijke. Enkel bij de eerste groep is met zekerheid te zeggen dat het over een balanszelfdoding gaat. Van Tol kwam tot de bevinding dat slechts 3% (maximum 5%) van de zelfdodingen, balanszelfdodingen zijn. De personen vertonen geen psychische klachten of psychiatrische symptomen, wel lijdt 95% een somatische ziekte. De leeftijd van de personen die zichzelf doden na overweging is ouder dan 50 jaar, slechts één uitzondering. De meerderheid zijn mannen. Ze maken in de eerste plaats gebruik van de zachtere methoden zoals verstikking en vergiftiging, gevolgd door verdrinking, gebruik van een vuurwapen en zich van een hoogte werpen. (Van Tol 114)

Zoals in het vorige hoofdstuk besproken hebben mensen die ‘lijden aan het leven’ geen psychische stoornis. Ze ervaren een gebrekkige levenskwaliteit die resulteert in een doodsverlangen. Als deze personen overgaan tot zelfdoding, kan men spreken van een balanszelfdoding. Ze hebben

¹⁰ De arts vermeldde er bij dat de keuze zeer bewust genomen werd, de persoon niet dement was, geestesziek niet van toepassing was, de persoon geen levensdoel meer had...

nagedacht over de positieve en de negatieve kanten van het leven. Ze hebben die afgewogen en beslist dat de balans overhelt naar de negatieve kant. Er is niets meer dat het leven nog kwaliteit kan geven en ze verkiezen de dood.

2.2 WAT IS ER TEGEN ZELFDODING?

Mensen hebben iets tegen zelfdoding dat staat vast. Ze beletten liever iemand die zichzelf wil doden, dan de persoon te steunen. Kuitert (1983 153-165) gaat in zijn boek na wat dat 'iets' is.

Zelfdoding wordt vaak ervaren als een zeer ellendige gebeurtenis als men je ermee confronteert. Het wordt als een ramp ervaren. Mensen begrijpen niet dat een persoon vrijwillig een deel van zijn leven verkort en zich zo nooit verder zal kunnen ontplooiën. De mens zet zich immers sterk af tegen de dood. Het is dan ook denkbaar dat er een vorm van agonie ontstaat als iemand zichzelf bewust dood. Het besluit vooraf moet een rampzalige tijd geweest zijn. Zeker als de persoon alleen zijn beslissing neemt en moet uitvoeren. Een mens leeft niet alleen, maar samen met anderen. Ze hebben verplichtingen tegenover die anderen. Personen zijn dus mee verantwoordelijk voor het gebeuren in een omgeving en de dood heeft een invloed op dat reilen en zeilen van die omgeving. Mensen zijn verbonden met elkaar en rekenen op elkaar. Als je zelfdoding pleegt, kan je die beloftes niet meer invullen. Je moet dus rekening houden met de verplichtingen die je hebt. Vaak wordt het aanzien als een laffe daad omdat de suicidant zo zijn verantwoordelijkheid ontloopt. Soms vinden we de redenen die iemand geeft ook niet aanvaardbaar en kunnen we ons moeilijk neerleggen bij hun beslissing.

2.3. HEBBEN WE EEN RECHT OP ZELFDODING?

Zelfdoding is niet strafbaar in België. Vroeger werd zelfdoding wel gestraft in de meeste landen, maar daar is men van afgestapt. Straffen voor iemand die zichzelf wil doden worden zinloos geacht. Hoe streng de zelfdoding ook wordt bestraft, mensen die zichzelf willen doden blijven terugkomen. Ze houden er niet mee op zichzelf te doden uit schrik dat ze worden gestraft. De enige oplossing die voor handen is om mensen in leven te houden is het welzijn verhogen. (Speijer en Diekstra 54) Mensen die zich goed voelen hebben niet de neiging om zichzelf te doden.

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

Vroeger was zelfdoding strafbaar in de meeste landen, maar daar is men van afgestapt. Straffen voor iemand die zichzelf wil doden worden heden ten dage zinloos geacht. Hoe streng de zelfdoding ook werd bestraft, mensen die zichzelf willen doden blijven terugkomen. Ze houden er niet mee op omdat ze de dood voor ogen hebben, en eenmaal ze dood zijn, heeft de straf toch geen zin meer. De enige oplossing die voorhanden is om mensen in leven te houden is het welzijn te verhogen. (Speijer en Diekstra 54) Mensen die zich goed voelen hebben immers niet de neiging zichzelf te doden.

A. BELANGRIJKE VISIES EN HUN INVLOED OP HET CONCEPT ZELFDODING

Belang van het leven

Mensen hechten veel belang aan het leven. We moeten het leven van anderen eerbiedigen. (Kuitert 1983 111-119) Leven kan men dus beschouwen als een waarde. De verplichtingen die we hebben gaan terug op de waarden die we willen beschermd of gerealiseerd zien. We kunnen het leven dat we willen beschermen, kunnen we nader omschrijven. Het verbod op doden is dus zinvol, omdat we er van uitgaan dat de mensen dezelfde voorkeuren hebben en dus zijn zoals wijzelf en het leven dus ook verkiezen boven de dood. Maar bij iemand die zichzelf wil doden, hoeven we daar niet meer van uit te gaan. Hij geeft te kennen dat het leven niet meer waardevol acht. De generalisatie die mensen maken, slaat niet op hem.

Daarnaast is er ook een groep die het leven zonder meer heilig achten. Ze gaan er van uit dat het leven een objectieve of onpersoonlijke waarde heeft, dat het leven zonder meer goed is. (den Hartogh 35) Niemand heeft dus het recht om het leven te schaden, want we hebben een morele plicht om de inherente waarde van het leven te eren, zonder rekening te houden met wat de waarde van het leven is voor anderen. Op die regel geldt geen uitzondering.

Non-interventie en het zelfbeschikkingrecht

Het liberale standpunt gaat er van uit dat we een recht op zelfdoding hebben omdat we een recht hebben op non-interventie. (Stanford Encyclopedia of Philosophy 9) Sommigen liberalen stellen een nog sterkere eis die ons niet alleen verbiedt tussen te komen in de zelfdoding, maar ons zelf moreel verplicht om te helpen in de zelfdoding.

Henk Leenen (den Hartogh 24) vatte ook het recht op leven op als een beschermde keuze. Hij pleitte voor een zelfbeschikkingrecht. Je kan dus je recht uitoefenen door er afstand van te doen. Je mag jezelf doden, net zoals je anderen mag toestemming geven om je te doden. Het zou onredelijk zijn anderen het verbieden te doen als je zelf het recht hebt.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Zelfdoding als rationele keuze

Als een persoon een rationele keuze maakt, wordt hij beschouwd als competent om de beslissing tot zelfdoding te nemen. Enkel een competente persoon kan een handeling stellen die autonoom, intentioneel en zonder controlerende invloeden is. Alleen dan heeft de persoon een begrip van de situatie (Pennings 8) Als de persoon niet voldoet aan die vereisten mag je ingrijpen. Er is dus sprake van paternalisme omdat je gaat ingrijpen met het welzijn van de andere voor ogen en je handelt in het belang van de persoon. Maar er is slechts sprake van een zwakke vorm van paternalisme: er wordt enkel tussengekomen indien het subject op het ogenblik van de beslissing incompetent is. (Pennings 25) Als de persoon competent is, dan moet je de beslissing respecteren. Omdat we het vaak niet weten of de persoon competent is, is tussenkomen te rechtvaardigen. Het is beter te voorkomen als we onzeker zijn of de persoon er rationeel voor kiest om te sterven. (Stanford Encyclopedia of Philosophy 13) De dood is onomkeerbaar en wanneer de persoon zijn belangen in de volledige rationaliteit zou overwegen dan zou hij tot besluit komen dat zelfdoding niet in zijn belang is. Weldoen is een moreel ideaal en niet een verplichting. We kunnen immers niet altijd voor iedereen en in alle omstandigheden goed doen. Personen helpen in nood is wel een concrete regel die verplicht moet worden gevolgd.¹¹ (Pennings 14) De persoon verkeert in nood omdat het geen weloverwogen beslissing is die vooraf ging aan het besluit en de dood als uitkomst kan hebben.

Volgens Harris (McCormack 1998 66) wordt de capaciteit om een autonome keuze te maken ondermijnd of verminderd door vier verschillende soorten storingen, namelijk een defect in de individuele capaciteit om de controle over wensen en acties te houden, een storing in het redeneren, een storing in de beschikbare informatie waarop het individu beslissingen baseert en als laatste een storing in de stabiliteit van iemand zijn eigen wensen. Het laatstgenoemde wijst er immers op dat wensen kunnen veranderen over de tijd. Een persoon kan dus op een bepaald moment de gedachte hebben om zichzelf te doden, maar dit denken kan veranderen. De persoon kan ook het besluit nemen op basis van foute informatie of kan een verkeerde redenering maken die leidt tot de dood.

¹¹ De andere regels zijn: de rechten van anderen verdedigen, voorkomen dat anderen worden geschaad, de factoren verwijderen die anderen zullen schaden, mensen met een handicap helpen.

B. HET OVERWEGEN VAN EIGEN REDENEN EN VERPLICHTINGEN.

Vaak zijn motieven tot zelfdoding niet voldoende of worden ze niet gegeven en kunnen we enkel gissen. Maar volgens Kuitert hebben personen ook goede redenen om zichzelf te doden. (1983 141-151) Mensen kunnen uit het leven stappen omdat ze er waarden op nahouden die boven de waarde staat die men aan het eigen leven hecht. Zo kan een piloot tijdens een crash de keuze hebben tussen zichzelf redden met als gevolg dat het vliegtuig in een woonwijk beland, of zichzelf opofferen en het vliegtuig leiden naar een open plaats. Hier komen we uit op een doctrine van het dubbele effect. Het eindpunt, de dood van de piloot was niet de bedoeling. Het eigenlijke doel was geen onschuldige slachtoffers maken in de woonwijk. De dood was echter wel een gevolg dat was voorzien. Als de persoon een plicht had tot leven, dan had hij geen keuze en moest hij zijn eigen leven redden.

Bovenstaand voorbeeld toont ons dat het er dus ook om gaat welke waarde we hoger stellen. Zo kan iemand die van zijn vrijheid wordt beroofd door een gevangenisstraf zichzelf doden omdat hij vrijheid een voorwaarde vindt om te blijven leven. Het is de betrokken persoon die zelf vaststelt wat voor hem het zwaarste weegt. Uit die afweging worden acties ondernomen.

Volgens Kuitert hebben we geen onvoorwaardelijke plicht tot leven, maar kunnen er wel verplichtingen tegenover anderen zijn. Het kan inderdaad andere individuen of de maatschappij schaden als iemand zichzelf doodt. Zelfdoding van een geliefde of familie zorgt voor een heleboel schadelijke psychologische en economische effecten. (Stanford Encyclopedia of Philosophy «suicide» 10-11) Maar sommige mensen zijn een kost voor de maatschappij en hebben geen vrienden en familie. Mogen enkel zij dan zichzelf wel doden? Of kunnen we zelfs spreken van 'moeten zij dan zichzelf doden'? Volgens de utilitaristen moet het kwaad gewogen worden tegen het kwaad dat de zelfdoder zou worden aangedaan door te blijven leven in een moeilijk of pijnlijk leven. Als het kwaad van in leven te blijven groter is dan dat van het sterven dan mag de persoon zichzelf doden. Maar dan maken ze de zelfdoding ook verplicht als er volgt uit de zelfdoding meer geluk zal produceren dan als de persoon blijft leven. Dan heb je de kans dat mensen tegen hun zin zichzelf moeten doden. Daarom voeren ze een regel in die zelfdoding verbiedt, omdat een algemene aanhankelijkheid aan een regel die zelfdoding verbiedt, zal meer goede gevolgen met zich meebrengen dan een het aanhangen van een regel die zelfdoding toelaat.

C. PERSOONLIJKE VISIE

Ik ben voor een rationele zelfdoding. Ik vind niet dat mensen moeten blijven leven als het leven hen niets meer te bieden heeft. Er moet wel een rationele afweging worden gemaakt waarin de plichten ten aanzien van andere individuen en de maatschappij moeten worden afgewogen. We hebben ook geen plicht tot zelfdoding, niemand hoeft tegen zijn zin zichzelf doden, er mag geen sprake zijn van dwang, zowel van de reële dwang of ingebeelde dwang.

Als mensen zichzelf willen doden voelen mensen zich niet goed in de maatschappij. De maatschappij kan dus niets dwingen van de personen die zichzelf willen doden, want ze komen ook niet tegemoet aan het individu. De maatschappij schiet te kort voor het individu. De maatschappij moet preventiemaatregelen nemen om zelfdoding te voorkomen. Het moet het welzijn van de burgers verhogen, en zeker het welzijn van de kwetsbare groepen. Als de zelfdoding geen rationele overweging is, mag de omgeving wel ingrijpen. Er moet adequate hulp worden verleend aan personen die een poging doen of hulp zoeken. Maar niet iedereen heeft baat bij de maatregelen en de hulp. Sommige mensen hebben al veel geprobeerd en het proberen vol te houden maar als de balans overslaat naar de kan van de dood en die beslissing goed werd afgewogen, dan vind ik dat ze het recht hebben op de dood.

Maar zelfs als ze de beslissing genomen hebben, dan is de stap om zichzelf te doden voor sommige nog groot. Er valt moeilijk over te praten in de omgeving. Sommige mensen willen dan hulp bij de zelfdoding. In het volgend stuk ga ik dieper in op hulp bij zelfdoding en of we een plicht hebben om personen te helpen als ze dat wensen.

HOOFDSTUK 3: HULP BIJ ZELFDODING

Hulp bij zelfdoding bevat op het eerste zicht een contradictie. Zelfdoding is een individuele handeling, maar als je hulp vraagt, ben je afhankelijk van het oordeel van een andere persoon. De verantwoordelijkheid ligt wel nog altijd bij de persoon. Het is nog altijd een autonome beslissing. In wat volgt ga ik eerst na of hulp bij zelfdoding toegelaten is in België, Nederland en Zwitserland. Daarna geef ik een definitie van hulp bij zelfdoding, geformuleerd door Speijer en Diekstra. Vervolgens ga ik na waarom iemand hulp wil bij zelfdoding. Het gaat immers om de persoon zelf die zijn eigen lot in handen wil nemen. Maar als hulp bij zelfdoding toegelaten is, hebben mensen dan misschien ook een plicht om andere mensen te helpen? Om het hoofdstuk af te sluiten ga ik na hoe je best omgaat met een verzoek tot hulp bij zelfdoding.

3.1 HULP BIJ ZELFDODING EN DE WET.

Zelfdoding is niet strafbaar in België. Omdat het Belgische gerecht zelfdoding niet strafbaar stelt, zou de hulp daarbij dat ook niet zijn (Adams en Nys 2006 106-109). Het kan wel op een indirecte wijze strafbaar worden gesteld, met name in het strafwetboek heeft artikel 422bis betrekking op schuldig verzuim wegens het niet verlenen van hulp aan personen in nood. Door deze zijweg in de wetgeving is het wel noodzakelijk om hulp bij zelfdoding te legaliseren. De status van hulp bij zelfdoding is in België momenteel onzeker.

In andere landen is de grens duidelijker afgebakend. In Nederland is hulp bij zelfdoding strafbaar als het geen noodtoestand betreft¹². Daarnaast is ook het helpen bij of het geven van instructies tijdens de zelfdoding strafbaar. Het verlenen van morele steun door aanwezig te zijn en informatie geven over zelfdoding is niet strafbaar. Bepaalde verenigingen in Nederland, zoals NVVE en Stichting De Einder¹³ maken er dan ook gebruik van om mensen ondersteuning te bieden bij de

¹² In Nederland wordt hulp bij zelfdoding ook in de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding opgenomen. De patiënt moet aan dezelfde zorgvuldigheidvereisten voldoen als iemand die euthanasie aanvraagt. Enkel een arts kan de patiënt helpen bij het plegen van zelfdoding.

Artikel 294 van 'Het Wetboek van Strafrecht' luidt dan ook:

- 1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.*
- 2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing. (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. 12 april 2001 6)*

Als je een persoon helpt, kan je dus strafrechtelijk vervolgd worden, enkel de arts kan worden vrijgesteld indien hij handelt onder de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en als hij hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

¹³ Hilarius Jan heeft een boek uitgebracht: de geur van abrikozenbloesem ontstegen. Kroniek van een suicide counselor. Een leidraad voor hulp bij zelfdoding. Daar beschrijft hij enkele personen die zich aanmelden bij hem en om hulp bij zelfdoding verzoeken. Hij vertelt kort het verhaal van de personen, hoe hij er op gereageerd heeft en hoe het is afgelopen. Hij wil daarmee aantonen dat er een hulpvraag is en dat het werk dat hij verricht van nut kan zijn.

uitvoering van hun zelfdoding door informatie te verschaffen over methodes en door aanwezig te zijn indien de persoon dat wenst.

In Zwitserland is hulp bij zelfdoding dan wel weer toegelaten. Zwitserland heeft een uitzonderlijke positie wat hulp bij zelfdoding betreft. Het Zwitserse strafrechtboek regelt de problematiek van stervensbegeleiding in twee paragrafen: de actieve strafbare stervenshulp in artikel 114 en de strafloze hulp bij zelfdoding in artikel 115. De enige voorwaarde die wordt gesteld is dat men geen egoïstische beweegredenen mag hebben als men helpt bij een zelfdoding.¹⁴ (Exit brochure 7)

3.2. WAT IS HULP BIJ ZELFDODING?

Hulp bij zelfdoding omschrijven Speijer en Diekstra (1980) als:

“Wanneer een persoon opzettelijke handelingen uitvoert jegens een andere persoon op diens verzoek, waardoor het deze laatste mogelijk wordt en hij/zij er toe overgaat de door hem/haar tevoren genomen beslissing zelf het eigen leven te beëindigen uit te voeren op de door hem/haar gewenste en bedoelde wijze, noemen we dat hulp bij suicide. Deze persoon hoeft niet te verkeren in een terminale toestand of stervensfase.”(22)

Een vraag voor hulp bij zelfdoding kan verschillende dingen betekenen. Het kan aantonen dat de hulpvrager met grote problemen kampt. Het is gewoonlijk een vraag naar middelen of methodes, maar het kan ook een vraag zijn naar steun. Tijdens een gesprek voorafgaand aan de zelfdoding kan de zelfdoder de dingen wikken en wegen. Zo vormt de luisteraar een klankbord voor emoties en ervaringen (28)

¹⁴ Een voorbeeld van een organisatie is Exit. Voor de procedure is een verklaring van de huisarts nodig over de medische toestand van de patiënt. Een medewerker van de organisatie gaat toetsen of de persoon wilsbekwaam is. De medewerker vraagt dan de dodelijke middelen aan bij een arts en die worden door de medewerker afgeleverd bij de patiënt. Na het overlijden neemt de medewerker contact op met de politie en verstrekt de nodige informatie.

3.3. IK WIL HULP BIJ ZELFDODING OMDAT ...

Er zijn verschillende wegen naar de dood, zonder dat daarbij sprake is van hulp. Kimsma (2006 3) weigerde een 69-jarige oude man euthanasie omdat hij die aanvraag om existentiële redenen. Daarop besloot de man zijn eigen leven in handen te nemen. Hij nam slaappillen en deed een zak over zijn hoofd opdat hij zou stikken in zijn slaap. Kimsma gaf hem wel informatie over de doeltreffendheid van zijn handeling, maar verder liet hij de beslissing over aan de man.

Maar B. Chabot gaat er samen met K. Gill vanuit dat, als je voorgoed wil inslapen, je een recept van je dokter nodig hebt. De inslaapmethode wordt als een humane weg gezien. Het is een overkoepelende term voor alle wegen die leiden naar de dood door eerst in te slapen. Die wegen zijn de plastic-zak-methode, suicide met behulp van koolstofmonoxide en suicide met middelen die in overdosis dodelijk zijn. Veel artsen zijn niet van plan in te gaan op de vraag van hulp bij zelfdoding bij mensen die 'lijden aan het leven'. Een cocktail nemen van de juiste dodelijke middelen is praktisch niet realiseerbaar doordat de medicijnen moeilijk verzamelbaar zijn en je enkel op voorschrift van de arts de medicijnen kan bemachtigen.¹⁵

Daarom brachten veel verenigingen boekjes uit met doe-het-zelf methoden, om mensen zorgvuldig in te lichten¹⁶. Daarbij zou de plastic zak gecombineerd met slaapmiddelen een effectieve uitweg zijn voor hen die de voorkeur geven aan een niet-gewelddadige dood. Op het internet wordt de effectiviteit geschat op 99%, maar geen van de publicaties staat dat met onderzoek. De slaapmiddelen voor de methode zijn gemakkelijk te verkrijgen en daarmee is de methode aantrekkelijk. Slechts een gering aantal personen, ongeveer 1%, gebruikt de methode. Een verklaring voor het geringe aantal geslaagde suicides met de plastic zak is dat er een groot aantal mislukkingen kunnen zijn die niet werden aangegeven of dat er een onderrapportage is. Het kan zijn dat de nabestaande de zak heeft verwijderd voordat de arts ter plaatse kwam. Het tijdstip wanneer men de zak rond het hoofd doet is bepalend. Als men het te vroeg doet na het innemen

¹⁵ Karin Spink (2001) had moeite om de middelen die bekend staan dat ze vlug leiden tot een humane dood, zoals vesparax, te vinden via on-line-apotheken. De recepten werden enkel verstuurd als je een recept kon voorleggen.

¹⁶ The Methods Files met methodes om zichzelf te doden zijn beschikbaar op het internet. Ze beschrijven hoe de methode best wordt uitgevoerd. Zo schrijft men bij pillen de hoeveelheid voor die moet worden ingenomen en op welke wijze. Hoe gemakkelijk de medicijnen te verkrijgen zijn en wat de neveneffecten kunnen zijn. Ook vermeldt men de zekerheid van de methode.

van de medicijnen kan men benauwd worden. Als men het te laat doet is men te slaperig om het goed af te sluiten. Het beste is een duim tussen het elastiekje houden zodat de lucht in en uit kan en als men het in zittende houding doet zal het hand automatisch naar beneden gaan wanneer men in slaap valt. Ook tijdens de slaap kan men de reflex hebben om de zak over het hoofd te trekken door benauwdheid. Het kan een traumatische ervaring zijn voor bijstander tijdens de zelfdodingpoging. De aanwezige kan verleid worden tot het helpen in de dood van de persoon of net de persoon mis te begrijpen en de zak van het hoofd te halen.

Geen enkele doe-het-zelf-methode is 100% effectief. Om de slaagkansen te verhogen moeten er uitgebreide gebruiksaanwijzingen worden geraadpleegd. Soms wenden mensen zich met bepaalde fictieve problemen tot de arts in de hoop dat ze geneesmiddelen voorschrijven of beroepen ze zich daarbij op de steun van een vriend. Geen zekerheid op het slagen van de zelfdodingpoging is de prijs die je moet bepalen om afhankelijk te zijn van een arts.

Sommige mensen maken het rationele besluit tot zelfdoding, maar hebben de middelen niet om zich op een humane manier te doden. De methoden om zichzelf te doden schrikken hen af. Personen gaan dan op zoek gaan naar hulp omdat ze zekerheid willen omtrent het slagen en omdat ze een waardige dood willen. Als je een methode toepast, heb je nooit zekerheid dat de poging zal slagen¹⁷. Als je het overleeft, moet je er ook de gevolgen van dragen. Personen hebben ook schrik om hun zelfdoding zelf uit te voeren omdat er een kans is dat ze hun situatie nog erger maken dan dat die al is. (Rurup e.a. When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or psychian assisted suicide: patient characteristics and the psychian's decision. 2005 162)

Ze kunnen de hulp vragen en op verschillende manieren hulp krijgen. Door familieleden, vrienden, organisaties die strijden voor een waardige dood, kennis in het buitenland.

¹⁷ Netty Boomsma die hulp vroeg aan psychiater Chabot had al een poging ondernomen om zichzelf te doden en had schrik dat een nieuwe poging opnieuw zou mislukken. Ze zocht ook altijd op hoeveel kans ze met een handeling op een geslaagde poging had en dacht dat ze bij de niet-geslaagde kansen zou terecht komen. Dat belette haar om de stap te nemen.

3.4. BEN JIJ VERPLICHT MIJ TE HELPEN ALS IK MEZELF WIL DODEN?

Ik keur hulp bij zelfdoding niet af, maar je kan niemand dwingen hulp bij zelfdoding te verlenen. Mensen voelen zich vaak gedwongen doordat iemand dreigt te grijpen naar onmenselijke middelen. Net als Kuitert vind ik dat dit geen argument mag zijn om iemand te helpen. Daarnaast mogen we ook niet te haastig hulp weigeren omdat we het leven heilig achten. We moeten een afweging maken.

Ook volgens de wet zijn we niet verplicht te helpen bij een zachte dood. Bij euthanasie heeft de arts niet de verplichting om te helpen. In artikel 14 van de Wet betreffende de Euthanasie van 21 mei 2002 staat vermeld dat een arts niet kan worden gedwongen tot het toepassen van euthanasie. En geen enkele persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie. Er is ook geen plicht tot doorwijzen door de arts naar een arts die er wel voor open staat. De arts moet wel de reden meedelen waarom hij geen euthanasie wil uitvoeren. Er wordt dus rekening gehouden met de vrijheid van het geweten van de arts.¹⁸ (Adams en Nys 121-125)

Recht op hulp, opgevat als de verplichting van de hulpverlener om hulp bij zelfdoding te verlenen, is dus niet denkbaar omdat het strijdig is met de zelfbeschikking van die hulpverlener. (Vink 2002 36)

Volgens Kuitert zijn wij niet verplicht, maar is het wel geoorloofd anderen te helpen. Maar dan moet je wel aan bepaalde voorwaarden voldoen voor Kuitert. (1983 186-187)

- Het zijn keuzes van de mens, die geen paternalistische goedkeuring nodig hebben.

De hulpverlener moet er zich zeker van zijn dat hij niemand heeft geholpen bij de dood die nog wilde leven. Hij moet met andere woorden nagaan of er geen druk is van buiten af. De hulpvrager moet ook nagaan of er geen andere alternatieven meer zijn en nagaan of het geen tijdelijke

¹⁸ Sommige personen, zoals Senator Leduc, zijn het daar niet mee eens. Zij diende een wetsvoorstel in tot wijziging van die wet op 7 juli 2004. Zij vindt dat er een doorverwijsplicht moet zijn zodoende dat er een continuïteit is. Euthanasie is een medische handeling als eender welke andere. Voor de medische handelingen geldt sinds jaren een wettelijke continuïteitsplicht: artsen moeten de behandeling zelf uitvoeren en zoniet moeten ze doorverwijzen naar een collega die de handeling zal uitvoeren.

Een gevolg van de wijziging houdt ook in dat de arts het zelf verplicht moet uitvoeren indien geen collega wordt gevonden die de euthanasie wil uitvoeren. Maar dat kan toch niet de bedoeling zijn als de arts gegronde bezwaren heeft tegen euthanasie, zoals de geloofsovertuiging. Ik vind wel dat er een organisatie moet zijn die in contact staat met artsen die euthanasie uitvoeren zodat de patiënt indien zijn arts het niet wil uitvoeren wel terecht kan bij artsen die ervoor openstaan.

crisisituatie is waarin de persoon verkeert. De hulpverlener moet ook nagaan of de hulpvrager geestelijk gezond is. Stervenshulp vraagt dus tijd.

- De middelen die worden voorgeschreven mogen ook niet in de verkeerde handen terechtkomen. De arts mag die enkel voorschrijven aan de patiënt die zichzelf wil doden.

- De omgeving moet ook op de hoogte zijn van de plannen van de suicidant. Ze moeten inspraak krijgen, maar het is niet de beslissing van de omgeving. Ze moeten worden beschermd tegen onnodig leed. Nodeloos leed is niet hetzelfde als leed. Er is zowel onnodig leed bij de familie als bij de suicidant als hij zijn familie niet op de hoogte stelt, want hij gaat een eenzame dood tegemoet als hij dat niet doet. De suicidant moet ook inzien dat het gevolgen heeft voor de mensen die in zijn leven aanwezig zijn. Door erover te praten en de gevolgen te bespreken kan hij proberen de schade te beperken.

Door hulp te vragen geef je de macht uit handen en moet je voldoen aan de voorwaarden die de arts stelt. De voorwaarden die Kuitert stelt vind ik dan ook logisch. Het gaat om keuzes tussen leven en dood, eenmaal de zelfdoding is uitgevoerd is er geen weg meer terug voor de persoon. De nodige tijd moet worden genomen om over te gaan tot een beslissing. De beschikbaarstelling van de middelen houdt ook gevaren in, zorgvuldigheid is dus aangewezen.

In sommige gevallen zien de medestaanders het lijden van de persoon en gunnen ze hem de rust en kan er over gesproken worden. In andere gevallen houdt de persoon het liever verborgen voor de omgeving uit schrik voor reacties of dat iemand de poging wil beletten. Ik ben voorstander van open communicatie. De persoon en de omgeving moeten er over kunnen praten. Dat wil niet zeggen dat ze het eens moeten zijn met de persoon die zichzelf wil doden, maar ze moeten aanvaarden dat het de beslissing is van de persoon. Het zou egoïstisch zijn van de omgeving om de persoon nog te laten leven omdat zij niet zonder de persoon kunnen. Wanneer er niet over gepraat wordt en iemand doodt zichzelf, dan zit de omgeving vaak met veel vragen en is de dood moeilijk te verwerken. Als er over gepraat wordt kan de persoon beter begrijpen waarom de persoon overgegaan is tot zelfdoding.

3.5. OMGAAN MET EEN VERZOEK TOT HULP BIJ ZELFDODING

Een verzoek tot hulp gaat niet enkel om het voorschrijven van medicijnen. (Kerkhof 2000 464-465) Het heeft ook betrekking op het geven van informatie, criteria onderzoeken, de familie voorbereiden, alternatieve afwegen, gevoelsmatig begrijpen van de doodwens en ethische en religieuze dilemma's gedurende elke stap van het proces kan de dood en het leven aanwezig zijn. De therapeut zal altijd aan de kant staan van het deel van de persoon dat wil blijven leven. De arts moet goed beseffen waarmee hij bezig is zodat hij weet wat hij doet en later ook niet voor verrassingen komt te staan. Er moet een duidelijke communicatie zijn naar de patiënt. Hulpverleners hebben soms schrik om rechtstreeks naar de suïcidale gedachten te peilen, uit vrees dat ze daardoor de patiënt op een idee brengen. Maar dat is een misvatting. Door de gedachten te bespreken kan de patiënt de gedachten objectiveren en leren accepteren. Het kan zeer geruststellend werken. (Speijer en Diekstra 1980 118). Stichting De Einder toont dat aan. In 2005 hebben vrijwilligers met 393 personen gesprekken gevoerd, 49 personen hebben zichzelf gedood¹⁹. Dat is slechts 11,7%. Door de doodsverlangens serieus te nemen en er reële mogelijke op actieve hulp aan te verbinden, kan er worden gehoopt dat er een kans is dat de zelfdoder van zijn plan afziet (Spaink 2001 109) Door niet in te gaan op de gevoelens kan de patiënt geïsoleerd raken en overgaan tot hardere methodes.

Het proces neemt ook tijd in beslag. Je mag je dus ook nooit onder druk laten zetten. De mogelijkheid van hulp bij zelfdoding bespreken brengt risico's²⁰ met zich mee. Het proces moet dus met zorg worden opgevolgd en gedocumenteerd. De mogelijkheid weigeren brengt ook risico's met zich mee. De patiënt kan op een gewelddadige manier zichzelf doden en onschuldige slachtoffers maken. De conversatie moet ook op gelijk termen plaatsvinden. De therapeut biedt kennis, expertise en empathie, de patiënt beslist.

Artsen voelen zich vaak machteloos om tussen te komen als ze worden geconfronteerd met niet-medisch lijden. (Kohlwes 2001 660) Daardoor gaan ze het onderwerp ontwijken en zich gefrustreerd voelen door het vooruitzicht van verdere interactie.

Een hulpverlener die een verzoek krijgt voor hulp bij zelfdoding en hier niet gepast op kan reageren, begeeft zich op glad ijs. Als hij niet ingaat op het onderwerp, kan de patiënt zich geïsoleerd voelen

¹⁹ Cijfers uit het jaarverslag 2005 van Stichting de Einder

²⁰ Een verkeerde diagnose, een foute beoordeling en de gevolgen niet realiseren voor anderen zijn enkele voorbeelden.

en overgaan tot actie. Als hij de patiënt teveel beaamt, kan de persoon dat zien als een instemming dat zijn leven niets voorstelt. Er moet gepast worden gereageerd. Soms wordt de suicide uitgelokt in de hulpverleningsrelatie omdat de behandelende hulpverlener geen andere uitweg meer ziet. De onmacht en het pessimisme van de hulpverlener wordt vertaald in de wenselijkheid van de suicide van de cliënt. Er is dan sprake van een suicidogene behandeling. (Speijer en Diekstra 1980 112)

Hulp bij zelfdoding kan slechts de allerlaatste hulp zijn die wordt aangeboden. Eerst moeten alternatieve behandelingen bekeken worden.

Omdat mensen belang hechten aan een waardige dood, doen veel mensen die 'lijden aan het leven' toch een beroep op de arts. Ze weten niet waar ze anders met hun vraag terecht kunnen. Ze vragen een spuitje om hun uit de miserie te lossen of een dodelijke cocktail zodat ze het zelf kunnen doen. Indien 'lijden aan het leven' onder de euthanasiewet kan vallen, dan kan de persoon hulp krijgen, zonder dat hij een daarom een wet moet overtreden.

Beauchamp (2006) is van mening dat mensen die aan alle voorwaarden van de wet voldoen, hun patiënt niet 'doden. Een arts die dodelijke middelen voorschrijft op het verzoek van de patiënt, gaat niet verder dan het schrijven van de prescriptie. Er is geen intentie om iemand te doden. Het is de patiënt die een bewuste beslissing om het medicijn te gebruiken, moet maken. Het voorschrijven van de medicijnen door de arts is een noodzakelijke conditie in het causale proces dat leidt tot de dood van de patiënt maar de beslissing van de arts is niet bepalende conditie voor de dood. De arts doodt de patiënt dus niet, en laat de patiënt ook niet sterven.

De arts speelt dus een rol in het stervensproces door de manier waarop de persoon sterft, maar de patiënt kan ook zonder hulp van de arts afscheid nemen van het leven maar dan niet door dodelijke medicijnen. De beslissing ligt bij de patiënt en de arts is dus niet verantwoordelijk.

HOOFDSTUK 4: 'LIJDEN AAN HET LEVEN' EN GEORGANISEERDE HULPVERLENING

Personen verkiezen een humane dood. Vaak denken ze daarbij ook aan de nabestaanden. Ze willen dat de nabestaanden afscheid kunnen nemen. Als je een humane dood wilt, dan heb je daar de hulp van de arts nodig omdat enkel de arts de sleutel van de medicijnkast bezit. Omdat personen die 'lijden aan het leven' ook vaak een verzoek indienen tot euthanasie of hulp bij zelfdoding ga ik na of 'lijden aan het leven' een plaats kan vinden binnen de euthanasiewet in België en in Nederland. Om aan de vereisten te voldoen moet het lijden ondraaglijk en uitzichtloos zijn. Vervolgens ga ik na wie het meest bekwaam is om de hulp te verlenen. Ik geef ook aan waarom ik een voorkeur heb voor hulp bij zelfdoding. De commissie dijkhuis heeft ook weergegeven hoe je het best omgaat met een verzoek tot hulp bij zelfdoding bij mensen die 'lijden aan het leven.'

Maar niet iedereen is voorstander van hulp bij zelfdoding bij mensen die 'lijden aan het leven.' Uit onderzoek blijkt dat er nog veel tegenstand is van de bevolking. Niet iedereen is het er ook mee eens dat het een arts moet zijn die de hulp moet verlenen. Er zijn dan ook veel argumenten tegen hulp bij zelfdoding verleend door een arts geuit vanuit verscheidene hoeken. De artsen hebben ook hun bedenkingen of zij de geschikte kandidaat zijn om hulp te verlenen. Ze vragen zich af of het geen probleem van de maatschappij is. Het laatste deel gaat daar dieper op in.

4.1 DE ARTS EN HET CONFLICT VAN PLICHTEN

Een arts mag, wanneer hij in contact komt met een patiënt die zich in een toestand bevindt van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, de patiënt dodelijke middelen toedienen of geven met de bedoeling een einde te maken aan het leven van de patiënt. De patiënt moet dit wel doelbewust herhaaldelijk vragen en wilsbekwaam zijn.

Euthanasie is mogelijk omdat de arts conflicterende plichten heeft. Enerzijds heeft de arts als taak het leven van de patiënt te behouden, maar anderzijds heeft hij de plicht om het lijden van de patiënt op diens verzoek te beëindigen. De plicht om het lijden van de patiënt op diens verzoek te beëindigen, weegt dan zwaarder dan de plicht om het leven van de patiënt te behouden. Dat komt omdat het vaak niet meer mogelijk is om de patiënt nog langere tijd in leven te houden. Er zijn geen alternatieve behandelingen meer beschikbaar en het lijden van de patiënt kan niet meer worden verlicht. Wanneer de arts wel nog alternatieve behandelingsmogelijkheden ziet, dan primeert de

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

plicht om het leven van de patiënt te behouden. Het is een taak enkel en alleen van de arts, omdat hij over de nodige medische kennis beslist om vast te stellen of de situatie ondraaglijk en uitzichtloos is en of geen andere behandelingen meer beschikbaar zijn. Een leek heeft dat inzicht niet.

Bij mensen die 'lijden aan het leven' is het moeilijk om na te gaan of er nog alternatieve behandelingsmogelijkheden zijn en of de problematiek binnen het medische domein valt. Een arts is niet geneigd om op het verzoek in te gaan. In het onderzoek van Van der Wal, van der Heide en Onwuteaka-Philipsen (2003 103) heeft slechts 3% van de geïnterviewde huisartsen had dit wel eens gedaan, maar niemand in de afgelopen twee jaar. Ruim 30% van de geïnterviewde verpleeg- en huisartsen had wel al een uitdrukkelijk verzoek gehad om hulp bij zelfdoding of euthanasie van een patiënt die volgens de huisarts niet leed aan een ernstige lichamelijke of psychische aandoening. 10% had een verzoek gehad de afgelopen twee jaar.

Levensmoeheid (Rurup 2005 When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or psychian assisted suicide: patient characteristics and the psychian's decision 158) is in één op zeven van de gevallen een belangrijke reden om euthanasie en hulp bij zelfdoding aan te vragen. Het kan samengaan met een ernstige ziekte, maar dat hoeft niet noodzakelijk. In geval van kanker wordt het verzoek zelden geweigerd door de dokter, slecht in 14% van de verzoeken was dat het geval. In meer dan de helft van de gevallen werd het geweigerd indien de patiënt aan een andere ernstige ziekte leed of niet aan een ernstige ziekte leed.

4.2 'LIJDEN AAN HET LEVEN' EN DE EUTHANASIEWET

4.2.1 België

Hulp bij zelfdoding is niet geregulariseerd in België. Herman Nys (2005) vindt het een gemiste kans dat het Belgische gerecht hulp bij zelfdoding niet heeft geregulariseerd.²¹ Hij vraagt zich af waarom

²¹ De meest waarschijnlijke verklaring voor de keuze door de wetgever heeft betrekking op de ideologisch-politieke context waarin het wetgevingsproces zich heeft afgespeeld. De sfeer tussen oppositie en meerderheid is in het begin van het parlementaire wetgevingsproces erg vijandig geweest. De voor- en tegenstanders van de wet aarzelen daarbij niet om elkaar uit te maken voor extremisten om aan politieke beeldvorming te doen. Zo kreeg de term hulp bij zelfdoding de betekenis van simpelweg doden van iemand op diens verzoek, zonder verdere voorwaarden. De juridisch-technische betekenis van het woord hulp bij zelfdoding het slechts gaat om het verschaffen van dodelijke middelen op verzoek van de patiënt, waarbij het

het grotere, euthanasie, geregulariseerd wordt en niet het mindere, namelijk hulp bij zelfdoding. De verschillen tussen beide zijn ook ethisch irrelevant. Hulp bij zelfdoding zou dan ook vanuit het standpunt van de autonomie van de patiënt de voorkeur moeten genieten boven euthanasie.

In de wet betreffende de euthanasie is hulp bij zelfdoding niet opgenomen. De Federale Controle- en Evaluatiecommissie heeft daar zelf een beslissing genomen. De arts moet iedere euthanasie die hij uitvoert melden aan die commissie. De Federale Controle- en Evaluatiecommissie vormt een buffer tussen de arts en het openbaar ministerie. De commissie gaat na of de arts aan voorwaarden heeft voldaan. Omdat de grens tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding zo dun is, worden ze dus op dezelfde manier behandeld door de commissie. De commissie laat het dus toe. Vaak heeft de arts wel een controle over het stervensproces, zelfs als de persoon het zelf uitvoert, want de arts is er bij en geeft ook de middelen. (Adams en Nys 2006 107-109)

Een verzoek tot euthanasie met als reden 'lijden aan het leven', mag niet worden ingewilligd omdat er geen ernstige aandoening aanwezig is. Euthanasie is bedoeld voor mensen die lijden aan een fysische ziekte of psychische stoornis. Nochtans wordt euthanasie het meest verzocht voor psychologische redenen zoals verlies van waardigheid, verslechtering en verlies van betekenis en niet voor fysische symptomen. (Rurup 2005 When being tired of living plays an important role in a request for euthanasia or psychian-assisted suicide: patient characteristics and the psychian's decision. 158)

In België kan er volgens de Wet betreffende de euthanasie²² sprake zijn van euthanasie als de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden bevindt dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd. Bij 'lijden aan het leven' is er geen sprake van een door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Het kan er wel mee verband houden, zoals chronische aandoeningen, maar het hoeft niet. 'Lijden aan het leven' valt dus niet onder de wet betreffende de euthanasie. Er wordt wel ruimte gemaakt voor psychisch lijden, maar mensen die 'lijden aan het leven' hoeven niet automatisch een psychische stoornis te hebben. De mensen die

onderscheid met euthanaserend handelen louter en alleen ligt in de wijze waarop de arts te werk gaat, was daardoor op een bepaald moment voor velen van geen betekenis meer. P. Vankrunkelsven zag het misverstand in maar het moment waarop de keuzes waren gemaakt was toen voorbij, en de goedkeuring van de wet mocht geen vertraging meer oplopen. Het is in de politiek vaak buitengewoonlijk moeilijk om eenmaal gemaakte keuzes ongedaan te maken.

(Adam en Nys: de Belgische euthanasiewet in een rechtsvergelijkend perspectief 40-41)

²² Zie bijlage 1

niet binnen afzienbare tijd zullen sterven zijn slechts een kleine minderheid, 7%, van de personen die euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgen²³. Iemand die als reden opgeeft 'lijden aan het leven' kan immers nog vele jaren leven. De arts gaat dan liever niet over tot handelen omdat er nog altijd een kans is dat de toestand kan veranderen.

De Belgische wet betreffende de euthanasie biedt weinig tot geen ruimte voor 'lijden aan het leven'. Als 'lijden aan het leven' in de wet betreffende de euthanasie een plaats zou krijgen, dan zou de wet moeten worden veranderd want deze vorm van lijden is niet de oorzaak van een ziekte of ongeval. De oorzaak van het lijden zou niet van belang mogen zijn. Er zou enkel sprake moeten zijn van aanhoudend en ondraaglijk lijden. Bij mensen die 'lijden aan het leven' neemt de kwaliteit van het leven af.

4.2.2 Nederland

In de Nederlandse wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (21 april 2001)²⁴ worden de zorgvuldigheidsvereisten anders geformuleerd. Daar staat onder de zorgvuldigheidsvereisten dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, alvorens over te overgaan tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Ook de andere eisen moeten worden vervuld. Er wordt dus niet bij vermeld dat het om een ziekte of stoornis moet gaan.

Deze zorgvuldigheidsvereiste bestaat dus uit twee elementen. (van Boven 2003) Als eerste moet de uitzichtloosheid van het lijden worden vastgesteld. Vaak wordt dat gezien als de objectieve component. De arts maakt een medisch oordeel over de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Hij bezit medische expertise om tot een prognose te komen. Op basis van de prognose kan de behandeling worden gestart. Maar soms is de ziekte te ernstig dat er geen behandelingen meer zijn. Als er geen behandelingen meer zijn voor de patiënt en geen uitzicht op genezing meer, dan kan men spreken van een uitzichtloos lijden. Daarnaast is vereist dat het lijden ondraaglijk is. Het is niet omdat er geen behandelingen meer voorhanden zijn, dat de patiënt ondraaglijk lijdt. Doordat het afhankelijk is van patiënt tot patiënt wordt de ondraaglijkheid van het lijden ook wel de subjectieve component genoemd. Enkel de patiënt kan beoordelen of een bepaalde vorm van lijden voor hem ondraaglijk is. De arts moet wel nagaan of er sprake is ondraaglijk lijden.

²³ Op basis van gegevens van de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie 2004-2005. P.15

²⁴ Zie bijlage 2 voor de volledige wet.

Dat er ruimte is voor interpretatie in de Nederlandse wet bewees Chabot, hij daagde de grenzen van de wet uit. In Nederland (Lips 2006) kwam de problematiek rond 'lijden aan het leven' naar voren nadat Boudewijn Chabot, een psychiater, hulp bij zelfdoding had verleend aan een vrouw zonder dat ze een somatische of psychische stoornis had. Dit gebeurde in 1991. Mevr. Boomsma was slechts 50 jaar toen ze vond dat ze klaar was met leven. Ze had een slecht huwelijk achter de rug en leefde voor haar twee zonen. Haar ene zoon pleegde suicide na een stukgelopen relatie terwijl hij in militaire dienst was en haar andere zoon stierf aan kanker. Mevr. Boomsma vond dat ze niets meer had om voor te leven en verlangde naar de dood, om begraven te worden tussen haar zonen. B. Chabot heeft haar geholpen met de dood.²⁵

Na de dood van de vrouw werd Chabot in staat van beschuldiging gesteld op verdenking van moord, maar de Hoge Raad gaf hem geen strafvervolgning. De uitspraak van de Hoge Raad was ook van belang. Daar geven ze aan dat de oorzaak van het lijden in geval van hulp bij zelfdoding, in beginsel niet van belang is. De Hoge Raad behandelde Mevr. Boomsma als een persoon die leed aan een psychische stoornis. Chabot had wel benadrukt er geen psychische stoornis aanwezig was. De vraag of 'lijden aan het leven' nu ook kon worden ingelost onder de vorm van euthanasie of hulp bij zelfdoding, liet de Hoge Raad open.

Eind 2002 herzag de Hoge Raad haar mening. Oud-senator Brongersma was levensmoe en had een sterk verlangen naar de dood. Een arts, Philip Sutorius, had hem geholpen bij het beëindigen van zijn leven.

De Hoge Raad oordeelde dat de arts zijn hulp niet had mogen verlenen bij de zelfdoding. De Hoge Raad erkende wel dat Brongersma onderhevig was aan lijden. Voor de raad moest er echter een medisch classificeerbare lichamelijk of psychische aandoening of ziekte aan het lijden ten grondslag liggen en dat was niet het geval. Dus volgens de wet was er geen plaats voor hulp bij zelfdoding in het geval Brongersma.

Met deze uitspraak is weer een grote leemte ontstaan rond de vraag 'wat te doen met mensen die lijden aan het leven.'

De vraag werd dus geweigerd omdat het buiten het veld van deskundigheid ligt van de arts. Artsen zijn niet kundig wat betreft existentieel lijden. Ze zijn er niet in gespecialiseerd en hebben er geen bijzondere kennis over. Levenslijden is dan ook geen legitimering voor hulp bij zelfdoding.

²⁵ In het boek Zelf Beschikt (1993) geeft Chabot de gesprekken weer die hij heeft gehad met Netty Boomsma. De gesprekken worden aangevuld met brieven van Netty die haar keuze voor de dood uitlegt en de overwegingen van Chabot. Het materiaal beslaat de periode van 13 juli tot 28 september 1991.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn een privilege van de arts, enkel hij kan het toepassen. Hoewel het buiten zijn veld van expertise ligt, vragen mensen toch euthanasie en hulp bij zelfdoding aan omdat ze 'lijden aan het leven.'

Het medische domein is ook niet zo duidelijk afgebakend. (Huxtable en Möller 2007) Sommige beweren dat levensmoeheid niet binnen het medische domein valt, en dat dus geen dokter moet zijn die de verplichting van welzijn vervult. Het medische domein beperkt zich niet enkel tot het behandelbare. Zo zijn er ook verschillende familiepraktijken die gemedicaliseerd zijn en geen duidelijke connectie hebben met een ziekte zoals geassisteerde conceptie en cosmetische chirurgie.

Door de ijl gedefinieerde grenzen van geneeskunde kan men niet uitsluiten dat levensmoeheid een zaak is voor dokters.

Huxtable en Möller tonen aan dat er geen 'principled boundary' bestaat die mensen die 'lijden aan het leven' of 'life fatigue' uitsluit van de euthanasiewet (2007). De Haan argumenteert dat in samenspraak met de twee ethische principes om vrijwillige euthanasie te rechtvaardigen, namelijk het principe van respect voor de autonomie en dat van welzijn. Autonomie focust zich exclusief op het verzoek van het individu. Het principe van het welzijn houdt in dat de arts de plicht heeft te handelen in het belang van de patiënt. Euthanasie is volgens dat standpunt gerechtvaardigd wanneer de autonome patiënt een verzoek uit en doordat zijn lijden ondragelijk en hopeloos is en euthanasie zo in zijn belang is. Het is ver van zeker dat we de autonome doodswens van een individu die levensmoe is moeten respecteren en het is nog minder zeker dat 'lijden aan het leven' voldoende is om de welzinsplicht tot doden te activeren. Daardoor kwam de verdediging naar voor met een 'principled boundary' zodat levensmoeheid geen valide basis heeft voor euthanasie. Huxtable en Möller argumenteren dat een dergelijke grens niet mogelijk is.

Mr. Brongersma zijn verzoek was een autonoom verzoek, met het principe van autonomie wordt dus rekening gehouden. We moeten wel iedereen zijn autonomie respecteren, ook de autonomie van personen die assisteren in de dood. Ook de arts handelde autonoom, hij heeft niet verkeerd gehandeld.

Als er ook rekening wordt gehouden met het principe van welzijn, wordt gesuggereerd dat levensmoeheid in principe de lijdensconditie kan voldoen en euthanasie kan hierop een antwoord zijn. Lijden is niet enkel het gevolg van een ziekte, lijden zelf is geen medische term, en hoewel ziekte een significante oorzaak is, mag er toch geen monopolie zijn.

De Nederlandse wet betreffende de levensbeëindiging biedt dus meer mogelijkheden om 'lijden aan het leven' in te lossen. Als de arts zich bekwaamd heeft op het gebied van lijden aan het leven en als de mate van lijden geobjectiveerd kan worden, zou de problematiek van 'lijden aan het leven' ook mogelijk zijn. De arts vertoont dan deskundigheid in de problematiek.

Soms is het lijden ook niet goed te categoriseren. Vaak is er ook een combinatie van soorten lijden aanwezig. Iemand die somatisch lijdt, kan daar ook psychisch vanaf zien. Er kunnen ook mensen zijn die een ziekte hebben maar niet lijden. Veel hangt af van de persoon die de arts voor zich heeft. Naast het psychische en somatische lijden, kan je dus ook existentieel lijden. De oorzaak van het lijden is wel vaak grotendeels te categoriseren.

Hoewel het existentiële lijden moeilijk is in te schatten, gaat de Nederlandse wet er wel van uit dat een persoon existentieel kan lijden, want de Hoge Raad erkent dat er een lijden aanwezig is bij Mr. Brongersma.

4.3 ONDRAAGLIJK EN UITZICHTLOOS LIJDEN?

Ik ga nog of 'lijden aan het leven' aan deze twee voorwaarden kan voldoen. Als het lijden als zodanig is erkend, kunnen mensen die 'lijden aan het leven' ook een verzoek indienen voor hulp bij zelfdoding.

4.3.1 Ondraaglijkheid vaststellen.

Taxatie van het lijden van de patiënt is belangrijk. Maar de vraag stelt zich of het lijden wel te taxeren is. Sommigen gaan er van uit dat het voldoende is als de patiënt zegt dat er sprake is van ondraaglijk lijden, want het past niet voor de arts of anderen om daar een opvatting over te uiten. Maar deze redenering kan nog bij weinig artsen op enthousiasme rekenen (Verslag commissie Dijkhuis 2004 20).

Volgens KNMG is een zekere mate van subjectiviteit onvermijdelijk bij de taxatie van het lijden. Zoals hierboven vermeld bestaat de vereiste uit twee elementen, namelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De ondraaglijkheid van het lijden is subjectief. Dat ligt aan de grote verschillen in de pijndrempel. Daarnaast is ook de draagkracht van de patiënt en diens houding ten opzichte van het levenseinde van belang. Ondanks deze subjectiviteit zijn er in de taxatie van ondraaglijkheid wel professionele en objectiveerbare elementen aanwezig. Mede gemeten aan de professionele ervaring van de arts kan de ondraaglijkheid voelbaar zijn. In dat verband wordt er ook verwezen naar intersubjectiviteit (Verslag commissie Dijkhuis 2004 21). Volgens Henri Wijsbek (2003 325) gaan we er intuïtief van uit dat het perspectief voor een persoon volledig doorzichtig is voor het subject zelf en ontoegankelijk voor alle anderen. Maar we zijn niet volledig ontoegankelijk voor

anderen. H. Wijsbek (2003 329) wijst op het feit dat er nog een ander subjectief perspectief bestaat, namelijk het vermogen om soorten ervaringen te hebben. Het is mogelijk om het innerlijke van anderen tot op een zekere hoogte te kennen. De pijn en andere ervaringen voelen is niet mogelijk. Maar het is ook helemaal niet nodig om de pijn te kunnen voorstellen. Het feit dat het uw ervaringen zijn, vormt geen onoverkomelijk obstakel om er een voorstelling van te kunnen maken.²⁶ Zolang je pijnreceptoren werken en je emotionele leven niet volkomen abnormaal is, kan je een voorstelling maken van een ongeluk zonder daadwerkelijk een ongeluk te hebben. Die derdepersoon toegankelijkheid betekent uiteraard niet dat iemand daadwerkelijk de ervaringen kan hebben; ervaringen worden door het brein gemaakt en alleen het subject zelf staat in juiste relatie tot zijn brein om de ervaringen te hebben die zijn brein voor hem maakt. Het is belangrijk om in te zien dat een adequate representatie van andermans innerlijk meer moet zijn dan alleen een neutrale voorstelling van zaken.

Henri Wijsbek (2003 341-342) past dat toe op de arts. Een - met een normale aanleg- begiftigde arts die, naast zijn medisch-professionele kennis, weet heeft van wat in onze samenleving waardevol is en bijgevolg welk verlies ondraaglijk kan zijn, en die zich op de hoogte heeft gesteld van relevante gegevens uit de biografie van zijn patiënt, kan redelijk inschatten of de persoon lijdt of niet. Daarnaast moet de arts ook nagaan of de patiënt ondraaglijk lijdt, hij moet dus nagaan of het lijden aan een norm voldoet die wij ,als politieke gemeenschap, hebben vastgesteld, of aan het vaststellen zijn.

Maar het is ook een illusie om te denken dat we volledig inzicht hebben in onszelf.(Wijsbek 2003 333-334) We zijn niet zo doorzichtig voor onszelf. Soms weet een persoon niet waarom hij iets doet. Wijsbek vindt dan ook de introspectie onbetrouwbaar. Onderzoek van Nisbett en Wilson (1977) staven de bewering. Uit onderzoek bij jongeren bleek dat de jongeren van mening waren veranderd na een groepsgesprek over verplichte integratie, waarin één ingewijde die van tevoren ingestudeerde argumenten fel de tegenovergestelde mening verdedigde. De jongeren waren er van overtuigd dat ze altijd al de mening hadden die ze momenteel hebben, zelfs na confrontatie met de mening van het vorige gesprek.²⁷

²⁶ Wijsbek denkt hierbij aan de ervaring van een auto-ongeval. Je hoeft niet zelf een auto-ongeluk te hebben gehad om te begrijpen hoe vreselijk het moet zijn als je zoiets overkomt

²⁷ Niemand gaf aan dat de discussie van invloed was geweest op zijn meningsvorming. Niemand was er zich van bewust dat hij van mening was veranderd. Ze maakten iets heel mooi van hun mening. Ze leveren bewijsmateriaal voor de stelling dat mensen zich niet bewust zijn van hun motivatie, gedrag en attitude, wat wel belangrijke zaken zijn.

Dat subjectieve elementen een rol spelen, is geen probleem voor de beroepsgroep. Zelfs als het lijden ontstaan is uit een medisch geclassificeerde aandoening of ziekte, dan nog is de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden subjectief en is het niet binnen een strikt medisch-professioneel kader te houden. Enkel de ontwikkeling en uitbouw van een onderbouwd proces van weging wordt in het algemeen als het maximaal haalbare en nastreefbare beschouwd (verslag commissie Dijkhuis 2004 21). De complexiteit en de ingewikkelde natuur van de menselijke ervaring maken volgens Kimsma (2006 3) de beoordeling van ondraaglijk lijden gecompliceerd. Wat mensen ervaren en wat zij vinden dat ondraaglijk is, is niet enkel pijn maar pijn die is gevormd door hun karakter en biografie. De moeilijkheid voor de arts is om deze complexiteit te vatten en te begrijpen waarom de patiënt zijn ervaringen leiden tot een verzoek van hulp bij zelfdoding. Elk oordeel vormt een delicate reis om de gedachten van het individu te exploreren en te respecteren en om te begrijpen waarom de totaliteit van de symptomen resulteren in de overtuiging dat het leven betekenisloos is en het verlengen onwenselijk is. Betekenisloosheid heeft de neiging om een finale persoonlijke beoordeling te worden die leidt tot de beslissing dat 'genoeg is genoeg'²⁸

Kimsma (Verslag commissie Dijkhuis 2004 21) ontwikkelde een schema voor de beoordeling van het lijden. Het is zinvol een inventaris te maken van de verschillende aandachtspunten om een overzicht te krijgen op de verschillende aspecten van het lijden. Het toekomstige en actuele lijden worden er in opgenomen, naast het lijden en de persoonlijkheid, de biografie van de patiënt en de omgevingsfactoren. Het zijn factoren die van invloed zijn op de situatie van de patiënt, diens perceptie van de situatie en op de mogelijkheden om dat nog te kunnen beïnvloeden. Op basis van het schema zou de arts tot een beter inzicht komen in de situatie van de patiënt. Dat schema zou men ook kunnen hanteren bij de beoordeling van 'lijden aan het leven'.

4.3.2 Uitzichtloosheid vaststellen.

Bij mensen die 'lijden aan het leven' is er objectief niets vast te stellen. De arts kan de uitzichtloosheid van het lijden dus moeilijk inschatten. De kennis op dat vlak reikt ook niet ver zodat de arts niet goed weet wat hij in die omstandigheden moet doen. De arts kan dus ook geen verklaring geven voor de behandelingen die hij voorstelt aan de patiënt en het is moeilijk in te schatten welke opties zouden moeten worden uitgetoet. Er is geen duidelijk aanwezige behandel- en zorgperspectief voor de patiënt.

²⁸ Kimsma zelf zou ook niet participeren in een verzoek tot euthanasie om existentiële redenen. De beslissing valt buiten het medische terrein. Als filosoof kan hij er wel inkomen dat zelfdoding voor existentiële redenen aanvaardbaar moet zijn. Hij gaf wel informatie aan een patiënt over zelfdoding.

Omdat er geen plan of wetenschappelijk onderzoek is naar wat de arts moet doen in het geval hij te maken krijgt met de problematiek van 'lijden aan het leven', is het toch redelijk dat de arts nog een behandelingsoptie wil overwegen. Zo kan hij nagaan of de situatie van de patiënt echt onomkeerbaar is. Het voorstel moet wel redelijk en proportioneel zijn. Het moet dus passen bij de persoonlijkheid en voorgeschiedenis van de patiënt en een redelijke inspanning vergen en een overzienbare termijn hebben.²⁹

De commissie Dijkhuis is van mening dat er wel een redelijk onderbouwd oordeel mogelijk is, gebaseerd op persoonlijke omstandigheden van de patiënt, om na te gaan of de situatie uitzichtloos is of niet.

Volgens Goud (1995) zal iedere rationele en neutrale bepaling van de waarde of kwaliteit van het menselijk leven controversieel blijven. Als je de kwaliteit van het leven gaat rationaliseren vanuit een ander standpunt, dan dreigt er een gevaar. Vroegere Duitse experimenten met euthanasie kunnen ons op dat vlak veel leren. De artsen in WOII beslisten zelf van wie het leven nog kwaliteitvol was. Personen die niet voldoen aan deze vereisten werden op grote schaal gedood. Nu lijkt dat, zeker met de wetgeving, niet meer mogelijk. Maar het debat rond euthanasie eind de 19^e eeuw startte in een sfeer van optimistische redelijkheid en mensenliefde. Er is dus gevaar voor een hellend vlak. Wat zich in de publieke sfeer afspeelt heeft ook invloed op de private sfeer. De opinies van de omgeving, net als het verzoek van de patiënt, het beoordelingsvermogen van de arts en de opinies van de omgeving zijn manipuleerbaar.

Dhr. Admiraal weet na zijn lange carrière nog altijd niet hoe hij uitzichtloos en ondraaglijk lijden moet omschrijven. Ten eerste is lijden zeer subjectief en onmogelijk objectief te meten, ondanks de goede ontwikkeling van allerlei verfijnde pijnschalen. Ten tweede kan er soms sprake zijn van meerdere en soms conflicterende pijnidiomen. Tenslotte blijven pijn en lijden privé. (Driessen 2002 158) Via taal evolueert pijn van een privé tot een sociaal gegeven en via sociaal handelen wordt de subjectief ervaren pijn omgevormd tot echte pijn. (Driessen 2002 44) Maar woorden schieten vaak te kort. Vaak is het moeilijk om uit te leggen hoe het lijden aanvoelt of hoe de persoon het lijden ervaart.

²⁹ Zie daarvoor ook het artikel 'lijden aan het leven los je niet op met een potje koffie' door John Baars Relevant 4, 2005 p. 10-13

4.4 WIE MOET HULP VERLENEN?

Als 'lijden aan het leven' wordt erkend, dan komt de vraag wie de hulp moet verlenen? Het valt niet strikt onder de deskundigheid van de arts. De commissie Dijkhuis onderscheidt vier verschillende benaderingswijzen en daarmee samenhangende antwoorden ten aanzien van de vraag hoe als arts om te gaan met patiënten die een verzoek doen tot hulp bij levensbeëindiging wegens 'lijden aan het leven' (Verslag commissie Dijkhuis 2004 39-40)

De eerste opvatting stelt een strakke begrenzing van het medisch-professioneel domein van de arts voor.

Het wetenschappelijk medisch onderbouwd inzicht is beperkt tot situaties waarin er sprake is van een classificeerbare somatische of psychische aandoening.

Rond 'lijden aan het leven' zijn er te weinig empirische gegevens beschikbaar om te kunnen spreken van wetenschappelijk onderbouwd medisch inzicht. Die situaties kunnen dus niet per definitie onder het medisch-professioneel domein van de arts vallen.

De tweede opvatting stelt een ruimer, maar niet onbegrensd medisch-professioneel domein voor de arts voor.

Bij de afgrenzing van het medisch-professioneel domein van de arts moet met meerdere factoren rekening worden gehouden, waaronder de mogelijkheden tot objectiviteit in de onderbouwing van het handelen en beoordelingen door artsen, maar ook met de door opleiding, ervaring en werkomgeving verworven bekwaamheden op bepaalde gebieden. Op grond van variaties kunnen daarin aanzienlijke verschillen ontstaan tussen verschillende groepen artsen. 'Het deskundigheidsgebied' van de arts bestaat dus niet. De ene arts komt al meer in aanraking en heeft meer ervaring met situaties waarin mensen 'lijden aan het leven'. Daarom hoeft het niet onmiddellijk buiten het medisch-professioneel domein worden geplaatst.

De derde opvatting stelt een domein voor dat gedeeld wordt door meerdere professionele hulpverleners.

De problematiek van 'lijden aan het leven' is voor sommige zodanig specifiek dat er een specifieke deskundigheid nodig is die niet exclusief op het terrein van artsen ligt. De betrokkenheid van meerdere deskundigen vanuit meerdere deskundigheidsgebieden is noodzakelijk om tot een verantwoorde handelswijze te komen. Er wordt dus geijverd voor een mogelijkheid tot het verlenen van hulp bij zelfdoding door andere professionele hulpverleners dan artsen op voorwaarde dat zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Er kan daarbij ook gedacht worden aan de toekenning van de eindverantwoordelijkheid aan een multidisciplinair samengesteld team.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

De laatste opvatting stelt dat hulp bij zelfdoding hoort buiten de medische sfeer. Er zou een onbepaalde ruimte moeten worden voorzien om op verzoek hulp bij zelfdoding te verlenen.

Ik ben voorstander van de derde opvatting. 'Lijden aan het leven' is geen eenduidige problematiek. Verschillende deskundigen kunnen het gebied beter belichten dan een arts. De arts is wel noodzakelijk in het oordelen over de medische toestand van de persoon. Hij kan eventuele behandelingen voorstellen aan de persoon als de oorzaak 'lijden aan het leven' is. Sommige personen lijden, maar weten niet hoe het komt. Medicijnen kunnen het lijden misschien nog verlichten voor de persoon. Soms zijn personen al geholpen als hun angst vermindert of als ze goed slapen. De arts heeft echter niet de deskundigheid die een psychiater of psycholoog beschikt. Die kan vaststellen of er geen psychische stoornis de oorzaak is. Zeker personen die lijden aan een depressie ontzien vaak het leven en hebben een doodswens. Een depressie is te behandelen dus deze personen hebben nog baat bij een behandeling. Een tweede perspectief kan dus meer inzicht bieden in de problemen van een persoon. Er kunnen misverstanden worden weggewerkt. Iemand die vaak met lijden wordt geconfronteerd, zoals een zingevingsdeskundige, zou ook een bijdrage kunnen leveren in de beoordeling van de patiënt. Een arts is nogal vaak op de technische en biologische kennis gericht, want dat is zijn veld van expertise. Maar lijden gaat verder dan dat. Het perspectief van de zingevingsdeskundige zou verruimend werken.

Het voordeel van de arts is dat hij zeer toegankelijk is. Hij neemt ook de functie van vertrouwenspersoon steeds meer op zich. Steeds meer mensen richten zich tot de arts met problemen die zich ook buiten het medische veld bevinden. Maar als mensen existentiële problemen hebben, kunnen ze ook terecht bij de morele dienstverlening.

Verschillende deskundigen fungeren als vertrouwenspersoon. We gaan er van uit dat mensen communicatief vaardig genoeg zijn om hun wens uit te drukken. Dat is niet bij iedereen het geval. Mensen gaan vlugger hun wens uiten als ze zich comfortabel voelen bij de persoon en als ze de indruk hebben dat ze bij de persoon terecht kunnen met hun vraag. Een arts die zich ongemakkelijk voelt bij het onderwerp, kan de verwijzingen naar het stellen van het verzoek ontwijken. Andere deskundigen komen meer in contact met problemen en de dood en zullen er ook meer voor openstaan en luisteren naar de cliënt.

Doordat de arts nog een belangrijke spil is en in contact komt met de patiënt, kan hij nog altijd de dodelijke medicijnen voorschrijven. Als enkel de arts de middelen kan voorschrijven, dan heb je wel de toestemming nodig van de arts. Als andere deskundigen het eens zijn met de beslissing van de patiënt en de arts niet, dan kan de persoon nog altijd niet worden geholpen. De wetgeving zou dan wel moeten worden verruimd zodat niet enkel de arts nog over de sleutel van de medicijnkast zou beschikken. Als je de sleutel ook in handen geeft van andere professionele mensen, denk ik dat er

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

weinig misbruik zal voorkomen als er verschillende voorwaarden worden ingevoerd die gelijkaardig zijn aan die van de euthanasiewet. De deskundige die geen arts is, kan ook enkel de dodelijke middelen voorschrijven, hij is niet bekwaam om andere pillen voor te schrijven voor een behandeling. Op die manier is de patiënt niet enkel afhankelijk van de arts, maar moet hij wel door een controle van deskundigen.

De commissie Dijkhuis is voorstander van de tweede opvatting (Verslag commissie Dijkhuis 2004 40-41). Het is praktisch meer haalbaar doordat de wet dan niet moet worden veranderd³⁰. In deze visie kan enkel de arts kan hulp verlenen bij zelfdoding. De bron van het lijden is niet bepalend voor de mate waarin het lijden door de patiënt wordt ervaren.

Volgens Nico Mensing van Charante³¹ is het KNMG nog niet klaar voor een uitbereiding van de wet. Bij zijn weten is er niets met het rapport gebeurd. De conclusie van de commissie Dijkhuis heeft niets veranderd, ze hebben het rapport naast zich neergelegd. Hij heeft er dan ook niets meer van gehoord (2005).

Als je de eerste opvatting volgt, dan lost je de problemen niet op die zich in de praktijk stellen. De artsen kunnen ook een degelijke kennis hebben van het lijden van de patiënt. Als de arts vaak met de problematiek wordt geconfronteerd, dan beschikt hij ook over veel deskundigheid op het gebied. Die deskundigheid kan natuurlijk wel nog worden uitgebouwd. Deskundigheid op het gebied zal geen gemakkelijke opgave zijn, maar mag niet op voorhand worden uitgesloten. Niet iedere arts is er van overtuigd dat lijden aan het leven vanzelfsprekend tot zijn verantwoordelijkheid behoort. Niet elke arts heeft dezelfde taakopvatting en ervaring van de arts. De arts zou dan ook over een keuzevrijheid moeten beschikken over de mate hij zich met deze hulpvraag wil inlaten. Bij euthanasie heeft de arts in België ook het recht om te weigeren in te gaan op een verzoek voor euthanasie.

Soms verwoorden mensen een stervenswens, maar dringen ze daar niet op aan. Ze blijven wachten op de natuurlijke dood. Dat komt door de tijdsgeest. Mensen die nu op een leeftijd zijn gekomen waar ze klaar zijn met leven, zijn opgegroeid in een maatschappij waar de dokter het voor het zeggen had en de patiënt niet veel inbreng had. Doordat de patiënt zich nu steeds meer bewust is van zijn autonomie en ook mondiger is, is het waarschijnlijk dat artsen steeds meer de vraag om hulp bij levenseinde in het geval van lijden aan het leven zullen krijgen.

³⁰Jef Gevers spreekt hier over kiezen voor evolutie in plaats van revolutie (Swenne 2006)

³¹ Hij was lid van de commissie-dijkhuis en SCEN-arts.

4.5 EEN VOORKEUR VOOR HULP BIJ ZELFDODING

In landen waar het toegelaten is, zoals in Nederland, blijkt uit cijfers dat er veel meer euthanasie wordt gepleegd dan hulp bij zelfdoding wordt verleend³². (Griffiths 2003)

Hulp bij zelfdoding in alle levensbeëindigende handelingen op verzoek ligt op het niveau van ongeveer 10%. Griffiths verklaart de voorkeur voor euthanasie doordat de patiënten kiezen voor euthanasie, en niet de artsen. Maar als de arts zelf een voorkeur heeft voor hulp bij zelfdoding, dan zou hij de patiënt wel kunnen overtuigen of als enige aangewezen methode naar voor schuiven. De keuze ligt dus wel bij de arts. Een speculatie is dat artsen zelfdoding associëren met zelfmoord en zelfmoord met psychiatrische stoornissen. Het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging heeft niets met dergelijke stoornis te maken. Door euthanasie uit te voeren stellen ze een handelswijze waarbij die associatie niet aan de orde is.

In de vroege jaren van de ontwikkeling van de euthanasiepraktijk werden Nederlandse artsen gesteund door invloedrijke organisatie. Hulp bij zelfdoding werd in Nederland pas ook in 1984 erkend als volwaardig initiatief door KNMG.

De legalisering werd ook benaderd in termen van bevoegdheid van de arts en niet in termen van de rechten van de patiënt. Euthanasie is geen recht van de patiënt. De arts moet instemmen met de euthanasie. Misschien ligt het voor vele artsen in de rede, als men eenmaal de beslissing heeft genomen levensbeëindigend te handelen, deze beslissing zelf uit te voeren. Daarnaast kunnen er ook redenen zijn van praktische aard. Zo kan euthanasie gedaan worden met middelen die zeer snel werken, zodat het stervensproces binnen enkele minuten afgelopen is en de aanwezigheidsplicht van de arts minder zwaar weegt. Het hele proces is ook door de arts beter onder regie te houden.

De risico's die volgens sommige kleven aan hulp bij zelfdoding zouden ook een verklaring kunnen zijn. Maar dat heeft voornamelijk betrekking op hulp bij zelfdoding buiten aanwezigheid van de arts, hetgeen in Nederland niet is toegestaan. Het blijft dus een raadsel waarom Nederlandse artsen een dergelijke voorkeur voor euthanasie hebben. Het is nog raadselachtiger dat de voorkeur in de loop der jaren alsmat sterker is geworden.

Er zijn nochtans overwegingen die pleiten voor een andere keuze. De legalisering van euthanasie wijkt sterker af van het recht in andere landen dan legalisering van hulp bij zelfdoding. Bij hulp bij

³² De commissies ontvingen in 2006 1923 meldingen. In 1765 gevallen was er sprake van euthanasie, in 132 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 26 gevallen was er sprake van een combinatie van beide. (regionale toetsingscommissie euthanasie: jaarverslag 2006)

zelfdoding draagt de patiënt de morele verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zijn eigen beslissing. Het geeft blijk van een krachtiger en oprechter doodswil. Het blijft niet beperkt tot enkel verzoeken van de middelen.

De ernst en de autonomie van de doodswil van de patiënt wordt beter gewaarborgd als de patiënt verantwoordelijkheid moet nemen voor de uitvoering van zijn beslissing.

Soms worden de middelen niet ingenomen en gaat het slechts om het sterven te kunnen beheersen, de zekerheid hebben dat de controle op de situatie niet wordt verloren. Dat kan voor de patiënt voldoende geruststellend zijn waardoor hij de kracht herwint om door te blijven leven.

Bij hulp bij zelfdoding weegt het zelfbeschikkingsrecht zwaarder dan de barmhartigheid. De arts is dan ook meer de sleutelbewaarder dan de weldoener die medeverantwoordelijk is voor de genomen beslissing.

De KNMG is ook een voorstander van hulp bij zelfdoding. De KNMG beveelt artsen aan om, als in het individuele geval, een keuze feitelijk mogelijk is het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding, te opteren voor hulp bij zelfdoding. Bij die vorm wordt het best tot uitdrukking gebracht wat de verantwoordelijkheid en rol van de patiënt zelf is." (Federatiebestuur KNMG 2003 4)

Indien mensen niet binnen afzienbare tijd zullen sterven, dan lijkt hulp bij zelfdoding de meer aangewezen handwijze. Er is minder kans op bedrog bij hulp bij zelfdoding bij het melden van de doodsoorzaak. Vaak wordt euthanasie nog onder de mom van pijnbestrijding en dus als natuurlijke dood opgegeven. Dat kan niet meer het geval zijn bij hulp bij zelfdoding. Er is daar geen grijze zone. Griffiths schuift ook naar voor dat er een moreel verschil is tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hulp bij zelfdoding zou daarbij moreel minder problematisch zijn. Hij pleit dan ook om hulp bij zelfdoding uit het strafrecht te halen.

4.6 OMGANG MET EEN VERZOEK OM LEVENSBEËINDIGING WEGENS 'LIJDEN AAN HET LEVEN'

Omdat het deels subjectief blijft, pleit de commissie Dijkhuis voor zorgvuldigheid in omgang met een verzoek tot levensbeëindiging wegens 'lijden aan het leven' (12-13).

In een eerste fase zouden de mogelijkheden worden bekeken om de levensomstandigheden van de patiënt of diens emotionele beleving van de situatie in positieve zin te beïnvloeden. Pas na afronding van fase één kan er geconcludeerd worden dat er geen mogelijkheid meer is tot

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

verandering kan men overgaan tot de tweede fase. Als de patiënt kans ziet op verbetering, wil hij ook wel lijden.

De tweede fase houdt in dat er onderzocht wordt of er voldoende redenen zijn voor de arts om de gevraagde hulp bij levensbeëindiging te verlenen. Als de eerste fase is voldaan, betekent dat niet dat de arts de hulp zal verlenen, wat duidelijk gecommuniceerd moet worden naar de patiënt. Door een goede communicatie tussen de arts en patiënt kunnen veel misverstanden worden opgelost. Op het eind van de tweede fase wordt dan de conclusie getrokken of het lijden uitzichtloos en ondraaglijk is.

Artsen die euthanasie of hulp bij zelfdoding verstrekken gaan niet uitsluitend rationeel te werk. Dat lijkt uit hun eigen verslagen over hun gemoedstoestand. Zonder uitzondering benadrukken hoezeer ze innerlijk met de vraag om stervenshulp hebben geworsteld. Dat is positief want zal de arts dat niet op grote schaal uitvoeren en zorgvuldig handelen. Maar dat ze ermee worstelen, wil ook zeggen dat het toch wel wat doet met de arts en dat ze daardoor een deel van hun professionaliteit kunnen verliezen. Het is een emotionele weg. De arts wil goed doen. Hij wil 'helpen'. Hij moet zich gevoelsmatig opstellen, weliswaar zonder teveel medelijden, want dat doet teniet aan zijn professionaliteit. Medelijden als beroepsmatig richtsnoer impliceert dat men over het lijden kan oordelen. Ze moeten afstand doen van hun grootsheidsfantasieën³³ (Koerselman 1995)

4.7 TEGENSTAND VAN DE BEVOLKING

In 2001 voerden Margo Trappenburg en Joop van Holsteyn (9-13) een onderzoek naar de publieke opinie over levensbeëindigend handelen. Vaak verandert er iets in de praktijk als er een publiek debat ontstaat die achter het voorstel staat. Zo kwamen ze tot de vaststelling dat de publieke opinie vindt dat ongelukkig zijn of wanhopig zijn geen redenen zijn om hulp bij zelfdoding te verlenen. De persoon in de casus was extreem ongelukkig. Een meerderheid van 72% is er het niet mee eens dat de arts de middelen gaf omdat de persoon ongelukkig was. Dat cijfer liep zelfs op tot

³³ Arendt vindt dat medelijden hoort tot de privé-sfeer. Enkel met mensen wie je goed kent kan je mee-lijden. Wanneer dat gebruikt wordt in de politiek, groepen of niet-persoonlijke relaties, verwordt het tot medelijdendheid. In dit sentiment vermengt de oorspronkelijke hartstocht zich met machtgevoelens en exhibitionisme. Je moet het gevaar kunnen zien van de verlokking van de macht om er tegenstand tegen te bieden.

90% in het geval waar het publiek antwoord gaf op het particuliere oordeel. Zelfs het herhaaldelijk vragen is geen voldoende reden om de hulp te verlenen. Mensen zien de persoon niet als echt ziek. Maar daarnaast heb je nog mensen die niet extreem ongelukkig zijn maar vinden dat het leven genoeg is geweest. De onderzoekers stelden een casus op, gebaseerd op de Brongersma zaak en vroegen het publiek opnieuw of ze het eens of oneens zijn met de stelling. De grote meerderheid is het oneens met de arts die de pillen verstrekt omdat de patiënt niet ziek is. Het feit dat de persoon zelf de pillen vroeg, veranderde niets aan de zaak. Ze voelen misschien wel medelijden maar vinden het geen voldoende reden. De publieke opinie geeft weer dat ze ook een sterke lijn trekken tussen wat toelaatbaar is en wat niet op het vlak van euthanasie. Euthanasie is een privilege voor mensen die ondraaglijk lijden aan een medische ziekte.

Ook Willem Jan Otten (1995, 68) is een tegenstander van hulp bij zelfdoding. Hij vindt het een illusie dat de dood een uitweg kan zijn voor problemen. Door de uitspraak van de Hoge Raad is het vanzelfsprekender geworden voor mensen om voor anderen te gaan bepalen of ze mogen leven of niet. De dood als oplossing voor een tragedie moet dan ook te allen tijde bestreden worden.

Ook Koen Raes (2001) stelt vast dat er grenzen worden getrokken op grond van de motieven die tot zelfbeschikking inspireren. Psychisch, emotioneel of existentieel lijden wekt nog vaak gevoelens van afwijzing op. De oorzaak ligt volgens Koen Raes in het onbegrip dat mensen hun leven geen zin meer kunnen geven. Anderzijds omdat hier verantwoordelijkheden van anderen en van de samenleving in haar geheel aan de orde zijn. De stervenswens roept eerder vragen op waarbij ook 'de anderen' betrokken worden. De redenen om zelfdodingen uit te voeren, worden ook als vermijdbaar gezien, indien men tijdig had kunnen ingrijpen om die problemen te verhelpen. Durkheim had al door dat een beslissing tot zelfdoding in sterke mate werd bepaald door sociologische determinanten.

4.8 ARGUMENTEN TEGEN HULP BIJ ZELFDODING VERLEEND DOOR EEN ARTS.

Volgens de commissie Dijkhuis werd de hulp best verleend door een arts. Maar niet iedereen is voorstander van hulp bij zelfdoding verleend door een arts. Verschillende argumenten werden geuit tegen hulp bij zelfdoding verleend door de arts. J.M Dieterle heeft de argumenten tegen hulp bij zelfdoding verleend door de arts geformuleerd in het artikel psychian Assisted Suicide: a new look at the arguments. (2007)

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

4.8.1 Consequentialistische argumenten

Argument 1: het slippery slope argument

Het is een argument dat vaak wordt aangehaald om euthanasie en hulp bij zelfdoding te verhinderen. Het gaat er van uit dat eenmaal euthanasie toegelaten is op verzoek, het zou leiden tot onvrijwillige euthanasie als een deel van het publieke beleid.

Maar door voorwaarden in de euthanasiewet in te bouwen waar de patiënt en de arts aan moeten voldoen zorgt dit ervoor dat er geen misbruik van wordt gemaakt. Niets in de praktijk wijst op het feit dat er nu meer misbruik wordt gemaakt. De wet zal geen onvrijwillige euthanasie toelaten. Er kan ook worden geargumenteed dat de leden van een land een uitbereiding van de wet zullen vragen zodat onvrijwillige euthanasie mogelijk is. Uit cijfers van een onderzoek in zes Europese landen blijkt dat Nederland het kleinste percentage heeft, 0,6%, van levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt. Andere landen zoals België, Denemarken, Zwitserland en Australië scoren veel hoger. Het fenomeen is dus wijd verspreid en is dus geen gevolg van de wetten over levensbeëindigend handelen. Artsen tonen in Nederland ook steeds meer weerstand tegen het doden zonder verzoek. Als de praktijk dus open is, is het gemakkelijker om zorgvuldigheidsvereisten in te bouwen en ze op te volgen.

In het geval met 'lijden aan het leven' situaties is het nog altijd de persoon die uitdrukkelijk de vraag stelt. Hij neemt de verantwoordelijkheid voor zijn beslissing. Het is niet de maatschappij die beslist dat het leven van de mensen niets meer waard is, daar moet men tegen ingaan.

Argument 2: er zal meer misbruik van de wetten worden gemaakt.

Patiënten zullen onder druk worden geplaatst door familieleden of verzekeringsmaatschappijen om hun leven te beëindigen met hulp van de arts.

Er is geen bewijs dat het argument staft. Vaak wordt als redenen opgegeven dat mensen hulp zoeken bij zelfdoding omdat ze geen last willen zijn voor hun familie of verzorger. Dat geeft niet aan dat de familie de patiënt onder druk zet. Patiënten formuleren ook meerdere redenen voor hun verzoek.

We moeten wel de mogelijkheid om misbruik van de wet te maken, voorzien en controle invoeren zodat de misbruiken nauwelijks of niet voorkomen. Bij hulp bij zelfdoding wordt dat beter opgevolgd dan bij vormen van passieve euthanasie zoals het weigeren van een behandeling. Daar is er ook meer kans op misbruik. De patiënt kan een behandeling weigeren omdat door familie onder druk wordt gezet.

Er wordt ook gewezen op het gevaar dat kwetsbare groepen, de ouderen, de minderheden en de armen, voordeel zullen halen uit de wet, wegens discriminatie.

De praktijk geeft een ander beeld weer. De personen waren niet oud, arm of geleerd. Het waren ook voornamelijk blanke mensen. Uit Nederlandse onderzoeken (Muller 1998 189) blijkt ook dat euthanasie het minst wordt uitgevoerd bij 80+ en de leeftijdsgroep van 0 tot 49 jaar. Er is dus geen bewijs dat ouderdom een relevante factor is.

Er wordt ook gewezen op het gevaar dat mensen zonder verzekering hulp bij zelfdoding zullen aanvragen omdat ze geen andere optie hebben.

Opnieuw wijzen de statistieken in een andere richting. Slechts 2% van de mensen die dodelijke middelen vroegen in Oregon hadden geen medische verzekering.

Argument 3: hulp bij zelfdoding zal geneeskunde en de artsen bederven.

Er is een gevaar dat artsen en verpleegkundigen niet genoeg hun best zullen doen om een patiënt te redden. Het is opnieuw een hellend vlak argument waar geen bewijs voor handen is. Er is wel bewijs dat de hulp bij terminale patiënten wel verbeterd is, zowel in Oregon en Nederland.

Argument 4: aanvaarding zal het verbod op doden verzwakken.

Dan zou er een verhoging moeten zijn in het aantal moorden maar dat is niet het geval. De cijfers zakken zelf. Sommige beweren dat ze nog meer zouden zijn gezakt als de wet er niet was geweest. Maar in andere staten dan Oregon is de criminaliteit niet meer gezakt dan in Oregon.

Argument 5: patiënten zullen te vroeg opgeven, de hoop verliezen en zichzelf doden.

De wet is beschikbaar voor degene die ervoor kiezen op in te gaan, maar dat is slechts een kleine groep. De meeste personen zijn ook niet depressief en afgehouden van hoop. Er wordt zelf gezegd dat het meer hoop geeft omdat ze weten wanneer dat het ondraaglijk wordt, dat ze dan een optie hebben.

Argument 6: de verbeteringen in palliatieve en terminale zorg zullen ophouden.

Hulp bij zelfdoding is een mogelijkheid, maar niet iedereen gaat er op in. Door meer aandacht te geven aan levensbeëindigend handelen, is er ook meer kennis voor de palliatieve zorg. De palliatieve zorg is dan ook verbeterd. Met de invoering van de wet betreffende de euthanasie in 2002 in België werd er ook een wet betreffende de palliatieve zorg ingevoerd. Deze wet legt twee rechten van elke patiënt vast. Het eerste recht het recht op een - voor iedereen even toegankelijke

- palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde, en het tweede recht is het recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en over de mogelijkheden van het ontvangen van palliatieve zorg. Iedereen moet dus worden ingelicht over de mogelijkheden. Daarnaast bepaalt de wet ook dat voor alle onderzoeken of behandelingen steeds de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist is, wat ook opgenomen is in de Wet op patiëntenrechten. De wet bevat ook een reeks maatregelen die de verbetering van het aanbod van palliatieve zorg voor ogen hebben. Zo moeten de ministers die bevoegd zijn voor Sociale Zaken en voor Volksgezondheid jaarlijks een vooruitgangsrapport opstellen. Het parlement keurde ook een Voorstel tot resolutie betreffende de verdere uitwerking en de uitbouw van een behoeften gestuurd palliatief plan goed. Het plan geeft een reeks maatregelen weer die door de federale regering moeten worden genomen om de palliatieve zorg te verbeteren. Er werd ook een evaluatiecel opgericht om de belangrijke gebreken en knelpunten te signaleren. De intentie is er alvast om de palliatieve zorg te verbeteren. (Rapport Federale Evaluatiecommissie Palliatieve Zorg 2005 3)

In Nederland blijkt ook dat met de wettelijke regeling van euthanasie het aantal uitgevoerde euthanasie en hulp bij zelfdoding gedaald is. In 2005 blijkt uit een onderzoek (van der Heide 1960-1963) dat 1,7% van alle doden het gevolg was van euthanasie. Dat blijkt een vermindering te zijn als het wordt vergeleken met cijfers uit 2001. Toen was 2,6% van alle doden het gevolg van euthanasie. Een mogelijke verklaring voor de daling kan zijn dat Nederlandse artsen de hoge kwaliteit van palliatieve zorg een alternatief vinden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. In het onderzoek werd euthanasie in sommige gevallen vervangen door diepe sedatie³⁴. Daarnaast zijn mogelijke verklaring voor de daling de verouderde samenleving en de houding van de arts ten aanzien van opiaten en het begrijpen van de effecten van de medicijnen.

Palliatieve zorg wordt dus ook nog steeds verbeterd, naast de mogelijkheid voor hulp bij zelfdoding.

Argument 7: burgers zullen de ziekenhuizen en het medische personeel vrezen.

Ze zullen schrik hebben om naar een ziekenhuis te gaan uit angst dat ze tegen hun wil worden gedood. Ook daar werden geen bewijzen voor gevonden.

³⁴ Sedatie is het in coma brengen van de patiënt door middelen toe te dienen. Daarnaast kan er ook worden afgezien van kunstmatige toediening van vocht of voeding. Dit gebeurt meestal op het einde van het leven om het lijden van de patiënt te verlichten. (Van der Wal 2003 75)

4.8.2 Deontologische principes.

Argument 1: de intentie van de arts.

De arts mag niet doden, dat is verboden door de eed van Hippocrates. De arts is gebonden aan het redden van het leven, niet het nemen.

Maar de eed is slecht een som van woorden. Er moet meer bewezen worden dan dat de praktijk in tegenstrijd is met de eed. Het idee achter het argument is dat de intentie van de arts moet zijn dat hij nooit gaat doden, de bedoeling moet altijd helen of genezen zijn. Het helen en genezen is geen optie meer bij mensen die hulp bij zelfdoding aanvragen. De bedoeling zou het verlichten van het lijden van patiënt moeten zijn, met andere woorden doen wat in het belang is van de patiënt. Dat is ook de bedoeling bij hulp bij zelfdoding.

Argument 2: de inherente verkeerdheid van doden.

Een onschuldige persoon doden is verkeerd. De arts doodt de patiënt indirect als hij de pillen voorschrijft. Maar in het geval van hulp bij zelfdoding wenst de persoon zelf te sterven.

Mensen vinden het vaak verkeerd omdat doden tegen de wil van God is. Het leven is heilig en dat moet worden geëerd. Een tweede argument is dat mensen een natuurlijke neiging hebben om te blijven leven.³⁵

4.8.3 Feministische kritiek.

Susan Wolf heeft geargumenteed hulp bij zelfdoding gender bepaald is door de culturele ideologie, de socialisatie en het seksisme dat de praktijk van hulp bij zelfdoding verleend door een arts daarmee gender bepaald zal zijn. Ze voorspelde dat meer vrouwen er beroep op zouden doen dan mannen. Vrouwen zijn ook door een proces van socialisatie geleerd om zichzelf op te offeren. Daarom kan haar vraag niet volledig autonoom zijn. Ook de artsen zullen een vrouwelijke patiënte haar verzoek vlugger inwilligen. Dat komt omdat de arts haar negatief zelfoordeel zal bevestigen. Ook de psychologische dynamiek tussen de mannelijke arts en de vrouwelijke patiënt zal ervoor zorgen dat de arts het verzoek vlugger inwilligt.

Als dat zo is kan men verwachten dat vrouwen veel meer de dodelijke middelen worden voorgeschreven. Maar een dergelijke trend is afwezig.

³⁵ Voor meer informatie zie daarvoor hoofdstuk 2 over zelfdoding.

Er zijn dus veel argumenten tegen hulp bij zelfdoding geformuleerd, maar geen van de argumenten kan worden bevestigd in de praktijk. Hulp bij zelfdoding, verleend door de arts, moet dus worden toegelaten op voorwaarde dat de patiënt aan bepaalde vereisten voldoet.

4.9 EEN PROBLEEM VAN DE MAATSCHAPPIJ OF VAN DE ARTS?

Niet enkele de publieke opinie is tegen het verlenen van hulp bij zelfdoding. Ook artsen hebben er hun bedenkingen. Slechts 25% van de artsen geeft aan dat ze in zouden gaan op een verzoek van de patiënt wegens 'lijden aan het leven'. (Van der Wal 2003) In de praktijk komt 'lijden aan het leven' vaak samen met vormen van fysieke of psychische beperkingen. Er is dus meestal sprake van een combinatie van factoren. De artsen achten het dan ook denkbaar om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een afhankelijke patiënt met lichamelijke problemen, een zeer oude patiënt, een patiënt die in een isolement is geraakt en bij een patiënt die geen uitzicht heeft op verbetering van de situatie.

Ouderen geven vaak hun gemoedstoestand aan, maar artsen gaan daar liever niet op in. Artsen gaan er wel van uit dat bij oudere mensen existentiële problematiek problemen het inderdaad kan gaan om reëel lijden. Wel vragen ze zich af op het probleem is dat de arts moet oplossen of moet de maatschappij niet de verantwoordelijkheid nemen? Hans Achterhuis (1995 19-20) gaat er inderdaad van uit dat het een maatschappelijk probleem is. Als mensen nog kerngezond zijn maar gewoon 'klaar zijn met leven', dan zegt dat veel over onze maatschappij die de nadruk legt op snelheid en jeugd. Het is maar de vraag of dokters dat moeten oplossen door individuele hulp bij zelfdoding aan te bieden. Vriendelijkheid en verzorging zijn belangrijk voor oudere mensen, maar zijn te vaak afwezig.

Goud (1995) geeft aan dat wanneer mensen het hebben over zelfdoding, ze dan vaak spreken over autonomie en zelfbeschikking. Vaak worden mensen tot zelfdoding gedreven. Het is niet een rijkdom aan alternatieven, maar een drastische reductie van de mogelijkheden. Het is een ontsnapping uit het leven dat ondraaglijk is geworden.

Goud stelt vast dat autonomie en zelfbeschikking ethische ficties zijn, weliswaar handig als fictie om de macht van de arts te beperken, maar als ze niet meer als fictie worden doorzien, dan kunnen zich als een ideologie ontwikkelen die leugens beschermt en mensen tekort doet. In dat geval zijn ze tegengesteld aan hun oorspronkelijke bedoeling en belemmeren ze het zicht op onszelf en anderen.

Ik ben eens met Goud dat veel mensen kiezen voor de dood omdat ze geen andere optie meer zien. Veel zelfdodingen zie ik als vermijdbaar. Maar de maatschappij mag zelfdoding niet zomaar

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

goedkeuren. Ze mogen hun verantwoordelijkheid niet van zich afschuiven door te zeggen dat het de keuze van de persoon zelf was. De maatschappij moet de verantwoordelijkheid opnemen en zorgen dat de omstandigheden optimaal zijn zodat mensen zin kunnen geven aan hun bestaan.

Er is een algemene verplichting tot welzijn, niet enkel door artsen. (Huxtable en Möller 2007). Op levensmoeheid moeten er ook sociale en spirituele antwoorden worden aangeboden. Er moet ook steun worden verleend aan mensen die dat wensen.

Aristoteles (Raes en Vandendriessche 2005 26) noemde de mens een 'zoon politikon', een politiek, sociaal wezen, en daaruit volgde dat elk individu de anderen en dus de gemeenschap nodig heeft. Als we opgroeien, groeien we op aan de hand van interactie met anderen, waardoor onze identiteit voor een groot stuk op die interactie gebaseerd is. De maatschappij moet dan ook de nodige maatregelen treffen om aan preventie van suicide te doen en om de redenen waarom mensen levensmoe zijn en zichzelf willen doden aan te pakken. Maar een maatschappij kan zijn mening wel niet opdringen. De persoon is steeds vrij.

Voor sommige mensen is het niet gemakkelijk om over problemen te praten. Als ze een poging doen tot zelfdoding, denk ik dat ze daarmee willen aantonen hoe ernstig de situatie is en dat ze het ook niet meer alleen aankunnen. Op die pogingen moet dan ook met adequate hulpverlening gereageerd worden. Maar ik denk dat naast die pogingen ook mensen bestaan met een wens om dood te gaan die ze niet meer kunnen veranderen. Die mensen zijn rationeel en hebben er over nagedacht maar ze hebben gewoon genoeg van het leven. De arts kan wel de oplossing bieden als het de kwaliteit van het leven de wensen overlaat. De kwaliteit van het leven kan beperkt worden door ziekte of lijden, maar ook door andere redenen.

De arts heeft daar wel nog enkele bedenkingen bij. De knelpunten die artsen signaleren in de praktijk is dat er een andersoortige beoordeling en weging van de factoren aan de orde is en ze vragen zich wel af of ze voldoende toegerust en bekwaam zijn. Hij heeft niet meer verstand van existentiële problemen dan de man in de straat, maar doordat ze worden geconfronteerd met dit type van problematiek in de praktijk, wordt dat wel gecompenseerd. Ze missen ook bepaalde handvaten om de lijdensdruk van de patiënt te taxeren. De arts heeft ook de neiging steeds oplossingen te willen voorstellen. Artsen signaleren vooral risico's voor het beoordelingsvermogen van de arts en/of het risico van valse verwachtingen bij de patiënt. Ze hebben te weinig ervaring en vaardigheden om de risico's goed te signaleren.

Een ander knelpunt zit in de toetsbaarheid achteraf van hun overtuiging door anderen. De arts beslist liever aan de hand van eigen criteria of hij in een bepaald geval bereid is om over te gaan tot hulp bij levensbeëindiging of niet. Ze moeten het persoonlijk kunnen verantwoorden. Er is geen plicht van de arts om in te gaan op het verzoek. Dat is ook zo in de euthanasiewetgeving in België.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Het wordt zinvol geacht dat er trainingen en cursussen worden ontwikkeld op het gebied van omgaan met existentieel lijden. Ook moeten er bijkomende communicatieve vaardigheden van de arts worden geëist.

Over de overdraagbaarheid en toetsbaarheid van de uitkomsten van het beoordelingsproces maakt een deel van de artsen zich niet teveel zorgen. Als je zelf tot de conclusie komt dat je handelen rechtvaardig is, dan komt het verhaal ook wel rond.

Een instrumentele rol achten artsen niet denkbaar, ze voelen zich verantwoordelijk bij het overlijden van de patiënt. Ze zijn ook bang dat de middelen verkeerd worden gebruikt als ze de middelen uit handen geven.

In sommige situaties wordt de voorkeur gegeven aan een tussenvorm onder de vorm van verdoken hulp, dan hoeft de arts niets aan te geven. Maar er is nog altijd een risico aan verbonden. Artsen zijn niet tevreden over zo'n bedekte wijze van hulpverlening. (Verslag commissie dijkhuis 31-36)

HOOFDSTUK 5: ALTERNATIEVE WEGEN NAAR DE DOOD.

Als de arts of andere hulpverleners niet kunnen of willen helpen, dan hebben mensen die willen sterven nog enkele alternatieven. Ik som hier enkele alternatieven op. Chabot spreekt over humane zelfdoding in eigen kring. Daarnaast kan een patiënt ook een behandeling weigeren of zelfs stoppen met eten en drinken. De patiënt heeft dat immers zelf in de hand, maar de weg is niet altijd gemakkelijk. Een andere optie is hulp gaan zoeken in het buitenland. Zwitserland is daar het meest geschikte land voor hulp bij zelfdoding omdat het daar toegelaten is. De organisatie Dignitas helpt buitenlanders bij een waardige dood.

5.1 HUMANE ZELFDODING BUITEN HET MEDISCHE TERREIN

Als een humane zelfdoding voor sommige personen niet binnen het medische terrein mogelijk is, dan kan het volgens Chabot ook nog op een andere humane manier.

Chabot bespreekt de nomische zelfdoding:

“de dood wordt in regie genomen door individuen die zich zozeer verbonden weten met dierbaren, dat zij hun dood in overleg met enkele omstaanders ensceneren en voltrekken, soms zelf in aanwezigheid van dierbaren, in eigen kring”.³⁶ (2001 10)

Hij beschrijft de zelfdodingen die hij onderzoekt als ‘humaan’, ‘in eigen kring’, ‘zelfstandig uitgevoerd’ en ‘niet-impulsief.’

Onder humaan wordt begrepen een lijden zonder bewuste ervaring van ernstig ongemak en zonder verminking. De zelfdoding moet worden overlegd met een arts, derden of dierbaren. Er moet ook sprake zijn van zo min mogelijk dokterhulp. De dokter is (meestal) niet bij de zelfdoding aanwezig en weet het tijdstip niet. De patiënt voert zijn eigen zelfdoding uit. Om ‘niet-impulsief’ te zijn moet de beslissing en besluitvorming worden genomen in samenspraak met derden. Er wordt ook wel in dit kader gesproken van een balanssuicide³⁷. (2003)

³⁶ Dit in tegenstelling tot de anomische zelfdoding bij Durkheim waar een persoon eerder tot suicide komt wanneer het individu elk betekenisvol verband verliest met zijn sociale wereld. (Chabot 2001 10)

³⁷ Zie hiervoor hoofdstuk 2 over balanszelfdoding.

Hoeveel mensen bewust en overwogen overgaan tot een humane zelfdoding is moeilijk in te schatten. De zelfdodingen worden vaak weergegeven als een natuurlijke dood. Van het aantal geregistreerde zelfdodingen zijn slechts een deel van de zelfdodingen met een humaan verloop. Daaronder wordt verstaan het innemen van medicijnen. Maar bij die groep zitten er nog personen die impulsief zijn overgegaan tot zelfdoding. Naar schatting zou de frequentie in Nederland liggen tussen de 50 en 200 gevallen per jaar, maar deze schatting berust op drijfzand omdat er onderrapportage door melding als 'natuurlijke dood' kan liggen tussen de 40% en 90%. De leeftijd van de mensen die zelfdoding pleegden in eigen kring was voornamelijk boven de 60 jaar.³⁸ De meerderheid waren vrouwen en tweederde van de personen waren hoger opgeleid. Tweederde was alleenstaand, maar gezien de leeftijd valt te verwachten dat de meeste geen partner meer hadden.

Bij de meeste personen is iemand aanwezig bij de zelfdoding of is de zelfdoding in eigen kring voorbereidt. In de meeste gevallen is een begeleider aanwezig en vaak ook intimi. Bijna alle patiënten (12 van de 13) verzochten eerst een arts hulp bij zelfdoding. Zelfdoding in eigen kring is dus pas een tweede keuze. De voornaamste redenen om de hulp te weigeren was omdat artsen vonden dat de overledene niet terminaal was. Er was ook geen sprake van een dodelijke ziekte. De arts dacht ook vaak dat er een depressie aanwezig was. Elk verzoek was volgens de arts wel weloverwogen en duurzaam.

Naast het bespreken van zelfdoding met de overledene hadden de informanten ook met derden gesproken over het voornemen van hun dierbare tot zelfdoding. De bedoeling van het overleg was na te gaan of de zelfdoding niet belet zou moeten worden. De bedoeling van het gesprek was ook om informatie te krijgen over de medicijnen waar humane zelfdoding mee kan worden gerealiseerd.

De intimi waren aanwezig bij de zelfdoding omdat het de wens was van de overledene om de intimi er in te betrekken. De intimi willen ook voorkomen dat de geliefde eenzaam sterft. Ze vinden ook dat de kwaliteit van het leven van de patiënt gering is en ze vinden dat er een ondraaglijk lijden is zonder uitzicht op verbetering.

³⁸ Het onderzoek van Chabot baseert zich op twee afzonderlijke onderzoeken. Het eerste werd uitgevoerd in 2001 en bevat informatie over 18 mensen. Het tweede onderzoek volgde een jaar later en bevat informatie over 13 mensen. Het eerste onderzoek baseert zich op het perspectief van personen die zich toeleggen op het geven van informatie over en bijstand bij een humane zelfdoding. Het tweede onderzoek bekijkt het vanuit het perspectief van de nabestaanden.

Intimi verleenden meestal de niet-strafbare hulp, maar sommige gingen ook over tot strafbare hulp zoals het middel overhandigen. De intimi waren ook tot veel bereid om hun geliefde te steunen. Ze zijn zich bewust van de strafbare zaken; waaruit men kan afleiden dat nogal wat mensen bereid zijn ver te gaan wanneer de humane dood van een dierbare in het geding is.

5.2 EEN BEHANDELING WEIGEREN.

In de Wet betreffende de rechten van de patiënt (2002) staat in artikel 8 § 4 dat de patiënt het recht heeft om de in § 1³⁹ bedoelde toestemming voor tussenkomst te weigeren of in te trekken. Die weigering heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle diensverstrekking jegens de beroepsoefenaar ophoudt te bestaan. Als de patiënt nog in staat was zijn schriftelijk zijn toestemming te geven om een behandeling te weigeren, dan moet deze weigering ook worden geëerbiedigd, zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen. De patiënt heeft dus het recht om een behandeling te weigeren. Door een behandeling te weigeren kan de dood bespoedigd worden. Maar een behandeling weigeren kan vergaande, onvoorspelbare gevolgen hebben. De arts moet wel nog de verzorging van de patiënt op zich nemen nadat die een behandeling heeft geweigerd. Hij moet het leven van de patiënt comfortabel houden.

Dr. Neil Calman (2004) kreeg het verzoek van een patiënte Sarah om haar te helpen met het sterven. Hoewel hij van de overtuiging was dat het een recht was van Sarah om haar leven te eindigen als ze dat wenst, toch kon hij haar niet helpen of de pillen voorschrijven omdat het verboden was door de Amerikaanse wet. Sarah vond dat haar leven geen nut meer had, dat ze een last was. Ze heeft een fantastisch leven geleid, maar nu was ze moe, ze had niets meer om voor te leven. De dokter kon enkele suggesties geven. Ze kon stoppen met haar medicijnen, maar hij kon niet voorspellen wat zou gebeuren. Hij kon haar wel medicijnen voorschrijven tegen de pijn. Enkele maanden gebeurde er niets. Na een volgende beroerte kwam er een mentale verslechtering. Ze voelde zich ongemakkelijk in haar eigen lichaam en was verward. Ze was aan het lijden. Hij had veel berouw over zijn eerste onvermogen om haar te helpen. Haar dood geen waardige dood.

³⁹ §1 houdt in dat de patiënt het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Personen die 'lijden aan het leven' hebben vaak medische klachten, maar dat hoeft niet noodzakelijk. Iemand die geen medische klachten heeft kan op deze manier niet worden geholpen. Anderen komen wel in aanmerking. Maar het proces kan veel ongemakken en aftakeling met zich meebrengen, en niet dat willen de personen vermijden door een verzoek in te dienen voor hulp bij zelfdoding.

5.3 VERSTERVING.

Versterving is het stoppen met eten en drinken, in de hoop dat de dood vlug volgt. De patiënt sterft door ondervoeding en voornamelijk door uitdroging. Door minder en minder te eten en drinken en te stoppen, heeft hij zijn eigen stervensproces in handen. Bij het staken van voedsel is het bewustzijn tot op het einde helder, bij weigeren van vocht is dat niet zo vanzelfsprekend. Oude mensen of zieke mensen eten toch al niet zoveel meer, de stap is niet zo groot. Ze nemen hun leven dan in eigen handen. De arts is verplicht om alles te doen wat in zijn vermogen ligt om het daaropvolgende lijden te verlichten. Dat gebeurt voornamelijk door mondverzorging en pijnstilling. De dood door uitdroging treedt in binnen de 10 dagen. Maar meestal duurt het langer doordat de patiënt nog kleine slokjes water neemt of de lippen bevochtigd. Bij stoppen met voeding kan de dood nog vele weken op zich laten wachten. Maar voor gezonde mensen kan het een lijdensweg zijn. De fysiologie van mensen in de kracht van hun leven is nu eenmaal een totaal andere dan die van ouderen. Mensen die 'lijden aan het leven' kunnen nog in een gezonde fysieke toestand verkeren. Versterving is een mogelijkheid, maar het is voor sommige geen gemakkelijke weg naar de dood. (Chabot 1996 177-189)

McCormack (1998) bespreekt in haar artikel de case van Susan. Susan is 27 jaar wanneer ze verlamd geraakt na een tragisch ongeval. Ze kan dat moeilijk verwerken en blijft in het verleden leven. Ze besluit het eten en drinken te staken. Het is een pijnlijke lijdensweg. Ze houdt het echter niet vol omdat het lijden te groot is en omdat het lijden dat nog moet komen te zwaar is. Ze hervatte het eten en drinken niet omdat ze van mening was veranderd, maar omdat het te zwaar was.

5.4 HULP ZOEKEN IN HET BUITENLAND

Zoals hoger al is opgemerkt is hulp bij zelfdoding in Zwitserland toegelaten. Veel buitenlanders vinden dan ook hun weg naar Zwitserland. In dat opzicht spreekt men soms over 'zelfmoordtoerisme'. De organisatie Exit die ik hierboven al vermeld heb, helpt enkel Zwitserse burgers. De organisatie Dignitas⁴⁰ helpt ook buitenlanders. Je moet wel lid zijn van de vereniging. Daarvoor moet je een eenmalige bijdrage betalen van 100 CHF (ongeveer 76 euro) en het jaarlijkse lidgeld van 50 CHF (ongeveer 30 euro). De organisatie zorgt voor de dodelijke middelen die je dan kan innemen in één van hun flats. Aan een zelfdoding in het buitenland hangt een kostenprijsje. Volgens Michael Irwin(2006) mag je rekenen op ruim 3.000 euro. "Je moet een vliegticket kopen en de dokters betalen die je rapporten onderzoeken. Daarbovenop betaal je 670 euro huur aan Dignitas voor het gebruik van hun appartement, en moet je de Zwitserse autoriteiten betalen voor een overlijdenscertificaat, de crematie of de repatriatie..."

Het is dus niet voor iedereen mogelijk.

⁴⁰ Meer informatie over Dignitas op de site: www.dignitas.ch

HOOFDSTUK 6: OUDEREN EN LIJDEN

Als mensen zich de toekomst voorstellen, dan hopen ze dat ze oud mogen worden. Maar onmiddellijk komt bij veel mensen daar de bedenking bij dat ze een goede 'oude dag' wensen. Ze willen blijven leven zolang het leven kwaliteitsvol is. Ze verkiezen kwaliteit boven kwantiteit. In de media krijgen we dan ook een beeld van de vitale ouderen. In de reclame van Bertolli zie je actieve ouderen die nog volop gezond zijn en genieten van het leven. Maar de realiteit is vaak anders.

Het zijn voornamelijk oudere personen die 'lijden aan het leven', maar het is niet uitgesloten dat ook jongere personen kunnen lijden. Netty Boomsma in de Chabot-zaak was slechts 50 jaar toen ze om hulp vroeg om haar leven te beëindigen. Van de ouderen kunnen we er dan ook het meeste inkomen dat ze zichzelf willen doden. Daarom stelde H. Drion een pil waar ouderen over kunnen beschikken indien ze dat wensen. Maar voor ga ik daar op in ga bespreek ik eerst de thema's van lijden bij ouderen en de fysiologische veranderingen die ouderen ondergaan.

6.1 THEMA'S VAN LIJDEN BIJ OUDEREN

Helen Black en Robert Rubinstein (2004 S19-S22)voerden onderzoek uit naar de persoonlijke betekenis van lijden bij ouderen. Op basis van hun onderzoek vonden ze drie grote thema's over lijden op basis van individuele ervaringen van ouderen die ze hebben geïnterviewd. Mensen lijden omdat ze geen gevoel van controle hebben, ze lijden door een verlies en het lijden heeft een persoonlijke waarde voor de ouderen.

Mensen lijden omdat ze geen controle hebben over zichzelf, hun lichaam en de levensomstandigheden. Vaak hebben ouderen geen goede gezondheid meer, ze hebben handicaps waar ze moeten mee leren omgaan. Ook de levensomstandigheden veranderen, vaak hebben mensen geen familie of vrienden meer en kijkt niemand nog naar de persoon om en moeten ze weg uit hun vertrouwde omgeving.

Een dierbare verliezen, zeker een kind, is het hoogtepunt van lijden. Maar ze kunnen ook een deel van zichzelf verliezen. Een persoon neemt verschillende rollen aan in het leven. Een vrouw kan een echtgenoot zijn, een moeder, een bejaardenverzorgster en kan daarnaast nog een paar rollen op zich nemen. Maar als de rol weg is, dan moet je jezelf terug positioneren. Vaak voelen mensen zich hulpeloos en vinden ze dat ze geen betekenis meer hebben in het leven als hun rol wegvalt. De

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

persoon merkt ook bij zichzelf dat hij de dingen die vroeger vanzelfsprekend waren, niet meer kan. Sommigen verliezen daardoor ook hun zelfbeeld.

Het lijden heeft ook een persoonlijke waarde. Het lijden definiëren en de ervaring van lijden interpreteren is gebaseerd op individuele gevoeligheden, een model van hoe de wereld werkt, een betekenis van lijden en hoe ouderen het evalueren. Het is dus afhankelijk van de persoon en bij iedere oudere verschillend.

6.2 OMGAAN MET OUDERDOM

In de maatschappij krijgen we een beeld van een vitale oudere. (De Moor 1998 97-112) Het niet aanvaarden van ouderdom en gebreken heeft gevolgen voor het zelfbeeld van de oudere. Het toekomstbeeld voor de oudere is niet bepaald positief. De vrienden- en familiekring is uitgedund door sterfgevallen. Vaak moeten ze rondkomen met een karig pensioen en in lichamelijk en psychisch opzicht worden velen geplaagd door ouderdomskwalen.

Het verval van de organen is voor veel oude mensen hinderlijk. Samen met het verval van de spieren leidt dit bij de oudere mens tot kortademigheid, sneller vermoeid zijn en geringere fysieke prestaties. Het verlies van het zicht en het geluid heeft negatieve consequenties tot gevolg voor het sociale leven. Ook de hersenen gaan achteruit en dat kan leiden tot bepaalde vormen van schizofrenie en vooral depressie. De persoon heeft angst voor het verval. Ze verliezen een deel van hun eigenwaarde doordat het lichaam het laat afweten. Vaak gaat het ouder worden ook gepaard met chronische ziektes zoals suikerziekte en hartkwalen

Dat zijn redenen om zelfdoding te overwegen. De wens wordt daarbij een stuk actueler wanneer het lichaam het werkelijk laat afweten. De oudere vindt dan dat hij daarbij in sterke mate afhankelijk is van anderen en dat vindt hij even erg als de beperkingen zelf.

Angst voor een langdurig ziektebed en ondraaglijk lijden is eveneens een motief voor suicide, even als de vrees voor de ontluistering als gevolg van dementie.

Daarnaast liggen ook enkele psychosociale redenen aan de grondslag om suicide te plegen zoals pensioen, beperkte uitgaansmogelijkheden, en het overlijden van dierbaren. Vaak hebben ze niet het vermogen om zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden. Ze vinden zich te oud om opnieuw te beginnen.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

6.3 PIL VAN DRION

Het aantal, dat zich zal stellen bij ouderen die 'lijden aan het leven' en het omgaan met ouder worden, zal toenemen in de toekomst, want steeds meer mensen worden ouder. De vergrijzing van de samenleving stijgt. Sommige bejaarden, maar lang niet iedereen, ervaren een leegheid in het bestaan dat niet meer kan worden opgevuld. Ze zijn 'klaar met leven'. Als antwoord op deze problematiek van het 'lijden aan het leven' bij oudere mensen stelde H. Drion een pil voor, de pil van Drion, die beschikbaar zou worden gesteld aan de bejaarden die dat wensen.

6.3.1 Wat is de pil van Drion?

In oktober van het jaar 1991 verscheen in het NRC Handelsblad een artikel van de jurist H. Drion over 'Het zelfgewilde levenseinde van de ouderen'. Hij hield een pleidooi voor een zelfdodingspil waar mensen over zouden kunnen beschikken op oudere leeftijd, vanaf 75 jaar, en die hen de mogelijkheid biedt om op een aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hen dat passend voorkomt. De pil kreeg de naam 'de pil van Drion' in discussies, tegenwoordig ook de naam 'laatstewil-pil'. De pil is nog een fictief idee, het bestaat nog niet. Het is ook nog geen eenduidig concept want er bestaat nog geen idee van hoe de pil tot zich wordt genomen en in welke hoeveelheid. Karin Spaik heeft het in haar boek over twee afzonderlijke pillen.⁴¹ (2001 94)

Als het voor de ouderen past, en aanvaardbaar is voor de omgeving, dan zouden ze naar de arts kunnen stappen om een dergelijke pil. Er zijn al veel dodelijke middelen aanwezig in de maatschappij, maar deze zijn niet allemaal zo aantrekkelijk. Iedereen heeft dan ook in dezelfde mate toegang tot de dodelijke middelen.

Drion vraagt zich af of de rechtvaardiging van de politiek, namelijk dat de zelfdoder zich de levensmogelijkheid ontnemt van het toekomstige ik, iemand waarmee de gedeprimeerde mens nauwelijks solidariteit voelt, met evenveel recht kan worden ingeroepen als het over de groep van oudere mensen gaat die zich de aftakeling en onwaardigheid wil besparen en klaar is met leven. Hij vindt dat de oude mens zelf de beslissing kan nemen of dat wat het leven hem nog brengt, de moeite is om te worden geleefd.

41 De eerste pil moet ter voorbereiding worden genomen en de tweede pil is enkel actief als hij een bepaalde tijdspanne na de eerste wordt geslikt. Door zo'n ontwerp sluit je paniekgebruik ervan uit. Het is ook eenvoudig om een marker in beide pillen te bouwen zodat een simpele test kan uitwijzen hoe iemand om het leven is gekomen.

Drion vindt de zorg en verpleging voor oude mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen essentieel, maar onvoldoende. Het biedt geen bevredigende oplossing voor degene die gespaard wensen te blijven voor een leven die slechts kan worden voortgezet door de zorg van anderen. Hij pleit dus voor een grotere autonomie voor oudere mensen met betrekking tot het levenseinde.

Prof. Mr. Ch. J. Enschedé (van Holsteyn Joop en Margo Trappenburg 1996 85-86) betoogde in een interview dat veel bejaarde mensen een kunstmatig leven leiden. Dat ze ouder dan 80 jaar zijn heeft niets meer te maken met de natuurlijke gang van zaken, maar met de medische ingrepen die ze in hun leven hebben ondergaan. Zonder medische zorg en ethiek waren veel mensen er al niet meer. Een kunstmatig leven zou men op een zelfgekozen moment mogen beëindigen.

Volgens Hans van Dam zijn we er mentaal nog niet voorbereid op het langere leven. (Spaink 2001 87) Hij heeft het begrip onthechting geïntroduceerd. Het betekent het loskomen van het leven en het is een fenomeen dat voornamelijk voorkomt bij hoogbejaarden. De ouderen voelen zich dichter bij de dood dan bij het leven. Niets doet hen nog iets, het raakt hen niet meer

6.3.2 De pil van Drion: argumenten voor en argumenten tegen

De pil van Drion lijkt een evident idee als je ervan uitgaat dat mens over zichzelf beschikt. De maatschappij heeft er geen beslissing in. De persoon is dan individualistisch en iedereen beslist voor zichzelf. Ze gaan er van uit dat het lijden subjectief is en dat ze een rationele, afstandelijke en neutrale keuze kunnen maken ten aanzien van de dood.

Maar niet iedereen deelt het mensbeeld dat hierboven is beschreven. Sommige gaan er van uit dat de maatschappij wel degelijk iets te zeggen heeft over de beslissing en dat de persoon niet in staat is alleen de beslissing te nemen. Er zijn dan ook argumenten die tegen de pil van Drion pleiten.

Het voorstel is uitdagend voor de maatschappij. Het is dan ook logisch dat er veel reactie op kwam. Jef van Gerwen haalt in het artikel 'Ik maak het zelf wel uit: de pil van Drion als instrument van zelfbeschikking over de dood' de argumenten voor en tegen de pil van Drion aan.(255-275)

A. ARGUMENTEN VOOR

Angst voor afnemende zelfredzaamheid.

Oudere mensen willen zich dat vaak onthouden dat ze in een positie van totale afhankelijkheid van zorgverleners terechtkomen. Ze kunnen zichzelf behelpen voordat ze in een afhankelijke positie geplaatst worden.

Angst voor aftakeling.

De persoon wenst het proces van aftakeling te beëindigen voor een bepaald stadium van vermindering van vermogens bereikt is. De persoon vreest dat zijn toekomstig leven snel aan kwaliteit zal verliezen, omdat zijn zintuiglijke vermogens en rationele vermogens afnemen.

Voorkomen van inhumane middelen tot zelfdoding

Als ze niet over pijnloze en efficiënte middelen beschikken om hun leven te beëindigen, zullen ouderen hun toevlucht nemen tot middelen die gewelddadiger zijn, sociaal schokkend en minder efficiënt. De doe-het-zelf methodes zijn onzeker en bieden vaak geen waardige dood. Bepaalde groepen van mensen kunnen ook door hun vroeger beroep en sociale contacten wel aan de middelen komen. De toegang moet voor iedereen gelijk zijn.

Homogene groep: oud en wijs genoeg

Ouderen kunnen zelf hun afweging maken tussen het leven dat ze al genoten hebben, en de meer beperkte levenstijd en kansen die hen nog resten. Wanneer anderen die keuze maken verliezen ze hun autonomie.

Zekerheid

De mogelijkheid geeft een zekere gemoedsrust dat wanneer de kwaliteit beduidend is afgenomen dat ze het middel kunnen gebruiken. Het kan ook geruststellend zijn dat de ouderen de middelen in hun bezit hebben voor wanneer het nodig is en ze zo weer terug willen leven.

Verantwoordelijkheid nemen

De middelen in de samenleving zijn beperkt, en hoewel de maatschappij bereid is haar ouderen op onbeperkte schaal financieel te ondersteunen, toch zal er een grens moeten worden bepaald aan de zorgbehoefte van ouderen. Ouderen willen ook niet grenzeloos ten laste blijven, zeker niet wanneer ze zelf menen klaar te zijn met hun leven.

B. ARGUMENTEN TEGEN

Afhankelijkheid is niet per definitie negatief

Het feit dat men anderen nodig heeft, impliceert niet onmiddellijk een verlies aan levenskwaliteit of aan vrijheid. In onze hedendaagse cultuur moeten we leren onze sociale afhankelijkheidsrelaties positiever te duiden.

Één derde van de Vlaamse ouderen (75+) is depressief. Zelfdoding komt in absolute cijfers ook het meest voor bij ouderen. Filip Bouckaert (Linus Vanlaere 2004 76-81) benadrukt dat zelfdoding bij ouderen niet uitsluitend moet worden geduid als een psychiatrisch probleem, maar ook als een zingevingproblematiek.

Er is weinig sociale steun en een weinig stimulerende omgeving die ouderen bevestigen in hun negatief zelfbeeld. Het is evenzeer het gevolg van het onvermogen van zowel de maatschappij als het individu om zin te geven aan de eindigheid en afhankelijkheid die kenmerkend zijn voor die fase van het leven. Onafhankelijkheid wordt hoog gewaardeerd in onze samenleving. Mensen die op de zorg van anderen zijn aangewezen worden gemarginaliseerd en aan de rand van de samenleving geplaatst. Dat wordt aangeduid met de term Ageism. Ouderen worden beschouwd als een object van zorg, en geassocieerd met de problemen die hiermee samenhangen. Ouderen worden in onze zorg tot passiviteit veroordeeld. Hun leven verliest dan ook zijn bestemming als ze zich niet meer kunnen inzetten voor anderen. Ouderen voelen zich vaak volstrekt nutteloos.

Door ouderen de kans te geven op hulp bij zelfdoding bevestigen we ze in hun gevoel van zinloosheid. We moeten hen doen ervaren dat ze er mogen zijn, ook als zorgafhankelijke mensen en dat ze precies in deze hoedanigheid een eigen roeping en taak hebben. Respect voor autonomie opbrengen betekent dat de oudere in zijn afweging wordt ondersteund, zodat ook andere alternatieven dan de dood kunnen worden overwogen.

Bouckaert is voorstander van een zorgethisch perspectief. Binnen dat perspectief wordt autonomie in zorg geïntegreerd en hangen zorg en autonomie samen in een dialectisch verband. Ouderen worden er toe aangezet om de zorg voor zichzelf en voor andere in stand te houden. Dat verleent zin aan hun bestaan. Ouderen moeten dus de kans krijgen voor zichzelf te zorgen en voor anderen. Enkele initiatieven op dat vlak zijn gespreksgroepen voor ouderen, mensen stimuleren zelf dingen te blijven doen en voor hun eigen behoeften en wensen op te komen. Ze kunnen ook ingezet worden in de zorg voor jongeren en kinderen.

Ook Manschot wijst op het feit dat autonomie in de gezondheidszorg aan een herwaardering toe is. Voor een nieuwe invulling baseert hij zich op Marchel Maus en Michel Foucault. De eerste wijst op vrijgevigheid. Als de zorg verweven is met vrijgevige en gastvrije gebaren, wordt de menselijke

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

omgang intenser en warmer. Er wordt niet meer gerekend en geteld. Daarnaast moet je rekening houden met het zelf. Draag zorg voor jezelf betekent brengt in de praktijk wat je leven goeddoet. De persoon moet door het lijden heen genieten van het leven zoals het is (Marlet 54-55)

Ouderen moeten dus niet zomaar een pil maar Drion beschikbaar krijgen maar er moet ook preventie aanwezig zijn. Dat bestaat voornamelijk in het scheppen en begunstigen van een samenleving waarin kwetsbare en bedreigde ouderen hun zelfbesef kunnen bewaren of terugvinden

Het leven als gegeven

We moeten het leven eerder beschouwen als een gift dan als een bezit. Het blijkt dat we mensen onnodig belasten door hen persoonlijk verantwoordelijk te stellen voor het al dan niet voortzetten van hun leven. Ze moeten dan constant verantwoording afleggen waarom ze hun leven nog niet beëindigd hebben en zonder die verantwoording is het geruststellender en comfortabeler om te leven. We leven ook in een solidaire samenleving en als persoon van die samenleving kunnen we niet exclusief over ons eigen leven en lichaam beschikken.

Beschikbaarheid vergroot het gebruik

De keuze voor het middel gebeurt lang niet altijd op rationele basis; maar impulsief. Als de controle wegvalt op de zorgvuldigheidscriteria kan de algemene beschikbaarheid van de pil van Drion toenemen.

Waarom alleen ouderen?

Het gebruik van de pil kan onmogelijk beperkt worden tot enkel ouderen. Eenmaal de pil op de markt is zal gepleit worden voor een uitbereiding tot alle meerderjarige personen.

Onzekerheid persoonlijke motieven

Niet iedereen heeft een degelijke standvastigheid van beslissing. Naast de balansbeslissers zijn er ook de crisisbeslissers. Mits enige begeleiding kunnen die tot een ander besluit komen. Beslissing over levenseinde wordt dan ook best in overleg met een begeleider genomen zodat de beslissing niet op irrationele gronden gebeurt.

Sociale druk tot levensbeëindiging

Er kan druk zijn van familie of zelfs van de maatschappij. Het kan reële of imaginaire druk zijn, maar de ingebeelde druk kan ook zeer reëel worden ervaren. Veel bejaarden hebben in de loop van hun actieve leven een beeld geïnternaliseerd van een onafhankelijk en verantwoordelijk bestaan en zij wensen daar op hun oude dag niet ontrouw aan te worden door hun kinderen of de maatschappij tot last te zijn. In dat opzicht is er geen sprake meer van zelfbeschikking. De positie van de oude mensen enkel wordt beïnvloed door de balans tussen kosten die hun levensonderhoud vergt en de baten van hun bijdrage aan het overleven van de groep.⁴² (Driessen 2002 164)

Het verzoek tot zelfdoding gaat vaak gepaard met een klinische depressie.

Nat Hentoff (2006 19) spreekt uit ervaring als hij zegt dat de wens om zelfdoding te plegen vaak gepaard gaat met een klinische depressie. In Oregon zijn er van de 38 personen die geassisteerd werden in hun dood, slechts 2 naar een psychiater doorverwezen.

Als een persoon een verzoek uit voor hulp bij zelfdoding, dan moet men nagaan of de persoon geen depressieve symptomen vertoont. Mensen die zelfdoding willen uitvoeren hebben vaak depressieve symptomen⁴³. Volgens Frank Koerselman (1995) ziet men een depressie als vanzelfsprekend op oudere leeftijd. Bij ouderdom moet men de depressie erkennen. Het is niet vanzelfsprekendheid op bepaalde leeftijden of in bepaalde levensomstandigheden. Depressie is ook een toestand die door behandeling of natuurlijk beloop kan verdwijnen. Iedereen heeft kans de uitzichtloosheid van leven over te nemen en ze begrijpelijk te vinden. Depressie heeft een intensieve behandeling nodig, maar het is een aandoening die de neiging heeft terug te keren. Preventie na behandeling is dus een vereiste en ze wordt dus behandeld net als lichamelijke stoornissen. De depressieve persoon is wel nog in staat beslissingen te nemen over zijn leven, maar dat wil niet zeggen dat het een rationeel besluit is. Hij is van mening dat een besluit over leven en dood nooit verantwoord in het kader van een psychiatrische aandoening kan worden genomen.

De vraag kan gesteld worden of zelfdoding bij oudere mensen wel een autonome beslissing is. (Ruckenbauer G, Yazdani F, Ravaglia G. 2007 355-358) Er is een dominante visie in de maatschappij aanwezig die een negatieve houding heeft ten aanzien van oudere mensen. Oude mensen worden geassocieerd met zwakte, tekortkoming en verhoogde gezondheidskosten zonder iets in de plaats

⁴² Van ouderen werd vroeger in sommige culturen verwacht dat ze zich terugtrokken om vrijwillig te sterven als er een gebrek was aan voeding of als ze niet mobiel genoeg waren.

⁴³ Zie daarvoor ook het onderzoek van Van Tol 1985

te krijgen. We aanvaarden zelfdoding bij ouderen dan ook als normaal. Het wordt gezien als een rationele beslissingen van de ouderen om zichzelf te doden. Het aantal mensen dat zichzelf wil doden op oudere leeftijd wordt onderschat.

Een persoon met zelfdodingneigingen heeft de capaciteit van het ontdekken en overwegen van waarden die het leven bevestigen verloren.

Suïcidale personen in de maatschappij kunnen niet beroofd worden van hun autonomie, maar ook niet volledig en zonder bescherming vrijgelaten worden in hun autonomie. De vraag dringt zich op of onze mogelijkheid om mee te voelen met de patiënt zijn negatief beeld van het leven voldoende is om de patiënt de autonomie te gunnen om een rationele beslissing te maken? Artsen hebben succesvolle communicatie nodig om de suïcidale kandidaat te bereiken. Suicide heeft betrekking op de volledige persoon, de persoon als een geheel. Zelfdoding past niet in het medische beeld van het einde van het leven. Artsen zien dat de hand die ze uitreiken aan de patiënt niet werd aangenomen. Ze mogen geen waardeoordeel uitspreken en het respect voor tragedies en onaangename situaties promoten. Zelfdoding is een menselijke tragedie, geen vrijheid. Zelfdodingpogingen worden eerder gezien als symptomen van individuele geconditioneerde onvrijheid, dan soevereine zelfbeschikking.

6.3.3 Onderzoek naar de pil van Drion

A. ONDERZOEK METTE RURUP E.A. NAAR DE PIL VAN DRION: A 'SUICIDE PILL' FOR OLDER PEOPLE (2005)

Mette Rurup voerde onderzoek naar de visies van artsen en de algemene bevolking met betrekking tot euthanasie zonder de aanwezigheid van een ernstige ziekte en de beschikbaarheid van een zelfdodingspil voor oudere mensen. Ze gaat ook in op de mening van mensen die een familielid hadden dat gestorven is na euthanasie.

De studie toonde aan dat de meerderheid van dokters, 56%, de algemene bevolking, 68%, en aanverwanten, 74%, het eens was met de eerste verklaring: "Iedereen heeft het recht om te beslissen over zijn leven en dood." De algemene bevolking, 45% tegen 35%, stemmen ook meer in met de tweede verklaring, "zeer oude mensen zouden de mogelijkheid moeten krijgen om medicatie te bemachtigen waarmee ze hun leven kunnen beëindigen indien ze dat wensen. De meerderheid van de artsen, 56%, had daar bezwaren tegen.

In alle groepen speelt het niet hebben van een religieuze overtuiging een rol bij het beoordelen van de eerste verklaring. Bij de algemene bevolking spelen voorgaande ervaringen met euthanasie een

rol bij het beoordelen van de tweede verklaring, maar dat had geen invloed bij de artsen. Er is wel een lineaire trend te bemerken waarbij oudere artsen meer toestemmen met de tweede verklaring.

Wanneer men specifiek vraagt naar een zelfdodingpil, zegt 15% van de algemene bevolking dat het beschikbaar moet worden gemaakt en 32% antwoordde misschien.

24% kan het zich voorstellen dat ze een dergelijke pil in hun eigen bereik willen. De verwanten van een patiënt die gestorven is door euthanasie zijn grotere voorstander van het beschikbaar stellen van een zelfdodingpil: 36% zegt ja en 11% misschien.

Het recht om zelf te beslissen over het leven werd als reden aangegeven en ook werd vaak een specifieke situatie vermeld waarin ze een pil zouden nemen. Argumenten tegen een zelfdodingpil zijn het nemen van een pil tijdens een impuls of depressie, voorkeur voor euthanasie en schrik voor het misbruik voor moord.

De grootste voorstanders waren opnieuw mensen zonder religieuze overtuiging, maar ook mensen met ervaring op het vlak van euthanasie. Oudere mensen waren voornamelijk voorstander van de zelfdodingspil. Dat is ook de doelgroep waarvoor de pil beschikbaar zou worden gesteld. Daarnaast zijn mensen die hun eigen gezondheidstoestand zelf laag schatten grotere voorstander van de pil en konden zich beter voorstellen beroep te willen doen op een dergelijke pil. Hetzelfde geldt voor mensen zonder kinderen.

Van de artsen acht 26% het denkbaar dat ze ooit een verzoek voor euthanasie zouden inwilligen bij een patiënt die geen ernstige fysische of psychische aandoening heeft. Artsen achten het denkbaar in situaties waarin iemand afhankelijk is en fysische problemen heeft, bij iemand die zeer oud is, iemand die geïsoleerd leeft en als er geen kans op verbetering van de toestand bestaat.

Tegenstanders zien het niet als de taak van de arts om een dergelijk verzoek te verlenen. Het valt niet te rechtvaardigen als er geen ernstige aandoening aanwezig is. Vaak vinden ze het ook emotioneel te zwaar of tegen een religieus geloof of levensfilosofie. Ook hebben sommige artsen schrik om vervolgd te worden.

B. ONDERZOEK NAAR DE PUBLIEKE OPINIE DOOR JOOP VAN HOLSTEYN EN MARGO TRAPPENBURG

Joop van Holsteyn en Margo Trappenburg (2001 13-16) deden onderzoek naar mening van de publieke opinie over de pil van Drion. Voor de pil van Drion is er meer tolerantie dan voor de verleende hulp door artsen in cases waar mensen extreem ongelukkig zijn of klaar zijn met leven. Maar er is geen draagvlak voor de pil van Drion. Een kleine 40% is het eens met het voorstel dat het effect heeft, maar de helft is er tegen. De meerderheid is het er wel mee eens dat iemand het recht heeft zijn eigen leven te beëindigen. Mensen verwerpen de pil uit schrik voor misbruik. Het is een goed voorstel, maar niet uitvoerbaar in de praktijk. Het feit dat ouderen zich vervangbaar zullen voelen is ook relevant om het voorstel te verwerpen.

6.4 BESLUIT

De pil van Drion is een idee dat aanleiding geeft tot discussie. Het geeft een kijk op de problematiek van bejaarde mensen en brengt de ouderen weer in de aandacht. De kwantiteit van het leven wordt verlengd, vaak soms zonder rekening te houden met de kwaliteit van het leven. Als we jong zijn kunnen we ons moeilijk voorstellen dat we willen sterven. Mensen blijven zich vastklampen aan het leven. Maar als het leven niets meer te bieden heeft, is het voor velen niets waard. Dan is de dood wel wensbaar.

Maar voor de meeste personen gaat de pil van Drion te ver. Zoals het onderzoek aangeeft, is er geen draagvlak voor de pil van Drion. Er is wel een stijging in de aanvaarding van het zelfbeschikkingsrecht voor ouderen want uit onderzoek in 1974 blijkt dat slechts 5% van de ondervraagden van mening was dat een zelfgekozen dood een aanvaardbare oplossing zou zijn voor oude mensen die het leven beu zijn. (van Holsteyn en Trappenburg 1996 87) De mensen zitten voornamelijk in met het gevaar voor misbruik door de pil vrij aan te bieden. Ik vind het idee achter de pil goed, maar vrees ook voor de gevaren als de medicijnen zonder voorschrift te verkrijgen zijn in de apotheek.

Ik ben van mening dat oudere mensen wel vrij over hun eigen leven mogen beschikken. Maar het is moeilijk om te bepalen wie de toegang krijgt tot de pil, want geen twee situaties zijn dezelfde. Als je een grens hanteert, dan zullen er ook altijd mensen uit de boot vallen. Het lijden is ook zeer individueel bij ouderen. Als ouderen over hun eigen leven en dood mogen beschikken, dan moeten

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

ze op de hoogte zijn van alle mogelijkheden waarover ze kunnen beschikken. Daarom wordt de pil best in een professionele setting aangeboden. Daar kan de persoon met professionele mensen nagaan wat de mogelijkheden zijn die het leven nog te bieden heeft. Onder de deskundigen zou ik zeker al een arts, psychiater, en een zingevingdeskundige plaatsen. Als de pil op die manier wordt aangeboden, wijkt het af van het oorspronkelijke idee van Drion die stelde dat de pil onafhankelijk van een arts moet worden aangeboden.

Als de persoon niet wil ingaan op de mogelijkheid die wordt voorgesteld of het niet bevredigend werkt als de persoon er op ingaat en de persoon is competent, dan vind ik wel dat ze de pil mogen krijgen. Ze hoeven niet op de behandeling in te gaan, maar dan heb je de persoon tenminste al eens gezien en gesproken en als er een andere problematiek aan de grond ligt kan je dat duidelijk maken. Personen hebben een sterke drang om te blijven leven, enkel wanneer het leven niets meer te bieden heeft prefereren ze de dood boven het leven. Het beeld kan dus veranderen door de gesprekken. Mette Rurup (2005 Request for euthanasia or psychian-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease : an interview studie. 669)

wijst in haar onderzoek naar verzoeken voor euthanasie of hulp bij zelfdoding van oudere personen zonder ernstige ziekte, ook op het belang van het voorstellen van een behandeling. In 14 van de 29 gevallen stelde de arts een behandeling voor. Vier mensen weigerden. Van de tien mensen die een behandeling kregen, daarvan waren drie mensen die niet langer euthanasie of hulp bij zelfdoding wensten, maar ze willen wel ze hun leven kunnen beëindigen op gepaste tijd als ze dat wensten. In twee gevallen bleef de wens volledig uit. De andere vijf personen bleven hun verzoek herhalen na de behandeling.

Van de negentien personen die geen behandeling kregen werden vier van de verzoeken verleend. Vijf patiënten namen hun eigen lot in handen nadat hun verzoek werd afgewezen. De overige tien bleven hun verzoek herhalen. Vier daarvan stierven tijdens de loop van het onderzoek een natuurlijke dood. Er is slechts weinig geweten over een behandeling van mensen met een doodswens. Opvallend is dan ook dat slechts weinig oudere mensen een behandeling krijgen. De studie toont aan dat vijf mensen die werden behandeld toch hun verzoek terug introkken. Dat werd niet gedaan wanneer geen hulp werd verleend. Er wordt dan ook een oproep gedaan om altijd een behandeling te overwegen. Linus Vanlaere (2004 76-81) geeft ook in zijn artikel aan dat er sprake is in de geestelijke gezondheidszorg van therapeutisch nihilisme. De psychische gezondheidsproblemen van de oudere patiënten worden geminimaliseerd door ze toe te schrijven aan een verouderingsproces en ze bijgevolg niet meer behandelen.

Ook Driessen wijst op het feit dat drie kwart van de ouderen boven de 75 jaar chronische pijnklachten heeft die niet worden behandeld. Ze moeten worden geaccepteerd want ze horen bij het leven. (2002 148)

De oudere personen hoeven de pil die ze krijgen niet te nemen, een gevoel van controle hebben over de dood kan ook al voldoende zijn om nog wat langer te leven. De pil is dan wel niet meer vrij beschikbaar want de persoon moet verantwoording afleggen voor zijn beslissing die hij heeft genomen. Maar als de persoon daar over heeft nagedacht, en het dan ook een rationeel besluit is, dan denk ik niet dat de oudere daar problemen mee zou hebben om verantwoording af te leggen.

Maar de pil mag geen signaal zijn naar oudere mensen dat ze nutteloos zijn en beter afscheid nemen van het leven. Als de pil beschikbaar wordt gesteld, dan moet daarnaast ook gewerkt worden aan het gevoel van nutteloosheid van de ouderen. Er moet een signaal uitgaan van de samenleving dat oudere mensen ook hun eigen waarde kunnen hebben, zelfs als ze aangewezen zijn op de zorg van anderen. Zoals Bouckaert aangaf is dat mogelijk zodat de ouderen weer waarde hebben in hun leven. Door de gesprekken met ouderen die om de pil komen, kan men ook een beter inzicht krijgen in wat de grootste problemen zijn van de ouderen. Hulpverleners kunnen dan dieper ingaan op de knelpunten en ze proberen te verhelpen in de toekomst.

Izaks heeft geargumenteed dat er geen onderscheid moet worden gemaakt ziekte en het psychologische van ouderdom omdat de onderliggende mechanismen vergelijkbaar zijn en beide zijn geassocieerd met limieten en handicaps. (Huxtable en Möller 2007 123-124) De ouderen stoten ook op de grenzen van hun leven. Als ouderen beroofd worden van hun zingeving, als ze hun zintuigen verliezen en geïmmobiliseerd geraken, als ze de kracht niet meer hebben om opnieuw te beginnen, als de leegte die ze ervaren niet meer in te vullen is, dan vind ik dat ze de kans moeten krijgen op een waardige en humane dood. Een pilletje krijgen kan hier dan een verlossing zijn.

De dood associëren we met ziekte, aftakeling of ouderdom. We prefereren het leven boven de dood. Soms zelfs na tragische ongevallen is men blij dat de persoon het heeft overleefd, zelfs als de kwaliteit van het leven sterk is verminderd. Maar als de kwaliteit van het leven sterk daalt, dan kunnen we er ook in komen dat de persoon de dood wenst.

Personen kiezen zelf welke kwaliteit van het leven ze voldoende vinden om nog te kunnen spreken van een waardig leven. De persoon kan op voorhand een wilsverklaring opstellen waarin ze neerschrijven waar het leven aan moet voldoen.

In deze scriptie stond ik stil bij de vraag of de dood een oplossing is voor mensen die 'lijden aan het leven' en of daarbij hulp bij zelfdoding, met medewerking van een deskundige, is toegelaten. Op de vraag antwoord ik: 'ja'. Hoewel 'lijden aan het leven' moeilijk te vatten is, kan het lijden wegen op de persoon. Het is moeilijk uit te drukken hoe je het lijden ervaart. Het lijden moeten we wel serieus nemen. Het kan het leven ondraaglijk en uitzichtloos maken. Sommige personen verkiezen om niet langer in die toestand te leven. Ze nemen het lot in eigen handen, of ze vragen hulp aan iemand. Dat hoeft niet, maar in de praktijk komt het wel voor. De dood is een oplossing voor mensen die 'lijden aan het leven.' Maar soms is niet enkel de dood de oplossing. Er kunnen ook andere oplossingen zijn en de maatschappij mag zijn verantwoordelijkheid niet ontlopen. De maatschappij is verantwoordelijk voor het welzijn van alle leden van de maatschappij en moet er naar streven op het welzijn van de personen op een redelijk niveau te houden. Mensen kunnen 'lijden aan het leven' omdat het welzijn van de persoon niet voldoende is. Dan kan de maatschappij mensen aanstellen die de persoon proberen te helpen. Het is een probleem van de maatschappij, maar de arts kan de oplossing bieden door het geven van de dodelijke medicijnen. Maar doordat de personen nog in een relatief goede gezondheid verkeren, hebben de artsen bedenkingen bij het verzoek. Ze moeten dan nagaan of er geen andere oplossingen zijn. De persoon is wel aan het lijden, maar de artsen kunnen het moeilijk toetsen. Fysisch lijden kan worden verholpen met pijnstillers, maar existentieel lijden kan niet met medicijnen worden verholpen. Personen die 'lijden aan het leven' vragen wel dat de medicijnen de oplossing bieden voor het lijden dat er ervaren. En als oplossing zien ze de dood.

In eerste instantie ging ik er van uit dat hulp bij zelfdoding toegankelijk moest zijn voor mensen die 'lijden aan het leven'. Ik ben nog altijd voorstander van de hulp, maar de toegankelijkheid moet wel worden beperkt. Er moet aan bepaalde voorwaarden voldaan worden. Die voorwaarden zijn ook

terug te vinden in de euthanasiewet. Het verzoek moet van de patiënt zelf komen en de patiënt moet competent zijn. Het verzoek moet herhaald worden. Daarna moeten er duidelijke gesprekken zijn met de patiënt waarom de patiënt dood wil. De deskundigen moeten nagaan of er nog behandelingen mogelijk zijn en indien dat een mogelijkheid is, dan kan de patiënt daar op ingaan. De behandeling moet overzichtelijk zijn zodat de patiënt weet hoelang de behandeling duurt. Die alternatieven moeten ook realiseerbaar zijn. Als de alternatieven geen soelaas bieden, dan vind ik dat de deskundige mag overgaan tot hulp bij zelfdoding als hij er zich van verzekerd heeft dat het de wens is van de patiënt.

Waar ik er eerst van uitging dat de arts enkel een instrumentele functie te vervullen had, ben ik nu van mening dat een arts een belangrijke bijdrage kan leveren. Hoewel hij niet meer weet over existentiële problemen dan de man in de straat, wordt hij meer geconfronteerd met lijden en kent de arts de patiënt al langere tijd. De arts heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt. Hij kan ook, door zijn medische kennis, nagaan of er geen andere oorzaak is van het probleem. Daarnaast is een psychiater ook van belang bij de beoordeling van de patiënt. Die kan nagaan of er psychische stoornissen zijn, want het onderzoek van Van Tol toont aan dat mensen die denken aan de dood, vaak ook een psychische stoornis hebben. Een psychische stoornis kan nog worden behandeld, maar als behandelingen niet baten, dan hebben die personen ook recht op hulp bij zelfdoding. Daarnaast heb ik ook gepleit voor een zingevingsdeskundige, die een breder perspectief kan aanreiken.

De oorzaak van het lijden mag niet van belang zijn. De patiënt en het lijden dat de patiënt ervaart moet centraal staan. Omdat iedere situatie en iedere persoon uniek is, geen levensverhaal is hetzelfde, is het moeilijk om algemene richtlijnen op te stellen waar deskundigen zich aan moeten houden. Ik denk dat het zeer afhangt van persoon tot persoon en dat de deskundigen dat het best kunnen bespreken in samenspraak met de patiënt. 'Lijden aan het leven' mag dus niet bij voorbaat verworpen worden, zonder met de patiënt te spreken over de situatie. De arts moet wel duidelijk zijn in zijn standpunt over hulp verlenen bij mensen die 'lijden aan het leven.'

Ik vind dat mensen die 'lijden aan het leven' de kans moeten krijgen om zich op een waardige manier van het leven te ontnemen. Ik pleit hier voor hulp bij zelfdoding, indien het mogelijk is. Bij hulp bij zelfdoding is het de persoon zelf die de verantwoordelijkheid opneemt, de arts geeft enkel de middelen. Zo is er nog een kans dat de patiënt de medicijnen niet neemt. De patiënt heeft de beslissing al genomen als hij naar de arts stapt met de specifieke vraag om middelen. Door er op in te gaan, kan de arts de patiënt nog op andere gedachten brengen. Als de arts het onderwerp ontwijkt, botst de patiënt misschien op de zoveelste teleurstelling, dat het de druppel is die de

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

emmer laat overlopen. Het vragen naar de medicijnen kan ook een verzoek zijn om te worden gehoord. Vaak zeggen mensen iets, maar bedoelen ze eigenlijk iets anders. De arts moet daar op ingaan en moet doorverwijzen. Als de arts dat niet doet staat de patiënt er alleen voor.

Maar als de patiënt de hulp niet aanneemt, is de arts niet verantwoordelijk. Ook niet als de patiënt door middel van de medicijnen de arts heeft voorgeschreven, zichzelf heeft gedood. Als de arts de middelen niet had voorgeschreven, dan had de patiënt waarschijnlijk toch een andere methode gevonden als hij volhardend was in zijn vraag.

Mensen die 'lijden aan het leven' hebben de zin in het leven verloren. Zingeving is zeer belangrijk in het leven, net als relaties. Als je geïsoleerd raakt van de samenleving, dan spreken we van een sociale dood. Iemand kan er voor kiezen om zich te isoleren van de samenleving, en daar geen probleem mee hebben, maar het kan ook het gevolg zijn van een ziekte of ouderdom. De persoon wordt dan geconfronteerd met de gebreken die hij heeft en moet daar mee leven omgaan. Tot op een bepaalde hoogte is dat ook mogelijk. We leren omgaan met verlies en kunnen ons aanpassen als de situatie veranderd. Maar als alle elementen die betekenis geven aan het leven wegvallen, dan kan je haast niet meer spreken over de kwaliteit van het leven want de dingen die het leven kwaliteit geven zijn weg.

Als de arts wil overgaan tot hulp bij zelfdoding wegens 'lijden aan het leven' dan moet de patiënt eerst worden doorgelicht door een multidisciplinair team. Pas als de meerderheid van het team instemt met het verzoek, dan mag iemand de middelen voorschrijven en geven aan de patiënt. Een deskundige mag dus helpen bij de zelfdoding.

Ik pleit wel voor een onderscheid tussen ouderen die 'lijden aan het leven' en andere leeftijdscategorieën. De intensiteit van het lijden kan even ernstig zijn maar, ik denk dat er bij andere leeftijdscategorieën meer kans is dat de toestand nog kan veranderen. Ze hebben er ook meer baat bij als ze van het lijden verlost zijn want ze hebben nog meer mogelijkheden in het leven. Daarom is het belangrijk, in samenspraak met deskundigen, om dat na te gaan. Ouderen hebben meer fysiologische gebreken die niet meer kunnen worden verholpen. Soms zijn de ouderen ook te moe om zich nog aan de situatie aan te passen. Een pil van Drion vind ik te ver gaan, er moet nog enige vorm van controle op zijn. De controle mag wel in mindere mate zijn dan bij personen die hulp vragen bij zelfdoding wegens 'lijden aan het leven' maar niet tot de categorie ouderen horen.

Zelfdoding is nog steeds een taboe. Het voelt verkeerd aan om gedachten over zelfdoding te hebben. Maar veel mensen worden geconfronteerd met gedachten om zichzelf te doden. De intensiteit van die gedachten kan variëren. Maar als je niet naar buiten kan treden met die gedachten, dan blijven die gedachten je ook bezig houden. Als de personen weten dat ze ergens terecht kunnen waar ze openlijk over de gedachten kunnen praten, dan zullen ze daar misschien op in gaan. De hulpverlener kan luisteren en eventueel een ander perspectief bieden. De persoon kan leren omgaan met de gedachten. Maar niet iedereen kan worden gered door de hulpverlening. Er zullen nog steeds mensen tussen de mazen van het net glippen omdat veel zelfdodingen gebeuren in een impulsieve bui. De persoon zit op dat moment vast en ziet geen andere uitweg meer dan de dood. Gedachten over zelfdoding zijn vaak in die context al aanwezig en ontstaan niet op het moment zelf. Niet iedereen heeft de behoefte om er over te praten.

De boodschap moet bij het publiek overkomen dat ze vrij over hun gevoelens kunnen praten, zonder beoordeeld te worden of zonder dat de hulpverlener gaat ingrijpen.

De alternatieven die worden aangeboden in hoofdstuk vijf zijn niet optimaal. Het weigeren van een behandeling heeft een onvoorspelbare uitkomst en dan moet je eerst al een ziekte of aandoening hebben. Oudere personen nemen meestal al meerdere pillen, die kunnen ze achterwege laten maar gezonde mensen kunnen geen gebruik maken van deze optie. Versterving kan pijnlijk zijn en een lange tijd duren. Zieke mensen en oudere mensen hebben de neiging om al minder te eten. Voor hen vormt het minder problemen. Een voordeel van deze methode is dat iedereen kan stoppen met eten als ze dat wensen. Het feit dat je helder blijft tot op het einde vormt ook wel een pluspunt. Hulp zoeken in het buitenland ging gepaard met bijkomende kosten en je moet nog de kracht hebben om de reis te maken. Ouderen en personen die lijden aan een progressieve ziekte, hebben die kracht misschien niet meer en zullen er dan ook geen gebruik van kunnen maken. Zelfdoding buiten het medische terrein geeft soms ook problemen, omdat de persoon de familie niet wil belasten met zijn dood. Maar het onderzoek van Chabot wijst uit dat mensen de persoon die wenst te sterven rust gunnen en daarvoor soms ver willen gaan. Ze voelen mee met de persoon. Maar je kunt ook veel tegenreactie krijgen van familieleden. De persoon moet al een vriend of familielid hebben die hij in vertrouwen kan nemen om zijn wens te bespreken.

Welk alternatief je verkiest en waar je het beste gebruik van maakt, hangt dus af van de toestand waarin je verkeert. Elk alternatief heeft zijn beperkingen en de alternatieven leiden niet altijd tot een 'gemakkelijke', waardige dood.

Hulpverlening zou wel zowel binnen als buiten het medische terrein mogelijk moeten zijn. Het hangt er van af welke methode de persoon wil gebruiken. Sommige personen willen de arts niet

belasten met hun wens om te sterven maar willen wel informatie over de methoden. Daarvoor kunnen ze terecht bij een leek.

Ik denk dat als mensen thuis over de dodelijke medicijnen kunnen beschikken, de personen dan een gevoel van rust ervaren. De persoon weet dat hij een optie heeft om het leven te verlaten. Het kan de patiënt de tijd geven om rustig afscheid te nemen en op die manier het leven nog wat te verlengen. Iemand met een spierziekte krijgt zo de kans om nog wat langer te leven als hij controle wil blijven uitoefenen over zijn eigen dood. Als iemand met een spierziekte zichzelf wil doden, verkort de persoon een deel van het leven dat nog kwaliteitsvol kan zijn, want de persoon moet zichzelf doden voordat de persoon het niet meer kan door de ziekte. Het valt niet te voorspellen wanneer de persoon niet meer in staat zal zijn zichzelf te doden door de ziekte. De persoon doodt dus zichzelf omdat hij zekerheid wil. Bij mensen die 'lijden aan het leven' zonder ziekte, denk ik, dat er een gelijkaardig effect kan ontstaan. De persoon kan beslissen het nog wat langer vol te houden omdat hij een optie heeft om uit het leven te stappen.

**BIJLAGE 1: DE WET VAN 28 MEI 2002 BETREFFENDE DE
EUTHANASIE AANVULLEND DOOR DE WET VAN 10 NOVEMBER
2005
(ZIE ARTIKEL 3BIS)**

28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend

handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op

het ogenblik van zijn verzoek;

- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

- de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

§ 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf

en in alle gevallen :

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen

over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden,

evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging

komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van

de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met

de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de

hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek

of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts

en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de

hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt

bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?

EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

40

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de

hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek

of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van

het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten

opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende

arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

§ 4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en

getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een

meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren

en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die

persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt

gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

§ 5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun

resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend

in het medisch dossier van de patiënt.

Art. 3bis. De apotheker die een euthanaticum afl evert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van

een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.

De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de

zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het voorschrift en de afl evering van geneesmiddelen die als

euthanaticum worden gebruikt, moeten voldoen.

De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in

offi cina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.

(Wet van 10 november 2005 tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie).

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring

Art. 4. § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij

zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie

toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

- hij niet meer bij bewustzijn is;

- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.
In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt.

41

Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden

van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan

van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van

de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen

en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(n)e(n).

Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang

heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van

twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de

patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring

moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en,

in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet

in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment

waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via

de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.

§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf

indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :

- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

- hij niet meer bij bewustzijn is;

- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem

op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag

op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de

behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en

bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van

de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?

EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

42

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK IV. - Aangifte

Art. 5. De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

Art. 6. § 1. Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze

wet, hierna te noemen « de commissie ».

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring

inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast

zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende

vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie

kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit

vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, voor

een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid

de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot

plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt

voorzeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de

commissieleden van de desbetreffende taalgroep. De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de

leden aanwezig zijn.

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

Art. 7. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie

toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de

volgende gegevens :

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;

2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het

euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;

4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts

heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;

5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en

de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en).

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?

EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

Dit eerste deel is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietoets.

43

Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :

- 1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt;
- 2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;
- 3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;
- 4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;
- 5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;
- 6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;
- 7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;
- 8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;
- 9° de procedure die de arts gevolgd heeft;
- 10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;
- 11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;
- 12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende

arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie

is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan

de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van

het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het

medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit. Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen

door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt

zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt. Als bij het

opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de

onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of

kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.

Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de

inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde

registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;

b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;

c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse

overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers

die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaken zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle

persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

44

Art. 10. De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij

koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de

Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen

voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft

ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze

wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden

toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Art. 13. Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Wetgevende

Kamers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers

ontbonden zijn en/of dat er geen regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.

HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen

Art. 14. Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen. Geen andere persoon kan worden gedwongen

mee te werken aan het toepassen van euthanasie. Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen,

dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van

zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier

van de patiënt opgetekend. De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek

van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is

aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

Art. 15. Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden

gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de

overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten. De bepalingen van

artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het

verplegend team.

Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt. Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het

Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?

EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

BIJLAGE 2: WET TOETSING LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING ZOALS IN 2001 GEPUBLICEERD IN HET STAATSBLAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN ONDER NUMMER 194.

194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding).

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in het Wetboek van Strafrecht een strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die met inachtneming van wettelijk vast te leggen zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent, en daartoe bij wet een meldings- en toetsingsprocedure vast te stellen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

- a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
- c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;

**‘LIJDEN AAN HET LEVEN’: DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE ‘LIJDEN AAN HET LEVEN’ KAN WORDEN TOEGELATEN.**

- d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
- e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
- f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
- g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

-2-

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
 - a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
 - b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
 - c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
 - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
 - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
 - f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.
2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven.

De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.

4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES VOOR LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Paragraaf 1: Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidenlijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.

-3-

2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar.

Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.

2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.

3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2: Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3: Bezoldiging

Artikel 7

De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4: Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.

2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken

hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

-4-

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.

2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureursgeneraal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:

a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of

b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.

De commissie stelt de arts hiervan in kennis.

3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.

4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

1. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of

2. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6: Werkwijze

Artikel 11

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen

van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van

-5-

procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7: Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8: Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk

verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.

2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:

- a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
- b. de aard van deze gevallen;
- c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende

- a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
- b. hun vestigingsplaats.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende

-6-

- a. hun omvang en samenstelling;
- b. hun werkwijze en verslaglegging.

HOOFDSTUK IV. WIJZIGINGEN IN ANDERE WETTEN

Artikel 20

Het Wetboek van Strafrecht' wordt als volgt gewijzigd.

A

Artikel 293 komt te luiden:

Artikel 293

1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen

beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

B

Artikel 294 komt te luiden:

Artikel 294

1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.

2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

C

In artikel 295 wordt na "293" toegevoegd: , eerste lid,.

D

In artikel 422 wordt na "293" toegevoegd: , eerste lid,.

Artikel 21

De Wet op de lijkbezorging wordt als volgt gewijzigd.

A

-7-

Artikel 7 komt te luiden:

Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.

2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op

verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

B

Artikel 9 komt te luiden:

Artikel 9

1. De vorm en de inrichting van de modellen van de verklaring van overlijden, af te geven door de behandelende arts en door de gemeentelijke lijkschouwer, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur.
2. De vorm en de inrichting van de modellen van de mededeling en het verslag, bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de mededeling bedoeld in artikel 7, derde lid en van de formulieren bedoeld in artikel 10, eerste en tweede lid, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

C

Artikel 10 komt te luiden:

Artikel 10

1. Indien de gemeentelijke lijkschouwer meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, brengt hij door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de officier van justitie en waarschuwt hij onverwijld de ambtenaar van

de burgerlijke stand.

2. Onverminderd het eerste lid brengt de gemeentelijke lijkschouwer, indien sprake is van een mededeling als bedoeld in artikel 7, tweede lid, door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hij zendt het beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7, tweede lid, mee.

D

-8-

Aan artikel 12 wordt een volzin toegevoegd, luidende: Indien de officier van justitie in de gevallen als bedoeld in artikel 7, tweede lid, meent niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan, stelt hij de gemeentelijke lijkschouwer en de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, hiervan onverwijld in kennis.

E In artikel 81, eerste onderdeel, wordt "7, eerste lid" vervangen door: 7, eerste en tweede lid,.

Artikel 22

De Algemene wet bestuursrecht wordt als volgt gewijzigd.

In artikel 1:6 wordt aan het slot van onderdeel d de punt vervangen door een puntkomma en wordt een vijfde onderdeel toegevoegd, luidende:

e. besluiten en handelingen ter uitvoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

HOOFDSTUK V. SLOTBEPALINGEN

Artikel 23

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 24

Deze wet wordt aangehaald als: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en de wet dat alle

ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 12 april 2001

Beatrix

De Minister van Justitie,

A. H. Korthals

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

Uitgegeven de zesentwintigste april 2001

De Minister van Justitie, A. H. Korthals

BIBLIOGRAFIE

Achterhuis, Hans. "De maakbare dood." Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord. Amsterdam: uitgeverij G.A. van Oorschot, 1995. 11-28.

Adams, Maurice, en Herman Nys. "De Belgische euthanasiewet in rechtsvergelijkend perspectief." Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M.Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 37-60.

Adams, Maurice , en Herman Nys. "Zet de Euthanasiewet de mensenrechten onder druk? De Belgische Euthanasiewet tussen zelfbeschikking en gewetensvrijheid." De euthanasiewet: grondrechten onder druk? Red. André Den Exter. Budel: uitgeverij Damon, 2006. 102-129.

Baars, John. "Lijden aan het leven los je niet op met een potje koffie." Relevant 4 (2005): 10-13.

Beauchamp, Tom. "The Right to Die as the Triumph of Autonomy." Journal of Medicine and Philosophy 31 (2006): 643-645.

Black, Helen K., en Robert L. Rubinstein. "Themes of Suffering in Later Life." Journal of Gerontology: social sciences 59B. 1 (2004): S17-S24.

Boer, Theo. " de pil van Drion: voorbij de betovering." Pro vita humana. 9.6 (2002) : 141-144.

Boven, van Jolanda J.J. De euthanasiewet in de praktijk. NVVE-symposium 18 september 2003 <http://www.nvve.nl/assets/nvve/info/lezingenVPK2003/lezing_boven.pdf> 12 juli 2007.

Calman, Neil. "So tired of life. An elderly patient asks a doctor for help he cannot provide." Heath Affairs 23.3 (2004): 228-232.

Chabot, Boudewijn E. Zelf Beschikt. Amsterdam: uitgeverij Balans, 1993.

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

Chabot, B.E. Sterven op drift: over doodsverlangen en onmacht. Nijmegen: uitgeverij Sun, 1996.

Chabot, B.E. Sterfwerk: dramaturgie van zelfdodingen in eigen kring. Nijmegen: uitgeverij Sun, 2001.

Chabot, Boudewijn. "Zich doden in eigen kring: een beschrijvend onderzoek." Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M. Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 87-116.

De Moor, Piet, en Sofie Messeman en Jeroen Kuijpers (e.a). De laatste daad: zelfdoding in Vlaanderen. Gent : uitgeverij Globe, 1998.

Driessen, Henk. Pijn en cultuur. Amsterdam: uitgeverij Wereldbibliotheek, 2002.

Drion, H. "Het zelfgewilde einde van oudere mensen." NRC Handelsblad 19 oktober, 1991. 13juni 2007 <<http://www.nrc.nl/W2/Tegenspraak/Drion/artikeldrion.html>>

Exit brochure. "Selbstbestimmung im leben und im sterben." Exit (juni 2005) Zürich
26 juni 2007 <<http://www.exit.ch/wDeutsch/dokumente/pdf/EXITBroschuere05D.pdf>>

Federatiebestuur KNMG. "Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003." De tekst is opgesteld door mw. mr. L.F. Markenstein en drs. E.H.J. van Wijlick. (2003) 18 juni 2007

<http://knmg.artsennet.nl/?p=caxv&uri=AMGATE_6059_100_TICH_R155049469034030>

Godderis, Jan. Eed van Hippokratès. Historische beschouwingen inzake de opdracht en de begrenzingen van het medische handelen. Antwerpen: uitgeverij Apeldoorn, 2005.

Goud, Johan. "Ethische ficties." Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord. Amsterdam: uitgeverij G.A. van Oorschot, 1995. 29-38.

'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.

Griffiths, John. "Euthanasie versus hulp bij zelfdoding" Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M. Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 133-147.

Hartogh, den Govert. "Euthanasie en het recht op leven." De euthanasiewet: grondrechten onder druk? Red. André Den Exter. Budel: uitgeverij Damon, 2006. 21-47.

Hentoff, Nat. "Who will Decide You Should Die" Free Inquiry 26.5 (2006) 19-20.

Hilarius, Jan. De geur van abrikozenbloesem ontstegen. Kroniek van een suicide counselor. Een leidraad voor hulp bij zelfdoding. Castricum: uitgeverij Jan Hilarius, 2001.

Holsteyn, van Joop, en Margo Trappenburg. Het laatste oordeel: meningen over nieuwe vormen van euthanasie. Schoten: uitgeverij Westland, 1996.

Holsteyn, van Joop, en Margo Trappenburg. "The Quest for Limits : Law and public opinion on euthanasia in the Netherlands ." Elsevier (2001) : 1-21

19 april 2007

<http://igitur-archive.library.uu.nl/USBO/2007-0503-200719/trappenburg_02_questforlimits.pdf>

Huxtable, Richard, en Maaïke Möller. " 'Setting a principled boundary'? euthanasia as a response to 'life fatigue.'" Bioethics. 21.3 (2007) : 117-126.

Irwin, Michael. "Het Zwitserse Dignitas helpt elke dag een mens het hoekje om." Interview door Jan Stevens. De morgen 21 oktober 2006.

Kerkhof, A.J.K.M. "How to deal with requests for assisted suicide. Some experience and Practical Guidelines from the Netherlands." Psychology, Public Policy, and Law. 6.2 (2000) : 452-466.

Kimsma, GK « Euthanasia for existential reasons. » Medical Ethics . 13.1 (2006): 1-2, 12.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Koerselman, Frank. In een dodelijke omhelzing? "De arts-patiënt relatie op het hellend vlak." Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord. Amsterdam: uitgeverij G.A. van Oorschot, 1995. 39-54.

Kohlwes, R. Jeffery, Thomas D. Koepsell, Lorna A. Rhodes, Robert A. Pearlman. "Psychians' Responses to Patiënt Requests for psychian-Assisted Suicide." Archives of interal Medicine. 161 (2001) : 657-663.

Kuitert, H.M. Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief. Baarn: uitgeverij ten Have, 1983.

Lips, Paulus. "Lijden aan het leven." De helling. 2 (2006) <<http://www.dehelling.net/artikel/295/>>

Marlet, J. "Zingeving in de derde levensfase" Sterven: zin en voltooiing. Red. V.G.H.J. Kirkels, en J.A.J Stevens. Baarn: uitgeverij Ambo, 1994. 48-58.

McCormack, Paula. "Quality of life and the right to die: an ethical dilemma." Journal of Advaned Nursing 28.1(1998) : 63-69.

Mesing van Charante, Nico. Interview. "Lijden aan het leven is voor artsen en politici geen issue. Door Marleen Peters. Relevant (2005) 8-9.

Muller, Martien T., Gerrit K. Kimsa, en Gerrit van der Wal. "Euthanasia and Assisted Suicide: Facts, Figures and Fancies with Special Regard to Old Age. »
Drugs & Aging 13.3 (1998) 185-191.

Nys, Herman "Physician assisted suicide in Belgian law." European Journal of Health Law 12 (2005): 39-42.

Otten, Willem Jan. "De voorstelling van de dood als oplossing." Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord. Amsterdam: uitgeverij G.A. van Oorschot, 1995. 55-69.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Pennings, Guido. Cursus bio-ethiek. Universiteit Gent, academiejaar 2006-2007.

Ruckenbauer, G., F. Yazdani , en Ravaglia G. "Suicide in old age: illness or autonomous decision of the will?" Archives of Gerontology and Geriatrics 44.1 (2007): 355-358.

Raes, Koen. "Beslissingen om te sterven. Beschouwingen bij euthanasie en zelfdoding." Levensbeëindiging in Vlaanderen. Red. L. Deliens en F. Mortier. Gent: Academia Press, 2001. 107-114.

Raes, Koen, en Diederik Vandendriessche. De staat van de polis. Overzicht van de politieke filosofie door de eeuwen heen. Gent: Academia Press, 2005.

Rurup, Mette L, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, en Agnes van der Heide, en Gerrit van der Wal, en Paul J van der Maas. "A 'suicide pill' for older people: attitudes of physicians, the general public and relatives of a patiënt who died of EAS in the Netherlands." Death studies 29 (2005) :519–34.

Rurup, Mette, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, en Marijke C. Jansen-van der Weide, en Gerrit van der Wal. " When tired of living plays an important role in the request for euthanasia or psychian-assisted suicide : patient characteristics and the psychian's decision" Health policy 74 (2005): 157-166.

Rurup, Mette, M.Muller, en B. Onwuteaka-Philipsen, en A. van der Heide, en G. van der Wal en P. van der Maas. " Request for euthanasia or psychian-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study " Psychological Medicine 35 (2005) : 665-67.

Spaink, Karin. De dood in doordrukstip. Over dood, euthanasie en zelfmoord. Amsterdam: uitgeverij Nijgh & Van Ditmar, 2001.

Speijer, N. en Diekstra R.F.W. Hulp bij zelfdoding. Een studie van problemen rondom de hulpverlening bij de zelfgewilde dood. Deventer : uitgeverij Van Loghum Slaterus, 1980.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Stanford Encyclopedia of Philosophy. "Suicide ." (18 mei 2004): p. 1-16
<<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>>

Stevens, Liesbeth. "Een eindeloze weg te gaan." Interview door Marleen Peters. Relevant 4, 2005.

Strang, Peter, Susan Strang, en Ragnar Hultborn, en Straffan Arne´r. "Existential Pain- an Entity, a Provocation, or a challenge. Journal of Pain and Symptom Management 27. 3 (2004) : 241-250.

Swenne, Marleen. "Kiezen we voor revolutie of evolutie" Relevant 1 (2006).

van Gerwen, Jef. "Ik maak het zelf wel uit' de pil van Drion als instrument van zelfbeschikking over de dood." Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M. Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 255-276.

Vanlaere, Linus. "Zelfdoding bij ouderen: nood aan een zorgethisch perspectief." Ethische perspectieven 14 (2004): 76- 81.

van der Heide, Agnes, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Mette L. Rurup, Hilde M. Buiting, Johannes J.M. van Delden, Johanna E. Hanssen-de Wolf, Anke G.J.M. Janssen, H. Roeline W. Pasman, Judith A.C. Rietjens, Cornelis J.M. Prins, Ingeborg M. Deerenberg, Joseph K.M. Gevers, Paul J. van der Maas, en Gerrit van der Wal. "End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act" The New England journal of Medicine 356.19 (2007) :1957-1965.

Van der Wal, Gerrit, Agnes Van der Heide, en Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. Medische besluitvorming aan het einde van het leven : de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht: uitgeverij De Tijdstroom, 2003.

Van Reusel, Walter. Leven of dood : over moeilijke grenzen Leuven: Uitgever Davidsfonds, 1999.

Van Tol, Dick. De balanssuicide. Medische en juridische problemen rond hulp bij zelfdoding. Proefschrift ter verkrijging van de graad van Doctor in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden, 1985.

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Vink, Ton. Als de dood voor de dood? Over dood, zelfdoding en hulp bij zelfdoding. Budel: uitgeverij Damon, 2002.

Weyers, Heleen. "Wettelijke erkenning van het recht om te sterven"

Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M. Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 19-36.

Wijsbek, Henri. "Hoe zwaar mijn zorg, hoe lang zijn lijdensweg? Over de vraag of ondraaglijk lijden niet te subjectief is om artsen houvast te bieden bij een euthanasieverzoek." Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Red. M. Adams, J.Griffiths en G. den Hartogh. Kampen: uitgeverij Kok, 2003. 326-343.

GERAADPLEEGDE VERSLAGEN EN RAPPORTEN

Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie . "Tweede verslag aan de wetgevende kamers." 2004-2005.

<https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/OVERLEGSTRUCTUREN1_MENU/COMMISSIES1_MENU/EUTHANASIA1_MENU/EUTHANASIA1_DOCS/G6635%20RAPPORT%20EUTHANASIE%20NL31-29%20OCT.PDF>

(13 mei 2007)

Federale evaluatiecel palliatieve zorg. "Rapport van de federale evaluatiecel palliatieve zorg 2005". Juli 2005 <http://www.palliatief.be/teksten/evaluatierapport_PZ_JUNI05.pdf>

(13 juli 2007)

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. "Verslag van de werkzaamheden van een commissie onder voorzitterschap van prof. J.H. Dijkhuis." Utrecht, december 2004.

<http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R144638358841695> (18 november 2006)

**'LIJDEN AAN HET LEVEN': DE DOOD ALS OPLOSSING?
EEN VRAAG OF HULP BIJ ZELFDODING, MET MEDEWERKING VAN EEN DESKUNDIGE, BIJ MENSEN DIE 'LIJDEN AAN HET LEVEN' KAN WORDEN TOEGELATEN.**

Regionale toetsingscommissies euthanasie. "Jaarverslag 2006". Mei 2007.
<http://www.toetsingscommissies euthanasie.nl/Images/jaarverslag_RTE_2006_tcm9-12462.pdf >
(17 juli 2007)

Stichting De Einder. "Jaarverslag 2005."
<http://www.deeinder.nl/Brochures/De_Einder_Jaarverslag_2005.pdf>
(18 juli 2007)

GERAADPLEEGDE WETTEKSTEN

België

Wet betreffende de euthanasie (28 mei 2002) [Bijlage 1]

Wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002)

Wet betreffende de palliatieve zorg (14 juni 2002)

Nederland

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (12 april 2001) [Bijlage 2]

GERAADPLEEGDE INTERNETSITES

Site van Dignitas: <http://www.dignitas.ch>

Site van Exit: <http://www.exit.ch>

Site van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst:
<http://www.knmg.nl>

Site van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levenseinde: <http://www.nvve.nl>

Site voor zorg en gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be>

